USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

P4P Case Studies

PAY FOR PERFORMANCE FOR IMPROVED HEALTH IN BURUNDI

Dr. Jean-Francois Busogoro and Alix Beith

To increase utilization of health services and improve maternal and child health outcomes, Burundi is in the process of rolling out a publicly funded supply-side pay-for-performance (P4P) program nationwide consisting of payments to health facilities. Interesting features of this program include use of monthly quantity-related incentive payments (based on service utilization) and quarterly quality-related payments (measured partially through patient and community satisfaction) and a degree of facility-level autonomy to determine what to invest in and how to share payments among staff. This case study describes the P4P pilot scheme in Burundi, how the pilot influenced design of nationwide scale-up of P4P, and offers lessons for countries that are considering implementing similar government-led nationwide schemes.

Inside

About the P4P Case Studies Series ***2***

Acronyms ***2***

Introduction ***3***

What drove the decision to implement P4P in Burundi? ***4***

Generating buy-in and moving forward from pilots to nationwide scale-up ***9***

P4P scheme design and implementation: The what, whos, and hows ***10***

Start-up: Systems and personnel investments needed to get P4P up and running in Burundi ***15***

P4P Scope and Scale ***16***

Overcoming resistance to P4P post pilot implementation and prior to national scale-up ***19***

Financing the scheme: Who, how, and possible concerns about future support ***20***

From theory to evidence: The impact of P4P in Burundi ***21***

Understanding P4P better: Key challenges and lessons learned ***25***

References ***28***

HEALTH SYSTEMS 20/20

ABOUT THE P4P CASE STUDIES SERIES

Pay-for-performance (P4P) is a strategy that links payment to results. Health sector stakeholders, from international donors to government and health system policymakers, program managers, and health care providers increasingly see P4P as an important complement to investing in inputs such as buildings, drugs, and training when working to strengthen health systems and achieve the Millennium Development Goals (MDGs) and other targets that represent better health status for people. By providing financial incentives that encourage work toward agreed-upon results, P4P helps solve challenges such as increasing the quality of, as well as access to and use of health services.

Many developing countries are piloting or scaling up P4P programs to meet MDGs and other health indicators. Each country's experience with P4P is different, but by sharing approaches and lessons learned, all stakeholders will better understand the processes and challenges involved in P4P program design, implementation, evaluation, and scale-up.

This Health System 20/20 case study series, which profiles maternal and child health-oriented P4P programs in countries in Africa, Asia, and the Americas, is intended to help those countries and donors already engaged in P4P to fine-tune their programs and those that are contemplating P4P to adopt such a program as part of their efforts to strengthen their health system and improve health outcomes.

Annexed to each case study are tools that the country used in its P4P program. The annexes appear in the electronic versions (CD-ROM and Health Systems 20/20 web site) of the case study.

Rena Eichler, Ph.D.
Technical Advisor, Pay for Performance
Health Systems 20/20 Project

ACRONYMS

AAP	Agence d'Achat de Performance (Performance Purchasing Agency)
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
ANC	Antenatal care
ARV	Antiretroviral
CPVV	Comité Provinciale de Vérification et Validation (Provincial Committee for Verification and Validation)
DTP	Diphtheria, Tetanus and Pertussis
EPI	Expanded Programme on Immunization
EU	European Union
FP	Family Planning
GoB	Government of Burundi
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IMCI	Integrated Management of Child Illness
IMR	Infant Mortality Rate
MDGs	Millennium Development Goals
MMR	Maternal Mortality Rate
MoH	Ministry of Health
NGO	Nongovernmental Organization
NHDP	National Health Development Plan
OVC	Orphans and Vulnerable Children
P4P	Pay for Performance
TB	Tuberculosis
VAT	Vaccin Anatoxine Tétanique (Tetanus Toxoid)

INTRODUCTION

This case study shares the experience of the small central African country of Burundi, which has successfully piloted a pay-for-performance (P4P) scheme in three provinces since 2006[1] and has begun to scale up the program throughout the country.[2] While a few aspects of the national scheme are still being finalized, the path forward is well established and draws extensively on lessons learned from the pilot schemes and from the P4P experience of neighboring Rwanda. The government of Burundi (GoB) is leading implementation of the scale-up, which consists of a supply-side-focused P4P program that rewards hospitals and health facilities with regular payments determined by service utilization levels and performance on quality measures. P4P is being introduced primarily to improve maternal and child health outcomes.

Staff of Makebuko health center in Kibuye district provide immunization services to children under one year of age.

[1] While this case focuses on the pilots in HealthNet TPO areas, it also describes key differences with other pilot areas.

[2] Key materials reviewed and drawn upon to develop this case study include Soeters and Nyarushatsi (2007) and République du Burundi, Ministère de Santé (2005 and 2006).

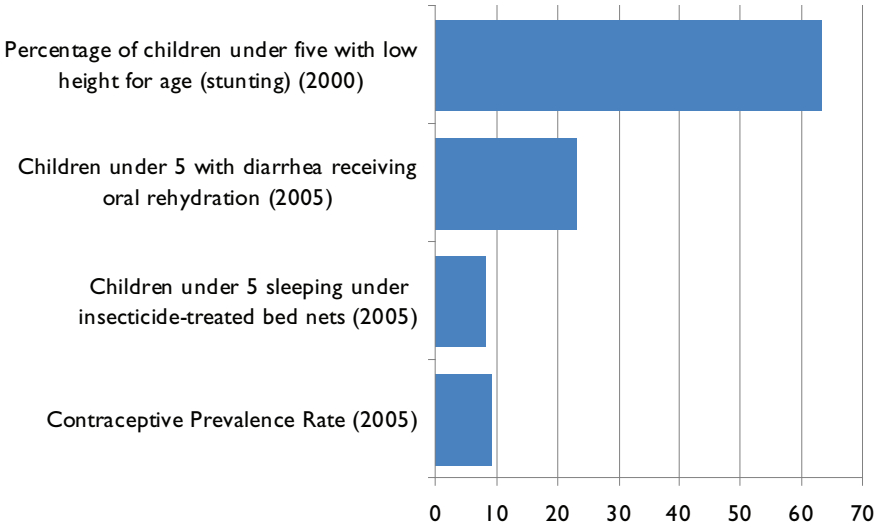
WHAT DROVE THE DECISION TO IMPLEMENT P4P IN BURUNDI?

Maternal mortality and child malnutrition rates in Burundi are the second highest in Africa.[3] One of every six infants does not survive his or her first birthday, and one out of five does not survive his or her fifth. Indeed, Burundi's maternal mortality rate (MMR), infant mortality rate (IMR), and under-5 mortality rate remain among the highest in sub-Saharan Africa: in 2008, the MMR was 1,100 per 100,000 live births, while data from 2007 show that the IMR was 108 per 1,000, and the under-5 mortality rate was 180 per 1,000 (World Development Indicators 2009). Malaria, diarrhea, respiratory infections, and the compounding effects of malnutrition are the main causes of mortality and morbidity among children. Figure 1 highlights selected maternal and child health indicators.

Mother with child consults a health provider in Buraza health center in Kibuye district.

[3] See World Development Indicators 2009, http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/DATASTATISTICS/0,,contentMDK:21725423~pagePK:64133150~piPK:64133175~theSitePK:239419,00.html

FIGURE 1. SELECTED MATERNAL AND CHILD HEALTH INDICATORS IN BURUNDI



Source: Health Systems 20/20 Health Systems Database, www.healthsystems2020.org (accessed January 25, 2010)

Among adults (persons older than 18 years), HIV/AIDS is the second most common cause of mortality in Burundi. In 2008, the adult HIV prevalence rate was estimated at 3 percent (CEFORMI/IMEA 2008). Among pregnant women, this rate was 12 percent, considerably higher than in neighboring countries (Rwanda 9.8 percent, Uganda 8.5 percent, and Tanzania 7.5 percent) (CEFORMI/IMEA 2008). The HIV prevalence rate is highest in urban areas (4.6 percent), slightly lower in less-populated areas (4.4 percent), and about half that in rural areas (2.3 percent) (CEFORMI/IMEA 2008).

Client and community knowledge about maternal and child health in Burundi is generally weak. For example, pregnant women are often not aware that having an assisted birth greatly increases positive health outcomes for both the woman and her baby. Nor do pregnant women and their families realize the impact of antenatal care (ANC) visits on positive health outcomes. Furthermore, in 2006, findings from a core welfare indicator questionnaire indicated that the challenges posed by HIV/AIDS were insufficiently understood by the public at large. Following this study, about 75 HIV/AIDS-specific projects were launched, which targeted orphans and vulnerable children (OVC) and their host families with educational materials and food support.

In 2004, Burundi authorities brought high-level attention to the main health concerns of the country during a meeting of central-level Ministry

of Health (MoH) and state-level health authorities. In addition to sharing concerns about high infant and maternal morbidity and mortality rates, authorities discussed health systems challenges and overall poor health system performance, evidenced by low rates of service utilization, low rates of delivery in health facilities, and low immunization levels (see Table 1).

TABLE 1: SOME EXAMPLES OF POOR HEALTH SYSTEM PERFORMANCE IN BURUNDI*

	2004
Facility utilization rate	0.47 consultations/year/ inhabitant
Births attended by qualified staff	9.8%
DTP3 immunization	54%
Children fully immunized (measles)	50%
Immunization against tetanus (VAT 2** and up)	7.5%

Source: Kaneza (2007)

Note: DTP=diphtheria, tetanus, and pertussis; VAT=vaccin anatoxine tétanique (tetanus toxoid)

* While these data are from Kibuye district, they are representative of the entire country.

** Tetanus boosters for pregnant women

The consultation also brought up other broader health systems issues, notably: a lack of health providers (particularly in rural areas), unmotivated health care providers, poor service quality (including regular essential drug stockouts), financial and geographical barriers to health service access by some vulnerable population groups, few clinics open 24 hours a day/seven days a week, lack of transparency vis a vis health facility management, and little to no community participation in health services management.

Following this consultation, Burundi developed its 2005-2015 National Health Policy and its 2006-2010 National Health Development Plan (NHDP). The NHDP's primary focus was to decrease the MMR and the under-5 mortality rate. Specific goals included:

- Improving the quality and availability of obstetrical service inputs at health center and hospital levels (through additional regular training and continuing professional development of doctors and other health personnel, along with increased availability of essential equipment)
- Improving access to obstetrical services by population segments currently not being reached (through subsidizing Cesarean sections and complicated births and improving referral systems)
- Improving the quality of antenatal and postnatal care visits

- Expanding family planning (FP) activities further into the community
- Strengthening malaria prevention efforts among pregnant women
- Reducing adolescent pregnancies
- Attaining and/or maintaining vaccine coverage rates at 85 percent by 2010 through improvements in logistic capabilities of the Expanded Programme on Vaccination (EPI), improved quality of EPI services, increased training and supervision of health workers engaged in the program, and scale-up of vaccination activities where coverage was sparse

In 2006, with the goal of decreasing demand-side barriers to service access, the GoB eliminated all health service fees for children under age 5 and for pregnant women. As a result, health service utilization by these population groups more than doubled; for example, the health facility delivery rate increased from 22.9 percent in 2005 to 56.3 percent in 2008.[4] Nevertheless, given that equipment, drug, and qualified staff shortages, alongside poorly motivated staff, continued to constrain service delivery quality, the GoB decided to complement demand-side subsidies with implementation of supply-side P4P, with the aim of further enhancing utilization and quality of health services and improving health care provider motivation. It was hypothesized that P4P measures to improve provider motivation would trickle down, leading to higher-quality services throughout the health system (see Table 2 for challenges that it was anticipated P4P would address).

TABLE 2. HEALTH CARE CHALLENGES THAT P4P WILL ADDRESS

Health Care Challenge	To be addressed by P4P	To be addressed by strategy/ies other than P4P
Financial inaccessibility		X
Low facility utilization (long waits, insufficient personnel, etc.)	X	
Low rate of births assisted by qualified staff	X	
Immunization and ANC appointments not kept	X	
Lack of community sensitization	X	
Lack of PMTCT (prevention of mother-to-child transmission) services		X
Fixed fee payment not respected (i.e., providers request informal payments)	X	
Geographical inaccessibility	X	
Services not open 24/7	X	X
Low rate of contraceptive prevalence	X	
Low rate of mosquito net utilization	X	
Prescription and treatment guidelines not followed	X	

[4] MoH Annual Reports 2005 and 2008

Burundian interest in P4P was magnified by similar ongoing experiences in neighboring Rwanda and the Democratic Republic of Congo. Donors involved in P4P early on included the European Union (EU) and the Belgian, Italian, and Swiss Development Cooperation Agencies, which provided strong backing to Burundi's P4P efforts. Leadership for P4P, however, came from the MoH which, as a first step toward nationwide implementation, encouraged nongovernmental organizations (NGOs) working in Burundi to experiment with P4P approaches within their health intervention areas.

As a result, in November 2006, two Dutch NGOs began implementing P4P pilots in three provinces (Gitega province, managed by HealthNet TPO[5], and Cankuzo and Bubanza provinces, managed by Cordaid[6]) with financial support from the Dutch government. In all pilot provinces, P4P was viewed as a health systems strengthening strategy, initially targeting maternal and child health, HIV, and malaria, and with potential to progressively expand over time to include chronic health problems. The pilots differed only in the choice of indicators used and the payment rates attached to these indicators. There was no other major difference between the models. In all pilot provinces, decision-making responsibility was decentralized to health facility management, thus allowing for increased local-level innovation to reach previously agreed-upon health indicators.

When setting the context within which P4P was introduced, mention should be made of the fact that Burundi is slowly working its way out of a long economic crisis and period of instability. Hence, introduction of the National Health Policy and the NHDP were timely and important as they restored a clear leadership role for the MoH and provided it with the strengthened authority crucial to making health facility contracting and effective management of the P4P scheme feasible.

[5] http://www.healthnetinternational.org/HealthnetTPO(EN)/
[6] http://www.cordaid.nl/English/Contact/Index.aspx?mId=10184

GENERATING BUY-IN AND MOVING FORWARD FROM PILOTS TO NATIONWIDE SCALE-UP

Encouraged by pilot results (described in more detail below), the MoH decided to make P4P an official policy and scale it up throughout the country. Initial roll-out started in mid-2009 and full-blown scale-up began in April 2010. To generate buy-in, the MoH engaged many critical health sector partners (MoH staff, donors, NGOs, etc.) and sent its own central-, provincial-, and district-level staff on study tours of Rwanda's P4P program, so they could understand better the intricacies of P4P implementation prior to scale-up in Burundi.

Early community outreach was a critical element of the P4P pilots, and the GoB is replicating this as part of scale-up. Pilots showed that community participation can be strengthened through formation of health committees and involvement of community health workers who work with health facilities to increase awareness about key health concerns and promote hygiene at the community level. P4P in pilot provinces also helped raise community awareness about the advantages of a woman delivering in a health facility. For example, in Kibuye and Ryansoro catchment areas supported by HealthNetTPO, results from quarterly surveys on community satisfaction showed that, at the end of first quarter of 2009, only 67 percent of women questioned knew about the advantages of ANC and birth assisted by qualified staff; by the end of the second quarter, this rate had increased to 69 percent, and by the end of the third quarter, to 73 percent. Survey results also showed that P4P can contribute to increased community satisfaction and to empowerment of health providers, as P4P allows these providers to come up with creative ways of attracting clients and reinforces their professional responsibility.

P4P SCHEME DESIGN AND IMPLEMENTATION: THE WHAT, WHOS, AND HOWS

WHOS OF DESIGN

Principal participants in (both pilot and scale-up) P4P scheme design include the MoH National Steering Committee, provincial-level MoH steering committees (to be replaced in the scale-up phase by provincial health management teams), district health management teams, health facilities, and communities represented by their health committee local administrations. Other actors in the provincial-level health system were also involved, such as churches, which own 33 percent of health facilities. International partners, again primarily HealthNetTPO and Cordaid, provided technical assistance in P4P design, implementation, and evaluation.

HOW DOES PAYMENT WORK?

In the pilot areas managed by HealthNet TPO, health facilities receive two types of payment: one based on quantitative measurements and the other on qualitative measurements. These payments are linked – in that the better a facility performs in terms of quantity, the larger the potential gain through quality-related payments. Utilization-related quantitative payments are distributed on a monthly basis, while quality-related payments are quarterly bonuses. Facilities have considerable management autonomy in allocating the payments to staff or to service quality improvements, and within those two broad divisions, to financial incentives among staff members and to which service quality improvements. However, no more than 50 percent of each payment can go toward individual staff financial incentive payments, and the remaining percentage must go to service quality improvements. Annex A shows how one health facility in Kibuye district, Gitega province, chose to distribute its P4P payments.

PAYMENT RESULTING FROM INCREASED SERVICE UTILIZATION

The quantitative indicators used in the P4P pilots and listed in Table 3 reflect the basic package of care delivered by health centers. Table 4 lists complementary package indicators used by hospitals. Each facility receives a monthly monetary payment for each service included on the lists. While targets are calculated to help facilities plan to reach the catchment population, payment is not linked to targets, but rather to the number of services actually provided. For example, in one of the three pilot provinces, HealthNet TPO contracts 22 health centers. At the end of each month, each health center reports on service utilization measures such as number of consultations, of births, of FP visits, of new HIV cases identified, and of tuberculosis (TB) patients completing

TABLE 3. EXAMPLES OF QUANTITATIVE HEALTH INDICATORS USED TO DETERMINE HEALTH CENTER PAYMENTS

HEALTH PACKAGE INDICATORS	Annual Targets*	Monthly Targets*	Payment Amount
Adult outpatient consultation (1/person/year)	Pop x 0.7	Pop/12 x 0.7	€ 0,15
Child outpatient consultation (1/person/year)	Pop x 0.3	Pop/12 x 0.3	€ 0,15
Assisted delivery	Pop x 4.8% x 80%	Pop x 4.8%/12 x 80%	€ 3,75
Children <1 year completely vaccinated	Pop x 4%x100%	Pop x 4%/12 x 100%	€ 1,80
VAT 2+ protected pregnancies	Pop x 4,5% x 100%	Pop x 4,5%/12 x 100%	€ 0,45
Family planning: all cases (new and old)	Pop x 21% x 20%	Pop x 21%/12 x 20%	€ 0,75
Infant malnutrition (12-59 months) followed on an outpatient basis and cured	All x10.42% x 36% x 60%	Pop x 10.42%/12 x 36% x 60%	€ 0,50
Laboratory: number of malaria cases confirmed positive	Pop x 40% x 70%	Pop/12 x 40% x 70%	€ 0,25
Malaria: number of bednets distributed and used	Pop/5ans/1.5 persx40%	Pop/5ans/12 mois/1.5 pers x 40%	€ 0,60
HIV: number of cases tested	Pop x 2%	Pop/12 mois x 2%	€ 0,30
Management of opportunistic infections	Pop x 5%	Pop x 5% / 12	€ 0,15
Distribution point for condoms in each village	Pop/500 hab par village x 100%	Pop/500 hab par village x 100%	€ 0,15
STI (STD): Number of cases detected and treated	Pop x 1.1%	Pop/12 x 1.1%	€ 0,60
Number of TB cases detected and treated correctly	Pop x 2x50/100000	Pop x 1/12 x 2 x 50/100000	€ 12,00
Hospital referral (for delivery, high-risk pregnancies, and other emergencies)	Pop x 4%	Pop/12 x 4%	€ 1,05
Epilepsy and other psychoses	Pop x 0.0005	Pop/12 x 0.0005	€ 0,50
Latrines built or improved	Pop/6 pers ménage/3 ans	Pop/6 pers ménage/12/ 3 ans	€ 0,75
Very ill patients referred	Outpatient consultations x 0,5%	Outpatient consultations x 0,5%/12	€ 1,05
Hospitalization days (1 bed/1000)	Pop/1000 x 30	Pop/1000 x 30/12	€ 0,45
Family planning: insertion of implants of IUDs (2 per year)	Pop x 21,4% x 2%	Pop x 21,4%/12 x 2%	€ 1,50
ANC: All cases: new and 4 standard visits	Pop x4.5% x 80% x 4	Pop x 4.8%/12 x 80% x 4	€ 0,30

Note: STI=sexually transmitted infection, STD= sexually transmitted disease

* These annual and monthly targets are for planning purposes. Payment is not based on achievement of target

TABLE 4. EXAMPLES OF QUANTITATIVE HEALTH INDICATORS USED TO DETERMINE HOSPITAL PAYMENTS

Indicator	Monthly Target*	Payment amount
New curative consultation by a doctor (>=5 years)	population/12 x 5% x 45%	€ 0,50
New curative consultation by a doctor (<5 years)	population/12 x 5% x 55%	€ 0,50
Day of hospitalization (>=5 years)	pop/1000 x 1 x 30 x 65%	€ 1,00
Day of hospitalization (< 5 years)	pop/1000 x 1 x 30 x 35%	€ 4,50
Minor surgery	Pop/12 x 1%	€ 5,00
Major surgery	Pop/12 x 0,5%	€ 20,00
Caesarian section	pop x 4,8%/12 x 30%	€ 50,00
Obstructed birth	pop x 4,8%/12 x 10% x 70%	€ 12,50
Voluntary HIV/AIDS testing	pop x (15-59 ans)/12 x10%	€ 1,88
Pregnant HIV+ woman put on ARV prophylaxis	(pop x 4,8% x 4%/12) x 20%	€ 3,00
Number of new cases on ARVs	pop x 3% x 50%/12 x 90%	€ 10,42
Number of ARV clients monitored by semester	pop x 3% x 50% x 2/12 x 90%	€ 5,00
Number of STI cases treated	pop x 5%/12 x 10%	€ 2,42
Detection of positive TB cases	pop x (87/100.000)/12 x 70%	€ 45,08
Number of TB cases treated and cured	pop x (87/100.000) x 85 %/12 x 10%	€ 91,67
Family Planning: Total new and prior acceptors	pop x 22%/12 x 21% x 4 X10%	€ 2,38
Family Planning: Implants and IUDs	pop x 22%/12 x 2% x 10%	€ 4,08
Family Planning: Definitive method	pop x 21%/12 x 1%	€ 10,83

Note: ARV=antiretroviral

* The monthly targets are for planning purposes. Payment is not based on achievement of targets

treatment. Based on the quantitative indicators met (i.e., number of services provided), health centers receive US$700−1,500 per month, while district hospitals receive US$3,500−5,000 per month. Again, these payments reflect the number of services rendered and do not include the quality-related bonus.

Rapid improvements in curative care indicators were observed during pilots. Good progress, though not so rapid, was observed for preventive care indicators. As a result, pilot implementers decided to take advantage of P4P contract flexibility (contracts are renewed every quarter) and modify contracts regularly, changing the indicators they monitor to determine payment and/or the financial amounts per indicator, in accordance with progress achieved. The MoH has drawn on pilot indicators, using many as part of planned P4P scale-up. See Annex B for a complete list of quantitative indicators that are being used during scale-up.

PAYMENT RESULTING FROM QUALITY ASSESSMENTS

The P4P pilots addressed quality of care by monitoring service-specific composite indicators (see Annex C, Indicators Used to Assess Quality during Quarterly Assessments). Pilot programs assessed health facility performance on these indicators on a quarterly basis and awarded each facility a bonus of up to 15 percent of total amount obtained on quantitative results during the same time period. The MoH is raising this bonus to 25 percent during nationwide scale-up.

CONTRACTING MECHANISMS

Pilot contract design was a collaborative effort of the MoH National Steering Committee, pilot provincial health authorities, local administrations, and local and international NGOs. The 2006-2010 NHDP had discussed P4P within the context of human resource development which facilitated contract development. Two contracting models were piloted, differing only in who was involved in negotiating and signing contracts. In HealthNet TPO areas, both a provincial steering committee *and* a provincial level *Agence d'Achat de Performance* (performance purchasing agency, or AAP) were involved in contract term negotiation and signing. In Cordaid areas, health facilities contracted directly with the provincial level AAP and no provincial steering committee was created. In both models each health facility presented an annual business plan on which negotiations were based.

AAPs were NGO-established autonomous entities funded by donors and the Burundi Ministry of Finance. Each AAP was composed of both technical and financial staff and was led by a medical doctor or public health specialist. In addition to being involved in the negotiation and signature of contracts, AAPs were responsible for carrying out baseline studies, data verification, quality assessment, and distributing payment based on performance. In HealthNet TPO areas, where a provincial P4P steering committee was created, AAPs fell under the umbrella of this provincial P4P steering committee. Piloting found that AAPs allowed for more rapid financial decision-making and a greater link with local-level concerns and realities.

Provincial steering committees in HealthNet TPO areas were multi-sector bodies that included health facility representatives and were sometimes led by staff from the provincial administration. Each month, every health facility reported on progress to the provincial steering committee. In areas where provincial steering committees did not exist (i.e., non-HealthNet TPO areas), facilities reported directly to AAPs.

AAPs verified that facility-level reports were accurate and shared their findings with the provincial-level steering committee, which, in turn, authorized payment if there was no evidence of fraud. The purchasing agency then paid each health facility directly, via direct deposit to the facility's bank account.

Contracts have also been established between AAPs and local associations that are responsible for community outreach and evaluation of community and patient satisfaction. These associations, which were chosen from hundreds of local association candidates, specifically seek to validate health services received, to determine satisfaction with services used, and to assess extent of knowledge about important health concerns. Patients are asked how they were treated by providers, what medicines were prescribed (if any), and what follow-up there was (see Annex D for a sample community verification protocol used by local associations). Findings from these quarterly community surveys are fed back to the respective health care providers and part of the quality payment that facilities receive depends on the survey findings. One association is contracted per health area and receives US$225/trimester. These efforts to measure community satisfaction and improvements in community knowledge about health are considered best practices of the P4P pilots and, as a result, the MoH is including contracting with local associations as a key component of nationwide P4P scale-up.

START-UP: SYSTEMS AND PERSONNEL INVESTMENTS NEEDED TO GET P4P UP AND RUNNING IN BURUNDI

Baseline studies were conducted in the three pilot provinces using household surveys and qualitative assessments (interviews and focus groups with patients) of health service quality. Multiple training sessions, explaining the "ins and outs" of P4P contracting, were given to health providers at all levels. Local associations responsible for assessing community and patient satisfaction were recruited and trained on community-level surveying techniques. Current efforts focus on tools and training to facilitate national P4P scale-up. Specifically, a procedure manual has been developed and validated, tools from pilots have been harmonized to meet nationwide scale-up requirements, and training sessions are ongoing throughout the country.

Mother with child meets with a health provider in Gisikara health center in Kibuye district.

P4P SCOPE AND SCALE

Burundi's population is approximately 7.5 million.[7] At the end of 2009, the three original P4P pilot schemes covered the following populations in the following provinces.

- Pilot managed by HealthNet TPO: Gitega province: 187,484 inhabitants in Kibuye district and 127,644 inhabitants in Ryansoro district
- Pilots managed by Cordaid: 348,188 inhabitants in Bubanza province and 221,391 inhabitants in Cankuzo province

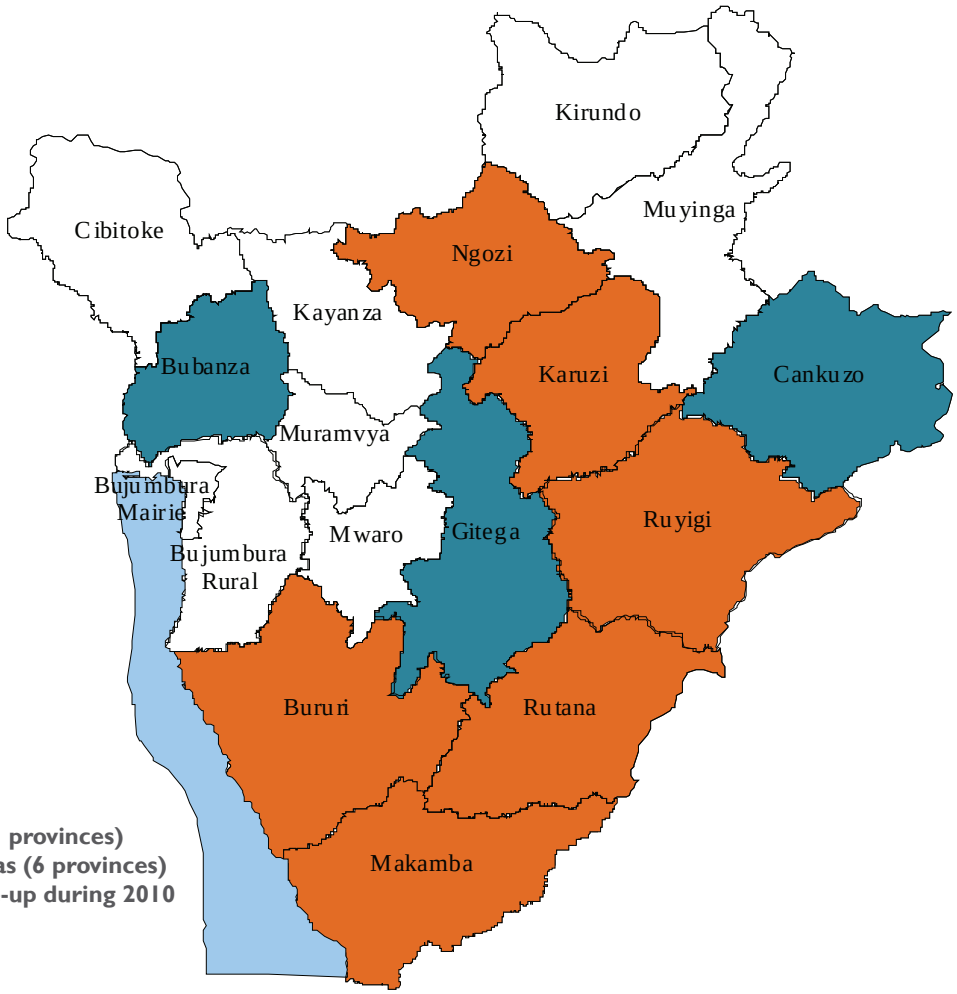
As mentioned above, the GoB began extending P4P beyond the pilot areas in 2009. With support from a variety of NGOs and international development partners, nascent P4P schemes now exist in the following provinces:

- Ruyigi province: 400,818 inhabitants (supported by Cordaid/EU)
- Rutana province: 336,394 inhabitants (Cordaid/EU)
- Karuzi province: 433,061 inhabitants (Cordaid/EU)
- Ngozi province: 661,310 inhabitants (Cooperation Suisse)
- Makamba province: 428,917 inhabitants (Cordaid/EU) and
- Rumonge district in Bururi province: 258,902 inhabitants (Cordaid/EU)

[7] http://en.wikipedia.org/wiki/List_of_African_countries_by_population

The map in Figure 2 shows original pilot areas in blue, 2009 P4P roll-out provinces in brown, and remaining anticipated 2010 scale-up areas in white.

FIGURE 2. MAP OF BURUNDI SHOWING P4P PILOT AND ROLL-OUT PROVINCES



Blue: 2006 P4P pilot areas (3 provinces)
Red: 2009 P4P extension areas (6 provinces)
White: Anticipated P4P scale-up during 2010 (8 provinces)

The GoB is leading P4P roll-out with support from the World Bank, the EU, bilateral cooperation agencies, and NGOs. In preparation for scale-up, a national P4P technical unit (*Cellule Technique Nationale*) has been established, which includes different stakeholders and is responsible for defining the broad P4P strategy and coordinating the program; however, it will not be responsible for transferring payments as, similar to during the pilot phase, contracting, financing, and service provision functions will remain separate. Financing will primarily come from the GoB (both donor and government resources), and care will continue to be provided by hospitals and health facilities. Contracting will be the responsibility of

provincial committees for verification and validation (*comité provinciale de vérification et validation, or CPVV*), which will replace AAPs.[8] These CPVV are public-private entities, engaging public administration staff, development partners, and contracted individuals from the private sector. CPVVs will be responsible for contract negotiation and signature, and data verification and validation (CPVV team responsibility). CPVVs will be complemented by provincial health management teams, which will be similar to pilot MoH provincial steering committees. Therefore, the scale-up model is more similar to contracting arrangements in pilot areas where AAPs were complemented by provincial steering committees than the model that did not include provincial steering committees. This decision was made given pilot findings suggesting that program ownership strengthened faster in areas where both an AAP and a provincial steering committee were in place. During scale-up, CPVVs are also assuming the responsibility (previously of the AAPs) to contract with local associations to conduct community satisfaction assessments. See Annex E for a sample contract between a CPVV and individual health facilities, Annex F for a sample contract between health facilities and personnel under scale-up, and Annex G for a sample contract between CCPVs and local associations.

[8] In some provinces, AAPs will continue to exist during a transition period. They will do verification and operate under the umbrella of the CPVV.

OVERCOMING RESISTANCE TO P4P POST PILOT IMPLEMENTATION AND PRIOR TO NATIONAL SCALE-UP

Despite the fact that pilot evaluation findings suggested that P4P was having the desired impact (see section on evaluation below for details), in early 2009, several obstacles to full-scale P4P implementation still existed. For example, given that the GoB was initially slow to reimburse health facilities, facilities often found themselves financially strained. With experience, this became less of a problem.

Health committee meetings raise awareness about important health issues.

FINANCING THE SCHEME: WHO, HOW, AND POSSIBLE CONCERNS ABOUT FUTURE SUPPORT

There is clear government commitment to P4P scale-up and considerable involvement from many international partners and local civilian organizations. The Dutch government and the EU have financially supported P4P efforts implemented by both HealthNet TPO and Cordaid. Others are becoming increasingly involved, including the Swiss and Belgian Development Cooperation Agencies, GAVI Alliance, and the World Bank. The GoB is also starting to finance P4P: during scale-up (between 2010 and 2012), the government, with support from the World Bank, anticipates paying approximately US$67 million. However, this amount is still considered insufficient and additional funding is being mobilized by the GoB and sought from other partners (EU, bilateral cooperation, NGOs).

FROM THEORY TO EVIDENCE: THE IMPACT OF P4P IN BURUNDI

The effectiveness of P4P pilots in Burundi has been evaluated both internally and externally. In 2007, at the end of the first year of pilot implementation, an internal evaluation was conducted with the support of an international consultant. Findings, shared with health authorities and providers at a national P4P conference on P4P in 2007, were encouraging overall; however, there were concerns about data quality. Therefore, prior to the GoB completely committing to full-scale P4P implementation, and to glean more lessons from the pilot experience, both a household survey and a quality of health services survey were conducted in 2008. Also in 2008, the Royal Tropical Institute of Amsterdam did an external evaluation of the P4P pilots, which found that provider motivation had increased significantly as a result of their increased autonomy in determining incentive allocation among themselves and in negotiating indicator prices (Toonen et al. 2009). Positive results from these studies further supported P4P implementation and resulted in the GoB's decision to move forward with P4P scale-up.

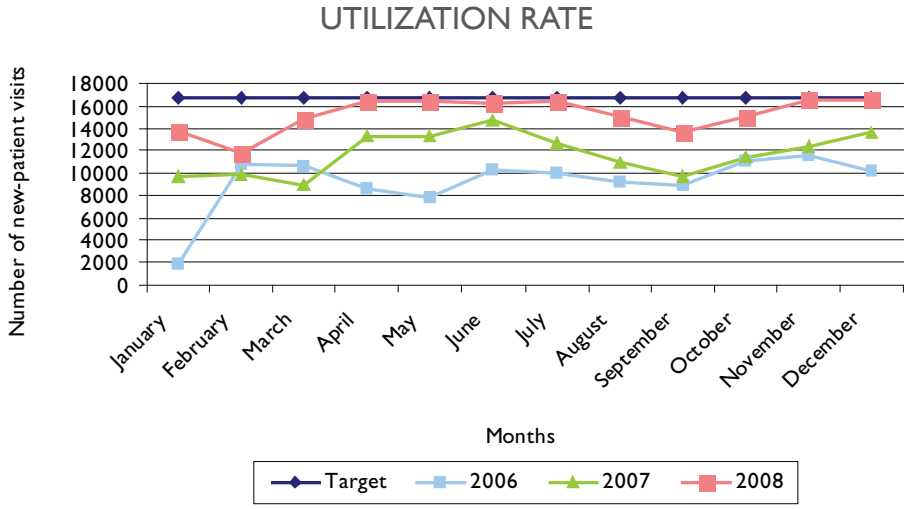
Evaluations of the pilot projects sought to answer the following questions:

- What impact did P4P implementation have on health service utilization and quality? Specifically, did use and quality of services that are part of the Basic Minimum and Complementary Packages improve?

- Is P4P more cost effective than input-based financing?
- Can successful implementation of P4P in Asia (Bangladesh, Cambodia, Pakistan) and Africa (Rwanda, South Africa) be replicated in the Burundi context of recent political turmoil[9] and a profoundly poor population?

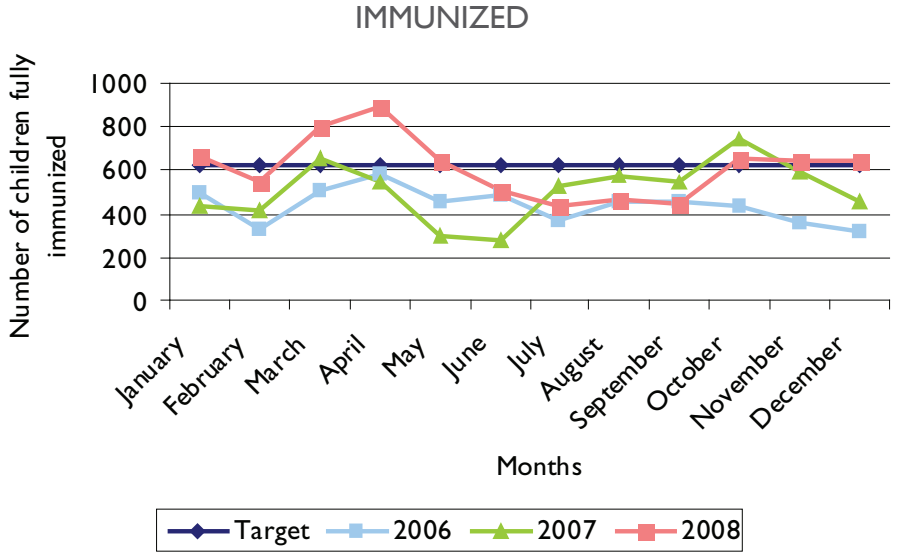
Evaluation findings were positive. Service utilization increased (see Figure 3), as did coverage of children completely vaccinated also increased (Figure 4), the rate of assisted births, and the use and uptake of new FP services (Figure 5). Overall findings revealed an average increase of 50–60 percent for each indicator compared to baseline levels.

FIGURE 3. IMPACT OF P4P ON HEALTH SERVICE UTILIZATION IN KIBUYE PROVINCE

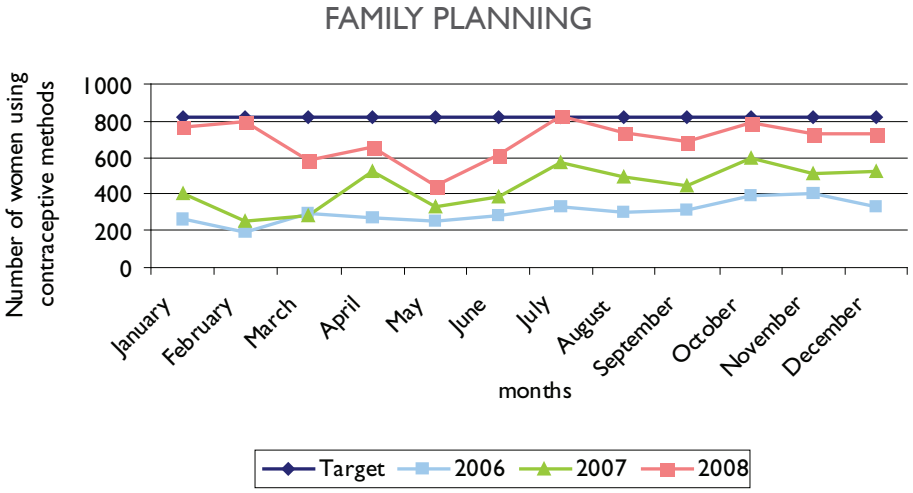


9 Meaning that post-conflict circumstances in Burundi have led to a reality that may be more dire than that in other more stable countries implementing P4P in terms of irregular drug supply, damaged facility infrastructure, human resource gaps, poor quality equipment, etc.

FIGURE 4. IMPACT OF P4P ON IMMUNIZATION OF CHILDREN IN KIBUYE PROVINCE



NUMBER OF WOMEN USING CONTRACEPTIVE METHODS FIGURE 5: IMPACT OF P4P ON FAMILY PLANNING IN KIBUYE PROVINCE



A snapshot of other principle findings includes:

- Utilization of hospital services increased, as did service quality, in all three provinces.
- There is evidence that P4P may be a useful mechanism to counter low health provider morale and potentially generate higher income

levels as the proportion of qualified staff is still increasing in P4P areas due to the financial incentives available in those areas.

- P4P has brought out the entrepreneurial and creative attributes of service providers.
- All health facilities engaged in P4P now are involved in planning, as contract negotiation is based on the business plan of each health facility. This is not done in areas that do not yet implement P4P. Involvement in developing business plans has also contributed to increased provider motivation (Toonen et al. 2009).
- As a result of P4P, health facilities have sought to strengthen community collaboration focusing primarily on health promotion, sensitization, and education. Consequently, a higher level of community involvement is currently noted in P4P areas, compared to non-P4P areas.
- P4P targets almost all Basic Minimum and Complementary Package indicators. In only a few cases (malnutrition, for example) is the activity not targeted by the P4P program. Often the reason for non-inclusion is difficulty in identifying an appropriate indicator that can be independently measured.
- P4P is seen as a good incentive for strengthening health information systems because all health facilities need to submit complete monthly reports in a timely fashion to receive the P4P payment.
- Health services in P4P areas additionally are more likely to be open around the clock as P4P makes being open 24/7 a contractual requirement.

UNDERSTANDING P4P BETTER: KEY CHALLENGES AND LESSONS LEARNED

A few P4P challenges have come to light during P4P piloting in Burundi:

- So that health workers respond to incentives as desired, adequate inputs (infrastructure, equipment, consumable materials, drugs, and staff) all must be in place prior to P4P introduction.
- The MoH should plan for potential disparities in regional health service coverage while P4P is being rolled out as health staff may migrate to P4P pilot areas where financial incentives exist, leaving other areas less well staffed. In Burundi, when initial pilots were launched, pay was double in P4P areas and resulted in a health care staff shift (Toonen et al. 2009).
- Despite commitments by the GoB and development partners, financial sustainability continues to be a challenge.

A contract is signed by hospital and provincial authorities.

Finally, Burundi's experience highlights the following lessons:

- Implementing P4P is by no means an easy task. Development and implementation of a clear institutional framework can help guide the process.
- Even in post-conflict countries, where institutions and infrastructure may be weaker than in other countries and institutions, P4P may assist in building new regulatory structures and can help improve health service utilization and health outcomes.
- Community engagement and participation can play important roles in determining P4P success.

Rehabilitation of a health center paid for through P4P income

REFERENCES

CEFORMI/IMEA. October 2008. Enquête combinée de surveillance des comportements face au VIH.SIDA/IST et d'estimation de la séroprévalence du VIH/SIDA au Burundi.

Kaneza D. 2007. Rapport annuel du district de Kibuye.

République du Burundi, Ministère de Sante. 2005. Plan National de Développement Sanitaire 2006–2010.

République du Burundi, Ministère de Sante. 2006. Politique national de contractualisation dans le secteur de la sante au Burundi.

Soeters, R. and J.P. Nyarushatsi. 2007. Rapport des ateliers provinciaux et de l'atelier national de présentation des expériences de la contractualisation la performance globale des services de santé dans les 3 provinces pilotes de Bubanza, Cankuzo et Gitega.

Toonen J, A. Canavan, P. Vergeer, and R. Elovainio. 2009. Learning lessons on implementing performance based financing, from a multi-country evaluation. KIT Royal Tropical Institute, in collaboration with Cordaid and World Health Organization. http://www.who.int/contracting/PBF.pdf

World Bank. 2009. World Development Indicators 2009. Washington, DC. http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/DATASTATISTICS/0,,contentMDK:21725423~pagePK:64133150~piPK:64133175~theSitePK:239419,00.html

ACKNOWLEDGEMENTS

The authors are grateful to Maria Paola Bertone (former ODI fellow with the Burundi Ministry of Health) who initially connected the authors to Godelive Bashingwa (midwife medical verification officer at Healthnet TPO) and to James Bitsure (Healthnet TPO/Gitega province), who provided the photographs in this case study, and to Olivier Basenya (member of the national pay-for-performance technical unit within the Burundian Ministry of Health) and Alex Ergo (Senior Health Economist, Broad Branch Associates) for providing input to the study. They also thank Rena Eichler of Broad Branch Associates for her review of the case study and the USAID-funded Health Systems 20/20 Project, led by Abt Associates, for funding the paper.

Health Systems 20/20 is a five-year (2006-2011) cooperative agreement No. HS-A-00-06-00010-00 funded by the U.S. Agency for International Development (USAID). The project addresses the financing, governance, operational, and capacity-building constraints that block access to and use of priority population, health, and nutrition services by people in developing countries.
Health Systems 20/20 offers global leadership, technical assistance, training, grants, research, and information dissemination.

Abt Associates Inc. (www.abtassociates.com) leads a team of partners that includes:
| Aga Khan Foundation | Bitrán y Asociados | BRAC University | Broad Branch Associates | Deloitte Consulting, LLP | Forum One Communications | RTI International | Training Resources Group | Tulane University School of Public Health

Recommended Citation: Busogoro, Jean-François and Alix Beith. 2010. Pay-for-performance for Improved Health in Burundi. Bethesda, Maryland: Health Systems 202/20 project, Abt Associates Inc.

Photos: Godelive Bashingwa, James Bitsure

DISCLAIMER: The author's views expressed here do not necessarily reflect the views of the U.S. Agency for International Development or the U.S. Government.

For more information about Health Systems 20/20 please contact:
Health Systems 20/20 | www.healthsystems2020.org
Abt Associates Inc. | www.abtassociates.com
4550 Montgomery Lane
| Suite 800 North | Bethesda, MD 20814 | USA
E-mail: info@healthsystems2020.org

USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

BURUNDI

ANNEXES A: HOW ONE HEALTH FACILITY ALLOCATED P4P PAYMENTS

http://www.healthsystems2020.org/content/resource/detail/2575/

P4P Case Studies

HEALTH SYSTEMS 2020

Annex A. How One Health Facility Allocated P4P Payments

Table A-1. Distribution of P4P Payments, Health Facility in Kibuye District, Gitega Province

Exchange rate: FBu 1,030=US$1

Exchange Rate FBu - US $ 1030

	Salary calculation based on total incomes					
Staff	Number	Salary proportion	Total	Indice	Total payment premium	Per perso
Head Nurse	1	100%	100%	1.44	$ 143.64	$ 1
Nurse A1	1	90%	90%	1.44	$ 129.28	$ 1
Nurse A2	2	80%	160%	1.44	$ 229.83	$ 1
Nurse A3	1	75%	75%	1.44	$ 107.73	$ 1
Aide soignant	3	40%	120%	1.44	$ 172.37	$
Aide soignant chirurgie	1	60%	60%	1.44	$ 86.19	$
Administrative staff	1	70%	70%	1.44	$ 100.55	$ 1
Cleaners, guards	6	30%	180%	1.44	$ 258.56	$
	16		855%		$ 1,228.16	

	Fbu		US $	Fbu
Local incomes		F 1,500,000	$ 1,456	
Subsidy purchasing agency			$ 1,000	
Other incomes		F 0		
TOTAL INCOMES			$ 2,456.31	#########
% paid for functioning of the health center	*10%*		$ 245.63	F 253,000
% paid for drugs	*25%*		$ 614.08	F 632,500
% paid for investment	*15%*		$ 368.45	F 379,500
% for salaries	*50%*		$ 1,228.16	#########
Total	100%		$ 2,456.31	#########
		Indice	**1.4364**	**= incomes available for premiums-salaries/total p**

Health Systems 20/20 is a five-year (2006-2011) cooperative agreement (No.GHS-A-00-06-00010-00) funded by the U.S. Agency for International Development (USAID). The project addresses the financing, governance, operational, and capacity-building constraints that block access to and use of priority population, health, and nutrition services by people in developing countries. Health Systems 20/20 offers global leadership, technical assistance, training, grants, research, and information dissemination.

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

For more information about Health Systems 20/20 please contact:
Health Systems 20/20
Abt Associates Inc.
4550 Montgomery Lane, Suite 800 North | Bethesda, MD 20814 USA
E-mail: info@healthsystems2020.org | www.healthsystems2020.org

The author's views expressed here do not necessarily reflect the views of the United States Agency for International Development or the United States Government.

USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

BURUNDI

ANNEXES B: QUANTITATIVE INDICATORS TO BE USED DURING NATIONWIDE SCALE-UP

http://www.healthsystems2020.org/content/resource/detail/2575/

P4P Case Studies

HEALTH 2020 SYSTEMS

Annex B. Quantitative Indicators to be Used during Nationwide Scale-up

I. Basic package indicators (health centers)

N°	Services Curatifs	Définition	Outils de collecte	Population cible	Poids relatif
1	Nouvelle consultation curative (>=5 ans)	Nombre de personnes âgées de 5 ans et plus vues en consultation curative au cours du mois pour un nouvel épisode maladie.	Registre des consultations curatives de la FOSA	population / 12 * 80%	1
2	Nouvelle consultation curative (< 5 ans)	Nombre d'enfants âgés de moins de 5 ans vus en consultation curative au cours du mois pour un nouvel épisode maladie.	Registre des consultations curatives de la FOSA	population / 12 * 20% *2	3
3	Une journée d'observation	Nombre de journées que le malade passe au CDS au cours du mois pour observation du traitement ou en attente d'une référence. Cette période est limitée à 48 heures au maximum.	Registre d'hospitalisation (observation) d'une FOSA	pop / 1000 *30	3
4	Petite chirurgie	Nombre de patients reçus au cours du mois dans le service de petite chirurgie du CDS pour des soins chirurgicaux : suture de plaies, extraction dentaire, incision et drainage d'abcès.	Registre de petite chirurgie	pop/12/*7%	6
5	Références	Nombre de patients référés à l'Hôpital au cours du mois.	Fiche de référence arrivée à l'hôpital; Registres de consultation, de maternité et d'hospitalisation	Consultations externes x 0,5%	7
	Services Préventifs				
6	Enfants complètement vaccinés	Nombre d'enfants de moins d'une année ayant reçu tous les antigènes (BCG, Pentavalent 1, Pentavalent 2, Pentavalent 3 et VAR) au cours du mois.	Registre de vaccination de la FOSA	pop x 3.94% / 12 x 100%	12
7	VAT 2-5	Nombre de femmes ayant reçu VAT 2 ou plus au cours du mois.	Registre des CPN, Registre de vaccination VAT	pop x 4,8% / 12 x 100%	3
8	Distribution des MII aux enfants < 5 ans; femmes enceintes et qui	Nombre de MII distribuées au cours du mois aux femmes enceintes en CPN, aux	Registre des CPN, Registre de maternité,	pop / 5ans / 12 mois/1.5 pers.	4

N°	Services Curatifs	Définition	Outils de collecte	Population cible	Poids relatif
	accouchent	femmes qui accouchent et aux enfants qui reçoivent le VAR.	Registre de vaccination		
9	Nombre de latrines construites dans l'aire d'attraction du CDS	Nombre de ménages de l'aire d'attraction du CDS ayant des latrines nouvellement construites au cours mois.	Registre de latrinisation	pop / 6 pers par HH / 12 / 3 ans	15
10	Femme enceinte VIH+ mise sous protocole ARV prophylactique	Nombre de femmes enceintes VIH+ mises sous prophylaxie ARV au CDS au cours du mois selon le protocole national.	Registre PTME	(pop* x 4.8% x 4% /12)*80%	11,667
11	Prise en charge du nouveau né d'une femme VIH +	Nombre de nouveaux nés de mères VIH+ mis sous le protocole PTME au cours du mois selon le schéma national.	Registre PTME	pop* x 4.3% x 4% /12	11,167
12	Dépistage volontaire du VIH/SIDA	Nombre de personnes testées volontairement (en dehors des campagnes) et ayant récupérées les résultats pour le VIH au cours du mois.	Registre CDV	pop*(15-59 ans)/12 *90%	2
13	Nombre de nouveaux cas sous ARV	Nombre de personnes VIH+ qui commencent un traitement ARV au CDS au cours du mois	Registre ARV	pop * 3% * 50% /12*10%	15
14	Nombre de clients ARV suivi pendant 6 mois	Nombre de patients mis sous ARV et ayant été suivi correctement selon le protocole pendant les 6 premiers mois.	Registre ARV	pop * 3% * 50% * 2 / 12 *10%	7,5
15	Cas d'IST traités	Nombre de cas d'IST diagnostiqués et correctement traités au cours du mois selon l'approche syndromique.	Registre de consultation externe	pop * 5% /12*90%	4
16	Dépistage des cas TBC positifs	Nombre de nouveaux cas dépistés positifs pour la TBC au cours du mois.	Registre TBC, Registre de labo	pop * (87/100.000) /12 *30%	13
17	Nombre de cas TBC traités et guéris	Nombre de cas de TBC+ correctement traités selon le protocole national avec les examens du crachat négatifs au contrôle à la fin du traitement au cours du mois.	Registre de TBC, Fiche de traitement	pop * (87/100.000) *85 %/ 12*90%	80
	Santé de la Reproduction				
18	Accouchement eutocique	Nombre d'accouchements eutociques effectués au CDS au cours du mois avec l'assistance du personnel qualifié (minimum	Registre de maternité	pop x 4,8% /12*80%	25

N°	Services Curatifs	Définition	Outils de collecte	Population cible	Poids relatif
		A3).			
19	FP: Tot. Nouvelles + Anciennes Acceptantes	Nombre de femmes sous méthode contraceptive moderne (Exclu le préservatif, DIU et Implants) au cours du mois.	Registre PF	pop x 22% / 12 x 21% x 4 *90%	5
20	FP: Implants et DIU	Nombre de femmes chez qui le DIU ou l'implant ont été posés au cours du mois comme méthode contraceptive moderne choisie.	Registre PF	pop x 22% /12 x 2% *90%	10
21	Consultation postnatale	Nombre de femmes qui ont effectué au moins une visite postnatale (dans les 42 jours après l'accouchement) au cours du mois.	Registre de consultation postnatale	pop x 4,8% /12 x 95%	2
22	Consultation prénatale et standard	Nombre de femmes enceintes qui effectuent une visite CPN au cours du mois	Registre CPN	pop x 4,8% /12 x 3	2

II. Complementary package indicators (Hospitals)

N°	Indicateurs	Définition	Outils de collecte	Population cible	Poids relatif
1	Nouvelle consultation curative par un médecin (> =5 ans)	Nombre de personnes âgées de 5 ans et plus vues en consultation curative par un médecin au cours du mois pour un nouvel épisode maladie.	Registre de consultation médicale	population / 12 x 5%*45%	1
2	Nouvelle consultation curative par un médecin (< 5 ans)	Nombre d'enfants âgés de moins de 5 ans vus en consultation curative par un médecin au cours du mois pour un nouvel épisode maladie.	Registre de consultation médicale	population / 12 x 5%*55%	2,75
3	Contre référence arrivée au CDS	Nombre de fiches de retro-information sur les références effectuées au cours du mois, envoyées par l'hôpital et arrivées au centre de santé référant.	Fiche de contre référence	pop x 1 / 12 x 0.5%	1
4	Chirurgie majeure	Nombre de cas d'interventions chirurgicales réalisées sous anesthésie générale ou locorégionale au cours du mois à l'exception de celles de la petite chirurgie et les césariennes.	Registre des grandes interventions, Registre des protocoles opératoires	pop / 12 x 0,5%	40

N°	Indicateurs	Définition	Outils de collecte	Population cible	Poids relatif
5	Petite chirurgie	Nombre de cas reçus au cours du mois dans le service de chirurgie de l'hôpital pour des soins chirurgicaux : suture de plaies, circoncision, extraction dentaire, incision et drainage d'abcès, parage de plaies, réduction non sanglante des luxations ou fractures.	Registre des petites chirurgies	pop / 12 x 1%	10
6	Accouchement eutocique	Nombre d'accouchements eutociques effectués à l'hôpital au cours du mois avec l'assistance du personnel qualifié (minimum A3).	Registre de maternité	pop x 4,8% / 12 x 10%	9,333
7	Césarienne	Nombre de césariennes réalisées à l'hôpital au cours du mois.	Registre de maternité, Registre de protocole opératoire	pop x 4,8% / 12 x 10% x 30%	100
8	Accouchement dystocique	Nombre d'accouchements réalisés par ventouse, forceps au cours du mois.	Registre de maternité	pop x 4,8% / 12 x 10% x 70%	25
9	Dépistage volontaire du VIH/SIDA	Nombre de personnes testées volontairement (en dehors des campagnes) et ayant récupérées les résultats pour le VIH au cours du mois.	Registre CDV	(pop*(15-59 ans)/12)*10%	3,75
10	Une journée d'hospitalisation pour les >= 5 ans	Nombre de journées que le malade âgé de 5 ans et plus passe sur le lit de l'hôpital pour traitement.	Registre d'hospitalisation	pop / 1000 x 1 x 30 jours *65%	2
11	Une journée d'hospitalisation pour les < 5 ans	Nombre de journées que le malade âgé de moins de 5 ans passe sur le lit de l'hôpital au cours du mois pour traitement.	Registre d'hospitalisation	pop / 1000 x 1 x 30 jours *35%	9
12	Femme enceinte VIH+ mise sous protocole ARV prophylactique	Nombre de femmes enceintes VIH+ mises sous prophylaxie ARV a l'hôpital au cours du mois selon le protocole national.	Registre PTME	(pop* x 4.8% x 4% /12)*20%	6
13	Prise en charge du nouveau né d'une femme VIH +	Nombre de nouveaux nés de mères VIH+ mis sous le protocole PTME au cours du mois selon le schéma national.	Registre PTME	pop* x 4.3% x 4% /12 *20%	7,833
14	Nombre de nouveaux cas sous ARV	Nombre de personnes VIH+ qui commencent un traitement ARV à l'hôpital au cours du mois.	Registre ARV	pop * 3% * 50% /12 *90	20,833

N°	Indicateurs	Définition	Outils de collecte	Population cible	Poids relatif
15	Nombre de clients ARV suivi semestriellement	Nombre de patients mis sous ARV et ayant été suivi correctement selon le protocole pendant les 6 premiers mois.	Registre ARV	pop * 3% * 50% * 2 / 12 *90%	10
16	Cas d' IST traitées	Nombre de cas d'IST diagnostiqués et correctement traités au cours du mois selon l'approche syndromique.	Registre de consultation externe	pop * 5% /12*10%	4,833
17	Dépistage des cas TBC positifs	Nombre de nouveaux cas dépistés positifs pour la TBC au cours du mois.	Registre TBC, Registre de labo	pop * (87/100.000) /12 *70%	90,167
18	Nombre de cas TBC traités et guéris	Nombre de cas de TBC+ correctement traités selon le protocole national avec les examens du crachat négatifs au contrôle à la fin du traitement au cours du mois.	Registre de TBC, Fiche de traitement	(pop * (87/100.000) *85 %/ 12)*10%	183,333
19	FP: Implants et DIU	Nombre de femmes chez qui le DIU ou l'implant ont été posés au cours du mois comme méthode contraceptive moderne choisie.	Registre PF	pop x 22% /12 x 2% *10%	8,167
20	FP: Tot. Nouvelles + Anciennes Acceptantes	Nombre de femmes sous méthode contraceptive moderne (Exclu le préservatif, DIU et Implants) au cours du mois.	Registre PF	pop x 22% / 12 x 21% x 4 *10%	4,75
21	PF : méthode définitive	Nombre de personnes ayant bénéficié de vasectomie ou LDT comme méthode contraceptive au cours du mois.	Registre PF	pop x 21% / 12 x 1%	21,667

Health Systems 20/20 is a five-year (2006-2011) cooperative agreement (No.GHS-A-00-06-00010-00) funded by the U.S. Agency for International Development (USAID). The project addresses the financing, governance, operational, and capacity-building constraints that block access to and use of priority population, health, and nutrition services by people in developing countries. Health Systems 20/20 offers global leadership, technical assistance, training, grants, research, and information dissemination.

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

For more information about Health Systems 20/20 please contact:
Health Systems 20/20
Abt Associates Inc.
4550 Montgomery Lane, Suite 800 North | Bethesda, MD 20814 USA
E-mail: info@healthsystems2020.org | www.healthsystems2020.org

The author's views expressed here do not necessarily reflect the views of the United States Agency for International Development or the United States Government.

USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

BURUNDI

ANNEXES C: INDICATORS USED TO ASSESS QUALITY DURING QUARTERLY ASSESSMENTS

http://www.healthsystems2020.org/content/resource/detail/2575/

P4P Case Studies

HEALTH 2020 SYSTEMS

Annex C. Indicators Used to Assess Quality during Quarterly Assessments

Grille d'évaluation trimestrielle de la qualité des centres de santé

République du Burundi
COMITE PROVINCIAL DE VERIFICATION ET DE VALIDATION

GRILLE DE QUALITE TECHNIQUE DES SOINS DU CENTRE DE SANTE

1. INDICATEURS GÉNÉRAUX	**Protocole respecté**	**Protocole non respecté**
1. Carte sanitaire de l'aire de santé disponible et affichée *Carte affichée dans la FOSA en montrant les villages/quartiers, routes principales, barrières naturelles, les point spéciaux et distances*	**1**	**0**
2. Rapports mensuels SIS– plan d'action – PV réunions et autres documents importants bien rangés (dossiers de tout le personnel, ROI, lettres administratives) *Avec classeurs, dans des étagères et accessible par le responsable du moment (IT, ITA, ou infirmier de garde)*	**2**	**0**
3. Horaire du travail et rôle de garde disponible et affiché	**1**	**0**
4. Un plan d'action de la FOSA d'au moins 3 ans disponible	**1**	**0**
5. Procès verbal des réunions techniques du FOSA fait mensuellement et disponible *Vérifier le PV techn. dernier mois* *le PV verbal contient la date, l'heure de début et de fin de la réunion, l'agenda ou l'ordre du jour, la liste de présence des participants signée, Déroulement de la réunion, Signature du président et du rapporteur.*	**1**	**0**
6. Fiches de référence vierges disponible (*au moins 10)*	**1**	**0**
7. Disponibilité de radio ou portable pour la communication entre la FOSA et le FOSA de première référence *Radio ou portable (propre au centre de sante) fonctionnel avec piles et/ou unités (minimum 1000 Fbu)*	**1**	**0**
8. Cuisine pour les patients hospitalisés est disponible et propre *Murs en tôles ou en briques, bien couverts en tôles ou en tuiles, avec poubelle pour évacuation des déchets un robinet a moins de 5m ou une réserve d'eau d'au moins 50l.*	**1**	**0**
9. Disponibilité d'une morgue *Une chambre ou petit bâtiment*	**1**	**0**
Points TOTAUX - 10 points maximum	**….. / 10**	**XXXXXX**

2. PLAN D'ACTION TRIMESTRIEL	**Protocole respecté**	**Protocole non respecté**
1. Plan d'action trimestriel de la FOSA disponible et accessible *Le vérificateur vérifie le Plan d'action en vigueur dument approuvé par l'équipe cadre de district.*	**4**	**0**

2. Plan d'action élaboré <u>avec les acteurs clés</u> *- Responsables de services de la FOSA, COSA (si fonctionnel)* *- Responsable(s) Disp. Privé / Poste Santé sous contracté (si applicable)* *Le PV verbal de réunions d'élaboration de plans d'action trimestriel avec liste de présence reprenant la présence de ces responsables définis.*	**3**	**0**
3. Rapports mensuels d'analyse de réalisations de plans d'action trimestriel (ce point sur l'analyse peut être un des sujets a l'ordre du jour dans la réunion mensuelle technique).	**3**	**0**
Points TOTAUX - 10 points maximum	**….. / 10**	**XXXXXX**

3. PARTIE FINANCIERE, RECETTES, DEPENSES DE FONCTIONNEMENT, PRIME PERFORMANCE - INDICE	**Protocole respecté**	**Protocole non respecté**
1. Documents financiers et comptables disponibles et bien tenus *- Rapport mensuel de* ***trésorerie*** *disponible et correctement rempli (rempli a jour, sans rature)* *- Solde théorique du* ***livre de caisse*** *conforme à la liquidité en caisse*	**4**	**0**
2. Estimation mensuelle de dépenses approuvée par le Titulaire et le Président du COSA	**2**	**0**
3. La prime de base + prime de performance n'est pas supérieure à 60% du TOTAL des recettes de la FOSA *Le vérificateur fait la somme des primes fixes, prime de performance et les salaires de l'Etat (si applicable) et les comparent avec les recettes*	**2**	**0**
4. Système établi du calcul mensuel des **primes de performance** et connu par le personnel *- Critères pour le calcul de la prime de performance établie calculé à travers de (a) indice de base de performance + (b) ancienneté + (c) responsabilité + (d) heures supplémentaire / perdu + (e) évaluation trimestrielle de performance).*	**2**	**0**
Points TOTAUX - 10 points maximum	**….. / 10**	**XXXXXX**

4. HYGIENE & STERILISATION	**Protocole respecté**	**Protocole non respecté**
1. **Clôture** disponible et bien entretenu *Si haie vive => taillé ; Si en sticks ou en dur => sans passage*	**2**	**0**
2. Disponibilité de **poubelle** dans la cour *Poubelle avec couvercle accessible aux clients - non pleine*	**1**	**0**
3. Présence de **latrines** en nombre suffisante et en bon état *- au moins 5latrines* *- Plancher sans fissures avec un seul trou et couvercle* *- Portes à fermer- sans mouches* *- Toilette avec murs en briques, bien couverts en tôles ou en tuiles* *- Nettoyés récemment- sans matières fécales visibles*	**2**	**0**

4. Présence de **douches** en nombre suffisante et en bon état *- au moins 3 douches;* *- Douche avec eau courante, ou récipient avec au moins 20 litres* *- Evacuation de l'eau usée dans un puits perdu*	**2**	**0**
5. **Incinérateur** et **fosse à placenta en enclos** *- Incinérateur fonctionnel, utilisé et vidé* *- Fosse à placenta avec couvercle* *- Enclos sans passages bien construit avec porte sous clé*	**5**	**0**
6. **Fosse à déchet** de matériel non infectés disponible *Trou de minimum 3 mètres profondeur avec enclos sans matériel infectés ni matériel non décomposable*	**1**	**0**
7. Propreté de la cour *Absence de déchets et* ***produits dangereux*** *dans la cour – aiguilles – ampoules – gants – compresses usagées*	**2**	**0**
8. Entretien de la cour *Herbes coupées –* ***jardin*** *bien entretenu – pas d'excréta (animaux)*	**1**	**0**
9. Le personnel **stérilise** les instruments selon les normes *Stérilisateur (poupinel ou casserole à vapeur) en bon état et fonctionnel. Protocole de stérilisation affiché*	**3**	**0**
10. Conditions d'hygiène assurées dans la **salle de soins** *Poubelles pour matériaux infectés avec couvercle – boite de sécurité pour les aiguilles bien placé et utilisé*	**1**	**0**
Points TOTAUX - 20 points maximum	**…. / 20**	**XXXXXX**

5. CONSULTATION EXTERNE / URGENCE	**Protocole respecté**	**Protocole non respecté**
1. Bonnes conditions d'attente pour la Consultation Externes *Avec bancs et / ou chaises suffisants, protégé contre soleil et pluie*	**1**	**0**
2. Les tarifs du recouvrement de coût sont affichés *Tarifs visibles pour les malades avant la consultation*	**1**	**0**
3. Existence d'un système de triage avec des jetons numérotés	**1**	**0**
4. Salle de la Consultation Externe en bon état *Murs en dur avec crépissage et peinture, pavement en ciment sans fissures, plafond en bon état, fenêtres en vitres avec rideaux, et portes fonctionnel avec serrure*	**2**	**0**
5. Salle de la CE et l'espace d'attente séparés assurant la confidence *Salle avec porte fermé – rideaux sur la fenêtre – pas de passage*	**1**	**0**
6. Salle de la CE et / ou Urgence éclairée pendant la nuit *Electricité ou lumière solaire*	**1**	**0**
7. Toutes les CE sont faites par un infirmier qualifié (au moins A3) *Identification des infirmiers consultants à partir d'interrogatoire des patients qui ont consulté ce jour de l'évaluation.*	**2**	**0**
8. Infirmier de CE en tenue conforme *Blouse propre - boutonné ave ccarte d'identification (Badge), en chaussure (pas de culottes)*	**1**	**0**
9. La numérotation mensuelle correcte dans le registre de CE *Numérotation correcte et clôturée à la fin du mois*	**1**	**0**

10. Disponibilité de services 7 / 7 jours *Le vérificateur vérifie les entrées dans le registre les 3 derniers dimanches*	**1**	**0**
11. Protocole affiché sur le mur pour la prise en charge du paludisme *Protocole nationale avec palu simple et grave avec leur traitement*	**3**	**0**
12. La prise en charge correcte du paludisme simple *Voyez dans le registre les 5 derniers cas (AS/AQ)*	**1**	**0**
13. La prise en charge correcte du paludisme grave *Voyez dans le registre 2 derniers cas (quinine injectable en IM et transfert immediat)*	**1**	**0**
14. La prise en charge correcte des IRA *Ordinogramme OMS disponible et appliqué*	**2**	**0**
15. La prise en charge correcte de la diarrhée *Ordinogramme OMS disponible et appliqué*	**2**	**0**
16. La proportion de malades traités avec des antibiotiques < 50% *Voyez le registre les 30 derniers cas en analysant le diagnostic et calcule le taux – pas plus de 14 sur 30 cas.*	**2**	**0**
17. La recherche de la TBC chez les tousseurs chroniques *Voyez le registre les 5 derniers cas avec toux de plus de deux semaines ayant bénéficié d'une demande d'examen de crachat*	**1**	**0**
18. Elaboration de courbes d'évolution en couverture contraceptive, vaccinale, utilisation curative et à jour et affichée sur le mur (par rapport aux cibles attendues)	1	0
19. Disponibilité de stéthoscope / tensiomètre fonctionnel *Prend la tension artérielle de quelqu'un pour la vérification*	**1**	**0**
20. Disponibilité de thermomètre fonctionnel *Fait l'inspection du thermomètre*	**1**	**0**
21. Disponibilité d'otoscope fonctionnel avec kit d'auriculaires *Fait l'inspection : piles chargés et disponibles avec lumière forte*	**1**	**0**
22. Disponibilité d'une balance Salter (pèse bébé) en bon état *Balance bien tarée à zéro + Culotte présente et non déchirée*	**1**	**0**
23. Lit d'examen disponible (métallique) avec matelas	**1**	**0**
24. Disponibilité de balance fonctionnelle *Fait l'inspection en comparaison le poids connu du superviseur, après pesage aiguille balance revient à zéro*	**1**	**0**
25. Disponibilité d'abaisse langue	**1**	**0**
26. Disponibilité d'une toise en bon état (bien lisible)	**1**	**0**
27. Disponibilité des tables de rapport Poids/Taille	**1**	**0**

28 .Détermination de l'état nutritionnel de tous les enfants de moins de 5 ans qui viennent en consultation	**3**	**0**
28. détermination de l'état nutritionnel de toute femme dont l'enfant malade a moins de 6 mois	**2**	**0**
29. cahier de dépistage de l'état nutritionnel disponible et bien rempli (à jour)	**2**	**0**
31. prise en charge de la malnutrition selon le protocole national	**3**	**0**
Points TOTAUX - 43 points maximum	**…. / 44**	**XXXXX**

6. PLANIFICATION FAMILIALE	**Protocole respecté**	**Protocole non respecté**
1. Toutes les consultations PF faites par **un infirmier** A3 au minimum *Voir les fiches de consultation remplies et signées par un infirmier A3*	**2**	**0**
2. Local disponible garantissant la confidence *Salle avec porte fermé – rideaux sur la fenêtre – pas de passage*	**2**	**0**
3. **Affiche** murale ou boite à image avec les méthodes PF disponible pour la démonstration	**1**	**0**
4. FOSA atteint au moins **90%** de cible trimestrielle en contraceptifs oraux et injectables fixées dans le plan d'action	**4**	**0**
5. Stock de sécurité intrants contraceptifs oraux et inj. Disponible *10.000 hab = 147 doses DEPO et pilule 3 plaquettes / 4 = 36 doses*	**3**	**0**
6. Méthodes **DIU** disponibles et personnel capable de les placer *- Au moins 5 DIU disponibles*	**2**	**0**
7. Méthodes **Norplan** disponibles et personnel capable de les fixer *- Au moins 5*	**2**	**0**
8. Stratégie disponible pour référer à l'hôpital les couples pour la **ligature et/ou la vasectomie** *- Bon système de référence élaboré* *- Mécanisme de stratégies avancées avec l'hôpital développe dans les CS (document de collaboration existe)*	2	0
9. Registre de la PF disponible <u>et bien rempli (a jour et rempli a toutes les rubriques)</u>	**3**	**0**
10. Fiche de la PF disponible et bien remplie (5 fiches) *(tension art, hépatomégalie, varices, poids)*	**3**	**0**
Points TOTAUX – 24 points maximum	**…… / 24**	**XXXXXX**

7. LABORATOIRE	**Protocole respecté**	**Protocole non respecté**

1. Laborantin ou Infirmier (polyvalent) d'au moins du niveau **A3** disponible	**1**	**0**
2. Le laboratoire est fonctionnel **tous les jours** de la semaine *Le vérificateur vérifie les 2 derniers dimanches dans le registre du LABO*	**1**	**0**
3. **Résultats enregistrés** correctement dans le registre du labo et **conforme** aux résultats dans le carnet du malade ou bon d'examen *Superviseur vérifie les 5 derniers résultats*	**1**	**0**
4. Liste des examens possibles **affichée** dans le labo	**0.5**	**0**
5. Disponibilité des **démonstrations** des parasites *- Sur papier plastifié, dans un livre en couleur, ou affichés* *- Goutte Epaisse : Vivax, Ovale, Falciparum, Malariae* *- Selles : Ascaris, entamoebae, ankylostome, schistosome*	**0.5**	**0**
6. Disponibilité d'un **microscope** fonctionnel *– objectifs fonctionnels – huile à immersion – miroir ou électricité* *– lames – lamelles – GIEMSA disponible*	**2**	**0**
7. Disponibilité d'une **centrifugeuse** fonctionnelle	**1**	**0**
8. Evacuation **des déchets** *- Déchets organiques dans une poubelle avec couvercle* *- Boite de sécurité disponible et détruit dans l'incinérateur*	**1**	**0**
9. Personnel plonge les **lames et pipettes souillés** dans un récipient contenant un désinfectant	**1**	**0**
10. Présence d'au moins 10 tests de grossesse dans le stock du laboratoire.	**1**	**0**
Points TOTAUX - 10 points maximum	**…… / 10**	**XXXXXX**

8. SALLE d'HEBERGEMENT	**Protocole respecté**	**Protocole non respecté**
1. Equipements disponibles et en bon état *Lit avec, matelas en cuir non déchirée, avec moustiquaires, draps, tables de nuit*	2	0
2. Bonnes conditions d'hygiène *- Nettoyage régulier, accès à l'eau potable (a moins de 20m), lits bien espacés (au moins 1m)* *- Bonne aération sans mauvaises odeurs*	2	0
3. Salle d'hébergement **éclairée pendant la nuit** *Electricité, lumière solaire ou lampe à batterie rechargeable*	1	0
4. Confidentialité assurée *Salles séparées pour Femmes, pour hommes et pour enfants - sans être vu par l'extérieur*	1	0
5. Registre d'hébergement disponible et bien rempli *Identité complète, journées d'hospitalisation,*	1	0
6. Fiches d'hébergement disponibles et bien remplies *- Au moins 10 vierges – Superviseur vérifient 5 fiches remplis :* • *Température TA, examens de labo bien rempli*	3	0

• *Suivi de traitement coché et conforme a l'ordinogramme.*		
Points TOTAUX - 10 points maximum	**…… / 10**	**XXXXXX**

9. GESTION DES MEDICAMENTS	**Protocole respecté**	**Protocole non respecté**
1. Personnel tient les fiches de stock en montrant stock de sécurité = *Consommation moyenne mensuelle (CMM) / 2* *Stock dans les fiches correspond avec le stock physique* ⇨ *Le vérificateur fait un échantillon de trois médicaments*	**5**	**0**
2. Personnel a accès à **un seul** Centre de Distribution de Médicaments, Equipements et Consommables (qui est le BDS) sauf en cas d'autorisation de la part du district sanitaire.	**1**	**0**
3. Les médicaments sont gardés correctement *Local propre, bien aéré avec armoires, étagères étiquetés, et rangés par classe thérapeutique et par ordre alphabétique*	**2**	**0**
4. La pharmacie dépôt livre journalièrement les médicaments selon la réquisition du service de distribution des médicaments *- Le vérificateur vérifie si la quantité réquisitionné est conforme à la quantité servie (a voir dans la feuille de requise signée par les 2 parties)*	**2**	**0**
5. Absence médicaments périmés où avec des étiquettes falsifiées *- Superviseur vérifie au hasard 3 médicaments et 2 consommables* *- Produits périmé bien séparé de stock* *- Inventaire mensuel de produits périmés et transmis au BDS (accuse de réception disponible).*	**2**	**0**
6. Lieu de distribution de médicaments: • *Avec médicaments emballes dans le sachet médicament.* • *Manipulation des médicaments par une cuillère* • *Présence d'eau potable (dans un filtre a eau) et prise de la première dose orale au CDS*	**3**	**0**
Points TOTAUX - 15 points maximum	**…… / 15**	**XXXXXX**

10. MEDICAMENTS TRACEURS *Stock de Sécurité = Consommation Moyenne Mensuelle (CMM) / 2*	**Disponible OUI > CMM / 2**	**Disponible NON < CMM / 2**
1. Amoxicilline caps 500 mg	**1**	**0**
2. Amoxicilline sirop 250 mg/ 5ml	**1**	**0**
3. Artesinate comp 50 mg – amodiaquine 200 mg	**1**	**0**
4. Cotrimoxazole comp 480 mg	**1**	**0**
5. Diazepam 10 mg / 2ml – injectable	**1**	**0**

6. Fer – acide folique 200 mg + 25 mg	**1**	**0**
7. Mebendazole comp 100 mg	**1**	**0**
8. Methergine amp 10 Unités	**1**	**0**
9. Metronidazole comp 250 mg	**1**	**0**
10. Paracetamol comp 500 mg	**1**	**0**
11. Quinine comp 500 mg et quinine injectable	**1**	**0**
12. SRO / oral sachet	**1**	**0**
13. Gants stériles	**1**	**0**
14. Compresses steriles	**1**	**0**
15. Solutés glucose 5%	**1**	**0**
Points TOTAUX - 15 points maximum	**…… / 15**	**XXXXXX**

11. MATERNITÉ	**Protocole respecté**	**Protocole non respecté**
1. **L'eau suffisante avec savon** dans la salle d'accouchement *Un point d'eau fonctionnel ou au moins 20 litres*	**1**	**0**
2. Salle d'accouchement **éclairée pendant la nuit** *Electricité, lumière solaire ou lampe à batterie rechargeable*	**1**	**0**
3. **Déchets** collectés correctement dans la salle d'accouchement *- poubelle + boite de sécurité pour les aguilles*	**1**	**0**
4. Salle d'Accouchement **en bon état** *- Murs en dur avec crépissage et peinture* *- Pavement en ciment sans fissures, plafond en bon état* *- Fenêtres en vitres avec rideaux, et portes fonctionnelles*	**1**	**0**
5. Disponibilité du **partogramme** *Au moins 10 fiches*	**1**	**0**
6. Analyse **de partogrammes de 5 derniers accouchements** • *Existence du partogramme correctement et complètement rempli*	**5**	**0**
7. **Prise de la tension artérielle** pendant le travail d'accouchement *Rempli dans le partogramme régulièrement pendant le travail – au moins une fois par heure – superviseur vérifie 3 partogrammes*	**1**	**0**
8. Prise systématique de **l'APGAR** lors de l'accouchement *Rempli dans le partogramme 1 ier, 5 ème et 10 ème minute* *Superviseur vérifie 3 partogrammes*	**1**	**0**
9. Tous les accouchements effectués par **un personnel qualifié** *Identification des accoucheuses à partir des noms dans le registre*	**2**	**0**
10. Disponibilité d'une **toise** *(pour mesurer la taille),* d'un **stéthoscope obstétrical** et d'une **poire** *(plongé dans un désinfectant non irritant)* ou aspirateur manuel / électrique fonctionnel	**1**	**0**
11. Disponibilité des **gants stériles** *(au moins 10 paires)*	**1**	**0**
12. Disponibilité d'au moins **2 boites obstétricales stérilisées**, *Avec au moins 1 paires de ciseau, 2 pinces*	**2**	**0**

13. Disponibilité d'une **boite d'épisiotomie** *Fil catgut et fil non résorbable, désinfectant, anesthésie local, compresse stérile.* ***Une boite stérilisée*** *avec porte aguille, aiguille,* *1 pince anatomique et 1 pince chirurgicale*	**2**	**0**
14. **Table d'accouchement** en bon état *Table avec matelas démontable avec* ***deux*** *jambiers fonctionnels*	**2**	**0**
15. Disponibilité d'un **pèse bébé** fonctionnel *Le vérificateur vérifie le pèse bébé avec un objet*	**1**	**0**
16. **Matériel** disponible pour les soins aux **nouveaux nés** *Fil de ligature du cordon stérile, bande ombilicale stérile,* *pommade tétracycline 1% (appliqué à chaque nouveau né)*	**2**	**0**
17. **Seau ou bassin à linge souillé** disponible	**1**	**0**
18. Disponibilité de **moustiquaires** dans la salle d'hébergement	**2**	**0**
19. **Lits** avec matelas et literie en bon état dans salle d'hébergement *Matelas couverts de toile cirés avec couverture et draps*	**1**	**0**
20. **Salle de travail** adéquate *CS : au moins 2 lits avec matelas en cuir non déchiré*	**1**	**0**
Points TOTAUX - 25 points maximum	**…. / 25**	**XXXXXX**

12. PETITE CHIRURGIE	**Protocole respecté**	**Protocole non respecté**
1. Salle pour la petite chirurgie disponible et en bon état *- Murs en dur avec crépissage et peinture* *- Pavement en ciment sans fissures*	**1**	**0**
2. Lit d'examen disponible *- Facilement maniable avec mousse garnie de toile cirée*	**0.5**	**0**
3. Equipement de base disponible dans la salle : *- Anesthésie locale disponible (au moins 20 ml)* *- Tambour avec compresses stériles* *- Boite à pince avec porte aiguille, pince anatomique, pince de cocher, paire de ciseaux (au moins 3)* *- Gants stériles (au moins 3 paires)* *- Fils résorbables (2 au minimum)* *- Bistouri (au moins 3)* *- Champs stériles dans un tambour* *- Bassins réniformes (au moins 2)*	**2**	**0**
4. Registre de petite chirurgie bien rempli et à jour	**0.5**	**0**
5. Conditions d'hygiène assurées dans la **salle de petite chirurgie** *- Poubelles pour matériaux infectés avec couvercle* *- Boite de sécurité (pour les aiguilles) bien placé et utilisé*	**1**	**0**
Points TOTAUX - 5 points maximum	**…… / 5**	**XXXXXX**

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

14. VACCINATION	**Protocole respecté**	**Protocole non respecté**
1. **Chaine de froid** - contrôle régulier de la chaîne de froid et thermomètre présent dans le compartiment du réfrigérateur *- Présence d'un frigo - disponibilité cahiers ou fiche de température remplis 2 fois par jour – inclusivement le jour de la visite* *- Température* ***reste*** *entre 2 et 8 degré Celsius sur la fiche* *- Le vérificateur vérifie la fonctionnalité du thermomètre* *- Température* ***est*** *entre 2 et 8 degré Celsius sur le thermomètre*	**3**	**0**
2. **Pas de rupture** de DTC+HepB, BCG, VAR+VAA, VPO, VAT *- Présence des fiches de stock à jour* *- Le vérificateur vérifie le stock physique dans le frigo qui doit correspondre au stock théorique*	**1**	**0**
3. Les **vaccins** sont **correctement disposés dans le frigo** *- Compartiment congelé : VPO – VAR* *- Compartiment NON congelé : BCG - DTC+HepB, VAT, diluants* *- Absence de vaccins périmés ou pastille de contrôle de vaccins virés* *- Etiquettes sur les flacons de vaccin lisibles*	**1**	**0**
4. ETAT CHAINE de FROID *Frigo à pétrole : stock d'au moins* ***14 L*** *Frigo solaire :* ***batterie*** *en bon état*	**1**	**0**
5. Les **accumulateurs** de froid sont bien congelés (au moins 6)	**1**	**0**
6. Existence de **seringues** *- autobloquantes – au moins 30* *- pour dilution – au moins 3*	**1**	**0**
7. Les **déchets** sont collectés dans des poubelles appropriées *Disponibilité de boite sécurité (réceptacle)*	**1**	**0**

8. **Stock de carnets** ou cartes de croissance PEV & CPS *Pour la maman - au moins 10*	**1**	**0**
9. **Registre de PEV** bien rempli – ou système de fiches disponible *Système capable d'identifier les abandons et les ECV (Enf Comp Vac)*	**1**	**0**
10. Bonnes **conditions d'attente** pour la CPS *Avec bancs et / ou chaises suffisants, protégé contre soleil et pluie*	**1**	**0**
11. Remise de **jetons numérotés** selon l'ordre d'arrivée	**1**	**0**
12. Disponibilité d'une balance Salter (pèse bébé) en bon état ***Balance** bien tarée à zéro + **Culotte** présente et non déchirée*	**1**	**0**
Points TOTAUX – 15 points maximum	**…./ 15**	**XXXXXXX**

15. CONSULTATION PRE-NATALE	**Protocole respecté**	**Protocole non respecté**
1. Pèse personne bien réglée à zéro *(pèse personne propre pour la CPN)*	**1**	**0**
2. Ruban PB disponible et en bon état (bonne lisibilité)	**1**	**0**
3. Détermination de l'état nutritionnel de toute femme en CPN	**3**	
4. Fiche CPN *(pour la FOSA)* disponible et bien rempli *Superviseur vérifie 5 dernières fiches* *Examens : Poids – TA - Taille – Parité – Date Dernière Règle (DDR)*-PB (perimètre brachial) *Labo : Albuminurie – Glucose –Hb* *Examen obstétrical fait : BCF (Bruit Cœur Fœtal), HU (Hauteur Utr), Présentation, mouvement fœtal.*	**4**	**0**
5. Fiche CPN *(pour la FOSA)* montre l'administration de Fer Folate, et Mebendazole	**2**	**0**
6. Carnet de la CPN *(pour la maman)* disponible – au moins 10	**1**	**0**
7. Registre de la CPN disponible et bien rempli *Identité complète, état vaccinale, date de visite, rubrique Grossesse à Haut Risque (GHR) bien rempli incluant problématique et action prise)*	**2**	**0**
8. Cahier de dépistage de l'état nutritionnel bien rempli (à jour et nbre CPN=nbre dépistage)	**2**	**0**
Points TOTAUX – 16 points maximum	**…… / 16**	**XXXXXX**

16. LUTTE CONTRE LE VIH (CDV)	**Protocole respecté**	**Protocole non respecté**
1. Salle de counselling en bon état *- Murs en dur avec crépissage et peinture, pavement en ciment sans fissures, plafond en bon état, fenêtres en vitres avec rideaux, et portes fonctionnel avec serrure* - bureau avec trois chaises, étagère,	**2**	**0**

2. Registres de counselling et de résultats disponible et a jour	**2**	**0**
3. Présence d'une personne formée assurant le counselling en CDV	**2**	
4. Existence de matériel de prélèvement dans le bureau de counselling - tubes et aiguilles (au moins 20) - portes tubes - garrot	**4**	**0**
5. Conditions d'hygiène assurées dans la **salle de counselling** *- Poubelles pour matériaux infectés avec couvercle* *- Boite de sécurité (pour les aiguilles) bien placé et utilisé*	**2**	**0**
6. Présence de condom (au moins 10) dans la salle de counselling	**2**	
7. Stock de sécurité de réactifs (au moins 50 tests de determine et au moins 10 tests de Génie 2 dans le frigo) avec concordance entre le stock physique et stock théorique	**5**	
8. Respect du protocole de dépistage du VIH (voir dans le registre de CDV sur 10 cas)	**6**	**0**
Points TOTAUX – 25 points maximum	**…… / 25**	**XXXXXX**

VERIFIER QUE TOUTES LES QUESTIONS SONT REMPLI ES
Le vérificateur remercie le personnel

Problèmes prioritaires identifiés

……
……
……
……
……
……
……
……
……

Actions urgentes d'amélioration proposées

……
……
……
……
……
……

Health Systems 20/20 is a five-year (2006-2011) cooperative agreement (No.GHS-A-00-06-00010-00) funded by the U.S. Agency for International Development (USAID). The project addresses the financing, governance, operational, and capacity-building constraints that block access to and use of priority population, health, and nutrition services by people in developing countries. Health Systems 20/20 offers global leadership, technical assistance, training, grants, research, and information dissemination.

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

For more information about Health Systems 20/20 please contact:
Health Systems 20/20
Abt Associates Inc.
4550 Montgomery Lane, Suite 800 North | Bethesda, MD 20814 USA
E-mail: info@healthsystems2020.org | www.healthsystems2020.org

The author's views expressed here do not necessarily reflect the views of the United States Agency for International Development or the United States Government.

USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

BURUNDI

ANNEXES D: SAMPLE COMMUNITY VERIFICATION PROTOCOL USED BY LOCAL ASSOCIATIONS

http://www.healthsystems2020.org/content/resource/detail/2575/

P4P Case Studies

HEALTH 2020 SYSTEMS

Annex D. Sample Community Verification Protocol Used by Local Associations

Community verification

Facility:
Date assessment:
Assessment period: … Quarter 20..

Verification case	Yes / no
Number of children under 5 in household	
Number of persons between 15 and 45 in household	
Total number of persons in household	

1	**Verification questions (only for verification cases)**	
Have you been sick during the last three months? *(If no, mark all questions under 1 'no' and go to part 2.)*		yes / no
Did you visit the health center (mention name of concerned center)? *(If no, mark remaining questions under 1 'no' and go to part 2.)*		yes / no
Which date did you visit the health center?		correct / wrong
What symptoms did you have?		correct / wrong
What was the diagnosis set by the health center?		correct / wrong
Which type of treatment did you receive?		correct / wrong
Can you show your patient card?		yes / no

2	**Community satisfaction**	
Are you satisfied with the health center (mention name)?		Very satisfied Satisfied Not satisfied
Did you go to the health facility (center or hospital) under consideration, last time you needed care?		yes / no
For those that did not visit health facility under consideration:		
Did you look for care?		yes / no
Please tick the type of facility visited by the respondent		
	- Traditional healer	yes / no
	- Other public health center	yes / no

	- Service in a private clinic	yes / no
	- In the hospital	yes / no
	- Other	yes / no

3	***Patient satisfaction (only for those visiting a health center)***	
a	How do you value the waiting time (punctuality of health worker)?	Good Average Bad
b	How do you value the reception in the health center (respectful, friendly etc.)?	Good Average Bad
c	How do you value the explanation of the disease and treatment	Good Average Bad
d	How do you value the respect of your privacy in the health structure	Good Average Bad
e	How do you value the competency of the health staff in the health center	Good Average Bad
Other elements of satisfaction related to the quality of care:		
f	Is their a system of health staff on duty for 24 hours / 7 days a week (emergency care)?	Yes /no
g	Are the tariffs in the center available?	Very affordable Affordable Not affordable
h	Are the tariffs in the health center transparent (you pay what is indicated and get a bill)?	Very transparent Transparent Not transparent
i	Is the health center in a proper state (cleanliness, electricity, availability of water, latrines, etc.)	Good Average Bad
j	Were the drugs prescribed to you available in the health center	Yes / no

4	**Malaria (if no children in the household, do not answer question e and f)**	
a	Can you mention the advantages of impregnated mosquito nets	Correct / wrong
b	Can you mention two measures to prevent malaria?	2 other measures / 1 or no measure
c	How can you identify that your child (<5 years) might need malaria treatment?	Correct / wrong

d	How many household members sleep under mosquito net? *(Divide by total to get %)*	More than 60 / Less than 60%
e	Did all children under 5 sleep under a mosquito nets last night	yes / no
f	The last time that your child (<5 years) had a fever, did you take it to a health center?	yes / no

5	**Child health (if no children in household, do not answer questions d, e and f)**	
a	At which age needs a child to be completely vaccinated?	Correct / wrong
b	When does a child with diarrhea needs treatment?	Correct / wrong
c	Can you mention 3 dangerous childhood diseases?	Correct / wrong
d	Are all children >1 year in the household completely vaccinated? *Check card if possible.*	Yes / no
e	Has the weight of each child in household < 5 years been checked during the last three months?	Yes / no
f	The last time that your child <5 years had a fever and diarrhea, what did you do?	Correct / wrong

6	**Maternal health (if not between 15 and 45 years old, do not answer questions d, e and f)**	
a	Can you mention 2 reasons to go for antenatal check up?	Correct / not correct
b	Can you mention two ways of contraception and explain which one you like best?	2 or more methods and explanation / no
c	Can you mention three signs in pregnant women that should necessitates them being checked at the health center?	2 or more reasons = 1 point / 1 or less
d	Do you use a contraceptive method? Which one?	yes / no
e	The last time that you or another woman in the household was pregnant, did you/she attend ante natal care?	Yes / no
f	The last time that you or another woman in the household was pregnant, did you/she deliver in the health center?	Yes / no

7	**HIV/AIDS**	
a	Can you mention 3 ways of HIV transmission?	2 or more correct ways / less than 2 correct

		ways
b	Can you mention 2 ways of HIV prevention?	2 or more correct ways / less than 2 correct ways
c	Do you think a health looking person can be infected with HIV/AIDS	yes / no
d	Can you live with somebody with HIV without running the risk to become infected?	yes / no
e	Can you judge whether an occasional contact / sexual-partner is infected?	Yes / no
f	Did anybody in your household go for an HIV/AIDS test?	yes / no

Health Systems 20/20 is a five-year (2006-2011) cooperative agreement (No.GHS-A-00-06-00010-00) funded by the U.S. Agency for International Development (USAID). The project addresses the financing, governance, operational, and capacity-building constraints that block access to and use of priority population, health, and nutrition services by people in developing countries. Health Systems 20/20 offers global leadership, technical assistance, training, grants, research, and information dissemination.

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

For more information about Health Systems 20/20 please contact:
Health Systems 20/20
Abt Associates Inc.
4550 Montgomery Lane, Suite 800 North | Bethesda, MD 20814 USA
E-mail: info@healthsystems2020.org | www.healthsystems2020.org

The author's views expressed here do not necessarily reflect the views of the United States Agency for International Development or the United States Government.

USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

BURUNDI

ANNEXES E: SAMPLE CONTRACT BETWEEN THE CPVV AND INDIVIDUAL HEALTH FACILITIES

http://www.healthsystems2020.org/content/resource/detail/2575/

P4P Case Studies

HEALTH SYSTEMS 2020

Annex E. Sample Contract between the CPVV and Individual Health Facilities

Contrat entre le comité provincial de vérification et de validation et les centres de santé

Entre
Le Comité provincial de vérification et de validation de la province de …….., ci-après désigné comme le « Comité Provincial », représenté par Mme/Melle/Mr/ ……..., Président du Comité Provincial, d'une part ;
Et
Le Centre de Santé de ……, ci-après désignée « Prestataire », représentée par ……. et ……, respectivement le Titulaire et Président du Comité de Santé, d'autre part ;

ATTENDU QUE
La stratégie de financement basé sur la performance cadre avec les grandes lignes de la politique nationale de réduction de la pauvreté et de la politique nationale sanitaire ;

Que cette stratégie est, par ailleurs, conforme aux initiatives et à la volonté des autorités provinciales de …… de rendre les soins de santé plus accessibles à la population et d'en améliorer la qualité par l'utilisation équitable des moyens disponibles ;

Que dans le cadre du système de Financement Basé sur la performance, le Ministère de la Santé Publique a délégué au Comité Provincial la tâche d'établir des contrats d'achats avec les formations sanitaires de sa province.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT

Article 1 Des principes du Financement basé sur la Performance (FBP)
L'achat des services de santé à travers le système de Financement Basé sur la Performance vise à améliorer l'accès aux services curatifs et préventifs produits par les Formations Sanitaires sur base d'un contrat de performance. Il vise aussi à contribuer au renforcement de l'autonomie de gestion des formations sanitaires. Les fonds additionnels dérivés du système sont gérés directement par la formation sanitaire.

Les Formations Sanitaires gèrent les fonds reçus au titre du FBP sur base de leurs priorités propres. Le Comité Provincial s'engage ainsi à ne pas s'ingérer dans la gestion des fonds déjà versés aux Formations Sanitaires au titre du FBP.

Un mécanisme de primes sur fonds de rémunération FBP de la formation sanitaire, peut être mis en place par celle-ci dans l'objectif d'augmenter la motivation du personnel de santé et ainsi entrainer une amélioration des performances quantitatives et qualitatives des services de santé.

Article 2 : De la nature du présent contrat
Le présent contrat établit les obligations mutuelles du Comité provincial et de la Formation Sanitaire signataire dans le cadre de la politique nationale de Financement basé sur la performance dans le secteur de la santé sous l'égide du Ministère de la Santé Publique. Le Ministère de la Santé Publique se réserve le droit d'adapter, le cas échéant, sa stratégie nationale de financement du secteur de la santé.

Article 3 : Rôles et responsabilités du Comité Provincial

Le Comité Provincial a été délégué par le Ministère de la Santé Publique pour la passation et la gestion de tous les contrats d'achat avec les Formations Sanitaires de la province dans le cadre du FBP.

A ce titre, le Comité Provincial négocie avec les Formations Sanitaires les cibles à atteindre en guise de la performance.

Le Comité Provincial gère les activités de vérification de la quantité de prestations fournies par les Formations Sanitaires. Il gère aussi les activités d'authentification des prestations à travers des sondages et des enquêtes auprès de la communauté ; et documente les opinions des clients sur la qualité des services reçus.

Le Comité Provincial calcule mensuellement le montant des rémunérations de la performance à verser à chaque Formation Sanitaire.

Sur base de ses calculs, le comité Provincial transmet le rapport de validation des données au Bureau Provincial de la Santé qui à son tour se charge de la transmission de celui-ci au niveau central.

Article 4 : Rôles et responsabilités du CDS
Le CDS s'engage à fournir des services de qualité à la population bénéficiaire. Il s'engage en outre à fournir des données fiables et vérifiables en rapport à ses prestations.

Le CDS s'engage à se mettre à la disposition des équipes de vérification tant pour les évaluations de la qualité que pour les vérifications de la quantité et assurer une tenue correcte des outils standards de collecte d'informations sanitaires.

Le CDS doit soumettre un plan d'action trimestriel pour les activités et indicateurs financés par le FBP préalablement à la signature du présent contrat. Le plan d'action trimestriel est annexé au présent contrat et en fait partie intégrante.

Article 5 : Des prestations subventionnées
Au titre du présent contrat, les prestations sont subventionnées au travers les indicateurs définis en annexe au présent contrat.

Article 6 : Rémunération des prestations de Santé
La rémunération des prestations se fera sur base d'un barème appliqué à la quantité de prestations produites pour chaque indicateur subventionné.
Un bonus de 25% pourra ainsi être perçu par le CDS en fonction du score de qualité globale obtenu en utilisant la grille de qualité et les résultats des enquêtes de satisfaction communautaire.
Le CDS pourrait en plus bénéficier d'un bonus d'équité déterminé sur base de critères définis dans le manuel de procédures du FBP.

Article 7: Mécanismes de vérification et de validation
Le Comité Provincial, par le biais de son équipe technique de vérification, a pour tâche de vérifier et de valider mensuellement la quantité des prestations pour les indicateurs subventionnés.
Par ailleurs, des enquêtes communautaires auprès des clients sont commanditées par le Comité Provincial, qui passe des contrats avec des associations locales en vue d'assurer l'authenticité de données et la satisfaction de la communauté.
Enfin, les équipes du Bureau Provincial de la Santé procèderont à l'évaluation trimestrielle de la qualité des prestations offertes par le CDS.

Article 8 : Des sanctions
En cas de non respect de principes du FBP, le CDS s'expose a des sanctions allant de la pénalité pécuniaire jusqu'à la suspension temporaire de la stratégie FBP pour les raisons suivantes notamment :

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

Il reviendra au Bureau Provincial de la Santé et au CPVV de déterminer le degré et la sévérité de la faute, ainsi que les sanctions à infliger au CDS conformément au présent article.

Article 9 : Durée du contrat
Ce contrat entre en vigueur à la date de sa signature par les 2 parties pour une durée de trois mois. Le Contrat peut être résilié avant l'expiration de ladite période sur signification écrite par l'une de deux parties.

En cas de non reconduction du contrat liant le Ministère de la Santé Publique et le Comité Provincial, le présent contrat sera résilié d'office ou, sur communication du Ministère, une autre partie pourra reprendre les droits et obligations du Comité Provincial en vertu du présent contrat.

Article 10 : De la modification du présent contrat
Les termes du présent contrat ne peuvent être modifiés qu'avec l'accord du Ministère de la Santé Publique sur avis de la Cellule Technique Nationale (CTN).

Article 11 : Du règlement des litiges
Les parties s'engagent à tout mettre en œuvre pour régler les litiges à l'amiable et, à défaut de recourir à la médiation de la hiérarchie supérieure du Ministère de la Santé Publique.

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

Fait en deux (2) exemplaires à …… le .....…

Pour le Comité Provincial
Nom et Prénom
Signature
Pour la Formation Sanitaire (Centre de Santé)

Titre
Nom et Prénom
Signature

Health Systems 20/20 is a five-year (2006-2011) cooperative agreement (No.GHS-A-00-06-00010-00) funded by the U.S. Agency for International Development (USAID). The project addresses the financing, governance, operational, and capacity-building constraints that block access to and use of priority population, health, and nutrition services by people in developing countries. Health Systems 20/20 offers global leadership, technical assistance, training, grants, research, and information dissemination.

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

For more information about Health Systems 20/20 please contact:
Health Systems 20/20
Abt Associates Inc.
4550 Montgomery Lane, Suite 800 North | Bethesda, MD 20814 USA
E-mail: info@healthsystems2020.org | www.healthsystems2020.org

The author's views expressed here do not necessarily reflect the views of the United States Agency for International Development or the United States Government.

USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

BURUNDI

ANNEXES F: SAMPLE CONTRACT BETWEEN HEALTH FACILITIES AND HEALTH PERSONNEL

http://www.healthsystems2020.org/content/resource/detail/2575/

P4P Case Studies

HEALTH SYSTEMS 2020

Annex F: Sample Contract between Health Facilities and Health Personnel

Contrat entre la formation sanitaire et le personnel de santé

Le Comité de Gestion de la Formation Sanitaire de …… représenté par son Président,…..... et Mr / Mme / Mlle, occupant le poste de …..... et ci-après dénommé(e) « employé », déclarent avoir conclu un accord sur le paiement de primes de motivation liées à la performance selon les modalités suivantes :

Article 1 : Des généralités

Le présent contrat s'inscrit dans le cadre du financement basé sur la performance mis en place dans le système de santé au BURUNDI, et plus spécifiquement dans le cadre du Contrat Fixant la rémunération des formations sanitaires (FOSA) sur base de leur performance conclu entre la FOSA de……. …....., et le Comité de Provincial de Vérification et de Validation (CPVV) de la Province de ……..

Il est entendu que la rémunération de la performance dont il est question dans le contrat entre le CPVV et la FOSA constitue un avantage et pas un droit. En cas de force majeure, le Gouvernement du BURUNDI ou les partenaires extérieurs pourraient décider de cesser le paiement des subventions avant la date de clôture du contrat.

Le contrat de motivation institue un régime de rémunération conditionnelle à l'employé, par des primes variables selon la performance, en contrepartie de son travail personnel et du respect de ses engagements.

Article 2 : Des conditions du contrat

L'employé reconnaît avoir pris connaissance des conditions du présent contrat, qui inclut le respect du Règlement d'Ordre Intérieur de la FOSA ainsi que la description de son profil de poste détaillant les tâches lui assignées.

Le contrat de motivation est différent du contrat de travail. Par contre, le contrat de motivation prend automatiquement fin et sans redevance dès que le contrat de travail est rompu par l'une ou l'autre des parties.

Article 3 : De la validité

La validité du présent contrat est strictement subordonnée à l'existence et à la durée du Contrat fixant la rémunération des formations sanitaires sur base de leur performance conclu entre la FOSA et le CPVV. Si ce dernier venait à prendre fin conformément aux clauses qui lui sont propres, le présent contrat devra être considéré comme nul et non avenu.

Article 4 : De l'engagement des parties

L'employé s'engage d'une part à respecter les différentes obligations qui lui sont assignées par le présent contrat et ses annexes. Il s'engage notamment à promouvoir l'accès de la population à des soins de santé de meilleure qualité, à travailler en harmonie et dans un esprit d'équipe avec ses collègues de la FOSA et

veillera à ne pas entraver le bon fonctionnement de la stratégie de FBP. Il s'engage ainsi à contribuer personnellement à assurer la transparence et la véracité des informations qui seront transmises aux équipes de vérification et d'évaluation de la qualité des services. Il sait qu'il sera tenu responsable des erreurs ou fraudes commises par lui-même, et que les erreurs ou fraudes commises par l'un ou l'autre des membres de l'équipe de sa FOSA pourraient avoir un effet négatif sur son propre contrat de motivation.

Le Comité de Gestion représenté par son président s'engage d'autre part à évaluer mensuellement de manière objective et transparente, la performance de l'employé par rapport aux tâches qui lui sont assignées, et à payer mensuellement la prime de motivation telle que définie dans l'article 5, 6 et 7 du présent contrat. Il s'engage en outre, dans les limites de ses moyens, à mettre à la disposition de l'employé les ressources nécessaires à l'accomplissement de ses tâches.

Article 5 : Du calcul des primes

Le Comité de Gestion du Centre de santé détermine à la fin de chaque mois un montant destiné aux primes de motivation du personnel à l'aide de l'outil INDICE. La prime à payer à l'employé est fonction du montant disponible, du résultat de l'évaluation individuelle trimestrielle et de l'indice correspondant à son poste d'attache et à sa catégorie professionnelle.

Article 6 : Du montant maximum de la prime de motivation

Pour maintenir une équité entre les employés du système de santé, il est convenu que la prime mensuelle individuelle sera calculée sur base de l'outil d'indice et en considérant certains critères comme la performance individuelle, le niveau de responsabilité, le niveau d'études et l'ancienneté. La grille d'évaluation individuelle des performances du personnel est en annexe au présent contrat.

Article 7 : Du paiement des primes de motivation

La FOSA reçoit un financement basé sur la performance réalisée. La prime de motivation est payée mensuellement à l'employé par transfert à son compte bancaire.

Article 8 : De l'évaluation de la performance individuelle

Le comité de gestion doit évaluer trimestriellement la performance de chaque employé conformément aux tâches qui lui sont assignées et en utilisant la fiche individuelle d'évaluation de la performance adoptée. Le résultat de l'évaluation sera valable et applicable pour la motivation de l'employé durant les trois mois qui suivent.

Le responsable de la FOSA est évalué par le reste des membres du Comité de Gestion de la FOSA à son absence dans les mêmes conditions que les autres employés.

Article 9 : De la suspension temporaire de la prime de motivation

En cas de faute lourde, le Comité de Gestion peut décider de suspendre les primes d'un employé pendant une durée maximale de trois (3) mois. Toutefois cette décision devra être argumentée par écrit et soumise au BDS pour vérification puis au CPVV pour approbation.

Article 10 : De la résolution des litiges

En cas de litiges quant à l'application du présent contrat il sera fait appel par l'une des parties à la médiation du CPVV.

Article 14 : De la durée du contrat

Le présent contrat est signé pour une durée de 3 mois à partir du …… Sauf notification contraire, il est tacitement reconduit tant qu'il existe un contrat de rémunération des formations sanitaires sur base de leur performance entre le CPVV et la FOSA.

Fait en deux (2) exemplaires à ……, le. …. /……/……..

L'employé, Pour le Comité de Gestion,

…….. ……
(Noms et signature) (Noms, signature et sceau)

Health Systems 20/20 is a five-year (2006-2011) cooperative agreement (No.GHS-A-00-06-00010-00) funded by the U.S. Agency for International Development (USAID). The project addresses the financing, governance, operational, and capacity-building constraints that block access to and use of priority population, health, and nutrition services by people in developing countries. Health Systems 20/20 offers global leadership, technical assistance, training, grants, research, and information dissemination.

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

For more information about Health Systems 20/20 please contact:
Health Systems 20/20
Abt Associates Inc.
4550 Montgomery Lane, Suite 800 North | Bethesda, MD 20814 USA
E-mail: info@healthsystems2020.org | www.healthsystems2020.org

The author's views expressed here do not necessarily reflect the views of the United States Agency for International Development or the United States Government.

USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

BURUNDI

ANNEXES G: SAMPLE CONTRACT BETWEEN PROVINCIAL COMMITTEES AND LOCAL ASSOCIATIONS

http://www.healthsystems2020.org/content/resource/detail/2575/

P4P Case Studies

HEALTH SYSTEMS 2020

Annex G: Sample Contract between Provincial Committees and Local Associations

Contrat entre le comité provincial et les associations locales
Il est conclu le contrat suivant entre
L'Association locale dénommée ……, opérant dans la zone de responsabilité de la FOSA de ……
représenté par son Président ……. et son secrétaire ……ET Le comité Provincial de Vérification et Validation (CPVV) de la province de …….représenté par son Président……..

Article 1. Les enquêtes dans le cadre du financement basé sur la performance

L'enquête trimestrielle de vérification dans la population vise à contrôler si les personnes enregistrées par la formation sanitaire pour les différentes prestations subventionnées dans le cadre du financement basé sur la performance existent et si elles ont été réellement prises en charge par cette dernière.
L'enquête cherche aussi à estimer les coûts moyens des prestations, la perception des coûts et la satisfaction de la population pour les prestations fournies par la FOSA.
Ces enquêtes sont effectuées par les membres des associations locales, qui représentent la population utilisatrice de chaque zone de rayonnement des FOSA.
Article 2. Les engagements mutuels des deux parties

2.1. L'Association locale

L'association locale s'engage pendant la durée du contrat à :

a) Utiliser pour les enquêtes quatre enquêteurs choisis parmi ses membres qui répondent aux critères suivants :
    - Etre une personne intègre
    - Savoir lire et écrire (la connaissance du français est un atout)
    - Parler correctement la langue locale
    - Etre disponible au moins 6 jours par trimestre pour faire les enquêtes
    - Etre capable de se déplacer jusqu'aux ménages soit à pied soit avec son propre transport
    - Avoir la volonté de servir la communauté
    - Etre capable d'accomplir ses taches dans une atmosphère familiale avec fidélité, discipline, franchise et intégrité ; jouir d'une bonne moralité
    - Avoir la capacité de communiquer
    - Avoir la capacité de travailler en équipe

b) Effectuer des enquêtes dans la population selon l'échantillon qui lui sera soumis par le membre du CPVV, dans un délai ne dépassant pas ***quinze jours*** à partir de la date de réception de l'échantillon. L'enquête est effectuée dans la zone de responsabilité de la formation sanitaire concernée.

c) Remettre au CPVV les questionnaires d'enquête, correctement remplis dans le délai susmentionné.

2.2. Le Comité Provincial de vérification et de validation (CPVV)

- Tirer par échantillonnage les cas à fournir aux enquêteurs chaque trimestre et dans chaque FOSA
- Former les enquêteurs sur l'utilisation des outils d'enquête communautaire et la conduite de celle-ci
- Etablir un calendrier des activités d'enquête et le communiquer aux associations.
- Fournir aux enquêteurs les fiches d'enquête correctement préparées avec tous les éléments nécessaires pour retrouver la personne à son domicile
- Contrôler les fiches remplies retournées par les enquêteurs
- Payer un montant de …… par enquête effectuée correctement
- Si toutes les enquêtes commissionnées à l'association sont effectuées correctement et dans le délai prévu un bonus de …… par enquête sera ajouté.
- Faire la synthèse des enquêtes et donner les résultats aux associations dans des réunions trimestrielles et faire une restitution aux FOSA.
- Appuyer les associations dans toutes les activités de promotion de la sante.

Article 3. Durée du contrat

Le présent contrat a une durée limitée d'une année renouvelable a partir de sa date de signature.

Article 4. Causes de non paiement, résiliation ou non renouvellement du contrat

a) Un mauvais remplissage ou un remplissage incomplet d'une fiche d'enquête, conduit au non paiement de cette enquête et la non attribution du bonus défini à l'article 2.2.

b) La remise tardive de l'ensemble des questionnaires d'enquête, au delà du délai de 15 jours prévu à l'article 2.1, conduit au non paiement total de l'enquête ; la remise des résultats au delà de 21 jours conduit à la résiliation du contrat.

c) La non exécution de l'enquête commissionnée ou le remplissage du questionnaire avec des données fausses conduit à la résiliation du contrat en cours et au non renouvellement du contrat.

En cas de résiliation du contrat par une des parties, celle - ci devra donner un préavis minimum de quinze jours.

Article 5. Règlements de litiges

En cas de malentendus sur l'interprétation et l'exécution de ce contrat, les parties signataires essaieront de les résoudre à l'amiable, sinon le problème sera reporté au Ministère de la Santé Publique pour décision.

Fait à ……, le ……./……../…….

Lu et approuvé

Le Président de l'Association **Le Président du Comité Provincial**

Health Systems 20/20 is a five-year (2006-2011) cooperative agreement (No.GHS-A-00-06-00010-00) funded by the U.S. Agency for International Development (USAID). The project addresses the financing, governance, operational, and capacity-building constraints that block access to and use of priority population, health, and nutrition services by people in developing countries. Health Systems 20/20 offers global leadership, technical assistance, training, grants, research, and information dissemination.

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

For more information about Health Systems 20/20 please contact:
Health Systems 20/20
Abt Associates Inc.
4550 Montgomery Lane, Suite 800 North | Bethesda, MD 20814 USA
E-mail: info@healthsystems2020.org | www.healthsystems2020.org

The author's views expressed here do not necessarily reflect the views of the United States Agency for International Development or the United States Government.