



MINISTÈRE DE LA SANTE,
DE L'HYGIENE PUBLIQUE ET DE LA
COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE



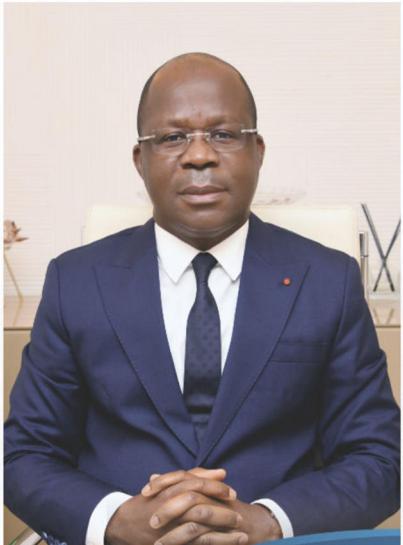
REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE
Union- Discipline- Travail



MANUEL DE PROCÉDURES DU FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCE DANS LE CADRE DE L'ACHAT STRATÉGIQUE EN SANTÉ EN CÔTE D'IVOIRE



PREFACE



Dans le souci d'améliorer le financement des soins de santé primaire à travers son système de santé en vue de la couverture sanitaire universelle, le ministère ivoirien en charge de la santé, a adopté dès 2013 l'approche de financement basé sur la performance (FBP).

Après une extension réussie à l'ensemble du pays, l'État ivoirien a décidé en 2021 du passage à échelle du PBF dans le cadre de son institutionnalisation et de son alignement avec les autres mécanismes de financement (CMU, Gratuité Ciblée, BGE) dans le but de rendre l'achat des soins et service de santé plus stratégique.

Le passage du financement basé sur la performance vers un achat plus stratégique s'est traduit par la création du Secrétariat Technique de l'Achat Stratégique en Santé (STASS)¹ qui remplace désormais la Cellule Technique Nationale du Financement Basé sur la Performance (CTN-FBP).

Cette évolution appelle à la mise en place d'un cadre politique et institutionnel habilitant et à un renforcement du cadre opérationnel à travers la révision des documents stratégiques et de procédures de mise en oeuvre du Financement Basé sur la Performance dans le cadre de l'Achat Stratégique.

Le présent manuel de procédures, issu d'un long processus national inclusif avec la participation des principaux acteurs du financement de la santé (Le Cabinet du Ministre en Charge de la Santé, le STASS, la DGCMU, l'UCP Santé, le MEPS, la Banque Mondiale) inaugure une nouvelle ère du PBF/ASS beaucoup plus axée sur la qualité des soins.

Le Ministre en charge de la Santé remercie l'ensemble des parties prenantes au processus de révision du manuel et de procédures et exhorte, au nom du gouvernement ivoirien, tous les acteurs à se l'approprier et à en faire bon usage pour un système de santé efficient et résilient.

Monsieur Pierre DIMBA

Ministre de la Santé, de l'Hygiène Publique
et de la Couverture Maladie Universelle



¹ Arrêté N°00224/MSHPCMU/CAB du 23 mai 2023

MOT DE REMERCIEMENTS DU STASS

Ce Manuel de procédures de l'approche de financement basé sur la performance a été révisé sous l'impulsion du Ministère ivoirien en charge de la santé, à travers la coordination nationale de l'achat stratégique, en tenant compte de toutes les réformes sectorielles.

Nos premiers mots de remerciements vont, donc à l'endroit de Monsieur le Ministre chargé de la santé, qui a tout mis en œuvre pour l'aboutissement de ce processus de révision.

Ce Guide opérationnel, élaboré de façon consensuelle et inclusive, permettra à toutes les parties prenantes de mettre en œuvre, de façon efficace, cette approche. C'est donc l'outil nécessaire pour mener à bien le passage à échelle du Financement basé sur la performance vers l'achat stratégique en santé et apporter une contribution à l'accélération du processus de mise en œuvre de la couverture maladie universelle (CMU) en Côte d'Ivoire.

Par conséquent, il nous échoit de remercier tous les experts aussi bien nationaux qu'internationaux, tous les partenaires techniques et financiers ainsi que toutes les personnes ressources qui ont contribué à la rédaction de ce manuel.

Aussi, nous voudrions exhorter tous acteurs de la mise en œuvre de l'achat stratégique, à se l'approprier. Il est à noter que ce manuel est soumis à des modifications selon l'évolution du contexte sanitaire.

Encore une fois, nous réitérons nos chaleureux remerciements à tous.

Coordonnateur du STASS

Docteur Sosthène DOUGROU



Nos remerciements vont particulièrement à l'endroit de :

- L'Investigateur principal – Consultant, Dr Robert YAO, qui a facilité l'élaboration de ce manuel ;
- M. AKRA K. Augustin, Assistant technique Economiste de la santé, Chef du service Support Technique au STASS, pour sa constante disponibilité à assurer la prise en compte des contributions à ce manuel ;
- La Banque mondiale : MARIAME WATTARA, Economiste santé ;
- L'UCPS-BM : KONAN Clovis, Coordonnateur, GAUDET Tania, Coordonnateur Adjoint, Dr ABOU-KONE Pauline, Chargé de projet ;
- La Direction Générale de la Santé (DGS), GNAMIEN Marie Michelle Raïssa, Attaché Administratif ;
- La Direction Générale de la Couverture Maladie Universelle (DGCMU), Conseillers techniques, AKE Awoh Pierre, KOUAME Vincent ;
- M. KOFFI YAO JOACHIM, Conseiller technique, MSHPCMU ;
- M. ALEXANDRE GUEBO, Conseiller technique, MSHPCMU ;
- M. EDI CHARLES, Conseiller technique, MSHPCMU ;
- L'Inspection Générale de la Santé (IGS), Dr DOUA KOUAMELAN, Inspecteur ;
- Les représentants de la Direction des Affaires Juridiques et du Contentieux (DAJC), Direction de la Médecine Hospitalière et de Proximité (DMHP), Direction de la Prospective, de la Planification et des Stratégies (DPPS), Direction des Etablissements Privés et des Professions Sanitaires (DEPPS), Direction de l'Information Sanitaire (DIS), Direction de la Santé Communautaire et de la Promotion de la Santé (DSCPS) ;
- La Direction d'Economie de la Santé, Dr TIKOIHI RAPHAEL, Directeur ;
- La Direction de l'Informatique et de la Santé Digitale (DISD), BLEHIRI SIMON, Directeur ;
- La Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM) : BAH Fabrice, COULIBALY Oumar, OUTTARA Assiné, SAKO Madi, TRAORE Awa Epse Coulibaly ;
- La CTNS CI, HYDA JULES, Coordonnateur des services ;
- Les Directions régionales de la Santé : Dr MIEZAN EGNAKOU, Directeur Bélier, Dr DJE Koffi Hyacinthe, Directeur Agnéby-Tiassa ;
- Les Directions départementales de la santé : Dr NIAMIEN GNANGON DENIS, Directeur Gagnoa 2 ;
- L'AVEI (Prof. MAYAKA Ma Nitu Serge, Chef de Mission Ginger, Dr KOUAME Gnamien Ernest, Expert Santé Publique, Dr TSAFACK Jean-Pierre, Assistant technique international, Ginger) ;
- Les coordonnateurs des ACV : AG Consulting (Dr KORGO, Dr MOROKANT Minaugo Ismail), ENAUDIT (BARHANYWANWA Hubert Justin, N'GORAN Kouadio Marc Alain), GCC-ACCIA (Dr Robert Yao, Dr Oura N. Olivier) ;
- Le personnel du STASS pour son engagement soutenu.

TABLE DES MATIERES

PREFACE.....	i
MOT DE REMERCIEMENTS DU STASS.....	ii
Tableaux	xi
Figures	xi
1. INTRODUCTION.....	1
1.1. Contexte et justification.....	1
1.2. Objectifs.....	2
1.2.1. Objectif général	2
1.2.2. Objectifs spécifiques	2
1.3. Modalité de révision du manuel de procédures.....	2
2. SYSTEME DE SANTE DE LA COTE D'IVOIRE.....	3
2.1. Description du système de santé de la Côte D'Ivoire.....	3
2.1.1. Versant administratif	3
2.1.2. Offre des soins	4
2.2. Situation épidémiologique.....	5
2.3. Situation des Objectifs de Développement Durable (ODD).....	6
2.4. Financement du secteur de la santé	6
2.4.1. Politique et gouvernance du financement de la santé.....	6
2.4.2. Mobilisation des ressources	7
2.4.3. Mise en commun et gestion des ressources	7
2.4.4. Achat des services.....	8
2.4.5. Historique des différents mécanismes financement public de la santé en Côte d'Ivoire	8
2.5. Défis majeurs du système de santé ivoirien	9
3. ACHAT STRATEGIQUE EN SANTE EN COTE D'IVOIRE	11
3.1. Définition, objectifs et concepts	11
3.1.1. Définition de l'achat stratégique en santé	11
3.1.2. Objectifs de l'achat stratégique	12
3.1.3. Définition des concepts liés à l'achat stratégique	12
3.2. Montage institutionnel de l'approche de Financement basé sur la performance dans le cadre de l'achat stratégique en Côte d'Ivoire.....	14
3.2.1. Fonction de régulation.....	15
3.2.2. Fonction de prestation	15
3.2.3. Fonction de vérification.....	15
3.2.4. Fonction de paiement.....	15
3.3. Lien entre le financement basé sur la performance et les réformes en cours.....	16
3.3.1. Avec la CMU.....	16
3.3.2. Avec la Gratuité Ciblée	17
3.3.3. Avec la réforme des finances publiques	17
3.3.4. Avec la réforme pharmaceutique.....	18

3.3.5.	Avec la décentralisation	19
3.3.6.	Avec la Réforme hospitalière.....	19
3.3.7.	Avec la réforme du secteur privé	20
4.	ROLE DES DIFFERENTS ACTEURS DE L'APPROCHE DE FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCE EN COTE D'IVOIRE.....	21
4.1.	Rôle des organes de gouvernance	21
4.1.1.	Le Secrétariat Technique de l'Achat Stratégique en Santé (STASS)	21
4.1.2.	La Task force Nationale de Suivi de l'Achat Stratégique en Santé (TNS-ASS)	22
4.1.3.	La Task force Régionale de Suivi de l'Achat Stratégique en Santé (TRS-ASS)	23
4.1.4.	Le Comité en charge de la gestion des établissements sanitaires.....	24
4.2.	Rôle des structures de gouvernance du financement basé sur la performance dans le cadre de l'achat stratégique en santé.....	24
4.2.1.	Le Cabinet du ministère en charge de la santé et les directions centrales impliquées dans le FBP	24
4.2.2.	Le Ministère en charge du Plan et du Développement	25
4.2.3.	Le Ministère en charge de l'économie et des finances	26
4.2.4.	Le Ministère en charge du Budget	26
4.2.5.	Le Ministère en charge de l'emploi et de la protection sociale.....	26
4.2.6.	Les Coordinations des programmes de santé.....	26
4.2.7.	Les Directions régionales de la santé	27
4.2.8.	Les Directions départementales de la santé.....	28
4.3.	Rôle des entités de prestation de services et de soins	29
4.3.1.	Les Etablissements Publics Hospitaliers Nationaux (EPHN)	29
4.3.2.	Les Etablissements Publics Hospitaliers Régionaux (EPHR)	30
4.3.3.	Les Etablissements Publics Hospitaliers de référence (EPHD).....	30
4.3.4.	Les Etablissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC).....	31
4.3.5.	Les Etablissements Hospitaliers Privés (EHP)	31
4.3.6.	Les entités communautaires.....	32
4.4.	Rôle des acteurs impliqués dans le contrôle et la vérification	32
4.4.1.	Entités de vérification	32
4.4.2.	Entité de contre-vérification (certification)	33
4.4.3.	Audit externe.....	34
5.	PANIERS DE SOINS ET DE SERVICES DU FBP DANS LE CADRE DE L'ACHAT STRATEGIQUE.....	35
5.1.	La sélection des prestations de soins	35
5.2.	Les indicateurs de quantité	35
5.3.	Les indicateurs de qualité des soins.....	36
5.3.1.	Les indicateurs de qualité technique.....	36
5.3.2.	Les indicateurs de la qualité perçue (Enquêtes de satisfaction)	36
5.3.3.	Les indicateurs de la qualité de la gouvernance.....	37
5.4.	Les indicateurs de performance.....	37
6.	CONTRACTUALISATION	38

6.1.	Les structures d'offre de soins et de services	38
6.2.	Les structures de régulation.....	39
6.3.	Le contrat.....	39
6.3.1.	Le Contrat de performance du STASS	39
6.3.2.	Le contrat de performance des directions centrales rattachées au cabinet du Ministre de la Santé	39
6.3.3.	Contrats de performance des programmes de santé	39
6.3.4.	Le contrat de performance de la DRS / DDS	40
6.3.5.	Le contrat de performance des établissements sanitaires publics.....	40
6.3.6.	Le contrat de performance des entités communautaires	40
6.3.7.	Le contrat de performance des établissements du secteur privé.....	40
6.3.8.	Le contrat de performance de la plateforme du secteur privé.	41
6.3.9.	Le contrat de performance des structures de santé du niveau tertiaire	41
6.3.10.	Contrat de performance de la structure en charge du paiement (Payeur).....	41
6.3.11.	Processus de contractualisation des nouvelles structures sanitaires	41
6.4.	Le plan d'action.....	42
6.4.1.	Définition et composantes du plan d'action.....	42
6.4.2.	L'élaboration et la validation du plan d'action.....	42
7.	VERIFICATION	44
7.1.	Cycles de vérification	44
7.2.	Types de vérification	45
7.2.1.	Vérification quantitative des prestations	45
7.2.2.	Evaluation de la qualité des soins	45
7.2.3.	Evaluation de la performance des structures	47
7.2.4.	Contre-vérification externe.....	47
7.2.5.	Accréditation des évaluateurs.....	48
8.	GESTION DE L'INFORMATION SANITAIRE DE L'APPROCHE DE FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCE.....	49
8.1.	Supports et outils de gestion de l'information.....	49
8.2.	Circuit de l'information sanitaire.....	49
8.3.	Mécanisme de certification / Assurance qualité des données FBP	49
8.3.1.	Assurance qualité des données quantités	49
8.3.2.	Assurance qualité des données relatives à la qualité des soins.....	50
8.3.3.	Assurance qualité de l'évaluation des performances	51
8.3.4.	Assurance qualité des données d'enquêtes de satisfaction.....	51
8.4.	Comité de validation des données au niveau du district sanitaire.....	51
8.5.	Le portail web FBP.....	52
8.6.	Les interactions de la base de données du FBP et la DIS	52
8.7.	La rétro-information.....	52
8.8.	L'archivage des données	53
9.	PAIEMENT DES STRUCTURES SOUS CONTRAT	54

9.1.	Fonds de démarrage	54
9.2.	Calcul des subsides.....	55
9.2.1.	Mode de calcul des subsides pour les structures de régulation des trois niveaux de la pyramide sanitaire	55
9.2.2.	Mode de calcul des subsides pour les établissements sanitaires du niveau primaire et secondaire.....	55
9.2.3.	Mode calcul des subsides pour les EPHN.....	55
9.3.	Modalités de paiement des structures sous contrat	56
9.4.	Les délais de paiement	56
9.4.1.	Le délai de paiement des ESPC/EPHD/EPHR et EHP	56
9.4.2.	Le délai de paiement des structures de régulation (DDS et DRS)	57
9.4.3.	Le délai de paiement des structures de régulation du niveau central	57
9.5.	Le circuit de paiement de l'ensemble des structures sous contrat	58
9.6.	L'outil d'indices.....	58
9.7.	L'utilisation des fonds (affectation des ressources)	60
9.7.1.	Principes généraux	60
9.7.2.	Dispositions spécifiques applicables.....	61
10.	SUIVI ET EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE	65
10.1.	Contrôle interne de la gestion financière	65
10.2.	Gestion/analyse des données.....	65
10.3.	Supervision des entités impliquées dans le FBP	65
10.4.	Audit des structures contractantes	65
10.4.1.	L'audit interne par l'IGS.....	65
10.4.2.	L'audit externe annuel par un cabinet d'experts comptables	65
10.5.	Réunions de suivi du FBP	66
10.6.	Revues périodiques du modèle FBP	66
10.7.	Recherche action ou recherche opérationnelle.....	66
10.8.	Mécanisme de gestion des plaintes (MGP) dans le cadre du FBP	66
	Traitement des plaintes :.....	67
11.	FAUTES ET EFFETS PERVERS DANS LE CADRE DE LA MISE EN ŒUVRE DU FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCE	68
11.1.	Types de fautes	68
11.1.1.	La faute intentionnelle (fraude).....	68
11.1.2.	La faute non intentionnelle (manquement)	68
11.2.	Le processus d'exploration des fautes et fraudes.....	69
11.2.1.	Cas des ETSA	69
11.2.2.	Cas des DDS	70
11.2.3.	Cas des DRS	70
11.2.4.	Cas des régisseurs	71
11.3.	Types de sanctions	71
11.4.	Gestion des conflits	71

12.	CONDITIONS DE REUSSITE	73
12.1.	Séparation des fonctions des acteurs.....	73
12.2.	Efficacité de l'autonomie de gestion des établissements sanitaires	73
12.2.1.	Ressources humaines	73
12.2.2.	Ressources financières	73
12.2.3.	Approvisionnement en médicaments	73
13.	ANNEXES	75

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

ACV	Agence de contractualisation et de vérification
AID	Association Internationale de Développement
AVEI	Agence de vérification externe indépendante
AS	Aire sanitaire
ASC	Agent de santé communautaire
CA	Conseil d'Administration
CAT	Centre Antituberculeux
CHR	Centre hospitalier régional
CHU	Centre hospitalier universitaire
CMU	Couverture maladie universelle
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CNASS	Coordination nationale de l'Achat stratégique
CNPTIR	Centre National de Prévention et de Traitement de l'Insuffisance Rénale
CNRAO	Centre National d'Oncologie et de Radiothérapie Alassane OUATTARA
CNTS-CI	Centre National de Transfusion Sanguine – Côte d'Ivoire
ComSTRAT-PRES	Comité de suivi stratégique du pôle régional d'excellence santé
COASS	Conseil d'orientation de l'Achat stratégique
COGES	Comités de gestion de la santé
COS	Comité d'orientation et de suivi
CPL	Comité de pilotage local
CRASS	Coordination régionale de l'achat stratégique en santé
CRIEM	Centre régional de l'informatique, équipement et matériel
CSR	Centres de Santé Ruraux
CSUS	Centres de Santé Urbains Spécialisés
CSU	Centres de Santé Urbains
CTN-FBP	Cellule technique nationale de financement basé sur la performance
CSU	Centre de santé urbain
DDS	Direction départementale de la santé
DEPPS	Direction de la prospection, de la planification, et des stratégies
DGS	Direction générale de la santé
DIEM	Direction régionale de l'informatique, équipement et matériel
DIS	Direction de l'information sanitaire
DMHP	Direction de la médecine hospitalière et de proximité
DR	Dispensaires Ruraux
DRS	Direction régionale de la santé
DSC	Direction de la santé communautaire
DIHS2	District Health information système 2
EDS	Enquête de démographie et de santé
EHP	Etablissement hospitalier privé
EPHD	Etablissement public hospitalier départemental
EPHN	Etablissement public hospitalier national
EPHR	Etablissement public hospitalier régional
ENSEA	Ecole Nationale Supérieure d'Economie Appliquée
ESP	Etablissement sanitaire public
ESPC	Etablissement sanitaire de premier contact
ESPr	Etablissement sanitaire Privé
FBP	Financement Basé sur la Performance
FSU	Formations Sanitaires Urbaines
GAC	Groupe d'action communautaire

GAR	Gestion Axée sur les Résultats
HS	Hôpitaux Spécialisés
ICA	Institut de cardiologie d'Abidjan
IGF	Inspection générale des finances
IGS	Inspection générale de la santé
IPS-CNAM	Institut de prévoyance sociale dénommé caisse nationale de l'assurance maladie
INHP	Institut National d'Hygiène Publique
INS	Institut national de santé
INSP	Institut National de la Santé Publique
IRFCI	Institut Raoul Follereau de Côte d'Ivoire
LNSP	Laboratoire National de Santé Publique
GFF	Global financing facility
MBPE	Ministère du budget et du portefeuille de l'Etat
MEF	Ministère de l'économie et des finances
MEPS	Ministère de l'emploi et de la protection sociale
MGP	Mécanisme de gestion des plaintes
MILDA	Moustiquaire imprégnée d'insecticide de libération
OBC	Organisation à Base Communautaire
OGD	Organismes de Gestion Délégués
ONG	Organisation non gouvernemental
NPSP-CI	Nouvelle pharmacie de santé publique – Côte d'Ivoire
ODD	Objectif de développement durable
OMS	Organisation mondiale de la santé
PFE	Pratiques Familiales Essentielles
PCA	Paquet complémentaire d'activités
PMA	Paquet minimum d'activité
PND	Plan national de développement
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PRES	Pool régional d'excellence en santé
PR SSE	Projet de Renforcement du Système de Santé et de réponse aux urgences Epidémiques
PSPS-CI	Plateforme du Secteur Privé de la Santé en Côte d'Ivoire
PTF	Partenaire technique et financier
RH	Ressources humaines
RSE	Responsabilité Sociétale des Entreprises
SAMU	Service d'Aide Médicale d'Urgence
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIG	Système d'information et de gestion
SNFBP	Stratégie nationale de Financement basé sur la performance
SNIS	Système National d' Information Sanitaire
SPARK-Santé	Projet d'Achat stratégie et d'harmonisation des financements et compétences de santé
TNS-ASS	Task force Nationale de Suivi de l'Achat Stratégique en Santé
TRS-ASS	Task force Régionale de Suivi de l'Achat Stratégique en Santé
STASS	Secrétariat Technique de l'Achat Stratégique en santé
UCPS-BM	Unité de Coordination des Projets de Santé et Nutrition Banque Mondiale
USD	Dollar Américain
URSSCI	Union des Religieux dans le Social et la santé en Côte d'Ivoire
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

TABLEAUX ET FIGURES

Tableaux

Tableau 1 : Types d'indicateurs selon le niveau et la nature de la structure de santé	35
Tableau 2 : Panier de soins devant faire l'objet d'un consensus de prise en charge au sein de la plateforme d'ASS	35
Tableau 3 : Les signataires des contrats et plans d'action	43
Tableau 4 : Cycle de la vérification des quantités	44
Tableau 5 : Cycle de l'évaluation qualitative des établissements de santé	44
Tableau 6 : Cycle d'évaluation de la performance des structures de régulation et des agences d'achat des services.....	44
Tableau 7 : Responsables de la saisie des données dans le portail FBP	52
Tableau 8 : Montant plafond du fonds de démarrage selon le type d'ETSA	54
Tableau 9 : Délais d'exécution des tâches des acteurs impliqués dans le processus de vérification et de paiement des ESPC, EPHR et EPHD, EHP du niveau 1& 2 suite à la vérification des données quantitatives	56
Tableau 10 : Délais d'exécution des tâches des acteurs impliqués dans le processus de vérification et de paiement des ESPC, EPHR et EPHD, EHP du niveau 1& 2 suite à l'évaluation de la qualité des soins	57
Tableau 11 : Délais d'exécution des tâches des acteurs impliqués dans le processus de l'évaluation et de paiement des régulateurs	57

Figures

Figure 1 : Schéma illustratif de l'organisation du système de santé de la Côte d'Ivoire	3
Figure 2 : Schéma des domaines de l'achat stratégique	11
Figure 3 : Schéma du montage institutionnel du financement basé sur la performance en Côte d'Ivoire	16
Figure 4 : Circuit de paiement des structures contractantes	58

1. INTRODUCTION

1.1. Contexte et justification

La Côte d'Ivoire est fermement résolue à garantir un accès équitable à des soins de santé de qualité pour tous. A cet effet, le Plan National de Développement (PND) 2021–2025 et le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2021-2025 s'inscrivent dans cette dynamique. Pour réaliser cet ambitieux objectif et atteindre les cibles de l'ODD 3, notamment celle relative à la couverture sanitaire universelle (CSU), le gouvernement ivoirien soutenu par ses partenaires au développement, a initié depuis 2012, une série de réformes, notamment, (i) la réforme du secteur pharmaceutique, (ii) la réforme hospitalière, (iii) la réforme du secteur privé de la santé, (iv) la Couverture Maladie Universelle (CMU), (v) la gratuité ciblant les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans et (vi) le financement basé sur la performance (FBP).

Les spécificités de certaines de ces réformes sont déclinées comme suit :

La Couverture Maladie Universelle (CMU) instaurée en mars 2014, s'est imposée de manière définitive dans l'agenda politique et est devenue partie intégrante de la politique économique et sociale du pays. Au 31 mai 2023, on note un taux d'enrôlement de 13% de la population totale avec l'intégration de 1 346 établissements publics dans l'offre des soins.²

La gratuité ciblée, mise en place en avril 2011, au sortir de la crise postélectorale, couvre les soins anténatals, les accouchements assistés, les césariennes et certains services de santé offerts aux enfants de moins de cinq ans. Son financement est essentiellement assuré par l'Etat de Côte d'Ivoire.

La Stratégie Nationale de Financement Basé sur la Performance (SNFBP), quant à elle, a été adoptée en Conseil des Ministres en juillet 2016 et figure dans l'axe 1 du PNDS 2021-2025, relatif à l'amélioration de la gouvernance et du financement de la santé comme l'un des produits de sa mise en œuvre. L'implémentation du FBP a été exécutée sous la coordination de la CTN-FBP créée en 2017 par l'arrêté N° 189/MSHP/CAB du 23 février 2017. A ce jour, elle est effective dans tous les districts et régions sanitaires du pays et couvre tous les établissements sanitaires publics de premier et deuxième niveau (ESPC, EPHD et EPHR). Au chapitre des principaux acquis issus de sa mise en œuvre, figurent un renforcement de l'autonomie de gestion des établissements sanitaires, une plus grande transparence dans l'utilisation des fonds, des améliorations au niveau des infrastructures et des équipements médicaux et l'accroissement de la logique de performance dans les pratiques professionnelles.

Ces acquis font l'objet depuis 2021 d'une consolidation dans le cadre de l'extension et de l'institutionnalisation du FBP conduit par le Gouvernement ivoirien avec l'appui de la Banque Mondiale relativement aux objectifs visés par le SPARK Santé. Il s'agit de mettre en place et de développer une approche d'Achat stratégique (AS) et d'harmonisation des financements et des compétences de santé pour (i) améliorer l'utilisation et la qualité des services de santé et nutrition en Côte d'Ivoire et (ii) accroître l'efficience des dépenses publiques de santé.

D'un point de vue spécifique, l'Achat stratégique en santé associe la mobilisation et la mise en commun des ressources pour assurer le paiement des services et des soins fournis aux bénéficiaires, vise à améliorer l'équité dans la distribution des ressources, l'efficacité du système (« plus de santé pour une somme donnée »), à prévoir et à gérer les revenus et les dépenses et à promouvoir la qualité des prestations de soins et de services de santé.

L'Achat stratégique est également orienté vers l'amélioration de la transparence des prestataires comme celle des acheteurs, et engage leurs responsabilités et devoirs envers la population conformément aux objectifs d'efficacité, d'équité, de sécurité sanitaire et de résilience du système de santé préposés par l'OMS.

En effet selon l'OMS, les impératifs de gouvernabilité pour l'achat stratégique recommandent de réduire la fragmentation en de multiples dispositifs de financement qui limitent le pouvoir d'achat, dans la mesure où, le manque de cohérence entre les acheteurs multiples, par exemple en matière de méthodes de paiements, de

² Statistiques du MSHPCMU

tarifs et de composition du panier de soins, ne peut que limiter les gains d'efficacité potentiels de l'achat stratégique³.

Dans cette optique, la CTN-FBP a été érigée en Secrétariat Technique de l'Achat stratégique par l'arrêté N° 224/MSHPCM/CAB du 25 mai 2023⁴ pour mieux répondre aux défis de l'institutionnalisation, d'extension (niveau central, niveau tertiaire, secteur privé) et d'intégration du volet communautaire en vue d'atteindre la Couverture Sanitaire Universelle.

Le processus de révision de ce présent manuel a été initié en avril 2023 par des séances de travail regroupant les acteurs clés de la mise en œuvre du FBP en Côte d'Ivoire. Ces séances ont abouti à l'élaboration d'une première mouture du manuel de procédures de financement basé sur la performance. Ce document a été ensuite consolidé en atelier avec les représentants du Ministère en charge de la Santé.

Le présent Manuel de Procédures est développé dans le but d'accompagner les acteurs de la mise en œuvre, du FBP et de les amener à s'approprier les principes et les bonnes pratiques décrites dans le document de Stratégie Nationale du FBP. Les lignes qui vont suivre, aborderont plus de détails inhérents à la gouvernance, au rôle des parties prenantes, à la spécification du panier de services et de soins, au choix des prestataires, aux incitations financières ou non financières et à la gestion des systèmes d'information Du financement basé sur la performance.

1.2. Objectifs

1.2.1. Objectif général

L'objet de ce manuel est d'encadrer les modalités opératoires pour une mise en œuvre réussie de l'approche de financement basé sur la performance dans le cadre de l'Achat Stratégique en Santé en Côte d'Ivoire, en assurant une collaboration intelligente entre les principales parties prenantes.

1.2.2. Objectifs spécifiques

D'un point de vue spécifique, il s'agit de :

- Décrire les principes, les mécanismes et les pratiques essentielles de la mise en œuvre du financement basé sur la performance ;
- Définir les principaux domaines de l'achat stratégique ;
- Décrire les interactions entre les parties prenantes ;
- Présenter les outils et instruments pertinents de la mise en œuvre FBP dans la mise en œuvre l'achat stratégique.

1.3. Modalité de révision du manuel de procédures

Le présent manuel de procédures est dynamique et perfectible en fonction de l'évolution du contexte. Sa révision est ordonnée par le Conseil d'Orientation de l'Achat Stratégique en Santé (COASS) par auto-saisine ou à la demande de la Coordination Nationale de l'Achat Stratégique en Santé (CNASS).

Toute révision obéit au principe d'inclusivité, de consultation et de participation de toutes les parties prenantes à la mise en œuvre de l'Achat stratégique en santé en Côte d'Ivoire.

³ Mathauer I, Dale E, Meessen B. L'achat stratégique en vue de la couverture sanitaire universelle : Enjeux et questions politiques-clés. Résumé des discussions d'experts et de praticiens, Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017

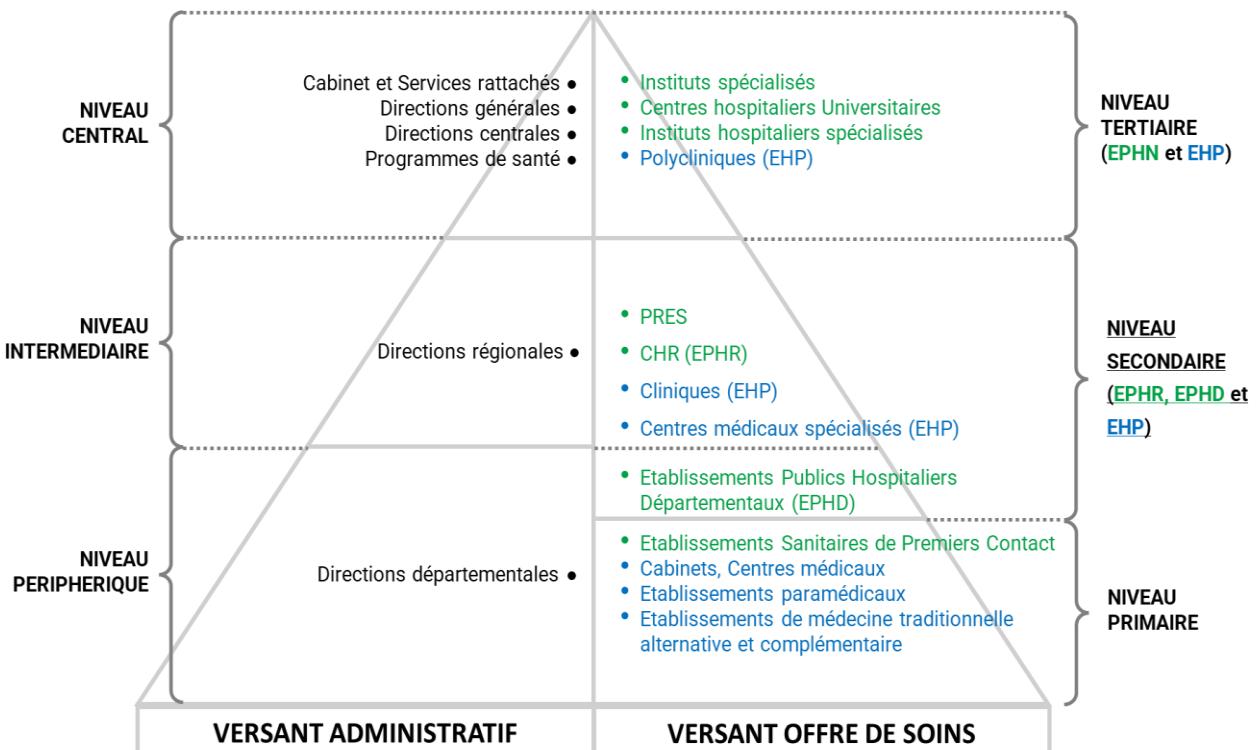
⁴ ARRÊTÉ N°00224 MSHPCM/CAB du 25 mai 2023 portant création, attributions, organisation et fonctionnement du Secrétariat Technique de l'Achat stratégique en santé

2. SYSTEME DE SANTE DE LA COTE D'IVOIRE

2.1. Description du système de santé de la Côte D'Ivoire

Dans son rapport intitulé « Des systèmes de santé renforcés sauvent plus de vies », l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit les systèmes de santé comme « la totalité des organisations, institutions et ressources consacrées à la production d'actions visant principalement à améliorer, maintenir ou restaurer la santé.»⁵

La représentation du système de santé ivoirien est de type pyramidal à trois niveaux avec deux versants, l'un gestionnaire et l'autre prestataire ou offre de soins. Cette organisation est régie par l'arrêté N°28/MSP/CAB du 8 février 2002, portant détermination de la pyramide sanitaire et répartition des établissements et services sanitaires. Le secteur public est prépondérant et cohabite avec un secteur privé en plein essor, à côté desquels existe la médecine traditionnelle qui occupe une place relativement importante.



NB : Les activités communautaires sont intégrées au niveau des ESPC.

Figure 1 : Schéma illustratif de l'organisation du système de santé de la Côte d'Ivoire

2.1.1. Versant administratif

Le versant administratif comprend trois niveaux :

- **Le niveau central** avec le Cabinet du Ministre, les Directions Générales, les Services rattachés, les Directions Centrales et les Programmes de santé, est chargé de la définition de la politique sanitaire, de l'appui et de la coordination globale de la santé.
- **Le niveau intermédiaire** est composé de trente-trois (33) Directions Régionales de la Santé qui ont une mission d'appui aux Districts pour la mise en œuvre de la politique sanitaire.
- **Le niveau périphérique** comporte cent treize (113) Directions Départementales de la Santé ou Districts sanitaires, qui coordonnent l'activité sanitaire de leur ressort territorial. Ils fournissent un support

⁵ OMS : Des systèmes de santé renforcés sauvent plus de vies : un aperçu de la stratégie européenne de l'OMS en matière de systèmes de santé, [En ligne]. Disponible sur : https://books.google.ci/books/about/Des_syst; (consulté le 23/06/2023)

opérationnel et logistique aux services de santé. Le district sanitaire est l'unité opérationnelle du système de santé⁶.

2.1.2. Offre des soins

2.1.2.1. Offre publique de soins

Elle comprend trois niveaux :

- **Le niveau tertiaire** qui est constitué par les Etablissements Publics Hospitaliers Nationaux (EPHN). Ce sont des structures sanitaires publiques qui possèdent une capacité technique de diagnostic, de traitement, de formation et de recherche leur permettant d'assurer une fonction de second recours pour les cas ne pouvant pas être pris en charge par le niveau secondaire. Il s'agit des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et des Instituts Hospitaliers Spécialisés que sont : l'Institut de Cardiologie d'Abidjan (ICA), l'Institut Raoul Follereau de Côte d'Ivoire (IRFCI), l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP), le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP), l'Institut National de la Santé Publique (INSP), le Centre National d'Oncologie et de Radiothérapie Alassane OUATTARA (CNRAO), le Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU) et le Centre National de Prévention et de Traitement de l'Insuffisance Rénale (CNPTIR).
- **Le niveau secondaire** qui constitue le point de référence immédiat du niveau primaire. Il comprend tous les Etablissements Publics Hospitaliers Régionaux (EPHR) et les Etablissements Publics Hospitaliers Départementaux (EPHD). Ces établissements hospitaliers possèdent une capacité technique de diagnostic et de traitement qui leur permet d'assurer une fonction de premier recours pour les cas ne pouvant pas être pris en charge par le niveau primaire. Il s'agit des Hôpitaux Généraux (HG), des Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et des Hôpitaux Spécialisés (HS) qui n'ont pas le statut d'Etablissement Public Hospitalier National (EPHN).
- **Le niveau primaire**, qui constitue la porte d'entrée dans le système de santé, est composé de tous les établissements sanitaires publics qui assurent une fonction de premier contact avec les usagers pour dispenser des prestations de type curatif, préventif, éducatif et promotionnel. Ce niveau est composé des Dispensaires Ruraux (DR), des Centres de Santé Ruraux (CSR), des Centres de Santé Urbains (CSU), des Centres de Santé Urbains Spécialisés (CSUS) et des Formations Sanitaires Urbaines (FSU) qui assurent également la continuité des services au niveau communautaire avec l'aide d'acteurs communautaires formés au paquet minimum d'activités communautaires. En 2022, on dénombre 17 308 ASC qui fournissent ces services⁷.

2.1.2.2. Offre privée de soins

Le secteur sanitaire privé de soins s'est développé ces dernières années avec l'émergence d'Etablissements Hospitaliers Privés (EHP) de différentes natures et niveaux d'intervention. Ce secteur constitue environ 40%⁸ de l'offre de services de santé en Côte d'Ivoire. En 2021, on estimait à 3 187⁹ le nombre d'Etablissements sanitaires Privés. Dans le secteur pharmaceutique, on dénombrait 1 200 officines en 2021 et cinq (05) grossistes répartiteurs, dont un (1) public et quatre (4) privés¹⁰. Ce secteur est marqué par l'émergence d'établissements d'appui à la santé (sociétés de commercialisation des matériels biomédicaux et d'autres intrants stratégiques). Le secteur privé nécessite cependant une régulation accrue.

⁶ Arrêté N°1057 /MSHP/CAB/ du 06 Décembre 2019 modifiant l'Arrêté N°872 /MSHP/CAB/ du 08 Mai 2019 portant organisation et composition des régions sanitaires

⁷ MSHPCMU, Plan Stratégique Nationale de la Santé Communautaire, 2022-2025.

⁸ Plan stratégique d'intégration et de développement du secteur privé de la santé 2021-2025

⁹ MSHPCMU & Banque Mondiale : Cartographie des établissements sanitaires privés, 2021-2022

¹⁰ Politique pharmaceutique nationale PPN 2015

Il inclut le développement de la médecine traditionnelle à laquelle 80%¹¹ de la population a recours. Elle a été reconnue par la loi n°2015-536 du 20 juillet 2015 relative à l'exercice et à l'organisation de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles et est réglementée par le décret n°2016-24 du 27 janvier 2016 portant Code d'Ethique et de Déontologie des praticiens de médecine et pharmacopée traditionnelle.

En outre, d'autres ministères à travers leurs infrastructures sanitaires et certaines mutuelles professionnelles d'autres secteurs à travers des établissements corporatifs publics contribuent à l'offre de soins.

Les données de la plupart de ces structures ne sont pas intégrées dans le système national d'information sanitaire.

2.2. Situation épidémiologique

Les résultats sanitaires de la Côte d'Ivoire en dépit de quelques éclaircies sont parmi les plus faibles de la région et sont comparables à ceux d'un pays à revenu faible. L'espérance de vie est de 56,8 ans¹², l'une des plus faibles au monde. Les maladies infectieuses comme le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)¹³, la tuberculose et le paludisme représentent une lourde charge de morbidité. Au total, ces maladies causent près de 24% des décès annuels en Côte d'Ivoire. Le paludisme constitue la menace la plus importante de ces trois maladies avec plus d'un million de cas confirmés en pédiatrie chez les enfants de moins de cinq ans (une incidence de 280 pour 1 000) et quatre millions des cas toutes tranches d'âges confondues en 2017 (incidence de 160 pour 1 000)¹⁴.

Toutefois, il convient de relever une régression du taux de mortalité infantile de 74 pour 1000 naissances vivantes en 2020 [EDS 2021] contre 96 décès pour 1000 naissances en 2016 [MICS 2016]. Les IRA, avec un taux de 167,4%, sont la deuxième cause de consultation pour les enfants de moins de cinq ans [RASS 2020]. Ces maladies infectieuses se développent souvent sur fond de malnutrition. En effet, l'insuffisance pondérale modérée chez les enfants de moins de 5 ans est de 9,9%.

Dans le même ordre, selon l'enquête démographique et de santé (EDS 2021), le taux de mortalité maternelle en Côte d'Ivoire, bien qu'encore élevé, a connu une baisse significative ; il est de 385 décès pour 100 000 naissances vivantes contre 614 pour 100 000 naissances vivantes en 2012¹⁵. En plus de 20 ans, le pourcentage d'accouchements assistés par un professionnel qualifié est passé de 45% à 84% en 2021. L'EDS révèle qu'en 2021, 93% de femmes ont accouché avec l'assistance d'un professionnel qualifié dans les régions urbaines et 75% dans les régions rurales. Par ailleurs, le nombre élevé de grossesses chez les adolescentes (30%) est particulièrement préoccupant et à l'origine de 14,8% des décès maternels. Ces causes médicales directes reflètent les lacunes du suivi et de la mauvaise qualité des soins obstétricaux.

Cette situation épidémiologique préoccupante est à la base du taux d'utilisation des services publics de santé qui reste globalement faible. Il a connu une baisse en passant de **49,7%** en **2019** à **46,75%** en **2020**. L'utilisation des ESPC est en baisse de 03 points en passant de **41,4%** en **2019** à **38,87%** en **2020**. Quant aux Hôpitaux de référence, le pays enregistre une chute vertigineuse en passant de **28,39%** en **2016** à **7,28** en **2020**¹⁶.

Cette faible utilisation des services s'explique par le fait que les groupes de revenus les plus riches font surtout appel à des prestataires privés, tandis que les plus pauvres se font soigner par des guérisseurs traditionnels et des agents de santé communautaires : un tiers du groupe de revenus les plus riches consulte un prestataire privé, alors qu'une proportion importante des groupes de revenus les plus pauvres ont consulté un agent de santé communautaire (42%) et un guérisseur traditionnel (35%). Qui plus est, les riches ayant reçu des soins

¹¹ Document de politique nationale de promotion de la médecine traditionnelle

¹² Source : Le Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies

¹³ ONU SIDA : <https://www.unaids.org/fr/regionscountries/countries/ctedivoire>

¹⁴ RASS - 2017

¹⁵ EDS-CI 2012

¹⁶ MSHPCMU ; Plan National de Développement Sanitaire 2021-2025

dans un hôpital public représentent un pourcentage plus élevé (26%) que les plus pauvres (18%), ce qui pose la question de l'équité des ressources publiques limitées¹⁷.

2.3. Situation des Objectifs de Développement Durable (ODD)

La Côte d'Ivoire a adhéré pleinement à la démarche des Objectifs de Développement Durable (ODD) en l'articulant avec son Plan National de Développement (PND) 2016-2020. Ce plan national constitue le cadre de référence des initiatives publiques et privées pour lever les obstacles résiduels et accélérer la transformation économique et sociale du pays, amorcée avec la mise en œuvre des précédents plans de développement en Côte d'Ivoire.

D'un point de vue spécifique, les actions du Gouvernement pour l'atteinte de l'ODD 3 « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge » intègrent notamment le développement de documents de politique globale ou sectorielle :

- Le Plan National de Développement Sanitaire 2021-2025 ;
- Le Plan Social du Gouvernement (2019-2020)
- Le Programme Multisectoriel de la Nutrition ;
- La Politique nationale de la santé communautaire ;
- Le Plan stratégique de la santé communautaire 2022-2025 ;
- La Politique nationale de lutte contre le VIH/Sida en milieu du travail ;
- Le Plan opérationnel de rattrapage de la lutte contre le VIH/Sida pour l'atteinte des cibles 95-95-95 ;
- Le Plan national de renforcement de la surveillance, revue des décès maternels, périnatals et riposte 2022-2025
- La Politique Nationale d'intégration et de développement du secteur privé de la santé en Côte d'Ivoire ;
- Le Plan National Stratégique de développement du secteur privé 2021-2025.

Ces instruments de référence ont permis d'encadrer des interventions spécifiques pour améliorer significativement le niveau des indicateurs santé, par :

- La promotion des Pratiques Familiales Essentielles (PFE) favorables à la santé ;
- Le renforcement du programme élargi de vaccination ;
- Le renforcement des capacités du personnel de santé à la prise en charge correcte des pathologies de la mère et de l'enfant ;
- La distribution gratuite des MILDA en routine et en campagne ;
- La mise en œuvre des interventions identifiées dans le dossier d'investissement dans le cadre du mécanisme mondial de financement de la santé (GFF).

2.4. Financement du secteur de la santé

2.4.1. Politique et gouvernance du financement de la santé

La stratégie de financement de la santé en Côte d'Ivoire est principalement axée sur l'amélioration de l'accès aux services de santé, la protection financière des citoyens et le renforcement du système de santé dans son ensemble. Elle repose essentiellement sur l'assurance maladie universelle, les subventions gouvernementales, le partenariat public-privé, la coopération internationale et les contributions des ménages.

En matière de gouvernance du financement, les rôles et responsabilités ne sont pas complètement bien répartis entre les institutions responsables du financement de la santé. Les acteurs de la chaîne de budgétisation (Ministère du Budget, Ministère du Plan, Ministère de la Santé à travers sa Direction des Affaires Financières) n'ont pas une répartition claire de leurs rôles, supportés par des mandats légaux. Au sein du

¹⁷ Dossier d'investissement de la Côte d'Ivoire 2020-2023

ministère de la Santé, on note une faible articulation des actions entre la Direction en charge de la préparation du Budget et les instances chargées des stratégies et programmation. De même, il n'y a pas de ligne claire de collaboration entre le ministère de la Santé et les instances en charge de l'assurance obligatoire sur des objectifs de financement¹⁸.

2.4.2. Mobilisation des ressources

En 2023, la part du budget de l'Etat allouée à la santé était de 5,91%¹⁹, au lieu de 15% recommandés par le sommet d'Abuja d'avril 2001, bien inférieur à la situation de la plupart des pays (7 % pour le Ghana, 13 % pour le Burkina Faso, 8 % pour les pays à revenu intermédiaire (tranche inférieure), 7 % pour les pays d'Afrique subsaharienne). Les dépenses courantes de santé en 2018 étaient estimées à 1 001,4 milliards de FCFA dont 30,67% seulement dévolues à l'Etat²⁰.

Malgré les mesures prises par le gouvernement ivoirien pour assurer l'accès des populations aux soins de santé de qualité tout en les protégeant contre les risques financiers, il est à noter que la principale source de financement demeure les ménages. Les paiements directs effectués par ceux-ci restent élevés, de l'ordre de 39,43%, selon les Comptes de la Santé 2018.

Le secteur privé intervient dans le financement de la santé, toutefois la traçabilité de ses contributions reste difficile, surtout pour la Responsabilité Sociétale des Entreprises (RSE).

Les Partenaires techniques et financiers quant à eux contribuent à hauteur de 12,32% des dépenses courantes de santé. Il est à relever que le niveau d'appui de l'aide extérieure à certains programmes reste encore très élevé. A titre illustratif, les ressources des partenaires représentent 78,24% du financement de la santé en matière de VIH et autres IST, 85,73% pour la tuberculose, 41,5 % pour le Programme Elargi de Vaccination et 10,41% pour le paludisme.

2.4.3. Mise en commun et gestion des ressources

S'agissant de la mise en commun des recettes, l'on note que les financements sont très largement fragmentés du fait de l'existence de plusieurs mécanismes de financement qui ne sont pas toujours organisés de manière complémentaire (budget de l'Etat, paiements directs, sécurité sociale, mutuelles des agents de l'Etat, mutuelles de santé, assurances privées, gratuité ciblée, financement des programmes verticaux, financement basé sur la performance, CMU, etc.). Dans bien des cas, ces régimes se croisent et ne sont pas mis en cohérence. Le financement externe est également fragmenté entre des fonds intégrés dans le Budget de l'Etat et des fonds exécutés par des partenaires de mise en œuvre comme des ONG, qui sont difficilement retracés au niveau des comptes de la santé. Parmi les fonds intégrés dans le Budget de l'Etat, plusieurs sont affectés à des programmes verticaux et à des services déconcentrés du ministère en charge de la santé avec une coordination insuffisante ne facilitant pas leur traçabilité.

S'agissant de la gestion des finances publiques dans le secteur de la santé, elle est marquée par des goulots d'étranglement en matière d'allocation et d'exécution des dépenses. Une étude du ministère de la santé en collaboration avec l'OMS en 2018²¹ a établi que le score d'efficience de la dépense publique de santé en Côte d'Ivoire est de l'ordre de 0,49 soit 49% (sur la période 1993-2015). En d'autres termes, les résultats de santé auraient pu être doublés avec le même niveau d'investissement si l'efficience avait été portée à son niveau maximum dans le pays.

Par ailleurs, le mode actuel d'allocation budgétaire n'assure pas une répartition selon les données de population et n'intègre pas les besoins des établissements de santé conformément à la méthodologie d'allocation définie. De plus, jusqu'à la généralisation de l'approche du budget-programme en 2020, cette

¹⁸ MSHPCMU ; Plan National de Développement Sanitaire 2021-2025

¹⁹ Loi de finances n° 2022-974 du 20 décembre 2022 portant budget de l'Etat pour l'année 2023

²⁰ Comptes de la santé 2018, Note de politique : Situation du financement des soins de santé primaire en Côte d'Ivoire : Comment aller plus loin ?

²¹ Organisation mondiale de la Santé (2018). Espace budgétaire et efficience en Côte d'Ivoire : quelles marges de manœuvre ?

méthodologie n'était pas adossée à un cadre de planification établissant une déclinaison directe des objectifs sectoriels.

En matière d'exécution, on note une faible organisation de la fonction de gestion financière à tous les étages de la pyramide sanitaire : il n'existe pas de réseau de relais vers les structures et établissements de soins permettant d'assurer le suivi de l'utilisation des ressources financières et l'encadrement efficace de leur gestion.

En matière de pouvoir de gestion, les centres de santé et les hôpitaux publics ne disposaient pas de personnalité juridique. Ils ne disposaient d'aucune autonomie, ni de compte bancaire. Seuls les 5 CHU, et les 11 autres Instituts nationaux avaient un statut juridique. Dans le cadre de la mise en œuvre du FBP, le Ministre de l'Economie et des Finances a, par dérogation, autorisé l'ouverture de comptes à la Banque du Trésor au bénéfice des établissements sanitaires. Ainsi, bien qu'ayant eu la possibilité de disposer de comptes bancaires, leur gestion est demeurée à la charge du ministère des finances à travers des régisseurs du trésor nommés à cet effet et qui ne permettent aucune autonomie de gestion financière, aux responsables des établissements sanitaires contractés. La loi portant réforme hospitalière, adoptée en juillet 2019, précise le nouveau statut des établissements hospitaliers en accordant une personnalité juridique aux hôpitaux généraux et régionaux qui deviennent des Etablissements Publics Hospitaliers (EPH).

2.4.4. Achat des services

Le concept d'achat désigne une sous-fonction du financement de la santé qui consiste en l'allocation de ressources aux prestataires de services de santé. Il est aujourd'hui admis qu'il est de bonne pratique de passer d'une approche passive de l'achat (caractérisée par une absence de sélection des fournisseurs, de suivi de la performance, d'effort pour influer sur les prix, la quantité ou la qualité des soins) à une approche active ou achat stratégique. Il s'agit alors de relier, au moins en partie, le transfert de fonds aux prestataires à l'information relative à leur performance ou aux besoins de santé de la population qu'ils desservent.

En Côte d'Ivoire, l'achat de services est assuré à travers trois mécanismes principaux :

- Le Budget de l'Etat qui fournit directement des dotations ou subventions à ses prestataires de service de santé (Budget de fonctionnement, gratuité ciblée) en utilisant les recettes publiques générales ;
- Des organismes d'achat distincts du point de vue institutionnel (par exemple : CNAM, Projet/Programme, FBP, Assurances) qui achètent des services spécifiques ;
- Le paiement direct des services auprès d'un prestataire par les ménages.

Les arrangements institutionnels qui soutiennent ces mécanismes accordent peu de place à la recherche de la complémentarité et de l'efficience.

2.4.5. Historique des différents mécanismes financement public de la santé en Côte d'Ivoire

L'amélioration de l'accès aux soins de santé de qualité constitue un défi majeur pour le ministère de la santé, de l'hygiène publique et de la couverture maladie universelle de la Côte d'Ivoire. En effet, moins de 10% de la population bénéficie d'un mécanisme de couverture du risque maladie, selon l'enquête sur le niveau de vie - 2015. Ainsi, partant de la vision de la Côte d'Ivoire qui est que la santé et le bien-être des populations soient les plus élevés possible avec un système de santé performant, accessible à tous et résilient, l'Etat ivoirien a mis en place différents régimes de financement de la santé au nombre desquels :

☞ La Couverture maladie universelle (CMU)

La couverture maladie universelle (CMU) a été instaurée par la loi N°2014-131 du 24 mars 2014 et comporte deux régimes : un régime général de base financé par les cotisations des assurés et un régime d'assistance médicale qui vise les personnes économiquement faibles. Après une phase pilote (25 avril 2017 au 31 décembre 2018) couvrant les étudiants des grandes écoles et universités publiques et privées des villes d'Abidjan, Grand-Bassam, Yamoussoukro, Daloa, Bouaké et Korhogo, la phase de généralisation a débuté en

octobre 2019. Cependant, la mise en œuvre de la CMU fait face à des défis en lien avec le processus d'enrôlement et production des cartes d'assurés et l'accès effectif au paquet de service pour les personnes disposant des cartes d'assurance dans les structures publiques de santé.

☞ **La Gratuité ciblée (GTC)**

À la sortie de la crise postélectorale qu'a connue la Côte d'Ivoire sur la période 2010-2011, le Gouvernement a pris la décision en avril 2011 d'instaurer une mesure exceptionnelle d'exemption de paiement des frais médicaux par les usagers des établissements sanitaires publics. Cette gratuité généralisée à l'ensemble de la population a été ensuite restreinte aux femmes enceintes et aux enfants de 0 à 5 ans, à travers des textes successifs pour améliorer son efficacité, dont l'arrêté interministériel n° 0047 MSLS/MEF/CAB du 21 mars 2012 et le décret 2019-498 du 12 juin 2019 qui précise les prestations couvertes. Le financement de la gratuité ciblé est essentiellement assuré par l'Etat de Côte d'Ivoire.

☞ **Le Financement basé sur la performance (FBP)**

À la suite d'une communication de 2016, en conseil des ministres, le FBP a démarré par une phase pilote financée par l'Etat de Côte d'Ivoire avec l'appui des PTF (notamment la Banque Mondiale et le Fonds Mondial).

En effet, la phase pilote a été mise en œuvre d'août 2016 à juillet 2019. Cette phase a couvert 21 districts sanitaires et a été financée conjointement par la Banque Mondiale (76%), l'État de Côte d'Ivoire (15%) et le Fonds Mondial (9%).

La phase d'extension à tous les 113 districts et 33 régions sanitaires, décidée par l'Etat, a débuté dès 2020 avec une couverture totale en 2022, a été financée par un prêt consenti par la Banque Mondiale à l'Etat de Côte d'Ivoire à travers le SPARK-Santé et l'État avec une augmentation progressive du niveau de financement de l'Etat à partir de 2022.

☞ **Les programmes verticaux**

En dehors de la gratuité ciblée, d'autres champs de gratuité coexistent couvrant des maladies ou des groupes de personnes : (i) les médicaments de la Tuberculose, (ii) le Paludisme simple diagnostiqué, (iii) VIH/Sida, (iv) Lèpre, (v) Maladies tropicales négligées et (vi) la Vaccination des enfants de moins d'un an et de moins de 5 ans avec un financement assuré essentiellement par les partenaires.

Le constat est que les différents régimes et programmes de financement de la santé fonctionnent en silo. Ils sont mis en œuvre de façon parallèle avec un chevauchement entre les différents champs de la gratuité, le périmètre de la CMU et les indicateurs faisant l'objet d'achat du FBP, en l'absence d'un cadre de concertation entre les organes de gestion de ces mécanismes. Cette situation occasionne les doubles paiements pour une même prestation. Il est à signaler que des dispositions réglementaires sont prises, pour assurer une certaine mise en commun et une gestion coordonnée de ces différents flux de financement, malheureusement elles ne sont pas encore d'application.

2.5. Défis majeurs du système de santé ivoirien

Le secteur de la santé fait face à plusieurs défis majeurs en lien avec les piliers du système de santé, à savoir :

Leadership et gouvernance	Ressources humaines en santé	Financement du système de santé
<ul style="list-style-type: none">Le renforcement de la coordination des interventions à tous les niveaux : central et décentralisé /déconcentré (District Sanitaire, local) et la mobilisation communautaireL'autonomie de gestion des structures de santéLa régulation adéquate du secteur privé	<ul style="list-style-type: none">La formation initiale et le financement pour la formation continueLa gestion administrative efficiente (répartition, motivation) des RHS pour réduire la mobilité et les taux d'absentéismeLe renforcement du statut (profil, missions, formations, motivation, etc.) des RH de la santé	<ul style="list-style-type: none">L'harmonisation des financements afin d'améliorer l'efficience allocative des ressources disponiblesLa décentralisation de la gestion du budget d'investissement et de réhabilitation des infrastructures de santé

<ul style="list-style-type: none"> • Le renforcement du cadre réglementaire global • Le renforcement de la redevabilité à tous les niveaux 	<ul style="list-style-type: none"> communautaire (GAC, Superviseurs, ASC et autres acteurs communautaires) • L'orientation de la formation initiale et continue vers les priorités de santé 	<ul style="list-style-type: none"> • La réduction du poids des ménages dans les financements du système de santé
<p style="text-align: center;">Prestation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le respect de la fonctionnalité des structures sanitaires selon les normes nationales afin d'assurer une cohérence effective de la référence et contre référence selon les niveaux de la pyramide sanitaire • L'élimination adéquate des déchets issus de l'activité des soins • La réduction de la prévalence des maladies endémo-épidémiques (Paludisme, VIH/Sida et Tuberculose) • La promotion de l'équité dans l'accès aux soins communautaires • L'amélioration de la qualité des soins à tous les niveaux • Le renforcement de la diffusion et de l'application des normes, standards et directives de soins 	<p style="text-align: center;">Information sanitaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'utilisation de l'information sanitaire de qualité pour la prise de décision • La digitalisation de la gestion de l'information sanitaire • Le développement de la recherche et l'innovation en santé • L'harmonisation du système d'information sanitaire 	<p style="text-align: center;">Infrastructures, équipements et approvisionnement en médicaments</p> <ul style="list-style-type: none"> • La disponibilité des médicaments et intrants stratégiques jusqu'au dernier kilomètre • La libéralisation de l'approvisionnement des établissements sanitaires publics en médicaments et intrants stratégiques • La conformité des établissements sanitaires aux normes réglementaires applicables • Le renforcement de la maintenance des infrastructures et des équipements • La promotion de l'hygiène en milieu hospitalier

3. ACHAT STRATEGIQUE EN SANTE EN COTE D'IVOIRE

3.1. Définition, objectifs et concepts

3.1.1. Définition de l'achat stratégique en santé

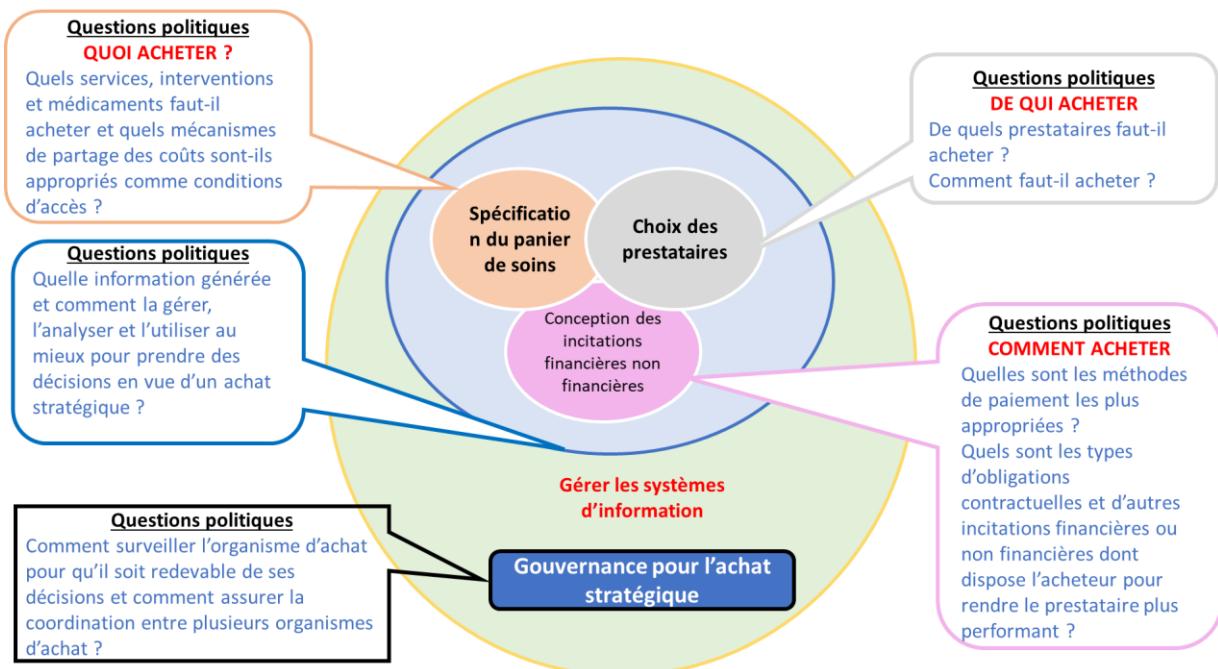
L'**achat** désigne le processus par lequel des fonds sont alloués à des prestataires pour qu'ils fournissent des interventions/prestations sanitaires préalablement définies ou non, au nom de groupes identifiés ou de toute la population, à travers un mécanisme efficace et équitable d'allocation des ressources aux producteurs de prestations de soins de qualité. Cela peut inclure l'achat de médicaments, d'équipements médicaux, de fournitures médicales, de services de laboratoire, de services de radiologie, etc. L'achat peut s'effectuer de façon passive ou stratégique.

L'**achat Stratégique (AS)** est le processus par lequel l'on recherche en permanence le meilleur moyen de maximiser la performance du système de santé en décidant quelles interventions il y a lieu de mener ou d'initier, comment et auprès de qui²².

Le terme « achat stratégique » désigne également un ensemble d'approches, de techniques et d'outils d'amélioration de la performance et de la bonne gouvernance en utilisant le meilleur moyen pour (i) identifier les interventions ou services (panier de soins) à acheter en adéquation avec les besoins de la population, les priorités nationales en matière de santé et dans un souci d'efficience, (ii) choisir les fournisseurs en privilégiant la qualité des services, l'efficacité et l'équité et (iii) déterminer le mode d'achat des prestations de services y compris les arrangements contractuels et les mécanismes de paiement et d'incitation des fournisseurs.

Cette définition prend en compte les interventions en lien avec les déterminants sociaux de la santé qui sont des facteurs modifiables influençant l'état de santé d'une personne, allant de l'environnement dans lequel évolue l'individu à ses comportements²³.

Figure 2 : Schéma des domaines de l'achat stratégique



²² OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2000. Pour un système de santé plus performant

²³ Mathauer I, Dale E, Meessen B. L'achat stratégique en vue de la couverture sanitaire universelle : Enjeux et questions politiques-clés. Résumé des discussions d'experts et de praticiens, Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017.

3.1.2. Objectifs de l'achat stratégique

L'achat stratégique vise à :

- Contribuer à l'amélioration de la qualité des prestations de soins et services de santé ;
- Renforcer la redevabilité des prestataires et de l'acheteur vis-à-vis des populations ;
- Améliorer la gestion efficiente et la distribution équitable des ressources allouées à la santé ;
- Aligner le financement et les incitations aux prestataires pour la production de soins de santé de qualité.

3.1.3. Définition des concepts liés à l'achat stratégique

Achat passif : l'achat passif se caractérise par le fait que les prestataires reçoivent automatiquement des fonds (allocations budgétaires prédéterminées) ou des paiements (à la réception des factures), quelle que soit leur performance en termes de quantité et/ou de qualité des services de santé fournis.²⁴

Couverture Sanitaire Universelle (CSU) : selon l'OMS, la CSU signifie que chacun doit être en mesure d'avoir accès à tous les soins de santé adéquats (préventifs, curatifs, promotionnels, ré-adaptatifs et palliatifs) dont il a besoin, d'une qualité suffisante pour être efficaces ; et sans courir un risque de dépenses catastrophiques.²⁵

Cette définition implique donc les buts spécifiques suivants de la CSU : l'équité dans l'utilisation des services, la qualité de soins, la protection financière.

Couverture Maladie Universelle en Côte d'Ivoire est le système national obligatoire de couverture du risque maladie financé par une cotisation forfaitaire mensuelle et individuelle, qui vise à garantir l'accès à des soins de santé de qualité à l'ensemble de la population résidant en Côte d'Ivoire dans des conditions financières soutenables. Elle est instituée par la loi N° 2014-131 du 24 Mars 2014.

Le Financement Basé sur la Performance (FBP) est un instrument d'appui au développement de services de santé de meilleure qualité, plus inclusifs et plus accessibles. Il vise à lier des paiements directs aux prestataires à l'atteinte de résultats spécifiques, mesurables et vérifiables. En d'autres termes, le paiement n'est effectué qu'après vérification de l'atteinte effective des résultats en quantité et en qualité. Cette approche n'est pas seulement financière, car elle implique également des changements fondamentaux dans la responsabilisation, la transparence et la redevabilité.²⁶

La Gestion Axée sur les Résultats (GAR) est une approche de gestion caractérisée par l'engagement de toutes les parties prenantes à assurer que les processus, les produits et services contribuent à l'atteinte des résultats escomptés.

Gratuité des soins : c'est l'exemption totale de paiement des prestations de soins de santé aux populations bénéficiaires. Cette gratuité peut être ciblée, soit sur une catégorie de population soit sur un groupe (panier) de prestations ou les deux à la fois.

Budget-programme : c'est un outil d'opérationnalisation de la Gestion Axée sur les Résultats (GAR). Il s'agit d'un modèle de planification ayant une logique qui facilite la gestion, la responsabilisation et l'apprentissage par une programmation annuelle ou pluriannuelle. Il se caractérise par l'affectation des crédits sur la base des objectifs poursuivis. Ainsi, les ressources financières, matérielles et humaines sont octroyées en fonction des résultats énoncés dans les documents de programmation stratégique et les projets annuels de performance. Dans le cadre de son exécution, le budget-programme introduit un nouvel acteur dénommé Responsable de programme qui aura à charge l'élaboration et la mise en œuvre du programme du département ministériel, sous la supervision d'un dispositif de contrôle interne renforcé.

²⁴ MSHPCMU, Plan Stratégique Nationale de la Santé Communautaire, 2022-2025.

²⁵ OMS, Financement des systèmes de santé, le chemin vers une couverture sanitaire universelle ; Rapport santé dans le monde 2010.

²⁶ Serge MAYAKA 2015 : Le Financement Basé sur la Performance dans un système de santé complexe : cas de la République Démocratique du Congo, U C Louvain

Outil d'indices : c'est un instrument de gestion financière qui aide le gestionnaire à : (a) gérer l'ensemble des revenus monétaires et des dépenses de l'établissement de santé de façon holistique et intégrée ; (b) générer un résumé instantané des états de revenus et dépenses de l'établissement de santé, ce qui en fait également un outil de planification budgétaire ; et (c) allouer de façon transparente les primes à la performance individuelle aux personnels de santé.²⁷ Sur ce dernier point, il est également très utile pour décrire les critères de répartition équitable de la prime de performance comme le niveau d'étude, l'ancienneté, la responsabilité, l'évaluation de la performance individuelle et d'autres critères influençant le rendement individuel.

Autonomie de gestion : selon les théories de la microéconomie, une structure est une composante indépendante et un acteur économique autonome de l'offre. Basés sur ces théories, les responsables des structures sanitaires sont les mieux placés pour trouver des solutions contextuelles en vue de résoudre les problèmes spécifiques qui se posent à eux.²⁸ Cette autonomie se caractérise par la capacité accordée aux prestataires de planifier et d'utiliser les ressources issues de l'achat stratégique.

Régulateur : c'est l'institution qui assure la coordination de la stratégie au sein du secteur de la santé. Il élabore, diffuse, s'assure de l'application des normes, procédures, directives et textes réglementaires.

Acheteur : dans un souci de séparation des fonctions, l'acheteur est l'institution qui signe le contrat de performance avec le prestataire (vendeur) après s'être assuré qu'il a le meilleur rapport qualité prix. Il évalue et transmet les montants à payer au payeur.

Payeur : c'est une institution qui paie les fruits de la performance ou la valeur des biens et services souhaités, demandés.

Contrat : c'est une convention ou un accord volontaire ayant pour but d'engendrer une obligation d'une ou de plusieurs personnes envers une ou plusieurs autres. Il est aussi défini comme un engagement volontaire, formel ou informel entre plusieurs parties reconnues par le droit.

Contractualisation : c'est un processus qui engage deux parties prenantes autour de résultats préalablement définis. Elle fixe les engagements mutuels entre les parties. Ce processus est matérialisé par la signature d'un contrat de performance qui est négocié, puis signé entre les parties prenantes.

Subsides : ce sont des allocations financières qui sont remises aux structures contractantes après une vérification de leurs productions (aux plans quantitatif et/ou qualitatif). Ils sont reversés à la structure sanitaire et utilisés avec les autres sources de revenus conformément au plan d'action validé.

Performance : c'est une amélioration mesurable des résultats issus de la production quantitative et qualitative d'une prestation donnée (clinique ou administrative). Elle est aussi le résultat optimal que quelqu'un peut obtenir dans un domaine particulier (lié aussi à la compétitivité, en d'autres termes, à la capacité de supporter la concurrence du marché). La performance requise dans l'achat stratégique est celle du personnel de santé, qui doit être « performant, actif, innovateur et compétitif » pour obtenir une augmentation quantitative et qualitative de ses résultats.

La vérification est une fonction qui s'assure de la matérialité des prestations déclarées et de leur qualité. En effet, les prestataires en transmettant la preuve des performances atteintes, peuvent falsifier les données. Ce contrôle régulier permet donc de s'assurer que les prestations à subventionner ont été réellement effectuées.

Elle se fait à deux niveaux : au niveau de la structure sanitaire ; une vérification de la quantité et de la qualité technique et au niveau de la communauté ; une vérification de l'authenticité des prestations déclarées et de la qualité perçue par les usagers.

Contre-vérification : c'est un acte qui consiste à confirmer ou à infirmer les résultats issus d'une vérification faite antérieurement. Elle est effectuée par une agence externe qui n'a aucun lien établi avec celle qui a procédé à la vérification antérieure.

²⁷ World Bank 2014 : Boîte à outils : financements basés sur la performance, Gyorgy Bela, Robert Soeters, Bruno Meessen

²⁸ SINA HEALTH 2016 : PBF en action Théorie et Instruments Guide du cours PBF, Robert Soeters

Séparation des fonctions : c'est un mécanisme par lequel le rôle de chaque acteur dans le système ou dans une organisation d'un service est défini indépendamment de celui de l'autre en dégageant clairement les limites de chaque partie. Cela implique que chaque structure qui commet une erreur ou une faute n'a ni la possibilité d'en dissimuler, ou d'en retarder la découverte. La séparation des fonctions n'exclut pas la collaboration entre acteurs.

La Plan d'affaires est un document élaboré à l'initiative du premier responsable de l'établissement sanitaire, à partir des indicateurs retenus dans le cadre de l'ASS. Extrait du Plan de travail annuel budgétisé (PTAB), il fixe des cibles réalistes et décrit les stratégies permettant de les atteindre. Il est validé par le COGES/COS et fait l'objet d'un accord entre le payeur et l'établissement sanitaire pour être annexé au contrat de prestations de services.

Motivation : c'est un comportement qui pousse une personne à agir pour atteindre un objectif ou un résultat. En d'autres termes, la motivation est un concept qui fait référence à l'ensemble des raisons, des besoins, des désirs et des incitations qui poussent un individu à agir d'une certaine manière ou à poursuivre des objectifs spécifiques. La motivation peut être intrinsèque (liée à un intérêt personnel, aux besoins physiologiques, au plaisir, à l'accomplissement, aux valeurs, aux croyances, ...) ou extrinsèque (liée à des récompenses, des primes, des pressions sociales, ...).

Prestataire : c'est toute personne ou entité qui fournit ou offre un bien ou un service.

Qualité des soins : c'est une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient, la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins (Organisation mondiale de la santé, 1982).

Passage à l'échelle : fait référence à la faculté qu'à un système à pouvoir changer de taille ou de volume selon les besoins des utilisateurs. Dans le cadre de l'achat stratégique, cela suppose de progresser en même temps sur cinq grandes dimensions à savoir : (i) la couverture populationnelle (couverture géographique, couverture de tous les groupes de population), (ii) la couverture de services (nombre de structures de santé de différents types et à tous les niveaux), (iii) l'intégration dans le système de santé (connexion avec les piliers du système de santé), (iv) la diffusion aux autres secteurs (introduction dans les autres secteurs publics), (v) l'amélioration des idées et des connaissances (apprentissage).

Institutionnalisation : c'est le processus par lequel toutes les fonctions de l'achat stratégique sont internalisées et alignées avec toutes les réformes en cours pour une meilleure appropriation, un leadership et un engagement politique fort. Il a pour but d'assurer sa pérennisation à travers un financement sécurisé par des ressources domestiques, soutenu par une politique nationale clairement établie.

En d'autres termes, l'institutionnalisation implique : (i) la dissociation du pouvoir des individus qui l'exerce et son incorporation dans l'institution étatique ; (ii) la transition d'un programme ou d'un projet vers une politique nationale, ce qui suppose l'adoption par les acteurs nationaux des leçons apprises ou des bonnes pratiques d'un programme et leur intégration dans les arrangements institutionnels nationaux.

3.2. Montage institutionnel de l'approche de Financement basé sur la performance dans le cadre de l'achat stratégique en Côte d'Ivoire

Le financement basé sur la performance met en phase plusieurs fonctions complémentaires qui sont : la régulation, la prestation, la vérification et le paiement. Pour minimiser toute forme de conflit d'intérêt et de collusion entre les acteurs et ce à tous les niveaux, le financement basé sur la performance se fonde sur le principe de la séparation des fonctions.

Ces fonctions se présentent comme suit :

3.2.1. Fonction de régulation

La régulation consiste à faire respecter les orientations politiques, les normes, les stratégies et les directives établies par le Ministère en charge de la santé. Elle est assurée par les versants administratifs des différents niveaux de la pyramide sanitaire (Central, Régional et Départemental) et par le Secrétariat Technique de l'Achat Stratégique en Santé (STASS). Le STASS est l'organe en charge des orientations des dispositifs de financement de la santé et de la mise en œuvre de la stratégie d'achat stratégique au plan national.

Les Directions régionales en charge de la santé (DRS) veillent à la mise en œuvre de l'Achat Stratégique dans leur ressort territorial. Les Directions départementales en charge de la santé (DDS) quant à elles assurent la supervision et le coaching des établissements de santé sous leur responsabilité pour l'amélioration continue de leur performance. Sont pleinement associés à cette fonction, les Directions Centrales, les programmes de santé et l'Inspection Générale de la Santé sur la base de leurs contrats de performance établis à cet effet.

3.2.2. Fonction de prestation

Les prestations désignent les soins et service de santé fournis par les structures ayant contracté. Ces prestations sont appréciées sous différents angles : quantitativement, qualitativement ou sous forme de performance. Dans le cadre du financement basé sur la performance, qui implique une approche axée sur les résultats, les structures contractantes sont incitées à offrir des prestations et services de qualité, efficaces et coordonnés, pour répondre adéquatement aux besoins de santé des populations en vue de l'atteinte de bons résultats cliniques. Ces structures sont encouragées à adopter des pratiques basées sur des données probantes, à améliorer la coordination des activités et des soins, à promouvoir la prévention des maladies tant au niveau administratif, clinique que communautaire.

3.2.3. Fonction de vérification

La fonction de vérification, dans le cadre du FBP, consiste à s'assurer de l'effectivité des prestations (de soins ou de services) déclarées et de leur qualité. En effet, il se peut que la fiabilité des informations soit affectée pour une raison ou une autre, lorsque les structures sous contrat déclarent leurs performances. Ce contrôle régulier permet donc de s'assurer que les prestations et/ou les performances à acheter ont été réellement effectuées, selon les normes de qualité établies par le ministère en charge de la santé.

Ainsi, selon le type ou le niveau de la structure contractante, la vérification peut prendre la forme de :

- Une vérification de la quantité des prestations au niveau des structures de soins et des acteurs communautaires ;
- Une évaluation de la qualité technique au niveau des structures de soins ;
- Une évaluation de la qualité perçue par les usagers des services des structures de soins ;
- Une évaluation des performances au niveau des structures de soins du 3^e niveau (tertiaire), des structures de régulation et des organisations à base communautaire.

Le troisième volet de la vérification relève de la contre-vérification. C'est le processus qui consiste à s'assurer de la fiabilité des données quantitatives et qualitatives vérifiées, validées et rémunérées, ainsi que du respect des procédures, dans le cadre du FBP. De ce fait, l'agence en charge de la contre vérification va exploiter les données produites par la CNAM et les régulateurs pour confirmer leur crédibilité. Elle a recours à la même méthodologie et aux mêmes outils définis par le manuel de procédure du financement basé sur la performance.

3.2.4. Fonction de paiement

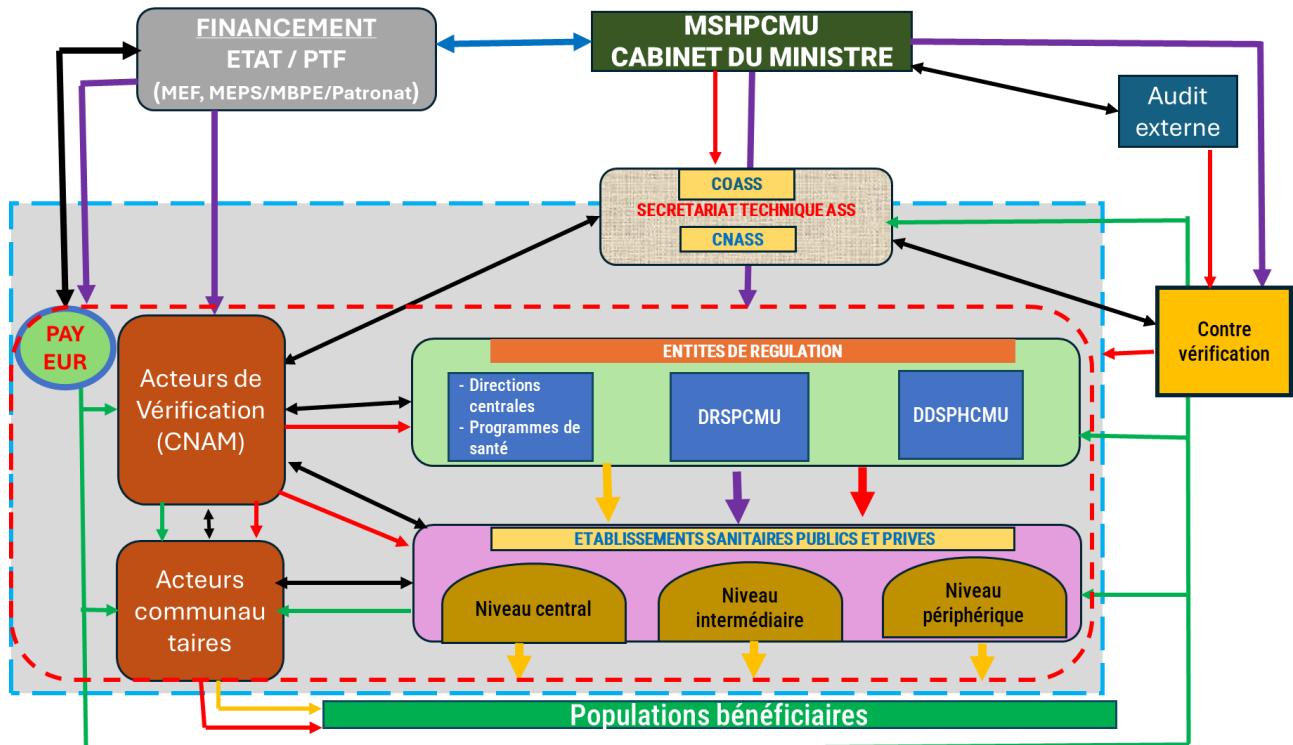
La fonction de paiement consiste à acheter pour les résultats immédiats (outputs) des prestations des structures sous contrat. L'achat se fait à partir des fonds provenant du Gouvernement et des Partenaires Techniques et Financiers (PTF).

Les organismes d'achat doivent disposer d'un mandat d'achat stratégique clair et adossé à des dispositions juridiques qui précisent leurs pouvoirs et leur attribuent une certaine latitude décisionnelle et un niveau d'autonomie suffisant.

Les prestations des structures sous contrat font l'objet de facturation par la CNAM ou tout autre agence dûment mandatée.

Les factures validées sont adressées par Le STASS aux structures qui sont en charge du paiement.

Figure 3 : Schéma du montage institutionnel du financement basé sur la performance en Côte d'Ivoire



Légende :

- | | |
|--|---|
| → Appui technique | → Relation hiérarchique |
| ← Relation contractuelle | |
| ← Vérification, Contre-vérification, Evaluation performance/qualité, | → Prestation de soins et de service de santé aux différents niveaux du système de santé |
| → Flux financier | ↔ Echange d'information pour la gestion de l'ASS |

3.3. Lien entre le financement basé sur la performance et les réformes en cours

L'approche de financement basé sur la performance implanté en Côte d'Ivoire depuis 2016, ayant fait ses preuves, est un point d'entrée important et un catalyseur pour l'achat stratégique. Dans ses principes, il définit des cibles pour la performance, octroie des incitations financières aux prestataires et génère des données sur l'activité des prestataires. Ces principes sont aussi nécessaires pour le développement de l'achat stratégique, tout en mettant en lien les autres mécanismes de financement existant.

3.3.1. Avec la CMU²⁹

Le système de contrôle biométrique, mis en place par l'IPS-CNAM, permet de vérifier l'identité et les droits de l'assuré puis de faire un pré-enregistrement des prestations effectuées. Cette disposition va dans le sens du processus de vérification de l'effectivité des prestations qu'exige le financement basé sur la performance. Elle vise à réduire les fraudes. Outre, l'effectivité, le processus de vérification du FBP met l'accent sur la qualité des prestations offertes aux bénéficiaires, un volet qui répond aux attentes de l'IPS-CNAM. Le processus de contrôle de la qualité des soins, mis en place dans le cadre du FBP, est complémentaire au parcours de soins de la CMU et peut permettre de garantir aux assurés CMU des prestations de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Ce processus de contrôle qualité est conduit par les DRS et DDS. La mise en place d'un

²⁹ DGSHP : Document d'harmonisation des réformes en santé ; juin 2021

cadre de collaboration entre le Ministère en charge de la santé et le répondant ministériel de la CNAM, en vue de définir des mécanismes alternatifs de vérification des prestations efficents, est recommandée.

Par ailleurs dans le cadre du FBP, la contractualisation se fait systématiquement avec l'ensemble des établissements sanitaires publics. Il apparaît nécessaire de définir des critères d'enrôlement consensuels qui répondent d'une part aux exigences techniques d'installation du matériel de contrôle biométrique de la CNAM et d'autre part aux capacités techniques pour offrir le paquet de prestations de la CMU. Le FBP constitue une opportunité de renforcement de cette collaboration en intégrant les indicateurs sur l'enrôlement des populations, le nombre de personnes enrôlées ayant été prises en charge dans le paquet de prestations des établissements sanitaires sous contrat et le nombre de personnes enrôlées n'ayant pas pu bénéficier des prestations de soins dans les établissements. Le préalable à la prise en compte de ces indicateurs, est l'installation de dispositifs d'enrôlement dans les établissements sanitaires.

3.3.2. Avec la Gratuité Ciblée

L'objectif visé par la gratuité ciblée est de soulager les populations vulnérables notamment les femmes et les enfants. La gratuité ciblée portait sur les actes et les prestations suivants : (i) la consultation des femmes enceintes et des enfants de 0 à 5 ans, (ii) le bilan prénatal clinique biologique et radiologique, (iii) l'accouchement normal et ses complications, (iv) la césarienne, (v) la prise en charge des enfants de 0 à 5 ans, (vi) la prise en charge pour les 48 premières heures des urgences médico-chirurgicales pour l'ensemble de la population, (vii) la prise en charge thérapeutique du paludisme après le diagnostic, (viii) un abattement de 30% sur les tarifs en vigueur lorsque ceux-ci sont supérieurs à 1000 francs CFA pour les autres cas.

L'efficacité de la mesure repose sur deux piliers : une gouvernance sans faille et une communication claire avec les populations. Chaque année, depuis 2012, c'est en moyenne 15 milliards de Francs CFA qui sont alloués à la prise en charge des actes, des prestations et des médicaments, essentiellement par l'Etat de Côte d'Ivoire.

Dans le même ordre, le décret n° 2019-49 du 12 Juin 2019 instituant des mesures d'exemption sélective de paiement des frais de prise en charge des usagers des établissements sanitaires publics et des établissements sanitaires privés investis d'une mission de service public a été signé.

Si certains indicateurs de ce panier de prestations de santé sont des indicateurs évalués dans le FBP, il serait judicieux de les intégrer dans les grilles d'évaluation et étendre l'évaluation à la gestion comptable et financière, pour améliorer la gouvernance de cette mesure dans le cadre de l'ASS.

En effet, pour améliorer la redevabilité, le FBP et la gratuité ciblée peuvent profiter des mêmes mécanismes en vigueur pour la vérification et la validation des prestations réalisées, recourir à l'utilisation de l'outil d'indices dans l'allocation des ressources des ETSA, exploiter le rapportage régulier et l'existence du portail WEB géré par le STASS pour augmenter la transparence. A ce propos, l'information en rapport avec la mise en œuvre du FBP-Gratuité ciblée permettra de rendre compte de la performance des ETSA, des fonds octroyés à ces derniers en guide d'achat de leurs prestations et relever certains dysfonctionnements ou insuffisances du système.

En fine, tous les mécanismes de régulation, de prestation, de contrôle-vérification et d'achat, prévus par la gratuité ciblée devraient être harmonisés dans le cadre du FBP.

3.3.3. Avec la réforme des finances publiques

Du fait de la rigidité de la gestion des finances publiques dans les Etablissements sanitaires publics (ESP), les subsides FBP ont été gérés parallèlement avec deux principales destinations : (i) le fonctionnement de la structure sanitaire (au moins 50% des subsides de la période) et (ii) les primes rétribuées aux personnels (au plus 50%). Par ailleurs, le niveau d'utilisation des subsides destinés au fonctionnement reste relativement faible. Cela est lié à divers facteurs dont l'insuffisance d'autonomie des établissements sanitaires, l'éloignement des régisseurs, la non-utilisation des régisseurs secondaires et la faible maîtrise des procédures de gestion des finances publiques (GFP) par les prestataires.

Ces constats doivent pousser à des réflexions sur la manière de parvenir à un plus grand recours aux systèmes gouvernementaux ou aux opérations d'appui budgétaire pour la réforme des politiques, car une approche réussie et durable d'Achat stratégique nécessite un alignement sur les régimes nationaux de GFP.

Dans le même ordre d'idées, l'intégration de l'achat stratégique dans la GFP implique donc de réfléchir sur :

- i) *L'autonomie et la flexibilité des dépenses pour les ETSA qui doivent être les centres de dépenses dans le tableau des comptes (procéder au rapportage des sommes d'un exercice fiscal à l'autre, avoir accès à des services bancaires, etc.) ;*
- ii) *La capacité de gestion financière des ETSA (la redevabilité financière par la déclaration de l'utilisation des subsides alloués, le respect des contrôles des crédits ou des budgets, etc.) ;*
- iii) *La mise en place d'un système de paiement unifié (pour réduire la fragmentation des sources de revenu des établissements) ;*
- iv) *L'orientation de la performance et la vérification car l'allocation budgétaire aux établissements doit être éclairée par leur performance de l'année précédente. Ce qui suppose des évaluations crédibles de la conformité et de la performance*

Au regard de ce qui précède, il est donc recommandé d'assainir cette situation en adoptant une nouvelle règlementation nationale sur la gestion administrative et financière autonome des ESP. La régulation de la tutelle de cette autonomie de gestion des ESP doit être renforcée sans intimider son développement par un mélange subtil de différents types de contrôle de l'État (contrôle à priori, à postérieur ou leur combinaison) tout en tenant compte de la **Loi sur la réforme hospitalière en son article 36 qui consacre l'hôpital général, comme support du réseau de soins et assure l'encadrement technique et administratif de tous les ESPC du réseau de soins.**

Le contrôle de gestion des finances publiques du Ministère en charge de l'Economie et du Ministère en charge du budget n'exclut pas celui du Ministère en charge de la santé, qu'il faut bien développer pour diminuer sensiblement le risque fiduciaire et gagner la confiance du MEF, du MBPE et des PTF.

L'ASS, à tous les niveaux du système national de santé, peut également y contribuer surtout en montrant les zones, les domaines et les lieux à haut risque fiduciaire pour guider la programmation des contrôles et audits des Ministères de tutelle.

Le Budget-programme de santé offre un nouveau cadre de gestion des finances publiques axé sur les résultats et l'ASS peut être préconisé parmi les programmes prioritaires de santé à financer.

3.3.4. Avec la réforme pharmaceutique

La stratégie nationale du FBP a été adoptée par le gouvernement pour renforcer le système national de santé à travers l'application de ses principes et bonnes pratiques de management des services de santé (Séparation de fonction, autonomie de gestion, lutte contre les monopoles, etc.).

Cependant des difficultés demeurent dans l'approvisionnement en médicaments des établissements de santé qui sont en grande partie d'ordre logistique causant des ruptures récurrentes de stock avec pour conséquence une inadéquation de leurs prestations. Les établissements sanitaires servent essentiellement de structures de stockage et de vente pour la NPSP-Cl, sans autorisation ni droit de s'approvisionner en dehors de la NPSP-Cl en cas de ruptures de produits et intrants pharmaceutiques. La réforme pharmaceutique n'a pas pris en compte la mise en place d'une relation marchande clairement établie entre les établissements sanitaires et la NPSP-Cl.

En ce qui concerne la disponibilité et l'accessibilité aux médicaments et autres intrants stratégiques, il est essentiel que l'on puisse (i) identifier tous les produits de la NPSP-Cl avec autorisation de mise sur le marché, (ii) harmoniser les libellés et la codification des médicaments, (iii) définir la liste des produits destinés aux officines privées pour les soins ambulatoires et celle destinée aux établissements de santé en fonction de leur paquet de prestation dans le cadre de la CMU, (iv) autoriser les EPHD à s'approvisionner, auprès des grossistes répartiteurs agréés, pour le compte des ESPC de leurs Réseaux de Soins de Proximité (RSP), en cas de rupture de médicaments.

En plus, pour une gestion efficace des stocks, il est recommandé d'élaborer un mécanisme de gestion intégrée du stock de médicaments (gratuité, CMU, recouvrés) au niveau des établissements de santé. Par ailleurs, il faudrait impliquer le secteur privé dans l'acquisition et la distribution des produits CMU à travers une convention entre la CNAM et le secteur pharmaceutique privé. Enfin, il serait judicieux de permettre aux structures de soins d'être responsables des stocks de médicaments dont elles disposent par la prise d'un arrêté interministériel. Une disposition règlementaire qui consoliderait l'autonomie des établissements sanitaires publics en la matière, en leur permettant de contractualiser avec la NPSP-CI et en cas de besoin avec le secteur pharmaceutique privé sous l'encadrement de la tutelle. Celle-ci pilotera l'élaboration et l'adoption des manuels de gestion administrative, financière et comptable par niveau du système national de soins.

3.3.5. Avec la décentralisation

Le projet d'Achat Stratégique voit le jour dans un contexte de symphonie inachevée de la politique de décentralisation, pourtant actée par la loi n°2003-208 du 07 juillet 2003 portant transfert et répartition de compétences de l'État aux collectivités territoriales.

A travers cette loi, l'État a transféré quatre types de compétences aux collectivités territoriales en matière de santé, d'hygiène publique et de qualité. Il s'agit de (i) l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de développement local en matière de santé et d'hygiène publique et de contrôle de qualité, (ii) l'émission d'avis sur l'élaboration prospective de la carte sanitaire, (iii) l'adoption de mesures de prévention en matière de santé et d'hygiène publique et alimentaire et (iv) la construction, la gestion et l'entretien des ESPC (pour les communes) et des CHR (voire les hôpitaux généraux pour les régions). L'on note vingt ans après que, du fait de la quasi-inexistence de textes d'application de ladite loi, cette avancée majeure n'a pas été suivie par la mise en place d'un dispositif réglementaire adéquat pour en faciliter l'opérationnalisation avec en ligne de mire un accroissement des pouvoirs de décisions locaux et communautaires. Une situation qui met le fonctionnement et la gestion des établissements de santé dans une phase transitoire où s'entremêlent les problématiques que sont la redéfinition des missions et du statut des ESPC, les besoins de réhabilitation et de rééquipement des établissements de santé, la nécessité de modernisation des établissements de santé pour les rendre performants et compétitifs. Cela passe par la dynamique de développement de nouveaux arrangements contractuels entre l'Etat et les nouveaux acteurs qui œuvrent pour l'amélioration de la performance du système de santé.

Par conséquent un renforcement du cadre réglementaire de la politique de décentralisation pour un système de santé adéquatement déconcentré et suffisamment décentralisé est indispensable pour le succès de la mise en œuvre de l'Achat Stratégique.

3.3.6. Avec la Réforme hospitalière

Le cadre d'application de la loi relative à la réforme hospitalière intègre clairement la mise en œuvre et l'institutionnalisation de l'ASS dans les établissements hospitaliers publics et privés au regard des principes qui ont guidé son adoption, à savoir, (i) la réactivité des établissements hospitaliers, (ii) la continuité du service public hospitalier, (iii) l'accessibilité aux établissements hospitaliers, (iv) l'équité dans la prise en charge des usagers, (v) l'offre de soins et services de qualité, (vi) le financement équitable des établissements hospitaliers et la modernisation du service public hospitalier.

A cette fin, le processus d'accréditation et de certification des établissements sanitaires, constitue une opportunité pour la mise en place d'un dispositif institutionnel d'amélioration de la qualité.

Dans la même logique, l'autonomie de gestion des établissements sanitaires est une condition sine qua non à une mise en œuvre efficace des réformes en vigueur. A cet effet, tout comme les EPH qui ont obtenu leur autonomie administrative et financière dans la réforme hospitalière, il est nécessaire de redéfinir le statut juridique des ESPC. Il est, en outre, important de disposer de comptes bancaires uniques pour collecter l'ensemble des recettes des établissements (recouvrement des actes de santé, gratuité ciblée, subvention de l'état, fonds du FBP, CMU, apports des PTF, dons et legs, etc.) de santé. A cet effet, un pas important a été

franchi avec l'ouverture de comptes bancaires pour les EPHD en juin 2023. Ces comptes qui serviront à collecter l'ensemble des recettes de l'EPH, amélioreront la gestion et la gouvernance de ces établissements.

A travers l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD), les EPH prévoient toutes leurs recettes et en face planifient toutes leurs dépenses. Il est donc important de collecter, de mettre en commun toutes les recettes dans un compte unique, de les intégrer dans des documents de stratégie et d'opérationnalisation des EPH tels que les Projets d'établissements Hospitaliers (PEH), d'où sont tirés les Plans d'Action Opérationnels. Mais toute cette pratique doit être règlementée par des manuels de gestion administrative, financière et comptable par niveau de structures de soins. Lesdits manuels redéfinissent le positionnement des régisseurs publics, des comptables publics et des Contrôleurs des finances publiques préconisés par la réforme des finances publiques, pour une meilleure autonomie effective et rationnelle des établissements sanitaires.

L'un des objectifs majeurs des différentes réformes en santé est de permettre aux populations d'avoir accès à des services de qualité qui répondent à leurs besoins et à des coûts financiers supportables. Ainsi, il convient d'adapter les PMA et PCA aux besoins des populations à travers la mise en place d'un dispositif pour la révision périodique de ces paquets de prestations. En plus, une maîtrise des coûts des actes de prestations est essentielle dans un dispositif d'achat. C'est pourquoi des études de coûts des actes de santé et une évaluation des besoins en infrastructures, équipements et intrants par niveau de structures de prestations sont essentielles pour la mise en œuvre effective de l'Achat Stratégique. Cela est aussi prévu dans la réforme hospitalière par la mise en œuvre de la comptabilité analytique dans les EPH.

La réforme hospitalière servira donc de cadre pour une meilleure mise en œuvre de l'achat stratégique dans les établissements hospitaliers aussi bien privés que publics.

3.3.7. Avec la réforme du secteur privé

L'amélioration de l'accès aux soins des populations assurées, passe par l'enrôlement du secteur privé et communautaire de soins dans la CMU. Une régulation accrue par la révision des textes existants et l'élaboration de nouveaux textes constituerait un point de départ de l'Achat Stratégique en Santé. Dans ce cadre, il est aussi important d'une part, d'identifier les établissements agréés avec lesquels il faut contractualiser et d'autre part les amener à fournir au SNIS leurs données sanitaires.

Il faudrait donc inciter les prestataires privés à participer aux initiatives d'achat stratégique en développant un réseau viable de prestataires qui s'engagent à respecter des normes communes de qualité, de tarification et de traitement et en établissant un partenariat entre un réseau de prestataires privés et le STASS, en l'occurrence la plateforme du secteur privé.

En outre, afin de permettre un accès équitable aux services et soins de santé dans le cadre de l'ASS, il est nécessaire que le Ministère en charge de la santé exerce un leadership sur l'ensemble du secteur de la santé, y compris sa composante privée.

En résumé : Dans le cadre de la mise en œuvre réussie de l'achat stratégique, eu égard à la fragmentation actuelle avec plusieurs mécanismes de financement du système et pour un leadership affirmé de l'Etat, il s'avère indispensable de mettre en place un cadre collaboratif national de coordination des actions de l'achat stratégique, fédérant tous les mécanismes existants. Cette coordination aura pour rôle de mettre en synergie les différents mécanismes de financement de la santé et rendre le système de financement de la santé en Côte d'Ivoire plus efficient en utilisant l'approche d'achat stratégique.

4. ROLE DES DIFFERENTS ACTEURS DE L'APPROCHE DE FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCE EN COTE D'IVOIRE

Dans la droite ligne d'une collaboration intelligente pour atteindre les objectifs visés par l'ASS avec comme outil catalyseur le FBP, il est judicieux de préciser le rôle des principaux acteurs. Il s'agit de s'assurer que les efforts conjugués de ces parties prenantes sont impérativement guidés par la satisfaction pleine et entière des attentes des populations cibles.

Les précisions sur les rôles s'articulent autour de la gouvernance et des fonctions essentielles de l'ASS à savoir, la régulation, la prestation de services et de soins, la vérification et le paiement ainsi que des principes de base qui gouvernent l'ASS (mobilisation des ressources, mise en commun et achat). Le but étant de mettre en place et de renforcer une approche systémique globale qui puisse booster la mobilisation et l'intégration de l'ensemble des ressources du secteur de la santé, aussi bien publiques que privées.

Ce chapitre fera un focus sur les rôles des acteurs en lien avec le FBP.

4.1. Rôle des organes de gouvernance

4.1.1. Le Secrétariat Technique de l'Achat Stratégique en Santé (STASS)

Par arrêté ministériel N°0022/MSHPCM/CAB en date du 25 mai 2023, fut créé le Secrétariat Technique de l'Achat Stratégique (STASS), qui a dans ses attributions le renforcement de l'amélioration de la qualité des soins, dans le souci de mettre en œuvre la section 4 relative à l'amélioration continue de la qualité des soins de la loi portant réforme hospitalière en ses articles 16 et 17, et des services de santé, l'harmonisation des orientations des dispositifs de financement de la santé, la cohérence et la synergie des financements selon les priorités nationales. Il est constitué de deux organes dont le Conseil d'Orientation de l'Achat Stratégique en Santé (COASS).

☞ Le Conseil d'Orientation de l'Achat Stratégique en Santé (COASS)

Le COASS est l'organe décisionnel de la stratégie de l'achat stratégique en santé en Côte d'Ivoire. Il assure l'orientation des politiques publiques en vue du financement efficient des prestations de santé. A ce titre, il est chargé notamment de :

- approuver les documents de politique, de planification et de programmation préparés et soumis par la Coordination Nationale de l'Achat Stratégique en Santé ;
- approuver les rapports périodiques et annuels en rapport avec l'Achat Stratégique en Santé ;
- examiner les conclusions des audits, des évaluations et des rapports de contrôle en lien avec l'achat stratégique en santé ;
- prendre les mesures correctrices appropriées.

Il émet des avis sur tout document de politique et de planification en rapport, partiellement ou complètement avec les questions d'efficience de la dépense publique de santé.

Le COASS est composé comme suit :

Président : le Ministre en charge de la Santé ou son représentant ;

Vice-Président : le Ministre chargé de l'économie et des finances ou son représentant ;

Secrétaire : le Coordonnateur National de l'Achat Stratégique en Santé ;

Membres :

- Le Responsable de la Fonction Financière Ministérielle ou son représentant ;

- Le Directeur chargé de la Planification au Ministère chargé de la santé ;
- Le Représentant du Ministère en charge du Budget ;
- Le Représentant du Ministère en charge du Plan et du Développement ;
- Le Représentant du ministère de l'Emploi et de la protection sociale ;
- Le Représentant des faitières de la société civile de la santé ;
- Le Représentant du secteur privé de la santé ;
- Le Représentant des partenaires techniques et financiers.

NB : Les membres du COASS sont désignés par leurs institutions.

Le COASS se réunit une fois par an, sur convocation de son président et de façon exceptionnelle chaque fois que besoin. Le Président du COASS peut inviter à participer aux réunions, avec voix consultative, toute personne non-membre en raison de ses compétences sur les questions à examiner.

La Coordination Nationale de l'Achat Stratégique en Santé

Le STASS est l'organe technique et opérationnelle de la mise en œuvre de la stratégie nationale de l'achat stratégique en santé. Elle est chargée de :

- assurer la direction et la coordination technique des activités relatives à la mise en œuvre de la stratégie nationale de l'achat stratégique en santé ;
- développer une stratégie pour la pérennisation et l'institutionnalisation des mécanismes de l'achat stratégique en santé (ASS) ;
- coordonner la mise en synergie et l'alignement du FBP avec les réformes des politiques de financement de la santé, notamment la CMU, la Gratuité ciblée, la réforme hospitalière ;
- établir des partenariats stratégiques et opérationnels pour une meilleure appropriation de l'achat stratégique en santé ;
- fournir une assistance technique aux unités opérationnelles du Ministère de la santé dans optimisation de la dépense de la santé publique ;
- suivre la situation de l'achat stratégique en santé en Côte d'Ivoire.

NB : la direction des interventions de la coordination nationale de l'achat stratégique en santé est assurée par un coordinateur national. Le personnel de la coordination de l'achat stratégique en santé est composé de fonctionnaires et d'agents sous contrat, répartis dans 5 services (Renforcement des systèmes de santé, support technique, support administratif et financier, coordination régionale et pool d'assistants techniques rattaché au Coordinateur national).

4.1.2. La Task force Nationale de Suivi de l'Achat Stratégique en Santé (TNS-ASS)

La Task force Nationale de Suivi de l'ASS a pour rôle relativement à l'ASS de :

- Préparer les documents de politique, de planification et de programmation à soumettre aux réunions du COASS ;
- Analyser les rapports périodiques et annuels en rapport avec LE FBP, élaborés par Le STASS ;
- Analyser les conclusions des audits, des évaluations et des rapports de contrôle en lien avec l'achat stratégique en santé ;
- Soumettre des mesures correctrices appropriées à l'approbation du COASS ;
- Préparer les réunions du COASS.

La Task force nationale est composée comme suit :

Président : DPPS

Secrétaire : CNASS (Unité de support technique) ;

Membres : un représentant de :

- Task forces régionales ;
- La Direction des affaires administratives et financière en charge de la gratuité ciblée ;
- Ministère en charge du Budget ;
- Ministère en charge du Plan et du Développement ;
- Ministère de l'emploi et de la protection sociale ;
- Ministère en charge de l'économie et des finances ;
- PTF ;
- et toute autre structure, à titre consultatif.

Dans ce cadre, la Task force Nationale de Suivi de l'ASS se réunit une fois par trimestre sur convocation de son Président ou son représentant.

Lors des sessions spécifiques au FBP, les participants sont choisis au sein du Groupe de travail thématique relatif au financement du secteur, des représentants des directions centrales, programmes verticaux et des personnes ressources désignées par le CNASS.

4.1.3. La Task force Régionale de Suivi de l'Achat Stratégique en Santé (TRS-ASS)

La Task force régionale de suivi de l'achat stratégique a pour mission de coordonner toutes les interventions au niveau de la région. Son rôle est de :

- Organiser les réunions trimestrielles de suivi ;
- Veiller au respect des clauses contractuelles ;
- Promouvoir la stratégie d'achat stratégique en santé dans la région sanitaire ;
- Participer aux missions d'investigation sur les fraudes et veiller à l'application des sanctions y relatives ;
- Veiller à l'application des recommandations et des directives ;
- Assurer la gestion des conflits inhérents à la mise en œuvre de l'achat stratégique au niveau régional ;
- Emettre et transmettre les recommandations issues des réunions de la TRS-ASS à Le STASS ;
- Présenter l'état de mise en œuvre de l'achat stratégique au cours des réunions trimestrielles du comité de suivi stratégique du pôle régional d'excellence santé (ComSTRAT-PRES).

La TRS-ASS est composée de :

- Le Directeur régional de la santé (Président) ;
- Le Coordinateur régional de l'Achat stratégique (Secrétaire) ;
- Les Directeurs départementaux de la santé au niveau de la région ;
- Les Directeurs des EPH de la région ;
- Le Coordonnateur régional de la structure de vérification ou de contrevérification ou son représentant ;
- Le Régisseur d'avances du chef-lieu de la région ;
- Un (01) Représentant régional de la CNAM ou un (01) représentant des Organismes de Gestion Délégués (OGD) ;
- Un (01) Représentant de la société civile au niveau régional ;

- Un représentant des entités du niveau communautaire ;
- Le Représentant de la structure contractée au niveau du chef-lieu de la région pour réaliser les enquêtes au sein de la communauté et auprès des usagers.

La TRS-ASS se réunit une fois par trimestre dans le cadre du suivi de la mise en œuvre du FBP.

4.1.4. Le Comité en charge de la gestion des établissements sanitaires

Le Comité en charge de la gestion des établissements sanitaires a pour rôle de :

- Approuver le plan directeur/projet d'établissement (pour les hôpitaux) et le plan d'action annuel de l'établissement sanitaire ;
- Veiller au respect des clauses contractuelles ;
- Approuver le règlement intérieur de l'établissement sanitaire ;
- Délibérer et approuver le projet de budget intégré de toutes les ressources [subventions et concours de l'Etat et de tous autres apports publics et privés, dons, legs et contributions diverses ; recettes provenant de l'exercice de ses activités (subsides achat stratégique, recouvrement des coûts des actes de santé, assurances, gratuité ciblée des soins et des médicaments)] de l'établissement sanitaire ;
- Faire le suivi trimestriel de l'exécution budgétaire, en procédant le cas échéant, à des modifications en cours d'année ;
- Examiner et approuver le rapport annuel d'activités de l'établissement sanitaire établi par le Responsable de l'établissement, avant sa transmission à la hiérarchie ;
- Formuler des recommandations sur le bon fonctionnement de l'établissement sanitaire.

La composition du Comité en charge de la gestion des établissements sanitaires varie en fonction du type d'établissements sanitaires et est conforme aux dispositions réglementaires en vigueur³⁰.

4.2. Rôle des structures de gouvernance du financement basé sur la performance dans le cadre de l'achat stratégique en santé

4.2.1. Le Cabinet du ministère en charge de la santé et les directions centrales impliquées dans le FBP

- Renforcer la coordination intra et multisectorielle à tous les niveaux de la régulation du secteur de la santé dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du FBP ;

³⁰ 2019-Décret n°2021-756 du 1er décembre 2021 portant attributions, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers nationaux

2019-Décret n°2021-757 du 1er décembre 2021 portant attribution, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers régionaux

2019- Décret n°2021-758 du 1er décembre 2021 portant attributions, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers départementaux

2019-Decret-n°2021-759-du-1er-decembre-2021-portant-organisation-et-fonctionnement-des-GH

Décret N°98-379 du 30 juin 1998, portant organisation et fonctionnement des établissements sanitaires publics urbains n'ayant pas le statut d'EPN

Décret n°93-218 du 03/02/1993 fixant les règles de gestion des FSU.

Arrêté n°442/MSPAS du 16/11/1995 relatif aux modalités de l'application du décret n°93-218 du 03/02/1993

- Renforcer les capacités institutionnelles et techniques des structures sanitaires (en matière d'organisation, d'autonomie de gestion, d'approche de programmation multisectorielle, etc.) ;
- Assurer l'équité dans l'allocation des ressources aux ESTA ;
- Assurer le suivi des recommandations des missions des programmes santé et CNAM de l'AVEI et toute mission de terrain et veiller à l'application des sanctions prévues dans le manuel de procédures par la mise en place d'un comité de suivi ;
- Renforcer la gouvernance des structures sanitaires (participation inclusive, efficience, transparence et redevabilité) dans la gestion des ressources ;
- Renforcer la performance des structures sanitaires pour la production, la gestion et l'utilisation de l'information sanitaire aux différents niveaux du système ;
- Veiller à l'interopérabilité entre les différentes bases de données informatiques nécessaires à la mise en œuvre de l'achat stratégique ;
- Veiller au respect des normes, des standards et des procédures de gestion et de maintenance des infrastructures et des équipements sanitaires ;
- Assurer le contrôle de l'application des normes, directives et pratiques dans les établissements hospitaliers ;
- Assurer la mise à jour du répertoire des établissements sanitaires privés immatriculés et agréés ;
- Promouvoir des comportements favorables à la santé et à la CMU (adhésion et utilisation rationnelle des soins et services de santé) ;
- Renforcer la gestion administrative des agents (présence au poste, mise à disposition ou en disponibilité, détachement, congés, avancements, promotions, affectations, rétention) pour une offre de soins continue et de qualité ;
- Promouvoir les bonnes pratiques en matière de santé maternelle et infantile ;
- Assurer la veille stratégique de la disponibilité et de l'accessibilité des médicaments et autres produits de santé stratégiques pour la fourniture de services et de soins aux populations vivant en Côte d'Ivoire ;
- Assurer le suivi de l'application des normes et directives techniques établies pour la gestion des programmes prioritaires de santé.

4.2.2. Le Ministère en charge du Plan et du Développement³¹

- Assurer la programmation et le suivi de l'intégration de l'ASS dans les politiques publiques ;
- Etablir des projections économiques et financières à moyen et longs termes, en particulier avec l'évaluation des charges récurrentes liées à la stratégie ;
- Elaborer et présenter les comptes nationaux ;
- Soutenir l'allocation des ressources financières pour la consolidation des acquis et l'institutionnalisation de l'ASS conformément à la politique du Gouvernement ;
- Harmoniser les études et actions de l'Etat de nature économique, financière, sociale et culturelle à moyen et long terme au regard des programmes de développement dans le cadre de l'ASS ;
- Participer aux réunions annuelles du COASS ;
- Participer à la prise des décisions stratégiques sur la conception et la mise en œuvre de l'achat stratégique à l'échelle nationale ;

³¹ Décret n°2022-301 du 04 mai 2022 portant attributions des membres du gouvernement

- Promouvoir les échanges multisectoriels pour la résolution des problèmes de santé.

4.2.3. Le Ministère en charge de l'économie et des finances

- Coordonner la mobilisation des ressources supplémentaires de financement pour la santé en favorisant l'augmentation des fonds publics et en alignant les ressources du secteur privé et celles des partenaires au développement ;
- Négocier la signature d'accords et conventions de financement additionnels pour la santé avec les organismes bilatéraux et multilatéraux dans une logique d'alignement et d'harmonisation ;
- Assurer la coordination des paiements ;
- Assurer la fonction de payeur dans la mise en œuvre de l'ASS ;
- Assurer le respect des normes et standards de gestion des finances publiques ;
- Participer aux réunions annuelles du COASS ;
- Participer à la prise des décisions stratégiques sur la conception et la mise en œuvre de l'achat stratégique à l'échelle nationale ;
- Promouvoir les échanges multisectoriels pour la résolution des problèmes de santé.

4.2.4. Le Ministère en charge du Budget

- Participer aux négociations et signatures des accords et conventions à caractère économique et financier, notamment de ceux concernant tous les concours financiers extérieurs, les contrats de prêts, les emprunts et les conventions à paiement différé contractés dans le cadre du FBP ;
- Mobiliser des ressources financières additionnelles au travers des recettes fiscales ;
- Assurer le contrôle financier et budgétaire des Etablissements Publics Nationaux et structures assimilées ;
- Participer aux réunions annuelles du COASS ;
- Participer à la prise des décisions stratégiques sur la conception et la mise en œuvre de l'achat stratégique à l'échelle nationale ;
- Promouvoir les échanges multisectoriels pour la résolution des problèmes de santé.

4.2.5. Le Ministère en charge de l'emploi et de la protection sociale

- Assurer la mise en œuvre et le renforcement du plaidoyer en faveur de l'ASS en liaison avec les autres ministères, notamment pour les aspects en lien avec la sensibilisation de la population et la promotion des services de prestations et la gestion des populations vulnérables ;
- Assurer l'alignement et l'harmonisation du régime de la Couverture Maladie Universelle avec les autres régimes de couverture du risque maladie dans le cadre de l'ASS ;
- Assurer la mobilisation de la contribution des ménages pour la CMU ;
- Participer aux réunions annuelles du COASS ;
- Participer à la prise des décisions stratégiques sur la conception et la mise en œuvre de l'achat stratégique à l'échelle nationale ;
- Promouvoir les échanges multisectoriels pour la résolution des problèmes de santé.

4.2.6. Les Coordinations des programmes de santé

Le rôle des Directions de Coordination des Programmes de santé est de :

- Mettre à disposition des différents acteurs, les normes et directives techniques définies ;
- Assurer le suivi de l'application des normes relatives à leurs domaines d'intervention respectifs ;
- Mettre à la disposition des acteurs de terrain, les intrants essentiels et outils dont la gestion est encore centralisée ;
- Participer aux évaluations de la performance des autres entités impliquées dans le FBP sur demande du STASS ;
- Renforcer les capacités des prestataires aux différents niveaux du système dans leurs domaines spécifiques ;
- Participer à la documentation des bonnes pratiques et apprécier les effets de l'ASS sur les programmes.

4.2.7. Les Directions régionales de la santé

La DRS a un rôle majeur à jouer dans la mise en œuvre du FBP. Il s'agit de :

- Faciliter l'accomplissement de la mission de l'entité de vérification des prestations ;
- Intégrer les aspects pertinents de l'ASS dans le cadre d'exécution des missions de supervision des équipes cadres de district ;
- S'assurer que les résultats des enquêtes de satisfaction sont pris en compte dans l'élaboration des plans d'action des établissements sanitaires contractants ;
- Conduire les missions d'investigation des suspicions de fautes/fraudes dans les EHP (Cliniques et Centres médicaux spécialisés), EPHR et DDS ;
- Appliquer les sanctions prévues dans le manuel de procédures de l'ASS en cas de confirmation de la faute/fraude ;
- Transmettre les rapports d'investigation des suspicions de fautes/fraudes et de gestion des fraudes au STASS ;
- Conduire des missions de contrôle administratif, financier dans les structures sanitaires sous contrat en collaboration avec les cadres régionaux du Ministère en charge de l'économie et des finances ;
- Transmettre le programme des évaluations des hôpitaux régionaux et des DDS aux évaluateurs, une semaine avant le début des évaluations ;
- Évaluer la qualité des services et des soins dans les Etablissements Publics Hospitaliers Régionaux (EPHR) et EHPR de son aire de couverture ;
- Assurer l'évaluation trimestrielle de la performance des districts sanitaires de son aire de couverture ;
- Mettre à la disposition des directions départementales, les personnes-ressources pour l'évaluation des EPHD ;
- Appuyer les DDS et Hôpitaux de référence (EPHR et les établissements privés) dans l'élaboration et la validation de leurs plans de travail et plans d'action ;
- Assurer le suivi de l'utilisation efficiente de toutes les ressources (Ressources propres, Budget de l'Etat, Subsides, PTF, ...) des EPHR et DDS ;
- Veiller à l'utilisation de l'outil indice au niveau des EPHR et DDS ;
- Analyser les données de la région en vue de déceler les goulots d'étranglements qui empêchent la performance des structures sanitaires ;
- Assurer la supervision et le coaching des directions départementales de la santé et des EPHR et les établissements privés dans le cadre de la mise en œuvre de l'achat stratégique ;

- Coacher le personnel nouvellement affecté au bureau de la DRS sur le FBP et ses outils ;
- Organiser les réunions trimestrielles de la Task force régionale de suivi de l'ASS ;
- Veiller à la réalisation des évaluations de la qualité des soins dans les délais impartis à tous les niveaux ;
- Transmettre les recommandations de la Task force régionale de suivi au ComSTRAT-PRES avec ampliation au STASS et à la structure de vérification ou de contrevérification ;
- Veiller à l'application des recommandations et directives en lien avec le FBP ;
- Organiser la revue semestrielle du FBP de la région (analyse des données de performance globale, performance communautaire, utilisation des subsides, identification des goulots d'étranglement etc.) ;
- Participer à la revue nationale annuelle du FBP ;
- Assurer le règlement d'éventuels conflits liés à la mise en œuvre du FBP au niveau de la région.

4.2.8. Les Directions départementales de la santé

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBP, la Direction départementale de la santé a pour rôle de :

- Faciliter l'accomplissement de la mission de l'entité de vérification des prestations ;
- Conduire des missions de documentation de bonnes pratiques du FBP ;
- S'assurer que les résultats des enquêtes de satisfaction sont pris en compte dans l'élaboration des plans d'action des établissements sanitaires contractants ;
- Initier des recherches action et des recherches opérationnelles ;
- Mettre à la disposition de l'entité de vérification des prestations, les outils de gestion des données sanitaires (SIG, rapport PEV, etc.) ;
- Transmettre le programme des évaluations de la qualité des soins des ESPC, EPHD et EHP aux pools d'évaluateurs verticaux et à la DRS une semaine avant le début des évaluations ;
- Évaluer la qualité des services et des soins dans les hôpitaux généraux et les ESPC de son aire de couverture dans les délais définis dans le manuel de procédures ;
- Participer à l'investigation des fraudes conduites par la DRS dans les ETSA sous sa couverture ;
- Accompagner les hôpitaux généraux, EHP et les ESPC dans l'élaboration et la validation de leurs plans de travail et plans d'action ;
- Assurer le suivi de l'utilisation efficiente des subsides des hôpitaux, EHP et des ESPC ;
- Veiller à l'utilisation de l'outil indice au niveau des EHP, EPHD, ESPC
- Analyser les données du district, des hôpitaux et des ESPC en vue de déceler les goulots d'étranglements qui empêchent la performance des structures sanitaires ;
- Assurer la supervision des prestataires ;
- Assurer le coaching du personnel dans le district sur le FBP, ses outils et la gestion financière ;
- Assurer la formation du personnel nouvellement affecté dans le district sur le FBP, ses outils et la gestion financière ;
- Veiller à l'application des recommandations et directives en lien avec le FBP ;
- Participer à la réunion de la Taskforce régionale de suivi ;
- Participer à la revue semestrielle de l'achat stratégique de la région ;
- Participer à la revue nationale annuelle du FBP en cas de besoin ;

- Assurer le règlement d'éventuels conflits liés à la mise en œuvre du FBP au niveau de du district sanitaire ;
- Conduire les missions d'investigation des suspicions de fautes/fraudes dans les EHP, EPHD, ESPC et structures communautaires ;
- Conduire des missions de contrôle administratif, financier dans les structures sanitaires sous contrat en collaboration avec les cadres du Ministère en charge de l'économie et des finances ;
- Organiser une réunion trimestrielle de validation des données et d'analyse des fraudes dans le cadre de l'ASS conformément au guide de validation des données élaboré par le STASS.
- Appliquer les sanctions prévues dans le manuel de procédures du FBP en cas de confirmation de la faute/fraude ;
- Transmettre les rapports d'investigation et de gestion des fraudes à la DRS.

4.3. Rôle des entités de prestation de services et de soins

De façon générale, les entités de prestation ont pour rôle de renforcer les mesures de soins préventifs, promotionnels, curatifs et de réhabilitation, concernant les soins de santé primaires. Aussi, des soins secondaires et tertiaires spécialisés sont également fournis, au niveau des hôpitaux des différents niveaux de la pyramide.

4.3.1. Les Etablissements Publics Hospitaliers Nationaux (EPHN)

Les Etablissements Publics Hospitaliers Nationaux (EPHN), sont des établissements de référence de troisième niveau dont la compétence s'étend sur toute l'étendue du territoire national. Ils sont placés sous la tutelle technique du Ministre chargé de la Santé publique et sous la tutelle financière du Ministre chargé de l'Economie et des Finances et du Ministre chargé du Budget.

Ils sont chargés dans le cadre de l'ASS, relativement au FBP de :

- Assurer conformément aux mécanismes de référence-contre-référence les soins d'urgence, les consultations, les examens de diagnostic, les traitements ambulatoires ainsi que les hospitalisations des patients ;
- Assurer l'amélioration continue de la qualité des soins au travers d'une démarche qualité formelle (un dispositif d'audit interne, notamment la gestion des risques associés aux soins, dispositif d'évaluation des pratiques professionnelles, mécanisme de suivi et évaluation des activités, système documentaire de qualité et un dispositif d'évaluation de la satisfaction des usagers)³².
- Assurer la formation professionnelle continue des personnels de santé dans leurs domaines de compétences respectifs ;
- Participer aux initiatives de recherche médicale dans les domaines pertinents (pharmaceutique, odontologique, paramédicale et secteurs connexes) ;
- Participer aux activités du Groupement Hospitalo-universitaire et les coordonner lorsqu'ils sont l'établissement support ;
- Elaborer annuellement le plan d'action en vue de la signature du contrat de performance ;
- Assurer une gestion transparente et participative des ressources humaines, matérielles et financières ;
- Déclarer mensuellement les prestations, y compris celles de la gratuité ;
- Appliquer mensuellement l'outil indice pour la gestion de l'ETSA.

³² LOI n° 2019-678 du 23 juillet 2019 portant réforme hospitalière.

4.3.2. Les Etablissements Publics Hospitaliers Régionaux (EPHR)

Les EPHR sont de caractère sanitaire et social de deuxième niveau de la pyramide sanitaire. Ils ont vocation à dispenser aux populations, des prestations médicales, soignantes et médicotechniques de référence. Ils sont placés sous la tutelle technique du Ministre chargé de la Santé publique et sous la tutelle financière du Ministre chargé de l'Economie et des Finances et du Ministre chargé du Budget.

Les EPHR sont chargés d'une mission de service public qui consiste à :

- Mettre en œuvre le paquet complémentaire d'activités relevant du deuxième niveau hospitalier ;
- Assurer l'amélioration continue de la qualité des soins au travers d'une démarche qualité formelle (un dispositif d'audit interne, notamment la gestion des risques associés aux soins, dispositif d'évaluation des pratiques professionnelles, mécanisme de suivi et évaluation des activités, système documentaire qualité et un dispositif d'évaluation de la satisfaction des usagers) ;
- Assurer la formation continue du personnel et initier des activités de recherche opérationnelle en santé ;
- Mettre en œuvre la télémédecine ;
- Participer activement aux activités du Groupement Hospitalo-universitaire et de la conférence sanitaire régionale tout en assurant la coordination du Groupement Hospitalier Régional de son ressort territorial ;
- Assurer conformément aux mécanismes de référence-contre-référence, les soins d'urgence, les consultations, les examens de diagnostic, les traitements ambulatoires ainsi que les hospitalisations des patients ;
- Assurer les soins et hospitalisations à domicile ainsi que les soins palliatifs dans son aire sanitaire ;
- Participer aux mesures prises pour l'accessibilité aux soins : CMU, gratuite ciblée et tout autre mécanisme mutualiste ou d'assurance ;
- Elaborer annuellement le plan d'action en vue de la signature de contrat de performance ;
- Assurer une gestion transparente et participative des ressources humaines, matérielles et financières ;
- Déclarer mensuellement les prestations, y compris celles de la gratuité ;
- Appliquer mensuellement l'outil indice pour la gestion de l'ETSA.

4.3.3. Les Etablissements Publics Hospitaliers de référence (EPHD)

Les EPHD sont des établissements à caractère sanitaire et social de premier niveau de référence du système de santé ayant vocation à dispenser des prestations de soins répondant aux critères de plateau technique, de capacité litière et de ressources humaines, nécessaires à l'accomplissement des missions qui leur sont assignées. Ils sont placés sous la tutelle technique du Ministre chargé de la Santé publique et sous la tutelle financière du Ministre chargé de l'Economie et des Finances et du Ministre chargé du Budget.

Dans le cadre de leur mission, les **EPHD ont pour rôle de :**

- Assurer conformément aux mécanismes de référence-contre-référence la prise en charge des patients référés par les ESPC ;
- Fournir des soins et services de santé complémentaires et de qualité à la population (un paquet d'activités) conformément à leur niveau dans la pyramide sanitaire ;
- Assurer l'encadrement technique et administratif des ESPC dans le cadre du « Réseau de Soins de Proximité » ;
- Participer aux évaluations de la qualité technique des ESPC ;

- Elaborer annuellement le plan d'action en vue de la signature du contrat de performance ;
- Assurer une gestion transparente et participative des ressources humaines, matérielles et financières ;
- Déclarer mensuellement les prestations, y compris celles de la gratuité ;
- Appliquer mensuellement l'outil indice pour la gestion de l'ETSA.

4.3.4. Les Etablissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC)

Les ESPC (publics, privés, spécialisés et non-spécialisés, y compris les services de santé des armées et autres ministères) ont pour rôle de :

- Offrir des soins de qualité aux usagers conformément au PMA ;
- Collaborer étroitement avec les EPH conformément aux directives de référence-contre-référence pour une prise en charge adéquate des cas ;
- Assurer l'encadrement adéquat des ASC dans la logique du renforcement de la collaboration avec le milieu communautaire ;
- Elaborer annuellement le plan d'action en vue de la signature du contrat de performance ;
- Assurer une gestion transparente et participative des ressources humaines, matérielles et financières ;
- Déclarer mensuellement les prestations, y compris celles de la gratuité et du volet communautaire ;
- Appliquer mensuellement l'outil indice pour la gestion de l'ETSA ;
- Assurer une formation continue du personnel de santé en collaboration avec le Groupement hospitalier de son aire.

4.3.5. Les Etablissements Hospitaliers Privés (EHP)

Dans le cadre du FBP, les Etablissements Hospitaliers privés ont pour missions spécifiques :

- Collecter les données, les analyser et transmettre le rapport SIG chaque mois et autres rapports de gestion de l'information sanitaire à la DDS ;
- Conserver soigneusement les outils de gestion de l'information sanitaire et les archiver ;
- Gérer financièrement l'EHP selon les procédures en vigueur (outils de gestion bien renseignés en toute transparence, y compris l'outil d'indices) ;
- Participer aux revues régionales ;
- Participer aux revues nationales du FBP en cas de besoin.

Selon le niveau de la pyramide auquel ils appartiennent, ils fournissent un paquet minimum d'activités ou un paquet complet d'activités. Ainsi, on distingue :

- **Les Etablissements Hospitaliers privés de niveau d'intervention Polyclinique correspondant aux EPHN**
Ils peuvent être sollicités par Le STASS pour participer aux évaluations de la qualité technique des Hôpitaux de référence de la région.
- **Les Etablissements Hospitaliers privés de niveau d'intervention Clinique, Centres médicaux spécialisés correspondant aux EPHR**

Ils peuvent être sollicités par les DRS pour participer aux évaluations de la qualité technique des Hôpitaux de référence de la région. Ils participent au suivi et évaluation de la mise en œuvre du FBP, notamment la documentation de bonnes pratiques de l'achat stratégique et la conduite de recherches actions.

- **Les Etablissements Hospitaliers privés de niveau d'intervention cabinets, centres médicaux et les établissements paramédicaux correspondant aux EPHD**

Ils assurent la documentation des bonnes pratiques de l'achat stratégique.

4.3.6. Les entités communautaires

Elles participent à la vérification des prestations à travers l'évaluation de la qualité au niveau communautaire. Dans le cadre de la mise en œuvre du FBP, les entités communautaires sont contractées, par les établissements sanitaires, ont pour tâches de :

- Mettre en œuvre le paquet d'activité communautaire en collaboration avec les ESPC de leurs aires de santé ;
- Transmettre aux ESPC leurs rapports d'activité ;
- Organiser des enquêtes de satisfaction auprès des usagers (communautés) ;
- Assurer la participation de tous les enquêteurs aux formations relatives à l'administration de la grille d'entretien ;
- Collecter les données de l'enquête à l'aide des outils élaborés à cet effet ;
- Assurer la qualité des données collectées par ses enquêteurs dans tous les établissements sanitaires ;
- Transférer les compétences en matière d'enquête de satisfaction aux établissements sanitaires contractantes ;
- Assurer la supervision et l'encadrement des enquêteurs ;
- Élaborer un rapport sur l'enquête de satisfaction.

Les enquêtes de satisfaction auprès des usagers se feront à un rythme défini par le guide d'enquête communautaire en annexe.

4.4. Rôle des acteurs impliqués dans le contrôle et la vérification

4.4.1. Entités de vérification

☞ La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM)

Sa mission sera d'exécuter la vérification des quantités dans le cadre de la mise en œuvre de l'approche de FBP de façon indépendante en se référant au manuel de procédures. Elle a pour rôle de :

- Assurer la vérification quantitative des prestations de soins produites par les établissements sanitaires ;
- Mettre à disposition les données quantitatives validées dans le portail web FBP ;
- Assurer l'archivage électronique et/ou physique des documents clés (supports de collecte, ...).

☞ Les régulateurs (STASS, DRS, DDS)

Les évaluations de la qualité des soins des établissements et des performances des structures de régulation sont assurées par le STASS, la DRS et la DDS, avec l'appui des directions centrales et programmes de santé. Leurs rôles sont de :

- Réaliser les évaluations de la qualité des structures de soins (ESPC, des EPH et EHP) ;
- Réaliser les évaluations de la performance des DDS, des DRS et structures du niveau central ;
- Saisir les données qualité validées et des performances dans le portail ;
- Réaliser l'investigation des suspicions de fautes/fraudes.

Ces évaluations feront intervenir l'INSP et la DMHP. A ce titre, l'INSP a en charge les enquêtes de satisfaction, l'analyse et l'exploitation des données du portail FBP, la capitalisation (documentation des expériences de la mise en œuvre du FBP) et de la publication des résultats des analyses et des articles scientifiques. De plus, les résultats des analyses et études réalisées permettront d'améliorer l'implémentation du FBP dans le cadre de l'achat stratégique. La DMHP, quant à elle, sera chargée de l'assurance qualité des évaluations et d'élaborer les outils nationaux d'évaluation de la qualité des soins et services.

4.4.2. Entité de contre-vérification (certification)

L'Agence de Vérification Indépendante

La contre-vérification externe et indépendante est menée trimestriellement, selon le contexte et le besoin. Elle vise essentiellement à s'assurer, par une entité externe au processus de mise en œuvre du FBP, de la véracité des données quantitatives, qualitatives préalablement vérifiées, validées et rémunérées dans le cadre de l'ASS, mais aussi à apprécier le respect des procédures de l'implémentation du FBP de toutes les entités sous contrat. Cette responsabilité est confiée à une structure internationale indépendante.

L'utilisation des résultats vise à proposer des mesures correctrices et des solutions adéquates aux problèmes identifiés afin d'améliorer la mise en œuvre du FBP en Côte d'Ivoire.

L'Agence de Vérification Externe Indépendante (AVEI) a pour missions de :

- Vérifier la véracité des données du FBP au niveau des établissements de santé sélectionnés par échantillonnage. Les données à contre-vérifier concernent : (i) celles déclarées par les établissements de santé, (ii) celles contenues dans les registres des établissements de santé, (iii) celles dénombrées par la CNAM et (iv) celles saisies dans la base de données FBP (données validées et payées aux établissements de santé) contribuant à la détermination du niveau des montants payés aux établissements de santé ;
- Vérifier la véracité des niveaux d'atteinte des indicateurs de qualité des établissements de santé (ce qui contribue à la détermination du niveau des montants payés aux établissements de santé) ;
- Vérifier la véracité des niveaux d'atteinte des indicateurs de performance des régulateurs (entités du niveau central, DRS, DDS) ;
- Vérifier au niveau de la communauté (i) la véracité des données (quantité, qualité, performance) et (ii) le degré de satisfaction de la population à propos de la qualité des soins reçus lors des prestations déjà effectuées et déclarées et s'assurer de la disponibilité des rapports d'enquête de satisfaction dans les établissements sanitaires ;
- S'assurer que les résultats des enquêtes de satisfaction sont pris en compte dans l'élaboration des plans d'action des établissements sanitaires contractants ;
- S'assurer de la conformité des procédures utilisées avec celles décrites dans le Manuel de Procédures du FBP pour la vérification, y compris les délais d'exécution des procédures de vérification, de validation, les délais d'exécution des procédures d'émission des factures et de paiement des subsides ;
- S'assurer de la conformité et du respect des procédures utilisées avec celles décrites dans les Manuels de gestion financière pour les dépenses effectuées avec les subsides liés au FBP ;

- Examiner le système d'archivage des grilles qualité, des fiches de vérification et validation des données, des factures et des plans d'action, des contrats de performance et de tout autre document d'intérêt ;
- Transmettre le rapport de contre-vérification au payeur.

4.4.3. Audit externe

Une structure externe sera contractualisée pour réaliser un audit externe annuel. L'audit portera sur les aspects techniques du mécanisme de contre-vérification réalisé par une entité nationale désignée par le ministère en charge de la santé et les aspects relatifs à la gestion financière des établissements de santé, de même que des entités de régulation impliquées dans le FBP. Cette approche a un double avantage dans la mesure où elle permet de détecter les points faibles de la structure de vérification en vue d'un renforcement et de s'assurer que cette activité est réalisée avec toute la probité nécessaire.

5. PANIERS DE SOINS ET DE SERVICES DU FBP DANS LE CADRE DE L'ACHAT STRATEGIQUE

5.1. La sélection des prestations de soins

Le choix des prestations, prioritairement basé sur des interventions à haut impact qualité, tient compte des principaux problèmes de santé publique à résoudre et de la disponibilité en ressources financières. Selon le niveau et la nature de la structure de santé, les prestations à acheter sont distinguées selon trois types d'indicateurs : les indicateurs de quantité, de qualité et de performance.

A l'état actuel, vu la multiplicité des acheteurs (CMU, Gratuité ciblée, FBP, etc.), et dans le cadre de la synergie d'action de ses différents mécanismes de paiement, il sera établi une liste d'indicateurs et de prestations prioritaires ayant un haut impact sur le système de santé. Ainsi, afin d'améliorer l'efficience allocative en évitant les doublons, les prestations seront alignées de façon distinctive selon les mandats et objectifs de chaque mécanisme de financement.

Ces indicateurs, leurs cibles et leurs prix d'achat peuvent faire l'objet de révision en fonction de l'évolution des priorités nationales et du niveau de performance du système de santé, tout en tenant compte du contexte sanitaire et du paysage financier.

Tableau 1 : Types d'indicateurs selon le niveau et la nature de la structure de santé

Types d'indicateurs	Structures de régulation	ETSA (Publics et Privés)			Organisations à base communautaire
		1 ^{er} niveau	2 ^{ème} niveau	3 ^{ème} niveau	
Indicateurs quantité		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Indicateurs qualité		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Indicateurs de performance	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

5.2. Les indicateurs de quantité

Les indicateurs de quantité visent à stimuler l'utilisation des services en vue d'accroître le niveau de couverture des interventions préventives, curatives, promotionnelles et de réhabilitation. Les indicateurs de quantité sont sélectionnés en fonction des priorités nationales en matière de santé publique. Dans la cadre de l'ASS, un consensus sera trouvé sur la liste prioritaire des prestations à acheter et chaque acheteur (mécanisme de financement) sera aligné sur des indicateurs bien précis, tout en évitant les doublons.

La liste des indicateurs à acheter des établissements de santé de premier niveau (publics et privés) et des établissements hospitaliers de première et deuxième référence (publics et privés) et du niveau communautaire seront jointes dans le document complémentaire du manuel dénommé « outils de mise en œuvre du FBP », y compris les cibles et les prix d'achat des indicateurs de quantité.

Aussi, sera annexé à ce manuel, la liste des indicateurs quantitatifs à acheter.

Tableau 2 : Panier de soins devant faire l'objet d'un consensus de prise en charge au sein de la plateforme d'ASS

PRESTATIONS	Paquet acheté par les mécanismes de financement				Panier consensuel de soins
	Gratuité ciblée (GTC)	CMU	FBP	Programmes verticaux (PV)	
Nombre de consultants reçus pour Paludisme	X	X	X	X	GTC & PV
Nombre de consultants reçus pour IRA	X	X	X		CMU & FBP

PRESTATIONS	Paquet acheté par les mécanismes de financement				Panier consensuel de soins
	Gratuité ciblée (GTC)	CMU	FBP	Programmes verticaux (PV)	
Nombre de cas de chirurgie majeure (hernie, péricitone, appendicite, occlusion, laparotomies, hydrocéle, grossesse extra utérine, autres chirurgies majeures)		X	X		CMU & FBP
Nombre de consultants moins de 5 ans, non indigents, ayant bénéficié des prestations de la CMU dans l'ETSA (RGB)		X	X		CMU & FBP
Nombre de consultants ≥ 5 ans, non indigents, ayant bénéficié des prestations de la CMU dans l'ETSA (RGB)		X	X		CMU & FBP
Nombre de consultants, inscrits au RAM, ayant bénéficiés des prestations de la CMU dans l'ETSA. (RAM)		X	X		CMU & FBP
Nombre total d'utilisatrices de méthodes contraceptives modernes		X	X		CMU & FBP
Nombre d'ASC de l'aire de santé ayant bénéficié d'au moins une supervision du centre de santé dans le trimestre			X		FBP
Nombre d'ASC de l'aire de santé n'ayant connu aucune rupture en médicaments et intrants dans le mois			X		FBP

NB : Les 2 derniers indicateurs, vu leur spécificité d'indicateurs communautaires, seront intégrés dans les indicateurs qualité des ESPC ou feront partie des indicateurs de performance acheté au niveau communautaire.

5.3. Les indicateurs de qualité des soins

5.3.1. Les indicateurs de qualité technique

Les indicateurs de qualité technique visent à améliorer la qualité des prestations des établissements sanitaires en vue d'atteindre le niveau requis de respect des normes (partogramme de l'accouchement bien renseigné). Ces indicateurs mesurent la qualité d'un grand nombre de domaines y compris ceux qui ne sont pas inclus dans la grille des indicateurs de quantité (Ex. l'hygiène hospitalière, Accueil/Orientation, la gestion des médicaments, la gestion financière, etc.).

Les différents domaines de ces indicateurs de qualité sont consignés par type d'établissement sanitaire en annexe et les grilles détaillées de la qualité et leur mode opératoire font partie intégrante des outils de mise en œuvre du FBP.

5.3.2. Les indicateurs de la qualité perçue (Enquêtes de satisfaction)

Les enquêtes de satisfaction permettent de mesurer la qualité perçue (par les usagers). Les indicateurs de qualité perçue sont analysés à l'aide d'un questionnaire d'enquête qui collecte des informations clés sur :

- La satisfaction du client ;
- Les suggestions d'amélioration faites par le client.

Les indicateurs de satisfaction intégrés dans les grilles qualité, le guide et le questionnaire d'enquête de satisfaction feront partie de l'outil de mise en œuvre du FBP.

5.3.3. Les indicateurs de la qualité de la gouvernance

La gouvernance est évaluée à travers l'implication de tout le personnel de la structure dans la gestion d'un processus transparent et conforme à la réglementation en vigueur concernant :

- État prévisionnel des récentes et des dépenses (EPRD) contenu dans le PAS
- État réel des recettes et des dépenses (Outil d'indices)

Tous les indicateurs de la gouvernance sont consignés dans le manuel des outils de mise en œuvre.

5.4. Les indicateurs de performance

Les cadres ou contrats de performance contenant des indicateurs constituent l'une des composantes essentielles du FBP car ils facilitent l'implication régulatrice de l'administration sanitaire dans la mise en œuvre et la réussite de l'approche. Ils permettent au personnel de se concentrer sur l'amélioration de la performance de leurs missions respectives qui sont essentielles à la réussite du FBP. De plus, ils offrent d'excellents outils auxquels recourent les responsables de ces entités pour la gestion et l'orientation de leurs personnels. Les indicateurs de performance sont destinés à mesurer le niveau de performance des régulateurs des niveaux périphérique et intermédiaire (DDS et DRS), du niveau central (Directions centrales et Programmes de santé) et du niveau tertiaire (EPHN) et des acteurs du niveau communautaire dans l'exercice de leurs fonctions régaliennes. L'évaluation de la performance concerne également les vérificateurs, les acheteurs et les payeurs.

L'évaluation de la performance consiste en des revues documentaires et interviews. Les indicateurs de performance retenus dans le cadre du FBP sont consignés dans des grilles de performance inclus dans l'outil de mise en œuvre.

6. CONTRACTUALISATION

Ce chapitre traite des modalités de contractualisation. Celles-ci font référence aux conditions et aux termes qui régissent un contrat de performance entre deux parties. Elles définissent les droits, les obligations et les responsabilités de chaque partie et établissent les règles de fonctionnement du contrat. Selon le type de structure, des critères d'éligibilité sont déterminés.

La contractualisation sert d'outil de réponse aux exigences de i) redevabilité, ii) de financement pour le fonctionnement et iii) de performance. Elle permet à chaque entité sous contrat de :

- Se concentrer sur l'amélioration de la performance de ses missions respectives ;
- Implémenter son plan d'action annuel en lien avec le PNDS et d'assurer le suivi de son exécution sans difficulté ;
- Assoir une reddition des comptes et une meilleure transparence dans la gestion de ses ressources.

Dans le cadre de l'Achat Stratégique, peuvent être mis sous contrat de performance :

- Les structures de soins (établissements hospitaliers, établissements de santé de premier contact publics et privés, spécialisés et non-spécialisés, y compris les services de santé des armées et autres ministères) ;
- Les structures de régulation (Directions départementales, Directions Régionales, Directions centrales, programmes de santé, régulateurs du secteur privé) ;
- Et les entités communautaires.

La périodicité de la contractualisation des établissements sanitaires dans le FBP est annuelle. La mise sous contrat de performance pour toute structure sanitaire intervient au cours du mois de janvier de l'année en cours.

NB : Des dispositions particulières sont prises par le STASS pour contractualiser les structures accusant un retard et les nouvelles structures intégrant le FBP (à contractualiser pour la première fois). Pour ces structures, la contractualisation pourra se faire au cours des mois d'avril, juillet et octobre.

Selon les types de structures contractantes, les critères d'éligibilité au FBP sont les suivantes :

6.1. Les structures d'offre de soins et de services

Elles doivent respecter les critères ci-après :

- Disposer d'un code SIG délivré par la DIS pour la saisie des données sanitaires sur le DHIS2 tant pour les structures publiques que privées ;
- Disposer d'une autorisation d'exercice pour les structures privées ;
- Avoir bénéficié de la formation sur le FBP de base et sur la gestion financière des prestataires de l'établissement de santé ;
- Disposer d'un COGES/COS pour les structures publiques ;
- Disposer d'un plan d'action validé par le District, la structure de vérification ou de contrevérification et le COGES pour le public ou le représentant légal pour le privé ;
- Adresser une requête de mise sous contrat de performance au STASS par la Direction Départementale pour les ESPC et EPHD ou la Direction régionale de la santé pour les EPHR. Concernant les EPHN, la requête proviendra du cabinet du Ministre de la Santé.

NB : Les ETSA ayant obtenu un score de la qualité technique < 60%, pour ce qui concerne le trimestre précédent relatif à la signature du contrat, bénéficieront d'un accompagnement particulier (plus d'attention) par le régulateur, sous la supervision du STASS, en termes de coaching et de renforcement de capacité, jusqu'à ce que le score atteigne au moins 60%.

6.2. Les structures de régulation

Les structures de régulation comprennent le STASS, les directions générales, les directions centrales du MSHPCMU, les programmes de santé, les DRS et les DDS. Le STASS est chargé d'apprécier l'opportunité de la mise sous contrat des structures de régulation.

En ce qui concerne les programmes de santé et Directions centrales, les conditions préalables minimales à la mise sous performance sont :

- Existence d'un plan stratégique en vigueur ;
- Personnel de la structure, formée en FBP et la gestion financière par le STASS.

Pour les EPHN et EPHS, la demande est formulée par le Directeur de l'établissement et adressée au STASS

Pour les programmes et structures du niveau central à contractualiser, un audit organisationnel préalable est fait, au travers du STASS.

Les critères d'éligibilité des faitières (plateforme secteur privé) sont les suivants :

- Reconnaissance officielle par le ministère de la santé (DEPPS) ;
- Existence d'un cadre de performance axé sur les missions de la structure et les orientations du ministère en charge de la santé validé par Le STASS ;
- Existence d'un plan stratégique en vigueur ;
- Personnel de la structure, formé en FBP et en gestion financière par Le STASS ;
- Existence d'un plan d'action validé.

6.3. Le contrat

Il y a plusieurs types de contrats qui sont signés pour une durée annuelle. Des dispositions sont prises afin que les structures reclassées à un niveau supérieur, mais ne disposant pas du plateau technique correspondant, aient un contrat qui s'aligne à leur niveau antérieur. La période de transition doit permettre à l'autorité compétente de procéder au renforcement des infrastructures de la structure. Les modalités et dispositions seront définies en concertation avec les différents acteurs du FBP.

6.3.1. Le contrat de performance du STASS

Le cabinet du Ministère en charge de la santé signe le contrat de performance annuel avec le STASS. Ce contrat est destiné à définir les interventions du STASS dans ses fonctions d'appui technique à la mise en œuvre du FBP. Un cadre de performance est annexé au contrat et constitue la base sur laquelle le STASS est évalué trimestriellement par une équipe mandatée par le Cabinet du ministre en charge de la santé. Le STASS percevra des subsides calculés sur la base d'une grille d'évaluation annexée au présent manuel de procédures.

6.3.2. Le contrat de performance des directions centrales rattachées au cabinet du Ministre de la Santé

A l'instar du STASS, ces entités ont un contrat annuelle signé par le ministre en charge de la santé. A ce contrat est lié un cadre de performance évalué chaque trimestre par une structure ou un organe désigné par le COASS.

6.3.3. Le contrat de performance des programmes de santé

Ces structures auront un contrat signé entre le DGS et les directeurs de ces entités. Le contrat de performance a une durée annuelle. A ces contrats sont annexés un cadre de performance évalué trimestriellement par Le STASS en collaboration avec les programmes de santé. Les missions de chaque type de structure sont décrites dans les contrats.

6.3.4. Le contrat de performance de la DRS / DDS

La DGS et la DGCMU signent un contrat de performance avec la Direction Régionale de la Santé (DRS). La DRS signe un contrat avec la Direction Départementale de la Santé (DDS). Le contrat de ses structures de régulation (DRS et DDS) est annuel. La DRS fait l'objet d'une évaluation trimestrielle assurée par le STASS en collaboration avec toute autre entité désignée par le STASS. L'évaluation trimestrielle de la DDS quant à elle, est assurée par la DRS.

Les tâches des DRS et DDS sont décrites dans le contrat ainsi que dans leur cadre de performance en fonction de leurs missions.

6.3.5. Le contrat de performance des établissements sanitaires publics.

La catégorisation des structures sanitaires publics sera fonction de la pyramide sanitaire. Ainsi :

- Le cabinet du ministre en charge de la santé signe un contrat avec les établissements du niveau tertiaire ;
- La DRS signe un contrat avec les EPHR ;
- La DDS signe un contrat avec les EPHD ;
- Les EPHD/EPHR signe avec les ESPC (CSR, CSU, SSSU-SAJ, CAT et Services des armées et autres ministères). **Dans une phase transitoire, les DDS/DRS signeront ce contrat.**

Ces contrats sont signés avec les établissements sanitaires éligibles au FBP selon les dispositions mises en place par le STASS.

6.3.6. Le contrat de performance des entités communautaires

Dans le cadre de la prise en compte de l'opinion des populations bénéficiaires, les entités communautaires qui sont sélectionnées suivant les critères de légalité, de compétence, de notoriété et de proximité avec les localités de l'aire de santé de l'ESPC, signent un contrat de performance avec l'ESPC. Leur rôle consistera à prodiguer des soins curatifs, préventifs et promotionnels de l'aire de santé des établissements sanitaires contractants et réaliser des enquêtes de satisfaction.

Dans le cadre de la mise en œuvre du volet communautaire du FBP dans les localités où la nouvelle approche communautaire initiée par la DSCPS est en place, l'ESPC signera un contrat de prestation de soins avec les groupes d'action communautaire (GAC) des villages couverts par un ESPC. Ces GAC assurent la sélection des ASC et sont responsables en partie de leurs actions sanitaires au sein de la communauté et auprès de l'ESPC. Le cas échéant les ASC seront partie intégrante du personnel de l'ESPC.

Ainsi, les ASC mèneront des activités de soins communautaires (nombre de référés, de cas de paludisme simple, de cas de diarrhée, de cas de perdus de vue du PEV, de cas de malnutris, etc.) dans la communauté. Ces prestations seront achetées à travers le contrat de l'ESPC. Aussi, les ASC bénéficieront d'une supervision de la part du personnel de l'ESPC de l'aire de santé. Un manuel de procédures de mise en œuvre du FBP communautaire sera élaboré par la DSCPS et mis à la disposition de tous les acteurs à cet effet.

6.3.7. Le contrat de performance des établissements du secteur privé.

Les établissements sanitaires privés (ESpr) à contractualiser dans le cadre du FBP sont les établissements de nature médicale, paramédicale exécutant les activités de consultation, de soins, de mise en observation et /ou hospitalisation selon leur cahier de charges.

La condition unique à remplir pour être éligible à la contractualisation est l'autorisation d'ouverture et d'exploitation en fonction de la nature et le niveau d'intervention. Ainsi, seuls les ESPr ayant leurs autorisations d'ouverture et d'exploitation à jour seront contractualisés.

Sur la base des critères d'éligibilité sus cités, la DEPPS en collaboration avec le secteur privé sélectionne les établissements sanitaires pouvant participer au FBP.

Tous les établissements sanitaires privés éligibles au FBP signent un contrat avec le District sanitaire de leur zone de couverture. Les évaluations des ESPr seront semestrielles et réalisées par des évaluateurs capacités provenant du niveau central, des DRS, des DDS et des représentants des faitières des ESPr ou toute autre structure jugée compétente et nécessaire, sous la houlette du DDS.

Une note conceptuelle présentant les modalités de contractualisation spécifiques aux établissements du secteur privé est élaborée et annexée à ce manuel de procédures.

6.3.8. Le contrat de performance de la plateforme du secteur privé.

Le secteur privé en santé constitue 40% de la couverture sanitaire en Côte d'Ivoire (PNDS 2021-2025). A ce titre, il est primordial qu'il puisse contribuer à l'atteinte de la CSU au travers du FBP dans le cadre de l'ASS. Le secteur privé est constitué des structures sanitaires privées à but lucratif et des établissements sanitaires des entreprises privées. Les organisations de gestion et de défense des droits de ces deux types de structures se sont fédérées en faitière dénommée plateforme du secteur de la santé en Côte d'Ivoire. Dans le cadre du FBP, cette plateforme mobilisera et assurera le suivi de ses membres en vue d'obtenir leur existence légale et de rapporter leurs données dans le cadre du SIG. Ce sera l'occasion de bénéficier des différentes formations de renforcement des compétences, organisées à l'endroit du secteur public. Ainsi, un contrat assorti d'un cadre de performance sera signé entre la plateforme et le STASS. Ce cadre de performance sera trimestriellement évalué par la DEPPS et le STASS.

6.3.9. Le contrat de performance des structures de santé du niveau tertiaire

Sur la base des critères de mise sous performance, le Ministre en charge de la santé ou son représentant, signe les contrats de performance avec les Directeurs Généraux (DG) des structures du niveau tertiaire. Est annexé à ce contrat, un plan d'action annuel bien défini qui propose des stratégies pour améliorer la qualité des soins et services au sein de la structure.

Le contrat a une durée annuelle. Les missions de chaque type de structure sont décrites dans les contrats. Les subsides liés à leur performance sont versés trimestriellement sur leur compte bancaire ouvert à cet effet. Par contre, les structures déconcentrées du CNTS-CI et du SAMU signeront des contrats avec les DRSCMU sur la base d'une délégation de pouvoir établie par le Ministre en charge de la santé.

6.3.10. Contrat de performance de la structure en charge du paiement (Payeur)

L'entité en charge du paiement, en l'occurrence l'Agence comptable, peut être mise son contrat de performance signé entre son responsable et le Ministre de tutelle, en l'occurrence le Ministre en charge de l'économie et des finances.

Le contrat a une durée d'un an renouvelable. Les missions de cette entité sont décrites dans le contrat auquel est annexé un cadre de performance en lien avec les missions assignées. Le cadre de performance est évalué chaque trimestre par un service désigné du ministère de l'Économie et le STASS. Les subsides liés à leur performance sont versés trimestriellement sur un compte bancaire ouvert à cet effet.

6.3.11. Processus de contractualisation des nouvelles structures sanitaires

L'intégration des nouvelles structures sanitaires tant publiques que privées, dans l'approche FBP, est conditionnée par une requête de la Direction régionale de la santé à l'endroit du STASS, sur proposition de chaque direction départementale de la santé. Ces établissements sanitaires doivent préalablement remplir les conditions suivantes :

- Disposer d'un code SIG délivré par la DIS pour la saisie des données sanitaires dans le DHIS2 ;
- Avoir rapporté au moins trois (03) mois dans le DHIS2 ;
- Être agréé par la DEPPS (Privés) ;
- Disposer d'un COGES/COS/CA fonctionnel.

6.4. Le plan d'action

Toute structure sous contrat de performance développe un plan d'action (annexé au contrat) qui est un outil de négociation du contrat. Un guide de négociation est élaboré à cet effet.

6.4.1. Définition et composantes du plan d'action

Le Plan d'action met l'accent sur les activités relatives aux missions contractuelles de la structure. Dans le cadre du FBP, le plan d'action est annuel et est annexé au contrat de performance signé entre la structure et l'acheteur.

Le plan d'action permet de fixer des cibles réalistes et décrit les stratégies qui permettront de les atteindre. Il permet également de mieux vérifier la performance de la structure sous contrat et d'apporter des réajustements nécessaires en cas de déviation des objectifs.

Le modèle de plan d'action par type de structure sous contrat est présenté en annexe de ce manuel.

6.4.2. L'élaboration et la validation du plan d'action

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBP, le plan d'action a un rythme annuel d'élaboration. Il est développé suivant un processus participatif qui implique l'ensemble des acteurs de la structure contractante. L'élaboration du plan d'action démarre un mois avant le début de l'année concernée par la tenue de l'assemblée générale d'utilisation des ressources de l'établissement sanitaire (répartition entre la part des subsides réservée au fonctionnement de la structure sanitaire et celle réservée au paiement des primes du personnel). Cette assemblée générale concerne l'ensemble du personnel de l'établissement de santé. L'élaboration et la validation du plan d'action, qui est une annexe obligatoire du contrat de performance, doivent être achevées au plus tard à la fin du mois de janvier.

NB : Au-delà de cette date, des dispositions particulières sont prises par le STASS pour contractualiser les structures accusant un retard et les nouvelles structures intégrant le FBP (à contractualiser pour la première fois). Pour ces structures, la contractualisation pourra se faire au cours des mois d'avril, juillet et octobre de l'année en cours.

Les données de la structure seront vérifiées par la CNAM pour ce qui concerne les données quantitatives, et par la DRS/DDS pour la qualité des soins.

Le plan d'action peut être révisé à un rythme trimestriel tout au long de l'année. Le plan d'action révisé est visé par les mêmes signataires prévus par le présent manuel. La procédure d'élaboration et de validation du plan d'action en vue de la signature du contrat de performance est décrite dans les guides de gestion financière de chaque type de structure, joints en annexe de ce manuel.

Les différents types de plan d'action sont présentés ci-après :

- Plan d'action des entités de régulation du niveau central ;
- Plan d'action des hôpitaux du niveau tertiaire ;
- Plan d'action des DRS ;
- Plan d'action des DDS ;
- Plan d'action des ESPC ;
- Plan d'action des hôpitaux du niveau primaire et secondaire ;
- Plan d'action de la plateforme du secteur privé ;
- Plan d'action des établissements sanitaires privés ;
- Plan d'action des entités communautaires (fonction de l'approche de la santé communautaire développée par la DSC).

Les signataires des contrats et des plans d'action sont listés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 3 : Les signataires des contrats et plans d'action

N°	SECTEUR/NIVEAU	SIGNATAIRES CONTRATS	SIGNATAIRES PAA
1.	STASS	<ul style="list-style-type: none"> • Directeur de cabinet du Ministre en charge de la santé (ou son représentant) • Coordonnateur du STASS 	
2.	Niveau central	<ul style="list-style-type: none"> • Ministre en charge de la santé (ou son représentant), selon le rattachement • Directeur de la structure 	
3.	Tertiaire Public	<ul style="list-style-type: none"> • Ministre en charge de la santé (ou son représentant) • Directeur de l'EPHN 	<ul style="list-style-type: none"> • Directeur de l'EPHN : signature • Président du COS de l'EPHN ou son représentant : signature • STASS : visa
4.	DRS	<ul style="list-style-type: none"> • DGS • DRS 	<ul style="list-style-type: none"> • DRS : signature • STASS : visa
5.	DDS	<ul style="list-style-type: none"> • DRS • DDS 	<ul style="list-style-type: none"> • DDS : signature • DRS : visa
6.	EPHR	<ul style="list-style-type: none"> • DRS • Directeur de l'EPHR 	<ul style="list-style-type: none"> • Directeur de l'EPHR : signature • DRS : visa • Président du COGES/COS ou son représentant : signature
7.	CAT	<ul style="list-style-type: none"> • DRS • Médecin-chef 	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin-chef : signature • DRS : visa
8.	EPHD	<ul style="list-style-type: none"> • DDS • Directeur de l'EPHD 	<ul style="list-style-type: none"> • Directeur de l'EPHD : signature • DDS : visa • Président du COGES/COS ou son représentant : signature
9.	EHP	<ul style="list-style-type: none"> • DDS/DRS/Cabinet (selon le niveau) • Responsable/Promoteur 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable/Promoteur : signature • DDS ou DRS ou STASS : visa
10.	Plateforme du secteur privé	<ul style="list-style-type: none"> • DEPPS • Représentant légal 	<ul style="list-style-type: none"> • Représentant légal : signature • DEPPS : visa
11.	ESPC	<ul style="list-style-type: none"> • Directeur de l'EPHD* • Responsable de l'ESPC 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable de l'ESPC : signature • Directeur de l'EPHD* : visa • Président du COGES ou son représentant : signature
12.	SSSU-SAJ	<ul style="list-style-type: none"> • DDS • Responsable de l'établissement 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable de l'établissement : signature • DDS : visa
13.	Services de santé militaires (CSA, CMA) et de la police	<ul style="list-style-type: none"> • DDS • Responsable de l'établissement 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable de l'établissement : signature • Chef de bureau santé : signature • DDS : visa
14.	Entités Communautaires	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable ESPC • Responsable GAC 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable GAC : signature • Responsable ESPC : Visa
15.	Payeur	<ul style="list-style-type: none"> • Ministre de tutelle ou son représentant • Responsable payeur (AC) 	

* Dans une phase transitoire, les DDS viseront les plans d'action et signeront les contrats des ESPC.

7. VERIFICATION

7.1. Cycles de vérification

La vérification quantitative est effectuée par les agents CNAM à un rythme mensuel.

L'évaluation de la qualité technique des structures de prestation (publiques, privées) est effectuée de façon trimestrielle (pour les structures publiques) ou semestrielle (pour les structures privées) par des équipes pluridisciplinaires de pools d'évaluateurs des DRS et DDS.

La prise en compte de la satisfaction des usagers faisant partie intégrante de la grille d'évaluation qualité des ETSA, les données relatives à la qualité perçues seront transmises à l'INSP pour analyse et publication des résultats.

L'évaluation de la performance des structures de gouvernance sous contrat est réalisée trimestriellement par des équipes prévues dans le présent manuel.

Tableau 4 : Cycle de la vérification des quantités

Entité	Péodicité	Responsables
ESPC (publics)	Mensuelle	Vérificateurs CNAM
Hôpitaux (publics)	Mensuelle	Vérificateurs CNAM
Entités Communautaires	Mensuelle	Vérificateurs/ DDS

Tableau 5 : Cycle de l'évaluation qualitative des établissements de santé

Entité	Cycle d'évaluation de la qualité des soins	Responsable
ESPC (Publics et privés)	Trimestriel/Semestriel	DDS
Hôpitaux (Publics et privés)	Trimestriel/Semestriel	DDS/DRS
Entités Communautaires	Trimestrielle	Pool d'évaluateur multisectoriel ³³

Tableau 6 : Cycle d'évaluation de la performance des structures de régulation et des agences d'achat des services

Entité	Cycle d'évaluation de la performance	Responsable
DDS	Trimestriel	DRS
DRS	Trimestriel	STASS
Structures du niveau tertiaire (Publics et privés)	Trimestriel	Pools d'évaluateurs sous la coordination STASS / DMHP
Structures du niveau central (programmes, Directions centrales, etc...)	Trimestriel	DPPS et STASS (pools d'évaluateurs incluant les PTF)
STASS	Trimestriel	CABINET DU MSHPCM (pools d'évaluateurs incluant les PTF)
Entités Communautaires	Trimestriel	ETSA/Agents CNAM

³³ Voir Manuel de procédures de l'achat stratégique en santé au niveau communautaire

7.2. Types de vérification

7.2.1. Vérification quantitative des prestations

Dans le cadre de l'institution du FBP/ASS et conformément à l'accord de financement du PSNDPE, la fonction de vérification des données quantitatives au niveau des structures de soins anciennement assurée par les agences de contractualisation et vérification (ACV), est désormais dévolue à la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et ce dans le cadre de dévolution progressive aux acteurs nationaux.

7.2.1.1. Au niveau des établissements de santé

La vérification quantitative des prestations est effectuée mensuellement par la CNAM. La méthodologie est développée et consignée dans un document qui est annexé à ce manuel.

7.2.1.2. Au niveau des structures communautaires

La méthodologie de la vérification quantitative des prestations communautaires est développée et consignée dans un document qui est annexé à ce manuel.

7.2.2. Evaluation de la qualité des soins

L'évaluation de la qualité prend en compte la qualité technique et la qualité perçue issue des enquêtes de satisfaction. Le STASS facilitera la formation et l'accréditation d'une masse critique de cadres au sein des équipes de régulateurs du niveau central, intermédiaire et périphérique qui seront les seuls personnels chargés de réaliser les évaluations de la qualité des soins.

Les évaluations de la qualité doivent être réalisées conformément aux délais prescrits dans le manuel de procédures. En cas de non-respect de cette disposition, ou de non-réalisation de l'évaluation qualité, le score du trimestre ou semestre précédent pour les structures concernées est reconduit. Le manuel de procédures prévoit des dispositions disciplinaires à l'encontre des responsables de la non-réalisation de l'évaluation.

7.2.2.1. L'évaluation de la qualité technique des prestations

L'évaluation de la qualité technique des ESPC (publics et privés) et des hôpitaux (publics et privés) est effectuée par les équipes pluridisciplinaires, sous la responsabilité des directions départementales et régionales de la santé. Pour ce qui concerne les établissements hospitaliers du niveau tertiaire (publics et privés), l'évaluation est réalisée par un pool d'évaluateurs sous la supervision du STASS et de la DMHP.

L'évaluation sera conduite à tout moment du trimestre (pour les établissements publics) ou du semestre (pour les établissements privés) et ce jusqu'à 7 jours avant la fin du dernier mois du trimestre ou semestre concerné, selon un calendrier établi par la DDS ou la DRS. Le programme des évaluations doit être disponible et transmis aux pools d'évaluateurs une (01) semaine au moins avant le début des évaluations par mail ou en version physique avec un accusé de réception.

☞ PREPARATION DE L'EVALUATION

L'évaluation de la qualité intègre une phase de préparation ou de briefing des équipes d'évaluation. Elle a pour objectif de :

- mettre à niveau les évaluateurs ;
- préparer tous les outils devant servir lors de la mission.

☞ L'EVALUATION DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE

La qualité technique est évaluée à l'aide d'une grille comprenant des domaines d'intervention ou d'activités déclinés en indicateurs puis en critères suivant les normes et directives nationales en matière de qualité technique. Chaque critère est coté de sorte à obtenir à la fin de l'évaluation un « score de qualité » sur une

échelle de 0 à 100%. Plusieurs de ces critères sont composites, c'est-à-dire regroupent un certain nombre d'éléments qui doivent tous être satisfaits en vue de l'obtention des points prévus.

En plus des aspects techniques et de satisfaction des usagers, cette grille consacre un domaine à l'évaluation de l'outil d'indices avec des indicateurs de viabilité financière (gouvernance). Cet outil de gestion, qui est un instrument porté sur l'analyse les recettes (toutes ressources confondues), les dépenses y compris le calcul des primes de performance individuelle du personnel, stimule à la fois l'autonomie des structures et la transparence, interne et externe. La saisie des données collectées est effectuée par les évaluateurs formés à l'utilisation du portail FBP. Dans une phase transitoire, les ACV continuent la saisie des données de qualité jusqu'à la dévolution complète aux structures de régulation.

☞ LA RESTITUTION

A la fin de l'évaluation, une restitution est faite au personnel (y compris le responsable et les chefs de service) et éventuellement en présence du COGES/COS. Les évaluateurs doivent faire une analyse des données de l'évaluation qui porte sur les points forts et les points à améliorer et proposer des actions urgentes d'amélioration incluant des mesures administratives si nécessaire.

Les grilles comportant les résultats de l'évaluation, signées par le responsable de l'établissement et les membres de l'équipe d'évaluation, sont produites en 2 exemplaires. Un exemplaire est remis à l'évalué et l'autre à l'évaluateur.

L'entité évaluatrice (DDS, DRS, STASS) est responsable de l'archivage physique et électronique des grilles (scannées) et de la saisie des résultats des évaluations de la qualité technique dans le portail web FBP.

7.2.2.2. Le contrôle de la qualité des évaluations

La DDS/DRS a pour rôle d'apprécier la qualité des scores alloués à chaque établissement sanitaire avant de procéder à la facturation. En cas de suspicion de fraude sur le score attribué par les entités responsables des évaluations, la DDS/DRS informe le STASS et la DRS selon l'entité évaluatrice. Une mission de contrôle est alors diligentée par le Secrétariat technique de l'achat stratégique (STASS). L'équipe de mission comprend la coordination régionale de l'achat stratégique (CRASS) et la DRS, pour ce qui concerne les structures du niveau primaire et secondaire.

7.2.2.3. L'enquête de satisfaction (qualité perçue)

L'enquête de satisfaction conduit à un score de qualité perçue qui est déterminé sur la base des résultats du dépouillement des enquêtes réalisées auprès des usagers à partir d'un échantillon représentatif. Ces enquêtes, couvrant le secteur public et privé, sont assurées par l'Institut National de Santé Publique (INSP) ou, éventuellement, toute autre structure identifiée. L'enquête de satisfaction est encadrée par deux approches :

- Une première approche qui consiste en des enquêtes de satisfaction aux sorties de l'établissement de santé ;
- La deuxième approche qui consiste à enquêter une proportion de patients tirés au hasard dans les registres de soins et de les interviewer dans leurs ménages respectifs ou par appel téléphonique pour apprécier leur degré de satisfaction.
- Elle a pour objectifs de :
 - Mesurer le degré de satisfaction des usagers ;
 - Apprécier les charges financières supportées par les ménages ;
 - Recueillir les suggestions des usagers.

La méthodologie de cette enquête de satisfaction qui permet de recueillir la voix de la communauté, est décrite dans un guide relatif, joint au manuel des outils de mise en œuvre.

Les enquêtes de satisfaction, réalisées par l'INSP, feront l'objet de publication.

7.2.3. Evaluation de la performance des structures

Les structures soumises à l'évaluation de leur cadre de performance sont :

- Le STASS ;
- Les directions centrales ;
- Les programmes de santé ;
- Les DRS ;
- Les DDS ;
- Les structures du niveau tertiaire (EHPN et EHPS) ;
- La plateforme du secteur Privé ;
- Les payeurs ;
- Les acteurs communautaires.

Pour chacune de ces structures et en fonction de leurs missions dans la mise en œuvre du FBP, une grille d'évaluation de leur performance est administrée trimestriellement et donne lieu à un score de performance.

Les évaluations des structures sanitaires tertiaires sont conduites par un panel de spécialistes sélectionnés par le STASS. Celles des acteurs communautaires, sont faites par les établissements sanitaires de premier contact.

La performance des entités de régulation sera évaluée respectivement pour :

- Le STASS : par une entité désignée par le Cabinet du Ministre de la Santé ;
- Les Directions centrales, programmes verticaux et EPHN impliqués dans le FBP : par Le STASS en collaboration avec la DGS et tout autre entité désignée par le Cabinet du Ministre de la Santé ;
- La DRS : par un panel constitué du STASS avec la DGS ;
- La DDS : par la DRS ;
- Le Payeur : par une entité désignée par le cabinet du Ministre en charge de l'économie et des finances en collaboration avec le MSHPCMU ;
- La plateforme du secteur privé : par Le STASS en collaboration avec les faitières et l'association des cliniques privées.

7.2.4. Contre-vérification externe

Une structure internationale indépendante assure cette mission de façon trimestrielle. Cette structure élabore sa propre méthodologie devant lui permettre d'atteindre les objectifs qui lui sont assignés. La méthodologie précise dans les détails la méthode d'échantillonnage adaptée, les outils et méthode de collecte des données et d'autres informations nécessaires, de même que les techniques de traitement et d'analyse des données envisagées.

Elle doit inclure dans la contre vérification, les structures directement impliquées dans le processus de vérification et d'évaluation des performances de la mise en œuvre du FBP (Prestataires de soins, organisations communautaires, DDS, DRS, régulateurs du niveau central, STASS, payeurs, etc.) et les bénéficiaires.

En matière de contre-vérification des données de la quantité et de la qualité (technique et perçue), au public comme au privé, la méthodologie est identique à celle adoptée par les entités de vérification et les autres évaluateurs. Néanmoins, une méthodologie complémentaire et spécifique peut être développée en cas de besoin pour atteindre les objectifs de sa mission.

Au niveau des indicateurs faisant l'objet d'achat, un échantillonnage pour la contre-vérification est fait. L'échantillon d'indicateurs est un mix d'indicateurs préventifs, curatifs, promotionnels et ré-adaptatifs du Paquet Minimum d'Activités (PMA) des établissements de santé de premier contact et des établissements hospitaliers.

Pour l'échantillonnage des autres acteurs (Organes de gouvernance et les acteurs du circuit de paiement, etc.), lorsque le nombre est supérieur à cinq (05), un échantillon représentatif est choisi. Par contre, si le nombre est inférieur ou égal à cinq (05), tous les acteurs sont inclus dans la contre-vérification.

Les résultats de la contre-vérification servent de moyens de décision pour le Conseil d'Orientation d'Achat Stratégique en Santé (COASS) ; leur exploitation permet de statuer sur des modifications éventuelles à apporter à l'amélioration du modèle FBP. Dans le cadre de la contre vérification, l'écart acceptable en comparaison avec les données déjà validées ou évaluées est de 10%. Au-delà de ce seuil (10%), les sommes indument perçues ou le manque à gagner sont remboursés lors du paiement de la prochaine facture de l'entité contractante.

7.2.5. Accréditation des évaluateurs

Dans le souci de s'assurer de la qualité des évaluations, tous les évaluateurs seront formés sur les outils d'évaluation, à la compréhension des indicateurs, la maîtrise de la saisie dans le portail, la gestion des données du DHIS2 du SNIS. Un profil minimum selon la pyramide sanitaire sera exigé notamment être au moins IDE ou SFDE, avoir une expérience de 2 ans au moins dans un ETSA ou un district sanitaire, avoir été formé à l'approche FBP. A la suite des examens des CV, ne seront accrédités que les candidats répondant aux critères exigés.

8. GESTION DE L'INFORMATION SANITAIRE DE L'APPROCHE DE FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCE

8.1. Supports et outils de gestion de l'information

Le FBP utilise les outils de gestion du SIS pour la collecte et la transmission des informations sanitaires de qualité, issues des prestations des paquets d'activités (PMA et PCA), y compris les interventions communautaires. Ces outils sont sous forme physique et électronique.

Pour assurer les fonctions de vérification, d'achat et de paiement, des outils spécifiques sont développés et introduits dans le cadre de la gestion des contrats avec les établissements et structures de santé. Le FBP contribue au respect de la tenue correcte des outils de gestion (physiques et électroniques) et à leur remplissage selon les directives nationales.

8.2. Circuit de l'information sanitaire

La vérification des données dans le cadre du FBP est essentiellement basée sur les données collectées par le Système National d'Information Sanitaire. Les rapports SIG et les rapports mensuels PEV, Tuberculose, Nutrition des ESPC sont transmis au district à partir du 5^{ème} jour du mois suivant et sont saisies après analyse et validation dans la base de données nationale (DHIS2). Par contre, concernant les données des hôpitaux, ces données sont directement saisies dans la base DHIS2 au sein de l'hôpital après analyse et validation et, par la suite, analysées par le chargé de la surveillance épidémiologique du DDS qui en assure la validation au plus tard le 10^{ème} jour du mois suivant. Les directions régionales de la santé, quant à elles, effectuent un troisième contrôle et validation dans le DHIS2, avant le 15^{ème} jour du mois suivant le mois échu.

8.3. Mécanisme de certification / Assurance qualité des données FBP

Dans le cadre de l'approche FBP, les structures sous contrat ne sont payées que sur la base de leurs performances. Pour ce faire, des mécanismes d'assurance qualité séquencés en plusieurs étapes de contrôle, selon le type de données et la nature de la structure de santé, sont mis en place pour s'assurer de la fiabilité des données qui feront l'objet de paiement.

8.3.1. Assurance qualité des données quantités

Le mécanisme d'assurance qualité des données quantités est essentiellement aligné sur le cycle de la vérification des données quantitatives. Il s'exécute en plusieurs étapes :

- (i) la vérification des quantités : il s'agit du dénombrement des prestations enregistrées le vérificateur CNAM, à partir d'un dispositif conçu à cet effet. Ces données quantité sont validées à travers un processus combinant contrôles automatiques et supervision humaine, avant d'être transmises au STASS, dans le portail FBP/ASS ;
- (ii) le contrôle de la complétude des données transmise par la CNAM sur le portail DHIS2/Web FBP : une fois les données vérifiées par la CNAM et transmises sur le portail DHIS2/Web FBP, le STASS s'assure de leur complétude et exactitude avant facturation ;
- (iii) La contre-vérification est le processus par lequel une entité indépendante du mécanisme de production des prestations et de vérification, certifie les données produites, ayant fait l'objet d'achat. Elle consiste également à apprécier l'application des procédures de mise en œuvre du FBP selon le manuel y dédié.

Les procédures d'assurance qualité des données quantités seront décrites dans le manuel d'assurance qualité.

8.3.2. Assurance qualité des données relatives à la qualité des soins.

Une fois par trimestre, la qualité des soins des structures sanitaires contractantes est évaluée sur la base d'une grille préétablie. Tous les évaluateurs sont formés et certifiés, sous la supervision du STASS et de la DMHP.

☞ Au niveau des ESPC des EPH et des EHP du 1^{er} et 2^{ème} niveau :

Les étapes de contrôle de la qualité des évaluations sont les suivantes :

Etape 1 : Pré-évaluation :

- S'assurer que les évaluateurs retenus par la DRS et la DDS sont certifiés par le STASS ;
- Tenir une réunion de briefing sur les évaluations précédentes et la compréhension des indicateurs avec l'ensemble des évaluateurs.

Etape 2 : Per-évaluation :

- L'équipe d'évaluateurs, constituée d'au moins deux personnes selon la nature de la structure, applique la grille qualité dans toute la structure en présence des chefs de service ou leurs représentants.
- Une restitution in-situ en présence du responsable et du personnel de la structure évaluée est faite en fin de séance.

Etape 3 : Post-évaluation :

- Contrôle de la qualité du renseignement des grilles : vérifier le renseignement exhaustif des cotations par indicateur en présence des responsables (réponses à toutes les questions, tous les items cochés, exactitude des points obtenus pour chaque question) ; les évaluateurs remplissent deux autres grilles en présence des responsables de la structure tout en s'assurant que les cotations sont correctes. Les deux grilles doivent être signées par les 2 parties (évaluateurs et évalués). Les évaluateurs laissent une copie au niveau de l'établissement sanitaire.
- Contrôle interne de la qualité des données saisies sur le portail WEB : Après l'évaluation, les évaluateurs procèdent à la saisie des données dans le portail Web FBP tout en s'assurant de la cohérence (cotations et totaux sur les grilles physiques et le portail) et de la complétude des données ;
- Avant la production de la facture par structure sanitaire, les agents en charge au niveau de DRS/DDS vérifient la qualité du renseignement des grilles physiques, la complétude, l'exactitude, la cohérence des cotations et des observations mais aussi la véracité des cotations et informations sur la base de ce qu'elles sont censées disposer de suffisamment d'informations relatives au fonctionnement des structures sanitaires de leur rayon d'action. A la suite de cet exercice, un rapport est transmis aux entités en charge de l'évaluation (complétude, concordance des points ou scores, surcharges, qualité de renseignement des items).
- Après les phases précédentes, les agents de DRS et DDS contrôlent la qualité des cotations saisies, procèdent à l'exportation des données sur le portail DHIS2/Web FBP et transmettent un rapport au STASS pour procéder à la facturation.

Les procédures d'assurance qualité des données qualité sont décrites dans le manuel d'assurance qualité.

☞ Au niveau des structures sanitaires du niveau tertiaire

Etape 1 : Pré-évaluation

- Constitution d'un panel d'experts certifiés par Le STASS
- Séance de briefing de toutes les parties prenantes (DMHP, STASS, etc.) avec les experts du panel d'évaluateurs avant le début des évaluations

Etape 2 : Pendant l'évaluation

- Evaluation réalisée par équipe d'évaluateurs par service en présence des responsables ou de leur représentant
- Vérification des cotations en présence des évalués à la fin de la séance
- Restitution in-situ aux responsables de la structure évaluée en fin de séance
- Signature des grilles par les 2 parties (évaluateurs et évalués).
- Transmission d'une copie à l'établissement pour archivage.

Etape 3 : Post-évaluation

- Saisie des données par l'équipe d'experts dans le portail Web tout en procédant à la vérification de la complétude et de l'exactitude des données collectées
- Vérification et exportation des données saisies dans le portail par le STASS avec transmission de rapport au panel d'experts et aux structures contractantes

Les procédures d'assurance qualité des données qualité sont décrites dans le manuel d'assurance qualité.

8.3.3. Assurance qualité de l'évaluation des performances

Les régulateurs, les agences de paiement et les agences de vérification sont soumis à une évaluation trimestrielle sur la base de leur contrat de performance.

L'évaluation de ces cadres de performance est assurée par une équipe multidisciplinaire et de provenance diverse, constituant ainsi un premier rempart de contrôle de la qualité des cotations octroyées.

Ensuite les données saisies dans le portail web sont vérifiées par l'équipe du STASS en charge de la facturation.

Les procédures d'assurance qualité des données de performances sont décrites dans le manuel d'assurance qualité.

8.3.4. Assurance qualité des données d'enquêtes de satisfaction

Les procédures d'assurance qualité concernant les enquêtes de satisfaction auprès des usagers au niveau communautaire ou aux sorties des établissements sanitaires sont décrites dans le guide d'enquête élaboré à cet effet.

8.4. Comité de validation des données au niveau du district sanitaire

Dans le cadre du mécanisme d'assurance qualité, un comité de validation des données (quantité³⁴, qualité technique, résultats enquête de satisfaction, performances, outil d'indices) au niveau du district est mis en place. Il est constitué du Directeur Départemental de la Santé ou son représentant (président), les chefs de service du district (CSAS, Pharmacien, CSE, SAF), 02 représentants des entités communautaires, 01 représentant des ESPC, du Directeur EPHD/EPHR, du représentant du secteur privé et tout autre personne-ressource nécessaire.

Ce comité a pour rôle de valider les données, proposer des sanctions en cas de fraude. A suite de la validation des données, un PV sera établi et transmis à la DRS et au STASS. En annexe de ce PV, il y a :

- la facture consolidée de l'ensemble des structures sous contrat du DDS ;
- le rapport d'investigation et de gestion des fautes/fraudes.

La réunion du comité est tenue lorsque le quorum est atteint au ¾ des membres statutaires.

³⁴ Pour certains indicateurs quantité

8.5. Le portail web FBP

C'est un système de gestion des données du FBP sur un portail spécifique développé à cet effet et qui permet de produire les factures des établissements sanitaires et des structures de gouvernance sous contrat. Différents groupes d'utilisateurs dans la base de données du FBP sont identifiés. Ceux-ci ont des tâches bien définies, des limitations d'accès au portail et de gestion de son contenu. Ces limitations d'accès au portail sont régulées par les administrateurs et par les membres du STASS, pour éviter que les données contenues dans le portail ne soient détruites par la multitude des usagers qui seront amenés à les manipuler.

Les saisies des données dans le portail sont à la charge des acteurs qui collectent les données.

Tableau 7 : Responsables de la saisie des données dans le portail FBP

Type de données	Responsable de la saisie
Données quantitatives	CNAM
Performance des GAC	ESPC
Qualité des soins des ETSA de 1 ^{er} niveau (ESPC et EPHD public et privé)	DDS
Qualité des soins des EPHR publics et privés	DRS
Performance des structures du niveau tertiaire	STASS
Performance DDS	DRS
Performance DRS	STASS
Performance Directions centrales et Programmes de santé	STASS
STASS	Cabinet

8.6. Les interactions de la base de données du FBP et la DIS

L'objectif final du FBP étant l'amélioration des piliers du système de santé dans sa globalité, et particulièrement le pilier relatif à l'information sanitaire, il est envisagé de créer une inter polarité entre la plateforme de la DIS (SIG) et le portail Web FBP. Par ricochet, il y aura une interopérabilité du système de gestion des Dossiers Patients Informatisés avec le portail FBP, les systèmes d'information digitalisé de la CMU et de la gratuité ciblé pour faciliter les opérations de type gestion des demandes de remboursement, ainsi que du système national d'enregistrement des faits et des statistiques d'état civil tels que les déclarations des naissances et des décès. Cette perspective s'inscrit dans l'optique de tirer un meilleur profit des données générées et disponibles sur les deux plateformes (pour opérer des analyses de données et des triangulations afin de renforcer la disponibilité de données de qualité). Par ailleurs, le système de santé veillera à renforcer le SNIS et à intégrer tous les autres systèmes d'information notamment le système de gestion des données du secteur privé et le système national de gestion des médicaments.

8.7. La rétro-information

Elle consiste à renseigner le niveau qui a produit l'information en vue de son adhésion et appropriation sur l'importance des informations qu'il transmet, mais aussi pour lui permettre de mesurer sa performance. Ces informations peuvent concerner :

- La confirmation de l'arrivée du rapport (information) ;
- La qualité des données reçues (mémo, écriture, manquants, cohérence et exactitude des données),
- Un commentaire sur l'analyse et l'interprétation des informations reçues.
- Le retour des ordres de virements des subsides pour chaque acteur, de l'UCPS-BM au STASS, du STASS aux DRS, DDS et aux établissements sanitaires.

Dans le cadre du FBP, pour toutes les données qui ont fait l'objet de correction, un rapport est écrit pour en faire un feedback au service responsable de la collecte ou validation des données ou des informations.

8.8. L'archivage des données

L'archivage est un ensemble d'actions qui a pour but de garantir l'accessibilité sur le long terme, d'informations (dossiers, documents, données) que l'on doit ou souhaite conserver pour des raisons d'audit, juridiques, historiques ou culturelles. L'archivage est une obligation légale. Il comprend à la fois des règles (procédures), des compétences et des infrastructures.

Dans le cas spécifique du FBP, l'objectif de la procédure d'archivage des documents est le bon rangement et la bonne conservation des documents de mise en œuvre du FBP, jugés importants tels que les documents permettant de couvrir un risque. L'archivage physique se fait à deux niveaux :

- Le premier niveau concerne le classement des supports de transmission selon un système qui permet un accès facile aux documents recherchés ;
- Le second niveau est relatif à la sauvegarde systématique des données encodées sur un support résistant, conservé selon un système de classement prédéfini dans une pièce (voire un bâtiment) différente de celle contenant les ordinateurs.

La disponibilité des bases de données (DHIS2 et portail web FBP), ne dispense pas de la responsabilité d'organiser l'archivage électronique par le scannage de tous les documents nécessaires et indispensables.

Ainsi, toutes les entités impliquées dans l'approche FBP ont obligation d'assurer un archivage physique et électronique adéquat de tous leurs documents.

Par ailleurs, la mise en œuvre du FBP en Côte d'Ivoire permettra de développer une capacité de recueil des données et de leur conversion en apprentissage, en informations, en connaissances et en décisions significatives. Ainsi, pour disposer des informations fiables et uniformisées devant faire l'objet d'apprentissage et ensuite de recadrage de l'approche FBP, il importe de mettre en place un système d'information robuste qui impose de faire des choix cohérents des services à couvrir, de prendre des décisions d'allocation des ressources et de réviser les méthodes de paiement des prestataires. L'apprentissage sera permanent et l'achat stratégique devra être adapté en conséquence.

9. PAIEMENT DES STRUCTURES SOUS CONTRAT

L'un des objectifs majeurs de la mise en place du FBP est l'alignement du financement aux incitations sur les services définis et contractualisés avec une autonomie de gestion des ressources financières. Ainsi, il est préconisé une flexibilité de la part des pouvoirs publics eu égard à la gestion des ressources publiques du FBP par les prestataires de soins. A ce titre, il est proposé que chaque structure dispose d'un régisseur (gestionnaire) en son sein, affectés par le Ministère en charge des finances ou favoriser la nomination d'un régisseur secondaire travaillant pour le compte de la structure.

En cas de survenue d'un évènement incompatible (épidémie, catastrophe, etc.) avec le fonctionnement normal des services de santé, le dispositif du FBP sera utilisé pour renforcer le système dans les zones affectées. Une revalorisation des coûts d'achat des indicateurs sera faite et de nouveaux indicateurs pourront éventuellement être définis. Des subventions seront octroyées aux structures sanitaires afin de garantir leur bon fonctionnement en lien avec une option de maintien et de motivation du personnel. Les niveaux de paiements seront définis selon la nature de la crise et de son impact sur les services.

L'ensemble des mécanismes de financement pourront utiliser le même système de facturation des prestations dans le cadre de l'ASS, axé sur un outil commun de vérification des prestations.

9.1. Fonds de démarrage

Afin de permettre aux nouveaux établissements sanitaires (ESPC et EPH) intégrés dans le FBP de relever leur plateau technique à un niveau minimum acceptable conforme à leur position dans la pyramide sanitaire, avant leur contractualisation, un fonds (bonus d'amélioration de la qualité initiale) est systématiquement octroyé en fonction des besoins de l'établissement sanitaire. Ne percevront en compensation que les ESPC qui ne disposent pas de montant-plafond selon la catégorie de formation sanitaires, octroyé aux structures nouvelles incluses.

Tableau 8 : Montant plafond du fonds de démarrage selon le type d'ETSA

Entités	Montant plafond
Centres santé ruraux (CSR)	5 000 000 FCFA
CSU/FSU-COM, SSSU-SAJ, CAT, CSU Armées	7 000 000 FCFA
EPHD	12 000 000 FCFA
EPHR	15 000 000 FCFA

Les fonds de démarrage ont été estimés sur la base de la mise en œuvre des interventions suivantes :

- Ressources Humaines (Personnel d'appui, Formation continue) ;
- Entretien des locaux, hygiène ;
- Mobilisation et sensibilisation communautaire ;
- Acquisitions en matériel médical, Equipement de protection individuelle (EPI), tenue de travail, fourniture de bureau ;
- Réhabilitations et rénovations, maintenance du matériel et assainissement.

9.2. Calcul des subsides

9.2.1. Mode de calcul des subsides pour les structures de régulation des trois niveaux de la pyramide sanitaire

Pour chacune des structures de régulation (y compris le STASS) et en fonction de leurs missions dans la mise en œuvre du FBP, une grille d'évaluation trimestrielle est utilisée et donne lieu à un score de performance. Ce score de performance est appliqué à un budget (montant plafond³⁵) préalablement établi pour la structure. La répartition des fonds est faite de sorte à créer un saine émulation entre les structures de régulation car la totalité du budget prévu pour chaque type de structure, sera utilisé au prorata du score de performance obtenu. Cette disposition permettra aux régulateurs de pouvoir disposer de suffisamment de fonds pour se mettre au même niveau que les autres structures de régulation.

Le calcul des subsides des structures de régulation du niveau central, intermédiaire et périphérique est effectué selon la formule ci-dessous.

$$\text{Montant des subsides} = \text{Montant plafond} * \text{score de performance}$$

9.2.2. Mode de calcul des subsides pour les établissements sanitaires du niveau primaire et secondaire

Calcul des subsides de la quantité

Pour un établissement de santé, le montant des subsides quantité est la somme des montants obtenus pour chacun des indicateurs. Le montant par indicateur (i) s'obtient par le produit de la quantité validé (Q_i) par le prix unitaire de l'indicateur (PU_i), soit $Q_i * PU_i$. Ainsi, le calcul du montant des subsides quantité de l'établissement de santé se fait selon la formule suivante :

$$\text{Montant des Subsides Quantité : } SQ_{\text{Qté}} = \sum_{i=1}^n (Q_i * PU_i)$$

(Q = Quantités Validées ; PU = Prix unitaire, n = le nombre d'indicateur)

Calcul des subsides de la qualité

Un montant plafond est alloué à chaque catégorie d'établissement sanitaire selon le costing préétabli. A ce montant plafond est appliquée le score de l'évaluation de la qualité³⁶ donnant droit à un montant à payer à la structure. Ainsi, le calcul du montant des subsides de la qualité de l'établissement de santé se fait selon la formule suivante :

$$\text{Montant des Subsides Qualité : } SQ_{\text{Qté}} = \text{montant plafond} * \text{score qualité}$$

9.2.3. Mode calcul des subsides pour les EPHN

Il a été convenu ce qui suit :

- Le contrat de performance des EPHN est signé par le Ministre en charge de la santé ;
- Les subsides seront payés uniquement sur la base de l'évaluation de la performance de la manière suivante :

³⁵ La détermination des montants-plafond des régulateurs tient compte de plusieurs paramètres tels que principalement la charge d'activité liée au Paquet minimum d'activité, et les primes de performance du personnel afin de récompenser la pénibilité de leur travail dans les conditions géographiques et saisonnières très éprouvantes. Les modalités de détermination peuvent varier en fonction du type de structure ou d'une structure à une autre.

³⁶ Si disponible, la qualité perçue sera combinée à la qualité technique pour générer le score qualité.

Subsides FBP EPHN = Montant plafond fixé x Score de performance de l'EPHN ;

- Les évaluations de la performance sont faites par des pairs experts venant d'autres hôpitaux sous la coordination du STASS et de la DMHP.

9.3. Modalités de paiement des structures sous contrat

Après les différentes vérifications (vérification de la quantité, évaluation de la qualité et évaluation des performances) et la saisie des données par les structures en charge et les évaluateurs sur le portail web FBP, le STASS imprime, certifie et transmet deux (02) copies des factures consolidées en format physique à l'UCPS-BM.

Le STASS procède préalablement à :

- La vérification et la validation financière à travers l'analyse de la conformité des factures émises ;
- La vérification et à la validation informatique à travers l'analyse de la cohérence et de la complétude des factures consolidées.

En cas d'erreurs constatées, le STASS invite la CNAM et les régulateurs du niveau périphérique et intermédiaire à procéder aux corrections nécessaires avant d'introduire les factures définitives dans le circuit de paiement.

Le paiement des structures contractantes se fait via des comptes bancaires ouverts dans les agences de la banque des dépôts du Trésor public (pour les structures publiques), dans un établissement bancaire privé ou une structure de microfinance agréée (pour les structures privés et entités communautaires).

9.4. Les délais de paiement

9.4.1. Le délai de paiement des ESPC/EPHD/EPHR et EHP

L'établissement sanitaire (ESPC, EPHR et EPHD, EHP du niveau 1 & 2) reçoit le paiement mensuel (quantité), trimestriel (qualité pour les structures publiques) et semestriel (qualité pour les structures privées), de ses subsides dans un délai de 30 jours ouvrés après la fin du mois ou du trimestre concerné. Les différents acteurs impliqués dans le processus de vérification jusqu'au paiement des subsides, sont tenus au respect des délais respectifs décrits dans le tableau ci-dessous.

Tableau 9 : Délais d'exécution des tâches des acteurs impliqués dans le processus de vérification et de paiement des ESPC, EPHR et EPHD, EHP du niveau 1& 2 suite à la vérification des données quantitatives

Tâches	Responsable	Délais d'exécution	Cumul en jours ouvrés
Consolidation et validation des données quantitatives	CNAM	8 jours (après la fin du mois concerné)	8
Transmission des données au STASS à travers le portail FBP	CNAM	1 jour	9
Production et validation des factures	STASS	3 jours	12
Édition des factures et transmission à l'UCPS BM	STASS	2 jours	14
Vérification des factures et élaboration des OP	UCPS BM	5 jours	19
Visa sur l'OP	Contrôleur financier (CF)	5 jours	24
Transmission à l'agent comptable	UCPS BM	1 Jour	25
Virement des montants des factures sur les comptes respectifs	Agent comptable	5 jours	30

Tableau 10 : Délais d'exécution des tâches des acteurs impliqués dans le processus de vérification et de paiement des ESPC, EPHR et EPHD, EHP du niveau 1 & 2 suite à l'évaluation de la qualité des soins

Tâches	Responsable	Délais d'exécution	Cumul en jours ouvrés
Evaluation qualité des ESPC, EPHD et EPHR	DDS, DRS	Avant le 21 ^{ème} jour du 3 ^{ème} mois du trimestre concerné	0
Saisie et validation des données qualité	DDS DRS	8 jours (À partir du 22 ^{ème} jour du 3 ^{ème} mois du trimestre concerné)	8
Production et validation des factures	STASS	5 jours	13
Édition des factures et transmission à l'UCPS BM	STASS	2 jours	15
Vérification des factures et élaboration des OP	UCPS BM	5 jours	20
Visa sur l'OP	Contrôleur financier (CF)	5 jours	25
Transmission à l'agent comptable	UCPS BM	1 Jour	26
Virement des montants des factures sur les comptes respectifs	Agent comptable	5 jours	31

9.4.2. Le délai de paiement des structures de régulation (DDS et DRS)

Les structures de régulation recevront leurs subsides dans un délai de 26 jours ouvrés après la réalisation des évaluations. Les différents acteurs impliqués dans le processus de vérification au paiement des subsides, disposent de délais respectifs décrits dans le tableau ci-dessous.

Tableau 11 : Délais d'exécution des tâches des acteurs impliqués dans le processus de l'évaluation et de paiement des régulateurs

Tâches	Responsable	Délais d'exécution (jours ouvrés)	Cumul en jours ouvrés
Evaluation des performances des DDS	DRS	Au plus tard le 7 ^{ème} jour du premier mois du trimestre suivant	0
Evaluation des performances des DRS	STASS	Au plus tard le 22 ^{ème} jour du premier mois du trimestre suivant	
Saisie et validation du cadre de performance évaluée des DDS / DRS	DRS / STASS	3 jours	3
Production et validation des factures	STASS	5 jours	8
Édition des factures et transmission à l'UCPS BM	STASS	2 jours	10
Vérification des factures et élaboration des OP	UCPS BM	5 jours	15
Visa sur l'OP	Contrôleur financier	5 jours	20
Transmission à l'agent comptable	UCPS BM	1 Jour	21
Virement des montants des factures sur les comptes respectifs	Agent comptable	5 jours	26

9.4.3. Le délai de paiement des structures de régulation du niveau central

Pour ce qui concerne les structures de régulation du niveau central (y compris le STASS), le paiement des subsides dus se fait dans un délai de 23 jours ouvrés après l'évaluation des performances. Les évaluations devant être réalisées avant le 16^e jour ouvré suivant la fin du trimestre échu. Les différents acteurs impliqués

dans le processus de vérification jusqu'au paiement des subsides, disposent de délais respectifs décrits dans le tableau ci-dessous.

Tâches	Responsable	Délais d'exécution (jours ouvrés)	Cumul en jours ouvrés	
Evaluation des performances des structures du niveau central	STASS	Cabinet MSHPCMU	Avant le 16 ^{ème} jour du deuxième mois du trimestre suivant	0
	Autres régulateurs	STASS / DPPS		
Saisie et validation des résultats de l'évaluation des performances	STASS	3 jours	3	
Production et validation des factures	STASS	2 jours	5	
Édition des factures et transmission à l'UCPS BM	STASS	2 jours	7	
Vérification des factures et élaboration des OP	UCPS BM	5 jours	12	
Visa sur l'OP	Contrôleur financier (CF)	5 jours	17	
Transmission à l'agent comptable	UCPS BM	1 Jour	18	
Virement des montants des factures sur les comptes respectifs	Agent comptable	5 jours	23	

9.5. Le circuit de paiement de l'ensemble des structures sous contrat

La production et la validation des factures des structures sous contrat sont FAITES par le STASS. Il assure par la même occasion, la vérification de la cohérence et de la complétude des factures avant leur transmission au payeur. La production de la facture est mensuelle pour la quantité et trimestrielle pour la qualité. Par ailleurs, la facture du 3^{ème} mois du trimestre concerné est édictée concomitamment avec celle de la qualité de la même période.

Le circuit de paiement des différentes structures sous contrat de performance est illustré par la figure ci-dessous.

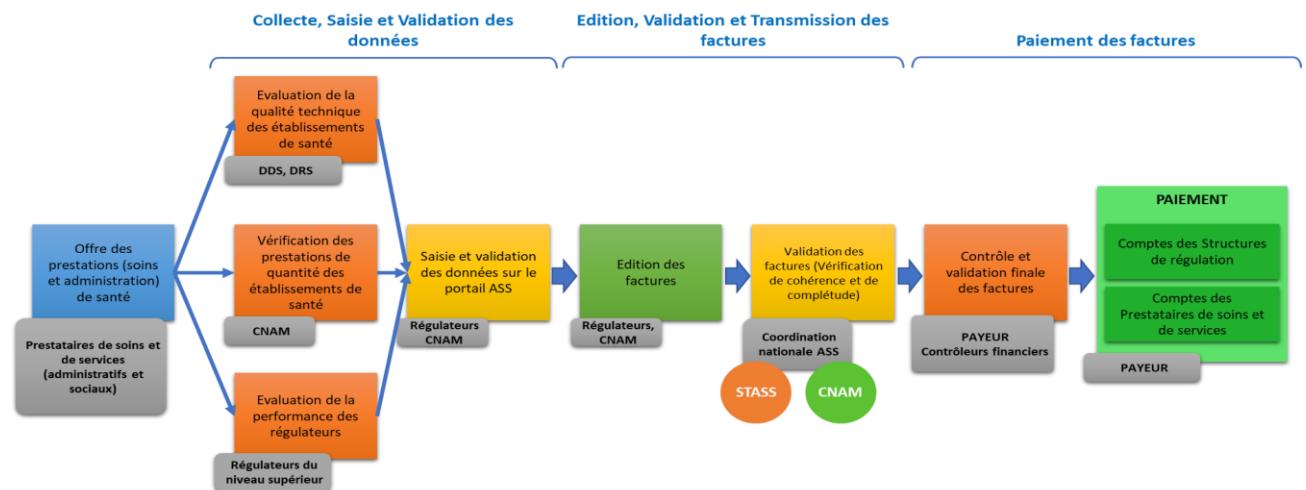


Figure 4 : Circuit de paiement des structures contractantes

9.6. L'outil d'indices

L'Outil d'indices est un instrument de gestion utilisé dans le cadre du FBP. Il permet de gérer les recettes, de planifier les dépenses selon les priorités, de déterminer les primes de performance et d'analyser les indicateurs de viabilité.

L'Outil d'indices améliore la transparence de la gestion des prestataires et crée l'esprit d'équipe nécessaire pour améliorer la qualité, pour augmenter les recettes et pour réduire les dépenses inutiles³⁷.

Les objectifs de l'outil d'indices sont :

- Assister les structures de santé à prendre leurs propres décisions, de façon autonome ;
- Promouvoir la transparence et la bonne gouvernance, en produisant un rapport mensuel, accessible aux parties prenantes externes telles que les autorités sanitaires et les vérificateurs ;
- Eviter les dépassements du budget ;
- Motiver le personnel.

Dans le cadre du FBP, la gestion autonome des structures est importante afin de créer l'entrepreneuriat et l'innovation permettant de répondre aux problèmes et aux opportunités spécifiques de chaque structure de santé. Cependant, cette autonomie n'exclut pas la transparence dans la gestion d'où le développement de l'Outil d'indices. En effet, cet outil aide les gestionnaires à analyser leurs recettes, à planifier les dépenses en fonction des recettes et à répartir les primes individuelles de performance au personnel, en toute transparence et de façon participative. Tous les revenus de la structure sont intégrés sous forme d'un panier commun.

L'outil d'indices comprend trois parties :

- La première partie est destinée à la structuration des recettes et des dépenses de la structure ;
- La deuxième partie concerne l'enveloppe globale disponible pour le paiement des primes au personnel si les préalables sont respectés ;
- La troisième partie est consacrée aux critères de répartition de la prime individuelle de performance du personnel.

Les sources des recettes générées en interne par les structures sont :

- (1) Le recouvrement des coûts des actes (paiements directs) ;
- (2) La gratuité ciblée ;
- (3) La Couverture maladie universelle ;
- (4) Les recettes des mutuelles ou d'autres mécanismes d'assurance maladie, privés ou publics ;
- (5) Les activités génératrices de revenus ;
- (6) Les recettes de la pharmacie.

Les recettes externes sont :

1. Les subsides FBP variables, payés par le gouvernement ou par des partenaires techniques et financiers ;
2. Les subsides fixes payés par le gouvernement ou les collectivités locales pour le fonctionnement des structures de santé dans le cadre du budget de l'Etat ;
3. Les subsides fixes des autres bailleurs (PTF/ONG) ;
4. Les dons/donations des individus ou contribution de la communauté.

Les Postes /allocations de dépenses de l'Etablissement sanitaire sont :

- a. Primes de performance FBP ;
- b. Fonctionnement (loyer, eau, matériels d'hygiène, produits de nettoyage de bureau, frais de maintenance, approvisionnement consommables et fournitures bureau, achat matériels et mobiliers, frais de transport, etc.) ;

³⁷ Soeters ; R : FBP en action, théories et instruments ; SINA Heath – 2018

- c. Achat Médicaments et consommables médicaux ;
- d. Subsides pour le fonctionnement des entités communautaires et COGES ;
- e. Réhabilitation des infrastructures ;
- f. Réserves en Banque ;
- g. Autres dépenses.

Les critères de calcul du montant des primes de performance du personnel :

1. La catégorie de l'agent ;
2. L'expérience professionnelle (nombre d'années d'expérience professionnelle) ;
3. Le nombre de jours effectivement travaillés dans la structure ;
4. La responsabilité de l'agent par rapport à la gestion de la structure ;
5. Les résultats de l'évaluation individuelle de la performance de l'agent.

Critères d'évaluation de la performance individuelle de chaque agent

- **La conscience professionnelle** (ponctualité, disponibilité, tenue de travail) ;
- **L'esprit d'équipe** (relations interpersonnelles, sens de la coopération et esprit d'initiative) ;
- **Les compétences techniques et l'adaptabilité dans le travail** (organisation, qualité du travail et quantité) ;
- **La volonté de développement personnel** (prise en compte des recommandations des supervisions internes et externes précédentes).

L'évaluation du personnel est réalisée par le supérieur hiérarchique ou des personnes ressources désignées par le supérieur hiérarchique.

Toutes les informations nécessaires pour renseigner l'outil d'indices et les résultats de la répartition des primes sont discutées et validées au cours de l'assemblée générale du personnel. L'état de répartition des primes convenues au cours de cette assemblée générale est diffusé à tout le personnel de la structure contractante.

Le PV de l'assemblée générale de répartition des primes est produit et signé par le responsable de l'établissement sanitaire, accompagné de la liste de présence manuscrite portant la signature des participants. L'état de répartition des primes, émargé par tout le personnel bénéficiaire de l'établissement sanitaire est joint en annexe du PV de l'AG. **Ce PV est contre-signé par le District sanitaire.**

L'ordre de paiement (OP) signé par le responsable de l'établissement sanitaire et le COGES/COS, une copie de l'état de répartition des primes sans signature du personnel, une copie du PV de l'AG contre-signé par le DDS/DRS avec la liste de présence manuscrite, la grille de répartition des primes au personnel dument signée par le responsable du centre et contre signée par le DDS/DRS sont transmises au payeur.

En cas de désaccord sur la prime de performance, les prestataires peuvent saisir la DDS, la DRS ou le STASS. Les responsables saisis conduisent les investigations nécessaires afin d'établir la réalité des faits.

Un guide technique d'utilisation de l'outil d'indices à l'usage des établissements sanitaires sera mis à la disposition des acteurs. Les modalités de calcul et d'attribution de la prime de performance au niveau de toutes les structures contractantes sont spécifiquement décrites dans ce document.

9.7. L'utilisation des fonds (affectation des ressources)

9.7.1. Principes généraux

- Les fonds (subsides) alloués aux structures contractantes reflètent les résultats et le niveau de performance qu'elles ont enregistré pour une période donnée ;

- Les fonds sont transférés par les organismes payeurs sur les comptes ouverts par les structures contractantes dans un établissement financier agréé ;
- L'utilisation des fonds transférés aux structures contractantes est encadrée par deux types de dépenses : les autres dépenses de fonctionnement et le paiement des primes de performance aux personnels qui interviennent dans la chaîne de production des services et des soins ;
- Les dépenses de fonctionnement et d'investissement des structures contractantes doivent figurer dans les plans d'action validés pour la période considérée ;
- L'ensemble des personnels des structures contractantes aux différents niveaux de la pyramide sanitaire est concerné par le partage des primes ;
- Les critères d'allocation de la prime de performance individuelle au personnel sont : Catégorie Professionnelle, Expérience professionnelle, Responsabilité, Évaluation individuelle de la performance, Nombre de jours travaillés ;
- Les primes d'intéressement du personnel sont payées trimestriellement ;
- La répartition des primes au personnel se fera à partir de l'outil indices de répartition des primes qui est une application informatisée ;
- Les résultats de répartition informatisée ainsi que les informations nécessaires pour renseigner l'outil indice sont discutés et validés en assemblée générale du personnel ;
- Un procès-verbal (PV) de répartition des primes est élaboré et signé par les participants présents. L'état de répartition des primes convenu au cours de cette assemblée doit être diffusé à tout le personnel de la structure ;
- Les ressources destinées au fonctionnement des structures contractantes ne font l'objet d'aucun placement financier ;
- Les modalités d'utilisation des subsides ainsi que les rôles des différents acteurs sont définis dans le manuel de procédures de gestion financière ;
- La gestion efficiente des subsides par les structures contractantes est encadrée par l'outil d'indices (compte d'exploitation) ;
- Les structures privées et organisations communautaires contractantes intervenant dans le cadre de l'Achat stratégique en santé sont assujetties aux modalités d'utilisation des subsides établies.

9.7.2. Dispositions spécifiques applicables

9.7.2.1. Au niveau des ESPC

L'utilisation des subsides est encadrée par les dispositions spécifiques ci-après :

- Si le score qualité technique (SQ) obtenu par l'ESPC à l'issue de l'évaluation de la qualité est **inférieur à 60% ($SQ < 60\%$)**, l'ESPC est tenu de réserver **au moins 80%** de ses subsides pour les dépenses de fonctionnement/investissement et **20% maximum** au paiement des primes de performance du personnel ;
- Si le score qualité technique (SQ) obtenu par l'ESPC à l'issue de l'évaluation de la qualité (technique, perçue et gouvernance) **est compris entre 60% et 80% ($60 \leq SQ < 80$)**, l'ESPC est tenu de réserver **au moins 70%** de ses subsides pour les dépenses de fonctionnement/investissement et **30% maximum** pour le paiement des primes de performance du personnel ;
- Si le score qualité technique obtenu par l'ESPC à l'issue de l'évaluation de la qualité (technique, perçue et gouvernance) **est supérieur ou égal à 80% ($SQ \geq 80\%$)**, l'ESPC est tenu de réserver un minimum de 50% de ses subsides pour les dépenses de fonctionnement/investissement et **un maximum de 50%** au paiement des primes de performance du personnel.

- La répartition des subsides est validée par le COGES ou l'organe de gestion des établissements sanitaires privés et la DDS.

Les dépenses de fonctionnement s'inscriront dans les domaines prioritaires suivants :

- Médicaments et intrants spécifiques ;
- Sensibilisation sur la CMU au CS et dans la communauté ;
- Réhabilitations, rénovations et constructions ;
- Acquisitions en matériel médical (boîtes complètes d'accouchement, boîte de petite chirurgie, lits, tensiomètre, matelas, etc.) ;
- Equipement de protection individuelle (EPI), tenue de travail, literie, etc. ;
- Hygiène et assainissement ;
- Formation continue ;
- Stratégie avancée (Vaccination, consultation foraine, PF, CPN, etc.)
- Entretien (matériel d'entretien, produit d'entretien, etc.) ;
- Maintenance du matériel ;
- Fournitures de bureau ;
- Activités de prévention et de promotion (sensibilisation, communication, etc.) ;
- Rémunération (gardiens, techniciens de surface, auxiliaires en pharmacie et santé, etc.) ;
- Carburant.

9.7.2.2. Au niveau des Etablissements Hospitaliers de première et de deuxième référence

L'utilisation des subsides est encadrée par les dispositions spécifiques ci-après :

- Si le score qualité technique (SQ) obtenu par l'établissement Hospitalier de référence à l'évaluation de la performance **est inférieur à 60% (SQ < 60%)**, l'établissement hospitalier de référence est tenu de résERVER **au moins 80%** de ses subsides au fonctionnement/investissement et **20% maximum** au paiement des primes de performance du personnel ;
- Si le score qualité technique (SQ) obtenu par l'ESPC à l'issue de l'évaluation de la qualité (technique, perçue et gouvernance) **est compris entre 60% et 80% (60 ≤ SQ < 80)**, l'ESPC est tenu de résERVER **au moins 70%** de ses subsides pour les dépenses de fonctionnement/investissement et **30% maximum** pour le paiement des primes de performance du personnel ;
- Si le score qualité technique obtenu par l'ESPC à l'issue de l'évaluation de la qualité (technique, perçue et gouvernance) **est supérieur ou égal à 80% (SQ ≥ 80%)**, l'ESPC est tenu de résERVER un minimum de **50% de ses subsides** pour les dépenses de fonctionnement/investissement et **un maximum de 50%** au paiement des primes de performance du personnel ;
- La répartition des subsides est validée par le COS/Organe de gestion des établissements sanitaires privés et la DDS pour les établissements hospitaliers de première référence ;
- La répartition des subsides est validée par le COS/ Organe de gestion des établissements sanitaires privés et la DRS pour les établissements hospitaliers de deuxième référence.

Les dépenses de fonctionnement s'inscriront dans les domaines prioritaires suivants :

- Médicaments et intrants spécifiques ;
- Sensibilisation sur la CMU ;
- Réhabilitations, rénovations et constructions ;
- Acquisitions en matériel médical (boîtes complètes d'accouchement, boîtes de césarienne, boîte de petite chirurgie, lits, tensiomètre, matelas, etc.) ;
- Equipement de protection individuelle (EPI), tenue de travail, literie, etc. ;
- Hygiène et assainissement ;
- Formation continue ;
- Entretien (matériel d'entretien, produit d'entretien, etc.) ;
- Maintenance du matériel ;

- Fournitures de bureau ;
- Activités de prévention et de promotion (sensibilisation, communication, etc.) ;
- Rémunération (gardiens, techniciens de surface, auxiliaires en pharmacie et santé, etc.) ;
- Carburant.

9.7.2.3. Au niveau des Etablissements Hospitaliers de troisième référence (EPHN)

L'utilisation des subsides est encadrée par les dispositions spécifiques ci-après :

- Si le score de performance, obtenu par l'établissement hospitalier de troisième référence à l'issue de l'évaluation de son cadre de performance est inférieur à **60% (SP<60%)**, l'établissement hospitalier est tenu de réserver **au moins 80%** de ses subsides aux dépenses de fonctionnement/investissement et 20% maximum au paiement des primes de performance du personnel ;
- Si le score de performance (SP), obtenu par l'établissement hospitalier à l'issue de l'évaluation est compris entre **60% et 80% ([60% ; 80%])**, l'établissement hospitalier de troisième référence est tenu de réserver **au moins 70%** de ses subsides aux dépenses de fonctionnement et investissement et 30% maximum au paiement des primes de performance du personnel ;
- Si le score de performance (SP), obtenu par l'établissement hospitalier à l'issue de l'évaluation est supérieur à **80% (SP ≥ 80%)**, l'établissement hospitalier de troisième référence est tenu de réserver **au moins 50%** de ses subsides aux dépenses de fonctionnement et investissement et 50% maximum au paiement des primes de performance du personnel.

Les dépenses de fonctionnement s'inscriront dans les domaines prioritaires suivants :

- Médicaments et intrants spécifiques ;
- Sensibilisation sur la CMU ;
- Réhabilitations, rénovations et constructions ;
- Acquisitions en matériel médical (boîtes complètes d'accouchement, boîtes de césarienne, boîte de petite chirurgie, lits, tensiomètre, matelas, etc.) ;
- Equipement de protection individuelle (EPI), tenue de travail, literie, etc. ;
- Hygiène et assainissement ;
- Formation continue ;
- Entretien (matériel d'entretien, produit d'entretien, etc.) ;
- Maintenance du matériel ;
- Fournitures de bureau ;
- Activités de prévention et de promotion (sensibilisation, communication, etc.) ;
- Rémunération (gardiens, techniciens de surface, auxiliaires en pharmacie et santé, etc.) ;
- Carburant.

9.7.2.4. Au niveau des structures de régulation (Niveau central, intermédiaire et périphérique)

L'utilisation des subsides est encadrée par les dispositions spécifiques ci-après :

- Si le score de performance (SP) obtenu par la structure de régulation à l'issue de l'évaluation de performance est inférieur à **60% (SP<60%)**, la structure de régulation est tenue de réserver au moins 80% de ses subsides aux dépenses de fonctionnement (activités régaliennes) et petits investissements et 20% maximum au paiement des primes de performance du personnel ;
- Si le score de performance (SP), obtenu par l'établissement hospitalier à l'issue de l'évaluation est compris entre **60% et 80% ([60% ; 80%])**, l'établissement hospitalier de troisième référence est tenu de réserver au moins 70% de ses subsides aux dépenses de fonctionnement et investissement et 30% maximum au paiement des primes de performance du personnel ;
- Si le score de performance (SP) obtenu par la structure de régulation à l'issue de l'évaluation de performance est **supérieure ou égal à 80%**, la structure de régulation est tenue de réserver au moins 50% de ses subsides aux dépenses de fonctionnement et investissement et 50% maximum au paiement des primes de performance du personnel ;

NB : les autres dépenses de fonctionnement des structures de régulation incluent les frais d'atelier, missions, formations, etc.

En ce qui concerne le STASS, à l'instar des pratiques du FBP dans les pays comme le Tchad et le Cameroun, les subsides servent au paiement des primes de motivation du personnel (95%) et au menus dépenses (5%).

9.7.2.5. Au niveau des structures de gestion des établissements sanitaires (COGES, COS, Organe de gestion des établissements sanitaires privés)

Les membres des structures de gestion des établissements sanitaires (COGES, COS, Organe de gestion des établissements sanitaires privés) perçoivent un maximum de 5% d'intérressement sur la part dédiée aux primes du personnel. La grille de répartition élaborée à cet effet permet de fixer les modalités de répartition du montant perçu. Ce montant des primes affectées aux structures de gestion des établissements sanitaires est décidé en réunion statutaire et réparti comme suit :

- Président des structures de gestion : 10%-20% ;
- Autres membres : 60%-70%
- Fonctionnement de la structure de gestion : 10%-20%

La grille de répartition élaborée (outil d'indices) à cet effet, permet de fixer les modalités de répartition du montant perçu.

9.7.2.6. Au niveau des Agents de santé communautaire (ASC)

Dans les localités où la DSC met en œuvre la nouvelle approche de santé communautaire, les structures sanitaires contracteront les GAC qui disposent en leur sein des ASC qui seront mis à la disposition des structures sanitaires. Au contrat du GAC sera annexé un cadre de performance évalué trimestriellement. Dans ce cas, la motivation de l'ASC est faite à travers le GAC, le cas échéant l'ASC sera considérée comme étant un personnel émargeant au compte de la structure concernée. A ce titre, sa prime de performance sera incluse dans l'outil d'indices de l'ETSA.

10. SUIVI ET EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE

Le suivi est un ensemble d'opérations consistant à suivre et à contrôler un processus pour parvenir dans les meilleures conditions au résultat recherché.

10.1. Contrôle interne de la gestion financière

Le manuel de gestion financière met en place un ensemble de dispositions et d'outils nécessaires au contrôle en interne de chaque structure contractante en ce qui concerne la gestion des ressources financières.

10.2. Gestion/analyse des données

La gestion des données (quantité, qualité et de performance) collectées et enregistrées sur le portail web FBP est assurée par Le STASS. Ce portail fait l'objet de contrôle et d'analyse continue par le STASS afin de :

- s'assurer de la complétude et de la qualité des données collectées et stockées ;
- assurer l'analyse et la communication aux entités concernées des informations sur la mise en œuvre du FBP et de proposer les rectifications qui s'imposent ;
- mesurer les progrès, les performances réalisés au niveau de chaque composante et domaine d'intervention ;
- mesurer périodiquement l'impact de la mise en œuvre du FBP ;
- assurer la révision des outils de la mise en œuvre du FBP.

10.3. Supervision des entités impliquées dans le FBP

Sur la base des thématiques retenues à l'issue de l'analyse des données du portail FBP, le STASS s'accorde avec la DGS pour organiser des missions de supervision avec une équipe multidisciplinaire.

Le rapport de supervision est partagé avec les parties prenantes dans la mise en œuvre du FBP.

La supervision est organisée selon une périodicité semestrielle et exécutée de façon conjointe avec la DRS, la et le DDS qui sont en charge de l'opérationnalisation du FBP dans leur zone de responsabilité. Ces missions de supervision s'étendent aux structures du niveau tertiaire et du secteur privé.

Dans la logique de l'institutionnalisation du FBP, les DRS et DDS sont tenues d'intégrer les aspects spécifiques à la stratégie dans la grille de supervision des acteurs dont ils assurent l'encadrement.

10.4. Audit des structures contractantes

10.4.1. L'audit interne par l'IGS

L'auditeur interne est un acteur indépendant qui n'est pas directement impliqué dans la conception et la mise en œuvre du FBP. Il a la responsabilité, dans le champ couvert par ses missions, d'évaluer l'adéquation et le fonctionnement effectif du dispositif de contrôle interne et de faire des recommandations nécessaires pour améliorer son efficacité.

L'IGS s'assure que :

- Les dépenses effectuées avec les crédits FBP sont conformes aux procédures ;
- Les procédures administratives (contrôle interne) au sein des établissements sont respectées.

Les missions d'audit interne sont exécutées au moins une fois par an suivant un plan d'audit basé sur les risques.

10.4.2. L'audit externe annuel par un cabinet d'experts comptables

Chaque année, un audit financier des établissements sanitaires et des structures de régulation bénéficiant des crédits FBP est réalisé par un auditeur externe, pour vérifier que ces crédits ont été effectivement reçus aux dates indiquées par les structures contractantes et leurs agents.

L'audit financier vérifie également que les crédits ont été utilisés conformément aux règles définies relatives à l'utilisation des fonds et les procédures de gestion comptable publique en vigueur en Côte d'Ivoire.

Le cabinet externe d'audit est sélectionné sur la base d'un appel d'offre.

10.5. Réunions de suivi du FBP

Le COASS tient au moins une réunion par an pour assurer le suivi de la mise en œuvre effective du FBP en vue de prendre les décisions stratégiques éventuelles.

Chaque semestre une réunion de suivi de la mise en œuvre des actions du STASS est organisée par le Secrétariat technique de suivi du PNDS. Au terme de ces réunions, les conclusions et orientations sont soumises au COASS pour la prise de décision.

Des réunions trimestrielles sont tenues par les comités régionaux de suivi. Une analyse des résultats au niveau régional et une identification des éventuelles causes de contre-performance des entités sous FBP sont faites assorties de propositions de stratégies d'amélioration. Un rapport de chaque réunion trimestrielle du comité régional de suivi est transmis au STASS.

Les réunions du comité en charge de la gestion des établissements sanitaires se tiennent mensuellement. L'équipe de gestion statue sur l'état de mise en œuvre du FBP au sein de chaque établissement. Les plans d'action et leurs révisions sont validés au cours de ces réunions.

10.6. Revues périodiques du modèle FBP

Une revue nationale se tient une fois par an pour faire un bilan de la mise en œuvre de l'approche et proposer des ajustements nécessaires. Une revue semestrielle régionale se tient avec les acteurs de la région. Ces revues régionales permettent d'identifier les obstacles rencontrés dans la mise en œuvre du FBP et de proposer des mesures pour y remédier.

Les conclusions de ces revues sont transmises au COASS pour une prise de décision afin d'ajuster le modèle FBP.

10.7. Recherche action ou recherche opérationnelle

Tous les acteurs de mise en œuvre du FBP sont invités à conduire des recherches actions pour améliorer non seulement leur performance mais aussi éprouver l'approche de FBP. Les institutions de recherche en collaboration avec les structures impliquées dans la mise en œuvre du FBP développeront des protocoles de recherches opérationnelles avec l'appui des PTF. Les résultats de ses recherches serviront à l'amélioration du modèle FBP. Ils permettront également d'apprécier son impact sur le système de santé.

Les sujets de recherche seront basés sur les analyses issues de la collecte des données et stockées dans le système d'archivage mis en place dans le cadre du FBP (Portail Web FBP) en inter polarité avec toutes les autres plateformes des mécanismes de financement inclus dans l'achat stratégique.

10.8. Mécanisme de gestion des plaintes (MGP) dans le cadre du FBP

Toute plainte déposée par un usager est documentée, répertoriée, analysée et traitée. Il faut s'assurer que les populations sont informées des mécanismes mis en place pour la gestion des plaintes et cela à tous les niveaux.

Système de réception des plaintes

- Une boîte à suggestion sera installée dans chaque ETSA pour recevoir toute plainte écrite et le Comité de Gestion (COGES) ou COS sera commis de transmettre ces messages au point

focal du MGP qui est un agent du DDS. A travers son plan d'action, chaque établissement sanitaire prévoira l'installation des « boîtes à suggestion » pour recevoir les plaintes et suggestions. Ce sont les agents de district sanitaire qui sont responsables de la collecte et de la saisie de ces plaintes puis de leur transmission au STASS ;

- Une ligne verte sera ouverte avec un ou deux numéros téléphoniques qui seront gérés par les chargés de communication du STASS en collaboration avec ceux de l'UCPS-BM, si nécessaire. Ces numéros de téléphone vert seront communiqués aux COGES, OBC/GAC, ASC, DDS, DRS et tout entité impliquée dans le FBP. Ces numéros seront affichés dans tous les ETSA ou tout autre lieu public pour les appels concernant l'UCPS-BM. Ces numéros seront divulgués au travers des réseaux sociaux ;
- Le portail web FBP de la Côte d'Ivoire offrira l'opportunité de poster un commentaire dans un champ dédié à cet effet.

Traitement des plaintes :

Le STASS mettra en place une cellule dont fera partie le service de communication, qui sera en charge de l'orientation et du traitement des plaintes. Les prérogatives de cette cellule et sa composition seront précisées par un cahier de charge élaboré par le STASS.

La gestion de ces plaintes n'empêche pas les formations sanitaires de mettre en place des systèmes de gestion des plaintes en leur sein afin de répondre aux préoccupations de leurs usagers.

11. FAUTES ET EFFETS PERVERS DANS LE CADRE DE LA MISE EN ŒUVRE DU FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCE

La mise en œuvre de l'approche de FBP peut faire l'objet de dérives (fautes ou fraudes) qui, par nature, peuvent conduire à des résultats non désirés, voire fâcheux, tels que l'altération de la qualité des données produisant une image déformée de la réalité, l'inefficacité des décisions et actions basées sur l'analyse de données erronées et l'inefficience du financement (mauvaises allocations et détournements). La gestion des fautes et des fraudes est donc cruciale pour assurer la stabilité et la viabilité de l'approche FBP dans le cadre de l'Achat Stratégique.

La faute est une action volontaire ou non, ou encore une omission qui cause un dommage. C'est un manquement plus ou moins grave à un devoir, à un usage, à une règle de conduite, à la morale, à une norme, à une loi ou à une règle de droit.

11.1. Types de fautes

La faute peut être intentionnelle ou non intentionnelle.

11.1.1. La faute intentionnelle (fraude)

Elle est caractérisée par un désir de résultat donc par la prémeditation. Une faute intentionnelle ou volontaire ou fraude se produit lorsque quelqu'un commet une erreur délibérément, en sachant que ses actions sont incorrectes ou contraires à la règle. Contrairement aux erreurs involontaires, qui résultent souvent d'une méconnaissance ou d'une inadvertance, les fautes volontaires impliquent une intention délibérée de violer une norme, une règle ou un comportement attendu pour atteindre un résultat donné.

Ces fautes, associées à un comportement intentionnellement trompeur, malveillant ou nuisible, sont entre autres :

- La falsification des données ;
- La sur-déclaration et sous-déclaration des cas ;
- La surévaluation et sous-évaluation de la qualité ou de la performance des structures contractantes ;
- Le non-respect de la tarification des actes de santé ;
- La surévaluation (surfacturation) des biens et services acquis ou à acquérir ;
- Les dépenses fictives ;
- Les dépenses non-ordonnancées ;
- Les détournements d'actifs ;
- La manipulation de l'outil d'indices (ou de la grille de répartition des primes) en vue de s'arroger des primes d'un montant supérieur à ce qui est mérité (primes indues).

Une fois que la faute est établie sur la base de preuves, des actions fortes doivent être mises en œuvre pour décourager les comportements frauduleux à venir. Pour éviter les dérives et effets pervers dans la mise en œuvre du FBP, les mesures incitatives et dissuasives doivent correspondre aux activités de la structure de façon holistique.

11.1.2. La faute non intentionnelle (manquement)

La caractéristique de cette faute est qu'elle ne comporte pas une volonté de résultat. Elle se produit sans qu'une personne ait l'intention de les commettre. Les types de fautes non intentionnelle peut varier d'un contexte à un autre. Elle peut être une erreur humaine ou le résultat d'une négligence.

Erreurs (humaines) : ces fautes sont le résultat d'actions involontaires, souvent dues à des erreurs de jugement, de calcul ou de compréhension (un effet appelé « variabilité inter-observateur »). Elles peuvent inclure des erreurs de saisie de données, des erreurs de calcul, etc.

Négligence : elle consiste à ne pas avoir pris les précautions nécessaires pour éviter une faute ou la survenue d'un dommage, ce qui peut entraîner des conséquences négatives.

Dans tous les cas, la faute non-intentionnelle doit être objectivée de manière quantitative (les chiffres et les faits), et qualitative (une explication par écrit sur ce qui s'est passé réellement), afin de prendre les actions adéquates pour minimiser les erreurs et cas de négligence.

11.2. Le processus d'exploration des fautes et fraudes

La mise en œuvre de l'approche de FBP peut faire l'objet de mauvaise gestion (fautes ou fraudes) qui, par nature, peuvent conduire à des résultats non désirés, voire fâcheux, tels que l'altération de la qualité des données entraînant une image déformée de la réalité, l'inefficacité des décisions et actions basées sur l'analyse de données erronées et l'inefficience du financement (mauvaises allocations et détournements). La gestion des fautes et des fraudes est donc cruciale pour assurer la stabilité et la viabilité de l'approche FBP dans le cadre de l'Achat Stratégique.

La faute est un fait ou action quelconque, qui cause à autrui un dommage. Une action volontaire ou non, ou encore une omission qui cause un dommage. C'est un manquement plus ou moins grave à un devoir, à un usage, à une règle de conduite, à la morale, à une norme, à une loi ou à une règle de droit.

La fraude est une tromperie ou falsification punie par la loi.

Les cas de mauvaise gestion peuvent faire intervenir plusieurs entités à chaque niveau de la pyramide sanitaire.

11.2.1. Cas des ETSA

Constats effectués par les structures de vérification et contrevérification

Lorsque la suspicion de mauvaise gestion est constatée par la structure de vérification ou de contrevérification, celui-ci notifie son constat au directeur du district sanitaire (DDS) qui devra mener les actions suivantes :

- Informer le Directeur Régional de la santé (DRS)
- Conduire une mission d'évaluation préliminaire dans les 7 jours ouvrables à partir de la réception de l'information
- Transmettre le rapport à la hiérarchie (DRS)

Lorsque la mission d'évaluation préliminaire confirme le constat initial, le DRS saisit le STASS et propose des mesures conservatoires, avec ampliation à la DGS dans un délai de 7 jours ouvrables à partir de la réception du rapport ; autrement (lorsque la suspicion est non avérée, le DRS procède à la clôture du dossier).

Dès sa saisine, le STASS prend connaissance du rapport et met en œuvre les actions suivantes :

1. Lorsque le rapport lu et que ses conclusions sont acceptées, dans le cas d'une suspicion non avérée : clôture du dossier
 2. Lorsque le rapport lu et que ses conclusions indiquant que la suspicion est avérée sont acceptées :
- Adresse d'un courrier à l'UCPSN –BM, à l'AC, au DRS/DDS pour la mise en œuvre de la mesure conservatoire
 - Communication d'actions correctives à mettre en œuvre (Délai de 7 jours ouvrables dès réception du rapport)
 - Saisine de l'IGS et de l'AC (délai de 5 jours ouvrables dès la fin de la mission d'évaluation)
3. Lorsque le rapport est lu mais que ses conclusions ne sont pas acceptées : Saisine de l'IGS.

Constats effectués par des acteurs différents des structures de vérification et contrevérification, et remontés au STASS

La suspicion de mauvaise gestion est notifiée au DRS par le STASS qui informe, dans les 48 heures, le DDS concerné par mail et par courrier.

Le DDS conduit une mission d'évaluation préliminaire et informe son DRS des conclusions de ladite mission dans les 7 jours ouvrables à partir de la réception de l'information

Lorsque la mission d'évaluation préliminaire confirme le constat initial, le DRS saisit le STASS par le DRS et propose des mesures conservatoires, avec ampliation à la DGS dans un délai de 7 jours ouvrables à partir de la réception du rapport ; autrement (lorsque la suspicion est non avérée), le DRS procède à la clôture du dossier.

11.2.2. Cas des DDS

Constats effectués par les structures de vérification et contrevérification

À la suite du constat de suspicion de mauvaise gestion, la structure de vérification ou de contrevérification adresse une notification dudit constat au Directeur Régional de la santé (DRS) qui devra conduire une mission d'évaluation préliminaire dans les 7 jours ouvrables à partir de la réception de l'information

Lorsque la mission d'évaluation préliminaire confirme le constat initial, le DRS saisit le STASS et propose des mesures conservatoires, avec ampliation à la DGS dans un délai de 7 jours ouvrables à partir de la réception du rapport ; autrement (lorsque la suspicion est non avérée, le DRS procède à la clôture du dossier).

Constats effectués par des acteurs différents des structures de vérification et contrevérification, et remontés au STASS

Lorsque la suspicion de mauvaise gestion est faite par le STASS (par constat ou par retour d'information d'un tiers), celui-ci la notifie au DRS.

Le DRS conduit une mission d'évaluation préliminaire et informe son DRS des conclusions de ladite mission dans les 7 jours ouvrables à partir de la réception de l'information

Lorsque la mission d'évaluation préliminaire confirme le constat initial, le DRS saisit le STASS par le DRS et propose des mesures conservatoires, avec ampliation à la DGS dans un délai de 48 H suivant la fin de la mission ; autrement (lorsque la suspicion est non avérée, le DRS procède à la clôture du dossier).

11.2.3. Cas des DRS

Constats effectués par les structures de vérification et contrevérification

La structure de vérification ou de contrevérification, après le constat de suspicion de mauvaise gestion, adresse au STASS une notification dudit constat.

Dès sa saisine, le STASS Informe la Direction Générale de la santé (DGS) et conduit une mission conjointe d'évaluation préliminaire STASS/DGS. La mission et le rapport qui en découle doivent être réalisés dans un délai de 7 jours ouvrables à partir de la réception de la notification.

Lorsque la suspicion est avérée, le STASS propose des mesures conservatoires avec ampliation à la DGS, l'UCPSN BM et à l'AC au plus tard 05 jours ouvrables après la fin de la mission d'évaluation préliminaire et saisit l'IGS dans le même délai.

En cas de suspicion non fondée, le STASS procède à la clôture du dossier.

Constats effectués par des acteurs différents des structures de vérification et contrevérification, et remontés au STASS

Lorsque la suspicion de mauvaise gestion est faite par le STASS (par constat ou par retour d'information d'un tiers), celui-ci adresse une notification d'allégations/suspicion de fraudes à la DGS

Lorsque la suspicion est avérée, le STASS propose des mesures conservatoires avec ampliation à la DGS, l'UCPSN BM et à l'AC au plus tard 05 jours ouvrables après la fin de la mission d'évaluation préliminaire et saisit l'IGS dans le même délai.

En cas de suspicion non fondée, le STASS procède à la clôture du dossier

Dans les cas où elle est saisie, l'Inspection Générale de la Santé (IGS) initie immédiatement une mission d'inspection et propose des mesures correctrices.

11.2.4. Cas des régisseurs

Constats effectués par les structures de vérification et contrevérification

La structure de vérification ou de contrevérification, après le constat de suspicion de mauvaise gestion, adresse au STASS une notification dudit constat.

Dès sa saisine, le STASS Informe l'UCPS BM et l'AC et conduit une mission conjointe d'évaluation préliminaire STASS/AC/UCP dans un délai de 30 jours ouvrables dès réception de la notification.

En cas de confirmation de la suspicion, le STASS propose des mesures conservatoires avec ampliation à l'UCPS-BM et à l'AC au plus tard 7 jours ouvrables à partir de la réception du rapport de la mission d'évaluation.

L'AC saisit l'IGAT dans les 48 H suivant la réception du rapport

Lorsqu'elle est saisie, l'IGAT initie immédiatement une mission d'inspection et propose des mesures correctrices.

Lorsque la suspicion est non avérée, le dossier est clôturé par le STASS et l'AC.

Constats effectués par des acteurs différents des structures de vérification et contrevérification, et remontés au STASS

Lorsque la suspicion de mauvaise gestion est faite par le STASS (par constat ou par retour d'information d'un tiers), celui-ci adresse une notification d'allégations/suspicion de fraudes à l'UCPS BM et l'AC et conduit une mission conjointe d'évaluation préliminaire STASS/AC/UCP dans un délai de 30 jours ouvrables dès réception de la notification.

En cas de confirmation de la suspicion, le STASS propose des mesures conservatoires avec ampliation à l'UCPS BM et à l'AC au plus tard 7 jours ouvrables à partir de la réception du rapport de la mission d'évaluation.

L'AC saisit l'IGAT dans les 48 H suivant la réception du rapport

Lorsque la suspicion est non avérée, le dossier est clôturé par le STASS et l'AC.

Lorsqu'elle est saisie, l'IGAT initie immédiatement une mission d'inspection et propose des mesures correctrices.

11.3. Types de sanctions

Lorsque le cas de mauvaise gestion est confirmé, des sanctions de premier et/ou second degré sont prises conformément soit au Statut Général de la Fonction Publique soit au Code du Travail Ivoirien.

Les modalités pratiques de gestion des cas de faute/fraudes dans la mise en œuvre du FBP sont contenues dans le Manuel d'opérationnalisation de gestion des risques et de l'application des sanctions dans la mise en œuvre du financement basé sur la performance.

11.4. Gestion des conflits

Pour tout cas de litige ou de conflit qui surviendrait dans le cadre de la mise en œuvre du FBP entre les différents acteurs, le règlement à l'amiable est privilégié et le recours à la médiation par le niveau hiérarchiquement supérieur est conseillé.

Les deux parties conviennent de se concerter périodiquement pour une bonne exécution du cadre de collaboration.

En cas de litige relatif à l'exécution du présent cadre de collaboration, la partie plaignante est autorisée à saisir le comité d'arbitrage de gestion de conflits (DDS, DRS, STASS) en fonction du niveau de la pyramide sanitaire correspondant.

La saisine du comité d'arbitrage par la partie plaignante doit se faire dans un délai de **quinze (15) jours ouvrés** suivant la date de déclenchement du conflit.

La partie plaignante communique par écrit le motif de la plainte au comité d'arbitrage avec ampliation à sa hiérarchie.

La procédure d'arbitrage se présente comme suit :

Niveau 0 : Gestion des litiges entre acteurs communautaires et ESPC

Commission tripartite formée de représentants de : Plaignant + DDS

Niveau 1 : Gestion des litiges entre ESPC, DDS ou EPHD/EPH et DDS/CNAM.

Commission tripartite formée de représentants de : Plaignant + DDS + CNAM

Niveau 2 : Gestion des litiges entre EPHR/EPH, DRS et DRS/CNAM

Commission tripartite formée de représentants de : CNAM + Plaignant + DRS

Niveau 3 : Gestion des litiges entre DRS et STASS.

Commission tripartite formée de représentants de : Plaignant + IGS

Niveau 4 : Gestion des litiges entre CNAM et STASS.

Commission tripartite formée de représentants de la CNAM + STASS + IGS

Niveau 5 : Gestion des litiges entre EPHN ou Directions centrales ou Programmes santé et STASS.

Commission tripartite formée de représentants de la IGS + Plaignant + EPHN.

En cas d'échec de cette procédure, la partie la plus diligente peut saisir le ministre en charge de la santé pour le règlement définitif du litige.

12. CONDITIONS DE REUSSITE

Le FBP, levier important de l'Achat Stratégique peut s'avérer un excellent outil de renforcement de la gouvernance et de soutien à une meilleure gestion des finances publiques. La gouvernance est une fonction transversale du système de santé. Elle s'applique à toutes les composantes du système de santé et aux fonctions de financement de la santé, y inclus la fonction d'achat.

Ce chapitre met l'accent sur les préalables nécessaires à une application effective des dispositions du présent manuel de procédures pour le succès de cette approche de financement du secteur de la santé.

12.1. Séparation des fonctions des acteurs

Le principe de la séparation des fonctions, qui est une condition indispensable à une mise en œuvre optimale du FBP pour aboutir à un véritable Achat Stratégique, est au cœur de l'amélioration de la gouvernance. Son objectif est de diminuer l'occurrence de situations de conflit d'intérêts. Aussi, les acteurs impliqués dans la mise en œuvre doivent jouer pleinement le rôle clairement défini et qui leur est attribué de sorte à assurer un équilibre des pouvoirs et à éviter qu'aucun d'eux ne puissent en assumer plusieurs concomitamment pour éviter les conflits d'intérêts.

La séparation des fonctions aide à assurer la transparence dans le séquençage de l'exécution des différentes activités liées à l'achat stratégique. Cette séparation concerne les fonctions suivantes :

- Régulation ;
- Prestation ;
- Vérification ;
- Paiement.

12.2. Efficacité de l'autonomie de gestion des établissements sanitaires

Le financement basé sur la performance en santé est fondé sur une autonomie substantielle des établissements de santé. Pour qu'un programme FBP soit réussi, les établissements de santé doivent avoir accès à des fonds suffisants et pouvoir gérer librement ces ressources afin d'accroître la quantité et la qualité des services de santé.

12.2.1. Ressources humaines

La gestion des ressources humaines peut être définie comme le « degré ou niveau de liberté et de discrétion accordé à l'employé(e) » au cours de son travail. En règle générale, les emplois qui présentent un degré élevé d'autonomie génèrent un sens de responsabilité et une satisfaction accrue au travail de l'employé(e).

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBP en Côte d'Ivoire, les responsables des établissements de santé doivent avoir une pleine liberté en matière de recrutement et de licenciement des ressources humaines tout en respectant les textes en vigueur. Cette autonomie accrue exige évidemment une plus grande redevabilité vis-à-vis des populations couvertes et des autorités de tutelle.

12.2.2. Ressources financières

Le FBP tient pour acquis que les fonds sont gérés par les établissements de santé. Ainsi, les responsables de ces établissements doivent avoir libre cour pour gérer les ressources financières mises à leur disposition tout en respectant les exigences des manuels de gestion de financière élaborés à cet effet.

12.2.3. Approvisionnement en médicaments

Les médicaments et consommables médicaux constituent un pilier essentiel pour le fonctionnement des établissements de santé. Le Financement basé sur la performance préconise une libre concurrence dans

l'approvisionnement des médicaments et autres intrants stratégiques ; ce qui n'est pas toujours le cas dans la réalité. En effet, en cas de ruptures de produits et intrants pharmaceutiques, les ESPC n'ont pas le droit de s'approvisionner ailleurs qu'à la NPSP-Cl. Cette situation de monopole de la NPSP-Cl et ces ruptures fréquentes des médicaments dans les ESPC impactent négativement la performance des prestataires dans le cadre du FBP.

Dans un mécanisme idéal, un système de centrale d'achat qui assure un approvisionnement complet et en temps opportun à travers un dispositif fondé sur la demande du consommateur, devrait fonctionner convenablement. Mais dans la réalité, ce type de système mène très souvent à un approvisionnement incomplet et retardé, à la corruption, à une mauvaise gestion des stocks et au gaspillage³⁸. Le FBP offre aux établissements de santé l'opportunité de décentraliser et dé-monopoliser l'acquisition des médicaments. Les dépôts de produits pharmaceutiques agréés peuvent agir comme fournisseurs s'ils distribuent des médicaments de qualité à des coûts raisonnables et dans le temps requis.

Afin de palier à la situation décrite ci-dessus, et dans le cadre de l'accélération de la mise en œuvre de la CMU, le gouvernement ivoirien et son partenaire traditionnel ; la Banque mondiale, décident de mettre à disposition des établissements sanitaires des ressources financières permettant de disposer d'un stock adéquat en médicaments et intrants spécifiques. A ce propos un mécanisme d'approvisionnement et de distribution sera mise en place par les entités du Ministère de la santé en charge du médicament – la Banque mondiale – la N-PSP.

³⁸ Soeters et al. 2011

13. ANNEXES

Annexe 1. Liste des indicateurs de la quantité des ESPC et des hôpitaux de référence (EPHD-EPHR)

INDICATEURS	PRIX UNITAIRE	
	ESPC	EPHD-EPHR
CONSULTATION CURATIVE		
Nombre de consultants reçus pour Paludisme	175	100
Nombre de consultants reçus pour IRA	175	100
CHIRURGIE		
Nombre de cas de chirurgie majeure (hernie, périctonite, appendicite, occlusion, laparotomies, hydrocéle, grossesse extra utérine, autres chirurgies majeures)		35 000
COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE		
Nombre de consultants moins de 5ans, non indigents, ayant bénéficié des prestations de la CMU dans l'ETSA (RGB)	400	400
Nombre de consultants \geq 5ans, non indigents, ayant bénéficié des prestations de la CMU dans l'ETSA (RGB)	300	300
Nombre de consultants, inscrits au RAM, ayant bénéficiés des prestations de la CMU dans l'ETSA. (RAM)	1 000	500
SANTE DE LA REPRODUCTION		
Nombre total d'utilisatrices de méthodes contraceptives modernes	375	
COMMUNAUTAIRE		
Nombre d'ASC de l'aire de santé ayant bénéficié d'au moins une supervision du centre de santé dans le trimestre	5 000	
Nombre d'ASC de l'aire de santé n'ayant connu aucune rupture en médicaments et intrants dans le mois	5 000	

Annexe 2. Domaines de la grille de la qualité des soins des établissement sanitaires de premier contact (ESPC)

N°	Domaines	Nombre d'indicateurs composites	Points disponibles	Points obtenus	% Obtenu
	EVALUATION DU MANAGEMENT		275		
1.	GOUVERNANCE		125		
2.	GESTION DES RESSOURCES HUMAINES		25		
3.	GOUVERNANCE FINANCIERE		75		
	EVALUATION DE LA QUALITE DES SOINS		675		
4.	ACCUEIL		100		
5.	SECURITE ET ENVIRONNEMENT		25		
6.	HYGIENE HOSPITALIERE		125		
7.	SONU		125		
8.	PLANIFICATION FAMILIALE		25		
9.	PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES		50		
10.	PHARMACIE		50		
11.	DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS TRACEURS ET AUTRES INTRANTS STRATEGIQUES		25		
	TOTAL		950		

Annexe 3. Domaines de la grille de la qualité des soins des établissement sanitaires de référence (EPHD-EPHR)

N°	Domaines	Nombre d'indicateurs composites	Points disponibles	Points obtenus	% Obtenu
	EVALUATION DU MANAGEMENT		275		
1.	GOUVERNANCE		125		
2.	GESTION DES RESSOURCES HUMAINES		25		
3.	GESTION DES DONNEES		50		
4.	GESTION DES STOCKS ET DES IMMOBILISATIONS		75		
	EVALUATION DE LA QUALITE DES SOINS		675		
5.	ACCUEIL		100		
6.	SECURITE ET ENVIRONNEMENT		25		
7.	HYGIENE HOSPITALIERE		125		
8.	URGENCES		75		
9.	SONU		100		
10.	AUDIT DES DECES MATERNELS		50		
11.	LABORATOIRES		25		
12.	BLOC OPERATOIRE		75		
13.	DEPOT DE SANG ET TRANSFUSION SANGUINE		50		
14.	PHARMACIE		50		
15.	DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS TRACEURS ET AUTRES INTRANTS STRATEGIQUES		25		
	TOTAL		975		

Annexe 4. DISPOSITIF DE VÉRIFICATION DES INDICATEURS PBF (Extrait de l'OTF CNAM)

1. Processus d'accueil et identification du patient

Le processus d'accueil et d'identification constitue la pierre angulaire de notre dispositif de vérification. Il assure l'exhaustivité et la fiabilité des données collectées, conditions essentielles à un calcul précis des indicateurs PBF

1.1 Point d'entrée unique

Nous avons conçu un processus où l'agent d'accueil CMU devient le point d'entrée unique et obligatoire pour tous les patients. Cette centralisation présente plusieurs avantages majeurs :

- Une identification systématique de tous les patients, qu'ils soient enrôlés ou non à la CMU
- Une uniformisation des pratiques de collecte sur l'ensemble du territoire
- Une traçabilité complète du parcours patient dès son arrivée dans l'établissement.

Cette approche permet de capturer l'ensemble des prestations réalisées dans le cadre du PBF, y compris celles fournies aux patients non encore enrôlés à la CMU.

1.2 Modalités d'identification

Notre dispositif prévoit quatre modalités d'identification complémentaires, adaptées aux différentes situations rencontrées sur le terrain :

- Identification par carte CMU ou QR code : Le patient présente sa carte ou son récépissé d'enrôlement avec QR code, que l'agent authentifie via le terminal FAMOCO. Une vérification biométrique par empreinte digitale complète ce processus, assurant une identification fiable et sécurisée.
- Authentification biométrique seule : Pour les assurés sans support physique, l'agent procède à une vérification via empreinte digitale, permettant de retrouver le dossier du patient dans le système central ou dans la base locale en cas de connexion limitée.
- Recherche en base locale : Pour les cas plus complexes, l'agent peut effectuer une recherche multicritère (nom, prénom, date de naissance) dans la base locale embarquée sur le terminal FAMOCO, permettant d'identifier les patients même en zone à faible connectivité.
- Nouvel enrôlement : Pour les patients non encore enrôlés à la CMU, un processus simplifié d'enregistrement est prévu, permettant de capturer les informations essentielles tout en les incluant dans le circuit de vérification PBF.

Cette approche à quatre niveaux garantit qu'aucun patient ne reste en dehors du circuit de vérification, quelle que soit sa situation administrative ou les conditions techniques locales.

2. Circuit de prise en charge médicale

Une fois l'identification réalisée, le circuit de prise en charge médicale s'enclenche selon un processus structuré permettant de documenter précisément les actes réalisés.

2.1 Création de la feuille de soins

L'agent d'accueil initie une Feuille de Soins Électronique (FSE) qui constitue le document pivot de tout le processus de vérification :

- La FSE intègre automatiquement l'identifiant unique du patient et son statut (CMU, RGB, RAM)

- L'établissement est identifié par sa catégorie (ESPC ou EPH), information déterminante pour certains indicateurs
- Une Feuille de Soins Physique (FSP) est générée pour accompagner le patient lors de sa consultation

2.2 Consultation médicale et codification

Le praticien procède à l'examen du patient et documente précisément les actes réalisés :

- Les diagnostics sont codifiés selon la classification CIM-10
- Les actes médicaux sont identifiés selon la nomenclature en vigueur
- Les prescriptions médicamenteuses sont détaillées sur la feuille de soins

La qualité de cette codification est essentielle car elle détermine directement le calcul des indicateurs.

PBF. Notre système prévoit des contrôles automatiques pour valider la cohérence et la conformité des codes utilisés.

2.3 Retour à l'agent d'accueil

À l'issue de la consultation, le patient revient vers l'agent d'accueil qui finalise le processus :

- Récupération et vérification de la feuille de soins physique
- Saisie des informations médicales dans la FSE
- Contrôles de cohérence automatisés
- Validation et stockage de la FSE pour traitement ultérieur

Ce circuit garantit une traçabilité complète du parcours patient et la capture exhaustive des informations nécessaires au calcul des indicateurs.

3. Collecte et traitement des indicateurs

Le cœur de notre dispositif réside dans la collecte et le traitement automatisé des indicateurs quantité PBF, permettant un calcul fiable et transparent.

3.1 Indicateurs concernés

Notre système est configuré pour traiter les sept indicateurs quantité retenus pour le projet :

- Nombre de consultants pour paludisme
- Nombre de cas d'infection respiratoire aiguë (IRA)
- Nombre de cas de chirurgie majeure
- Nombre de consultants RGB de moins de 5 ans
- Nombre de consultants RGB de plus de 5 ans
- Nombre de consultants RAM
- Nombre de nouvelles utilisatrices de méthodes contraceptives

Pour chaque indicateur, des règles de gestion spécifiques ont été définies, garantissant un dénombrement précis et conforme aux exigences du manuel PBF.

3.2 Règles de dénombrement

Le dénombrement des indicateurs s'appuie sur des règles claires et automatisées :

- Un patient n'est comptabilisé qu'une seule fois par mois pour un même établissement, quel que soit son nombre de visites
- Les consultations sont identifiées par les codes diagnostic et actes correspondants
- Des contrôles de cohérence automatiques valident la pertinence des données
- Les cas particuliers sont gérés selon des procédures documentées

Cette automatisation garantit l'homogénéité du traitement sur l'ensemble du territoire et élimine les risques d'erreurs liées à des interprétations divergentes.

3.3 Processus de validation

Le processus de validation combine contrôles automatiques et supervision humaine :

- Contrôles automatiques à la saisie pour détecter les anomalies évidentes
- Validation mensuelle par la DPREST avant transmission
- Supervision par des médecins conseils pour les cas complexes
- Traçabilité complète des modifications et ajustements

Ce dispositif de validation à plusieurs niveaux garantit la fiabilité des indicateurs transmis tout en permettant d'analyser et de résoudre les situations atypiques.

3.4 Transmission des données validées

Les données validées sont transmises vers les systèmes partenaires selon un calendrier précis :

- Saisie dans le portail PBF via une interface dédiée
- Alimentation du système DHIS2 du Ministère de la Santé
- Production de rapports de synthèse

Notre solution prévoit des mécanismes d'interopérabilité pour assurer une transmission fluide et sécurisée des données.

4. Gestion documentaire et traitement des feuilles de soins

Une gestion efficace des documents constitue un élément essentiel du dispositif de vérification, en particulier dans les zones à connectivité limitée.

4.1 Digitalisation des feuilles de soins

Notre approche repose sur une digitalisation rapide des feuilles de soins physiques :

- Numérisation via les terminaux FAMOCO dès la fin de la consultation
- Traitement par reconnaissance optique de caractères (OCR)
- Extraction automatisée des informations clés (codes diagnostic, actes réalisés)
- Stockage sécurisé pour consultation ultérieure

Cette approche permet de réduire considérablement les délais de traitement et d'éliminer les risques de perte ou détérioration des documents.

4.2 Gestion du mode dégradé

Pour les 331 établissements identifiés comme fonctionnant en mode dégradé (connectivité limitée), nous avons prévu un dispositif spécifique :

- Stockage local des données sur les terminaux FAMOCO
- Synchronisation automatique dès le retour de la connectivité
- Base de données locale embarquée permettant les recherches hors ligne
- Procédures de rattrapage en cas d'interruption prolongée

Ce dispositif garantit la continuité du service même dans les zones les plus isolées, assurant ainsi l'exhaustivité de la collecte des indicateurs sur l'ensemble du territoire.

4.3 Archivage et traçabilité

L'ensemble des documents et données est archivé selon des règles strictes :

- Archivage électronique des feuilles de soins numérisées
- Conservation sécurisée pendant la durée légale requise
- Piste d'audit complète sur l'ensemble des opérations
- Accès contrôlé aux archives selon les profils utilisateurs

Ce système d'archivage permet de répondre aux exigences d'audit et de contrôle tout en facilitant la recherche d'informations en cas de besoin.

Annexe 5. Montant plafond des subsides qualité des établissements sanitaires publics

Les montants-plafonds sont déterminés par niveau ou type de structure de santé, tenant compte de leurs paquets minimum d'activités.

PUBLIC	Montant Plafond
ESPC	
CMA	1 500 000
CSA	1 500 000
CSR	1 500 000
CSU, CAT, PMI, SSSU-SAJ	2 000 000
FSU	4 000 000
EPH	
CHR	10 000 000
HG	8 000 000

Annexe 6. Grilles qualité

Les grilles utilisées pour l'évaluation de la qualité des ESPC et des EPHD/R du secteur public sont :

- Annexe 19. Grille d'Evaluation Qualité EPHD-EPHR
- Annexe 20. Grille d'Evaluation Qualité ESPC

Les grilles du secteur privé sont en cours de finalisation.

Annexe 7. NOTE CONCEPTUELLE POUR LA CONTRACTUALISATION DES ETABLISSEMENTS SANITAIRES DU SECTEUR PRIVE DANS LE CADRE DU FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCEPBF

1. CONTEXTE DE L'INTERVENTION

L'approche du financement basé sur la performance, mécanisme de financement par lequel l'obtention des fonds pour les prestataires de services est directement liée à l'atteinte des résultats prédefinis, a débuté en Côte d'Ivoire par une phase pilote en 2016. Cette stratégie est passée à échelle en 2022 et a essentiellement concerné les établissements sanitaires publics.

Après plus de huit années de mise en œuvre, environ 2500 établissements sanitaires du secteur public sont sous contrat de performance dans le cadre de la stratégie nationale du Financement Basé sur la Performance/Achat Stratégique en Santé (FBP/ASS).

Le secteur privé sanitaire, qui représente 40% de l'offre des soins au niveau national n'est pas encore intégré à cette stratégie.

Ce secteur, composé d'établissements à but lucratif et non lucratif s'est développé ces dernières années avec l'émergence d'établissements sanitaires privés de toute nature et de tout niveau d'interventions.

L'intégration des Etablissements Sanitaires Privés (ESPr) dans la réforme du FBP s'avère donc nécessaire pour améliorer la qualité des soins et des services, dans l'optique de contribuer à l'atteinte de la couverture sanitaire universelle en Côte d'Ivoire.

La présente note conceptuelle présente les modalités de contractualisation des ESPr à travers les grands axes suivants :

- Établissements sanitaires privés à contractualiser ;
- Mécanisme de contractualisation ;
- Mécanisme de financement des subsides ;
- Mécanisme d'évaluation ;
- Fonds de démarrage et mode de calcul des subsides ;
- Gestion des données sanitaires ;
- Mécanisme de paiement des subsides ;
- Montage institutionnel ;
- Budget ;
- Liste des Établissements sanitaires pour la phase pilote ;

2. ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES PRIVES A CONTRACTUALISER

Les établissements sanitaires privés à contractualiser dans le cadre du FBP sont les établissements de nature médicale, paramédicale exécutant les activités de consultation, de soins, de mise en observation et /ou hospitalisation selon leur cahier de charges. La priorité sera accordée à l'amélioration de la qualité des soins et services en inscrivant les ESPr dans une démarche qualité avec un focus sur les indicateurs en lien avec le couple mère-enfant.

3. MÉCANISME DE CONTRACTUALISATION

3.1. Critères d'éligibilité des Établissements Sanitaires Privés (ESPr) au FBP

Pour être éligible à la contractualisation, l'ESPr doit disposer d'une **autorisation d'ouverture et d'exploitation à jour** en fonction de la nature et le niveau d'intervention. Elles doivent respecter les critères ci-après :

- Adresser une requête de mise sous contrat de performance au STASS par la Direction Départementale ;
- Disposer d'un code SIG délivré par la DIS pour la saisie des données sanitaires sur le DHIS2 ;
- Disposer d'une autorisation d'exercice ;

- Avoir bénéficié de la formation sur le FBP de base et sur la gestion financière des prestataires de l'établissement de santé ;
- Disposer d'un plan d'action validé/signé au moins par le District et le représentant légal.

Par ailleurs, lors de la contractualisation l'ESPr s'engage à :

- assurer les activités de prévention, de consultation, de diagnostic, de prise en charge et/ou d'hospitalisation en médecine générale, en chirurgie générale, en pédiatrie, en gynécologie-obstétrique et dans d'autres spécialités selon le cahier des charges correspondant à son niveau d'intervention ;
- offrir des soins et services de santé de qualité à la population conformément au cahier des charges correspondant à son niveau d'intervention ;
- assurer le respect des normes et directives de prise en charge des pathologies, en vigueur ;
- assurer le respect des normes et directives relatives aux établissements sanitaires privés et aux professionnels de la santé ;
- se soumettre aux contrôles de conformité organisés par le MSHPCMU, relatifs à l'exploitation des établissements sanitaires privés ;
- assurer la collecte des données à travers les outils primaires nationaux et à transmettre ces données à la DDS dans les délais requis du rapport mensuel d'activités de soins fournis durant le mois précédent ;
- assurer la mise à jour régulière des données fournies au MSHPCMU ;
- disposer d'équipements, de matériel, de personnel et d'infrastructures pour une prise en charge de qualité ;
- participer aux cadres de dialogue et rencontres de coordination avec le District sanitaire ou toute autre entité du MSHPCMU ;
- participer au réseau de soins de la Couverture Maladie Universelle (CMU) ;
- prendre en charge les assurés de la CMU.

3.2. Signataires des contrats de performance

Le contrat sera signé entre le Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHPCMU) représenté par la Direction Départementale de la Santé (DDS) et le représentant légal (propriétaire/promoteur) de la structure ou toute autre personne dûment mandatée par le promoteur ou le propriétaire.

3.3. Durée du contrat

La durée du contrat est d'une (01) année au plus, renouvelable et ne peut excéder le 31 décembre de l'année en cours.

4. MÉCANISME DE FINANCEMENT

Les subsides reversés aux ESPr proviendront initialement de l'Etat et ses Partenaires Techniques et Financiers. Toutefois, un plaidoyer sera fait auprès du secteur privé (patronat) pour sa participation au financement de cette réforme dans le secteur privé. A cet effet, une stratégie de mobilisation des ressources du secteur privé sera élaborée et mise à la disposition d'une équipe dédiée pour le plaidoyer. Aussi, d'autres sources de financement pourraient être explorées (FDFP, fonds de garantie automobile).

5. MÉCANISME D'ÉVALUATION

5.1. Types d'indicateurs à acheter

Les indicateurs à acheter, dans le cadre de la mise en œuvre du FBP dans les ESPr, seront tirés de l'outil d'évaluation qualité conçu selon la norme ISO 9001 et 7101.

Les principaux domaines qui feront l'objet d'achat porteront sur :

- LA GOUVERNANCE ;
- LES RESSOURCES HUMAINES ;
- L'INFORMATION SANITAIRE ;
- L'HYGIENE HOSPITALIERE ET SECURITE ;
- LA QUALITE DES PRESTATIONS.

5.2. Evaluation de la qualité

Les évaluations seront semestrielles et réalisées par des pools d'évaluateurs capacités provenant du niveau central, des DRS, des DDS et des représentants des faîtières des ESPr ou toute autre structure jugée compétente et nécessaire, avec la participation de l'INSP aux fins de s'assurer de la qualité des vérifications qualité. Ces évaluations permettront de déterminer le score de la qualité pour chaque établissement évalué. A partir d'un certain niveau de qualité qui sera déterminé en collaboration avec la DMHP, les structures sanitaires privées qui le désirent pourront solliciter une certification et/ou accréditation auprès d'organismes accréditeurs et/ou certificateurs.

6. FONDS DE DEMARRAGE ET MODE DE CALCUL DES SUBSIDES

6.1. Fonds de démarrage

Afin de permettre aux nouveaux établissements sanitaires non lucratifs d'intégrer le FBP avec un plateau technique à un niveau minimum acceptable conformément à leur position dans la pyramide sanitaire, un fonds de démarrage (bonus d'amélioration de la qualité initiale), remboursable, est octroyé en fonction du niveau d'intervention de l'établissement sanitaire, à la signature de leur premier contrat. Les remboursements s'étaleront sur les quatre premiers paiements des subsides.

Tableau 12 : Montant du fonds de démarrage selon le type d'établissement

NIVEAU	ENTITES	Fonds de démarrage
PRIVE NON LUCRATIF		
ESPr Niv1	CSR / Dispensaire / Maternité	3 000 000
	CSU	4 000 000
	FSU	5 000 000
ESPr Niv2	HG	8 000 000

Les fonds de démarrage serviront à la mise en œuvre des interventions suivantes :

- Ressources Humaines (Renforcement de capacités) ;
- Entretien des locaux, hygiène ;
- Mobilisation et sensibilisation communautaire ;
- Acquisitions de matériel médical, Equipement de protection individuelle (EPI), tenue de travail, fourniture de bureau, matériel informatique ;
- Réhabilitations et rénovations, maintenance du matériel et assainissement ;
- Elaboration de procédures ;
- Acquisition d'outils primaires de collecte et rapportage de données sanitaires.

6.2. Subsides

La méthode de calcul des subsides tient compte du score qualité. Un montant plafond est défini pour chaque niveau d'intervention auquel sera appliqué le score qualité obtenu par l'ESPr.

Tableau 13. Montant plafond des subsides semestriels selon le type d'établissement

NIVEAU	ENTITES	Plafond des subsides semestriels
PRIVE NON LUCRATIF		
ESPr Niv1	CSR / Dispensaire / Maternité	3 000 000
	CSU	4 000 000
	FSU	7 000 000
ESPr Niv2	HG	12 000 000
PRIVE LUCRATIF		
ESPr Niv1	Centre Médical	3 000 000
	Maternité	3 000 000
ESPr Niv2	Clinique	7 000 000

7. GESTION DES DONNEES SANITAIRES

Le SNIS est un élément clé de la performance d'un système de santé. Il est primordial dans la prise de décisions en matière de santé publique et la mise en place des programmes.

Le FBP prône le renforcement du système de gestion de l'information sanitaire, d'où ses exigences dans la tenue des outils de gestion, la collecte des données et leur transmission. Dans le cadre de l'exécution de la contractualisation avec le secteur privé, les outils de collecte des données développés au niveau national seront utilisés.

Après les différentes évaluations de la qualité et la saisie des données par les structures en charge des évaluateurs sur le portail web FBP, le STASS imprime, certifie et transmet deux (02) copies des factures consolidées en format physique à l'UCPS-BM pour paiement des subsides.

Le STASS procède préalablement à :

- La vérification et à la validation informatique à travers l'analyse de la cohérence et de la complétude des factures consolidées ;
- La vérification et la validation financière à travers l'analyse de la conformité des factures émises.

En cas d'erreurs constatées, le STASS invite les régulateurs du niveau périphérique et intermédiaire à procéder aux corrections nécessaires avant d'introduire les factures définitives dans le circuit de paiement.

8. MECANISME DE PAIEMENT DES SUBSIDES

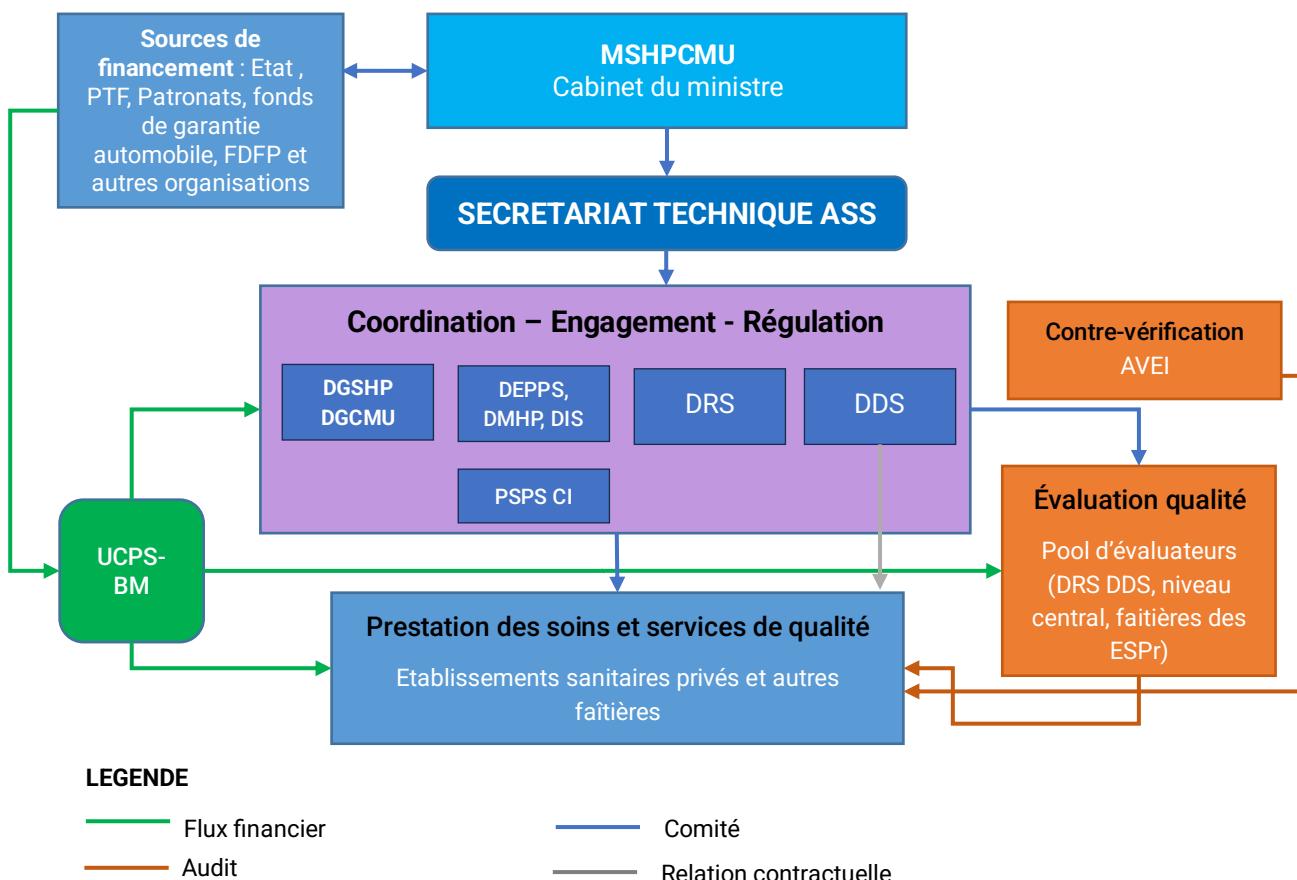
Après les évaluations de la qualité et la saisie des données par la DDS dans le portail web FBP, les factures sont produites, validées et certifiées par le STASS.

Ensuite le STASS transmet les factures définitives à l'UCPS-BM NUTRITION qui assure le paiement des subsides des structures contractantes. Ce processus de paiement se fait selon des délais prévus dans le manuel de procédures FBP.

Les subsides seront versés soit sur les comptes bancaires habituels des ESPr, soit sur un compte dédié ouvert à cet effet.

9. MONTAGE INSTITUTIONNEL

Le schéma ci-dessous présente le montage institutionnel du processus de mise en œuvre du FBP dans les établissements sanitaires privés.



Le montage institutionnel ci-dessus présente les différents acteurs impliqués dans l'implémentation du FBP et les liens qui existent entre ces entités. Il laisse voir que les subsides utilisés pour payer les performances des acteurs impliqués dans la mise en œuvre du FBP proviennent de l'Etat, ses Partenaires Techniques et Financiers et éventuellement les patronats, le FDFP, le fonds de garantie automobile. Ces fonds sont gérés par l'Unité de Coordination des Projets de Santé Nutrition Banque Mondiale (UCPS- NUTRITION BM), qui assure le paiement des subsides. Le ministère en charge de la santé à travers le STASS, la DEPPS, la DMHP, la DIS et l'INSP assure la coordination et la définition des paquets de soins et services que chaque type d'établissement sanitaire privé est habilité à offrir à la population. Ces structures de coordination définissent les normes de qualité d'offre de soins et de services, les indicateurs qui seront utilisés pour l'évaluation de la qualité.

Dans le rôle de régulateur central, ces entités seront accompagnées de la Plateforme du Secteur Privé de la Santé en Côte d'Ivoire (PSPS-CI) qui a pour rôle principal l'accompagnement, la facilitation et le règlement d'éventuels conflits.

Les DDS signent les contrats de performance avec les établissements sanitaires privés, le STASS établit les factures de paiement et les transmettent à l'UCPS-Santé Nutrition. Les évaluations qualités techniques seront réalisées par des évaluateurs capacités provenant du niveau central, des DRS, des DDS et des représentants des faîtières des ESPr.

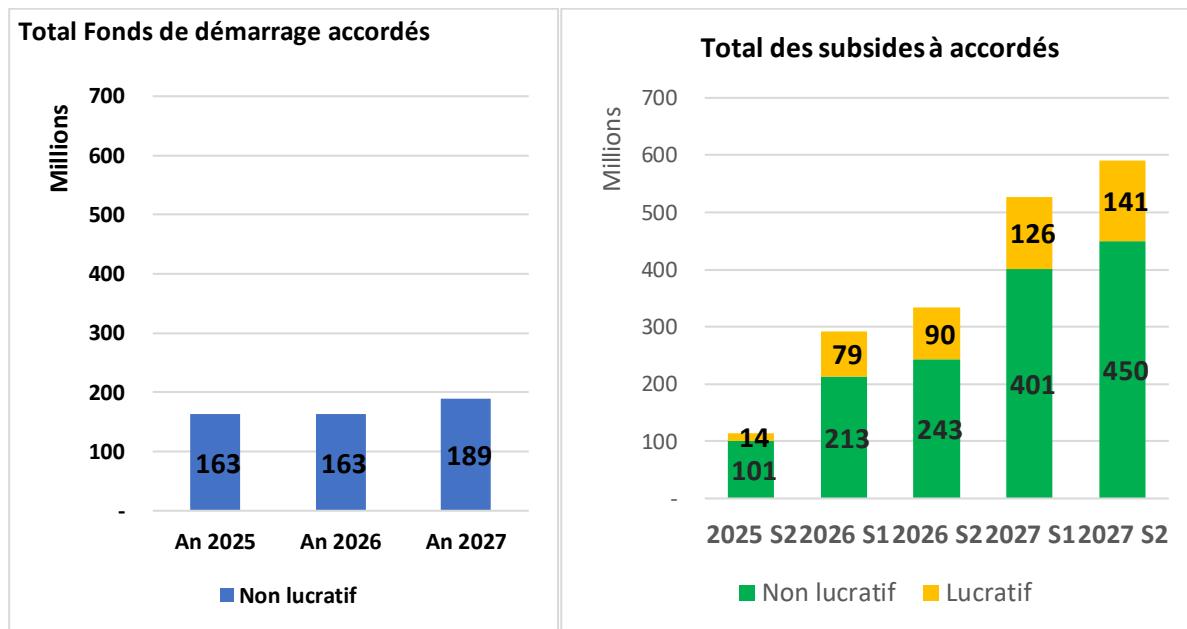
10. BUDGET

Le budget de la phase pilote pour le paiement des subsides des 40 ESPr est estimé à quatre cents millions (400 000 000) FCFA pour les six (6) premiers mois.

Le budget disponible de la phase pilote pour le paiement des subsides des 40 ESPr est estimé à quatre cents millions (400 000 000) FCFA pour les six (6) premiers mois.

Pour 2025, le costing estime les besoins de financement à 163 millions pour les fonds de démarrage et 115 millions pour les subsides, soit un total de 277 millions FCFA.

Estimation du total des fonds de démarrage et des subsides



11. LISTE DES ETABLISSEMENTS SANITAIRES PRIVES (ESPr)

Cent cinquante (150) établissements sanitaires privés seront sélectionnés pour leur mise sous performance dans le cadre du FBP. La phase pilote démarre en avril 2025 avec quarante (40) ESPr dont trente-cinq (35) structures médico-sociales et cinq (05) établissements à but lucratif. L'extension va démarrer à partir de 2026 avec l'inclusion de soixante (60) ESPr et cinquante (50) ESPr complémentaires en 2027.

Ci-dessous la liste des 40 ESPr pour la phase pilote en 2025.

PRES	REGION SANITAIRE	DISTRICTS	ESPr SELECTIONNES
ABIDJAN	DRS ABIDJAN 1	ABOBO-EST	FORMATION SANITAIRE URBAINE DE LA CONGREGATION DES SŒURS DE L'ANGE GARDIEN ABOBO BC
			HOPITAL GENERAL PRIVE CONFESIONNEL SAINTS CŒURS D'ABOBO CLOUETCHA
			CENTRE MEDICAL PRIVE CONFESIONNEL SAINT CŒUR D'ABOBO-TE
			CENTRE DE SANTE URBAIN PRIVE CONFESIONNEL HINNEH D'ABOBO PK18
			GRAND CENTRE MEDICAL ROUTE D'AKEIKOI
		ABOBO-OUEST	CENTRE MEDICAL LES BEATITUDES-ABOBO
		ANYAMA	HÔPITAL GENERAL DON ORIONE ANYAMA
		YOPOUGON EST	HÔPITAL GENERAL PRIVÉ CONFESIONNEL BETHESDA DE YOPOUGON
			CENTRE MEDICAL SAINT LAURENT
		YOPOUGON EST	CLINIQUE MEDICALE LES OLIVIERS

PRES	REGION SANITAIRE	DISTRICTS	ESPr SELECTIONNES
		YOPOUGON OUEST SONGON	FORMATION SANITAIRE URBaine DIOCESAIN SŒUR CATHERINE YOPOUGON MAROC
			CENTRE DE SANTE URBAIN SŒUR PASSIONNISTE DE SONGON ABADJIN
	DRS ABIDJAN 2	KOUASSI	MATERNITE BEON BETHEL
	DRS ME	ALEPE	HÔPITAL SPECIALISE PRIVE CONFESSONNEL DES SŒURS DOROTHEE D'ALEPE
	DRS GRANDS PONTS	DABOU	HOPITAL METHODISTE DE DABOU
			CENTRE DE SANTE RURAL PRIVE CONFESSONNEL NOTRE DAME DE L'INCARNATION LOPOU/DABOU
	DRS SUD-COMOE	GRAND-BASSAM	HÔPITAL GENERAL PRIVE CONFESSONNEL CENTRE DON ORIONE BONOUA
			DISPENSAIRE URBAIN PRIVE CONFESSONNEL SAINT DOMINIQUE-FRANÇOIS COLL DE BONOUA
	DRS AGNEBY-TIASSA	TIASSALE	HOPITAL SAINT JEAN-BAPTISTE
		SIKensi	CENTRE DE SANTE RURAL PRIVE CONFESSONNEL NOTRE DAME D'EVRON DE BECEDI
ABENGOU-ROU	DRS INDENIE-DJUABLIN	ABENGOUROU	CENTRE DE SANTE URBAIN BETHESDA D'ABENGOUROU
			CLINIQUE MEDICALE SAINT DAVID
	DRS MORONOU	ARRAH	DISPENSAIRE PRIVE CONFESSONNEL DU FOYER DE CHARITE DE KOTOBi
			DISPENSAIRE PRIVE CONFESSONNEL CENTRE DE SANTE SAINT-MICHEL D'ARRAH
	DRS IFFOU	PRIKRO	DISPENSAIRE URBAIN PRIVE CONFESSONNEL MERE LEONIA DE PRIKRO
YAMOUS-SOUKRO	DRS BELIER	YAMOUS-SOUKRO	DISPENSAIRE URBAIN PRIVE CONFESSONNEL SAINTE FAMILLE
			FORMATION SANITAIRE URBaine PRIVEE CONFESSONNELLE HINNEH DE YAMOUSSOUKRO
			CENTRE DE SOINS OBSTETRICAUX LA PROVIDENCE
			DISPENSAIRE NOTRE DAME DE L'INCARNATION SUBIAKRO
			HÔPITAL SPECIALISE PRIVE CONFESSONNEL DE KONGOUANOU
			RENAISSANCE SANTE BOUAKE (RSB) ATTENNE DE YAMOUSSOUKRO
	DRS N'ZI	TOUMODI	CENTRE DE SANTE URBAIN PRIVE CONFESSONNEL BIENHEUREUX LOUIS TEZZA
		DIMBOKRO	DISPENSAIRE PRIVE CONFESSONNEL NOTRE DAME DES APÔTRES DE DIMBOKRO
	DRS LÔH-DJIBOUA	BOCANDA	DISPENSAIRE PRIVE CONFESSONNEL SAINTE ANNE DE BOCANDA
		DIVO	CENTRE DE SANTE RURAL PRIVE CONFESSONNEL NOTRE DAME D'EVRON GUITRY

PRES	REGION SANITAIRE	DISTRICTS	ESPr SELECTIONNES
	DRS GÔH	GAGNOA	CENTRE DE SANTE URBAIN PRIVE CONFESIONNEL NOTRE DAME DES APÔTRES DE DIVO
			DISPENSAIRE PRIVE CONFESIONNEL NOTRE DAME DES APÔTRES DE GAGNOA
	DRS MARAHOUÉ	BOUAFLE	CENTRE DE SANTE RURAL PRIVE CONFESIONNEL NOTRE DAME DU CALVAIRE GUIBEROUA
		SINFRA	CENTRE DE SANTE RURAL PRIVE CONFESIONNEL MISSIONNAIRE CHRIST-ROI DE SINFRA
TOTAL : 40			

Annexe 8. Liste des participants à l'atelier de validation du manuel de procédures

N°	Nom et Prénoms	Structure ou Organisation	Fonction du participant	Téléphone	Adresse électronique
1.	ABOU PAULINE KONE	UCPS-BM	CHARGE DE PROJET	0701500783	
2.	ADJAKON AKA ARMANDE ADAMS	DAJC	Chargé d'études	0747248277	armandeadjakon@yahoo.fr
3.	AKE AWOH PIERRE	DGCMU	CT	0707114281	akeawhh@gmail.com
4.	AKRA KOUASSI AUGUSTIN	STASS	AT Economie de la santé, Chef Service	0564171511	augustyx@gmail.com
5.	AMANI ANGO JEAN-NOEL	STASS	AT ACD	0101001851	a.amanistass@aoutlot.com
6.	ALLOUKO ACKA AHA VALENTINE JEANNE	DIS	SFDE chargée de suivi et évaluation	0556983335	valentine.allouko@gmail.com
7.	ANDERSON Camille Flore EPSE OTOKORE	STASS	PHARMACIENNE	0708627755	hmileanderson@gmail.com
8.	ATTIAH GNEVILLE JOSEPH	GCC-ACCIA	Coordonnateur régional	0102976893	j.attiah.acvgccaccia@gmail.com
9.	BAH FABRICE	CNAM	DPREST	0708270732	fabrivr.bah@ipscnam.com
10.	BARHANYWANWA HUBERT JUSTIN	ACV ENAUDIT	Coordonnateur national	0758328852	fhihubert@yahoo.fr
11.	BHEHIRI SIMON	MSHP	DIRECTEUR	07096 0 52	f.blehiri@sante.gouv.ci
12.	BOLOU CHANTAL	STASS	Assistante Qualité	0707813504	bolousc2023@gmail.com
13.	COULIBALY OUMAR	CNAM	DPREST	0758476173	Oumar.coulibaly@cnam.ci
14.	DEMBELE LOSSENI	STASS	ASSISTANT	0758301035	dlos482@gmail.com
15.	DJE KOFFI HYACINTHE	DRS AGNEBY TIASSA	Directeur régional santé	0707697896	djehyacinthe@yahoo.fr
16.	DJIOHOU STEPHANIE LYDIE LAURA	STASS	Chargé de communication	0151919141	djiohoustephanielydielaura@gmail.com
17.	DOUA KOUAMELAN	IGS	Inspecteur	0556601638	bb67kadjo@gmail.com
18.	EDI CHARLES	MSHP CMU	CT	0757377819	edihcharle@gmail.com
19.	GNAMIEN MARIE MICHELLE RAISSE	DGS	Attaché Administratif	0748559485	michelledomoa@gmail.com
20.	GNANGUI DIAN VINCENT	DSCPS	Chef de service	0544366179	gnangui.vincent@dscocom-ci.org
21.	GNIZAKO ERIC	STASS	Coordonnateur Adjoint	0787575557	ericgnizako@yahoo.fr
22.	GAUDET TANIA	UCPS BM	Coordonnateur Adjoint		taniagaudet@yahoo.fr
23.	HYDA JULES	CTNS CI	Coordonnateur des services	0758320290	hyda_j@yahoo.fr
24.	KOFFI ATHANASE KOUAME	STASS	ATGFP	0709925992	koffi_athanase@yahoo.fr
25.	KOFFI KOUADIO STEPHANE	ACV ENAUDIT	Coordonnateur régional	0778707172	dockofsteph@gmail.com
26.	KOFFI YAO JOACHIM	MSHPCM	Conseiller technique	0709918648	joachim.ykoffi@outlook.com
27.	KONATE N'GADIA	DPPS	Economiste de la santé	0758474240	ngadiakonate@gmail.com
28.	KONAN CLOVIS	UCPS.BM	Coordonnateur	0103378320	clovisko@yahoo.fr
29.	KOUADIO EKIAN ARISTIDE	STASS	Responsable FBP Communautaire	0707897698	equiaris2000@gmail.com
30.	KOUADIO LOU CAROLE	STASS	ATJuriste, RH	0708298506	fabiecarole@gmail.com
31.	KOUAKOU KOUADIO ALPHONSE	DEPPS/UCPS-BM	Conseiller technique	0758335364	alcuacu@yahoo.fr

N°	Nom et Prénoms	Structure ou Organisation	Fonction du participant	Téléphone	Adresse électronique
32.	KOUAKOU KOUASSI PAULIN	UCPS/BM	Chargé de projet	0701500784	paulinkouassi1212@gmail.com
33.	KOUAME EPSE BIRO	STASS	IGBD	0151230490	maletta21@yahoo.com
34.	KOUAME GNAMIEN ERNEST	AVEI	Expert en santé publique	0747396421	kouame.aveirci@gmail.com
35.	KOUAME VINCENT	DGCMU	CT	0709686818	
36.	KOUAME YAO BRUCE	STASS	Assistant financier	0707082929	bruceyaokouame20@yahoo.com
37.	KOUASSI N'GUESSAN MAURICE	DEPPS MSHPCMU	Sous-Directeur	0707343861	drmauricenguess@gmail.com
38.	MARIAN WATTARA	BM	Economiste santé	0748848748	mwattara@worldbank.org
39.	MAYAKA MA NITU SERGE	AVEI	Chef de mission	0777893882	mayaka.aveirci@gmail.com
40.	MEITE	DGCMUC	CT	0747378764	
41.	MIEZAN EGNAKOU	DRS BELIER	DRS	0707602319	miezaneagnakou@yahoo.fr
42.	MOROKANT MINAUGO ISMAIL	AG CONSULTING	Responsable suivi et évaluation	0506572032	morokantim@gmail.com
43.	N'DA EHUI EMMANUEL	DRSHPCMU BELIER	Pharmacien	0707648921	ehuimanu@yahoo.fr
44.	N'DJOMON FRANCK ANGODJI	DMHP	Sous-Directeur	0707565699	ndjomonaf@yahoo.fr
45.	NGANDU RICHARD	AVEI	Expert en gestion financière	0777571469	ngandu.aveirci@gmail.com
46.	N'GUESSAN MAURICE KOUASSI	DEPPS		0707343861	
47.	N'GORAN KOUADIO MARC ALAIN	ACV ENAUDIT	Coordonnateur régional	0709511221	nkmarc2011@yahoo.fr
48.	NIAMIEN GNANGON DENIS	DDSHP-CMU GAGNOA 2	Directeur départem. de la santé	0749006756	niamienden@gmail.com
49.	OBITE GBAKRE GUY	AG CONSULTING	Gestionnaire de données	0778585250	gobite@agconsulting-ci.com
50.	OUTTARA ASSINE	CNAM	DPREST	0747414106	ouattara.assane@ispcnam
51.	PIKA JEAN MARC	GCC	DM	0586998899	pika@gmail.com
52.	PONOU ARMAND	STASS	EPR	0707287512	ponouarmandk@gmail.com
53.	SAKO MADI	CNAM	DSI	0779789510	madi.sako@cnam.ci
54.	SOSTHENE N'GUESSAN DOUGROU	MSHPCMU	Conseiller technique	0707051968	sdougrou@outlook.com
55.	TIKOIHI RAPHAEL TONY KOUADJO	MSHPCMU	Directeur Economie de la santé	0575245128	raphaeltonytkoiji@gmail.com
56.	TRAORE AWA EPSE COULIBALY	CNAM	DPREST	0767446866	Awa.traore@ipscnam
57.	TRAORE MORY MOUSSA	DMHP	Médecin	0757051611	doctraore82@gmail.com
58.	TSAFACK JEAN PIERRE	AVEI/GINGER	Assistant technique	0501201980	tsafack.aveirci@gmail.com
59.	YAO ATTA KOUAKOU JOSEPH	STASS	Responsable service formation	0748911457	drpejatta2@gmail.com
60.	YAO KOUAKOU ROBERT	GCC-ACCIA	Consultant	0707682911	ryao.acvgccaccia@gmail.com
61.	YAO MARINA LORAINNE	STASS	Secrétaire	0748130371	marinalorainey@gmail.com
62.	YAO NDA ROSE	STASS	Secrétaire	0758167002	roseyao220@gmail.com
63.	YOROBA GUEBO DEBORA	STASS	Service suivi et évaluation	0757084609	deboraguebo@ymail.com