

Recommendations from the 63rd PBF course in Bukavu - DRC

EN FRANCAIS CI DESSOUS

SUMMARY and RECOMMENDATIONS of 63rd PBF COURSE in DRC

The 63rd PBF course took place in Bukavu from 9 to 21 October with 19 participants from the DRC (16), the Republic of Congo (2) and the Central African Republic (1). The detailed PBF report can be downloaded from www.sina-health.com

The 63rd PBF course was a success. The action plans proposed by the working groups were of a high standard. The course had relatively few participants (19), which allowed for intense exchanges between the participants and the facilitation team. This was appreciated by the participants and their satisfaction with the facilitation was 90% and their satisfaction for participation was 93%. The economics module was considered difficult by a large part of the participants. We regret that economics and health economics is not considered important in the curriculum of most health sector training institutes because it is important for making health systems more efficient. Several participants also indicated that the indices management tool module requires more time. Another wish of the participants was that it is necessary to develop a PBF course more specifically for the PBF in the administration sector.

The presence of Dr. Paul Pilipili Hangi and Dr. Claude Ntabuyantwa of the PBF Unit from Kinshasa was a great asset to share their national experiences as well as to discuss the challenges of the PBF system in the DRC.

The strengths and challenges of PBF in the DRC

PBF in the DRC covers 27.5 million (= 35% of the total) inhabitants with World Bank funding of US \$ 390 million for the period 2015-2019, which corresponds to \$ US 3.00 per person per year. There are 169 Health Zones covered by the PBF program and the PBF provinces have created CDV Agencies (Contract Development and Verification Agencies). The program supports 180 hospitals and 2,818 primary health facilities and is thereby the largest PBF program worldwide.

The PBF in DRC has achieved the following results:

- Output and quality of care indicators show good progress between Q1 2017 and Q2 2017;
- The national PBF manual first published in 2015 is of excellent quality and there were two improved versions;
- The national PBF Unit with the support of the World Bank team succeeded in making PBF (or strategic purchasing) a national policy and a growing number of technical and financial partners harmonized and aligned around the Ministry of Public Health such as USAID, the Global Fund, GAVI, UNICEF, and UNFPA;
- The PBF Unit has successfully introduced a package of 22 indicators for the primary level and of 24 indicators for the hospital level. The selected indicators take into account high-impact interventions, there is geographic equity between health facilities, articulates with flat-rate pricing and includes poor people.
- The PBF approach emphasizes several values: the separation of functions, contracting, verification of output before payment, community verification through local NGOs, management autonomy, the involvement of the private sector, etc.
- Harmonization to use a single PBF web portal. The PBF management platform is accessible from fbp-rdc.org The public space to view project results can be found at front.fbp-rdc.org Project data is available in a DHIS2 database which also hosts the HMIS system of DRC;
- The country applied cascade and large-scale PBF training by training 16 national trainers; training of 515 provincial trainers in 11 provinces in 4 waves of 14 days; training of 2952 primary and hospital level health providers in 4 waves.

However, the PBF program in DR Congo is also confronted according to the PBF Unit members attending the PBF course in Bukavu to the following problems:

- Low coverage by banks in DRC;
- The enormous geographical spread between the provincial capitals and the Health Districts aggravated by the deterioration of roads make access difficult. Some health districts are 500 km from the provincial headquarters;
- The payment cycle is long with over 60 days for the transfer of subsidies into the health facility accounts;
- The web portal is still under construction and it is still impossible to generate invoices online. Data are sometimes unstable;
- Some actors do not master their working tools such as the quality evaluation questionnaire implemented by the district regulators. Some health providers do not master the indices management tool;
- Some provincial CDV Agencies are inexperienced organizations that need support and coaching. The operationalization of the CDV Agencies is often slow.

The facilitation team would like to share some suggestions for improvements that are based on the discussions during the course:

- The main problem of the PBF system is the continuation of the monopolies for inputs such as essential drugs, which according to all participants in the course considerably decreases the efficiency of the PBF system. Some even suggest that this is a killing assumption for the success of the PBF program. Drugs stock-outs returned to South Kivu province after the 2005-2010 impact study written by Pacific Mushagalusa, Celestin Kimanuka, Peter Bob Peerenboom and Robert Soeters funded by Cordaid in the Katana and Idjwi health districts showed that with competition and the accreditation of distributors these problems can be solved. This study was published in the scientific journal Health Affairs in 2011. So we ask on the basis of what scientific evidence the DRC government has decided that the monopoly can better serve the population compared to the approach stimulating competition? The argument that only a monopoly can guarantee the quality of drugs is wrong. The regulators in DRC have marginalized themselves from the reality that the population is already dependent on the informal pharmaceutical sector where the vast majority of transactions take place and where there is no quality control. The best solution will be to strengthen the regulatory function and accreditation, which includes the entire pharmaceutical sector while at the same time stimulating competition.
- Another suggestion from the PBF course was that the accompanying CDV Agency budget of US \$ 0.50 per year per person is too low and should be increased to facilitate better verification, coaching and action research.
- Considering the current debates that the PBF approach is the best strategy for achieving Universal Health Coverage, the budget of US \$ 3.00 per year per person in DRC might also be too low and could increase to US \$ 5 or US \$ 6 per person per year by increasing the number of primary and hospital package indicators (currently only 22 and 25) as well as to enlarge the number of beneficiaries for exemptions by the targeted PBF free health care approach.
- Many provincial CDV Agencies are extremely weak. They could benefit from the support of, for example, a pool of people and organizations in the province of South Kivu (and Kinshasa) who have developed experience with the PBF since 2003.
- The use of Quality Improvement Bonuses (Investment Units) should be used as an instrument for the continuous improvement of infrastructure, equipment, human resources at all levels (service providers and regulators) and not only for the initial support. The QIB could also be used as a variable part of the subsidy budget applied by the CDV Agencies so that in the case of an underutilization of the subsidy budget, there is the possibility of investing the available gap with the QIB in the accelerating infrastructure rehabilitation, purchase of equipment, means of transport, etc.

- The PBF management web platform is only partially functional and the public space for viewing health facility results seems not to work. In addition, the CDV Agency in South Kivu cannot produce any invoices online and are thus obliged to prepare the invoices manually.

FRANCAIS

RESUME du 63ème COURS PBF et RECOMMANDATIONS pour les PAYS

Le 63ème cours PBF a eu lieu à Bukavu du 9 à 21 Octobre avec 19 participants provenant de la RDC (16), de République de Congo (2) et de la République Centrafricain (1). Pour le rapport détaillé visitez www.sina-health.com

Le 63ème cours PBF a été un succès. Les plans d'actions proposés par les groupes de travail sont d'un haut niveau. Le cours avait relativement peu de participants (19) ce qui permettait des échanges intenses entre les participants et l'équipe de facilitation. Cela était apprécié par les participants et la satisfaction pour la facilitation était de 90% et la satisfaction pour la participation de 93%. Le module d'économie a été considéré difficile par une grande partie des participants. Nous regrettons que l'économie ne soit pas considérée important dans le curriculum des instituts de formation du secteur santé ce que nous considérons comme un grand défi pour rendre les systèmes de santé plus efficient. Plusieurs participants ont aussi indiqué que le module outil d'indice nécessite encore plus de temps. Un autre souhait des participants était qu'on nécessite de développer un cours PBF plus spécifiquement pour le PBF dans le secteur d'administration.

La présence de Dr Paul Pilipili Hangi et Dr Claude Ntabuyantwa de la CTN PBF de Kinshasa était un grand atout pour partager les expériences nationales ainsi que de discuter les défis du système PBF en RDC.

Les atouts et défis du PBF en RDC

Le PBF en RDC couvre 27.5 millions (= 35% du total) habitants avec un financement de la Banque Mondiale de \$ US 390 millions pour la période 2015-2019 ce qui correspond à \$ US 3.00 par personne par an. Il y a 169 Zones de Santé qui sont couvertes par le PBF et toutes les provinces affectées ont créé des Unités d'Etablissements Publiques (les Agences de Contractualisation et de Vérification). Le programme couvre 180 hôpitaux et 2.818 formations sanitaires du niveau primaire.

Le PBF en RDC a réalisé les atouts suivants :

- Les indicateurs output et qualité de soins ont une bonne progression entre le T1 2017 et le T2 2017 ;
- Le manuel PBF national publié premièrement en 2015 à une excellente qualité et qui a connu déjà deux versions d'amélioration ;
- La CTN PBF nationale avec l'appui de l'équipe de la Banque Mondiale ont réussi de rendre le PBF ou l'achat stratégique comme politique nationale et un nombre croissant de partenaires techniques et financier ont harmonisé et aligné autour du Ministère de Santé Publique comme notamment l'USAID, le Fonds Mondiale, GAVI, UNICEF et UNFPA ;
- La CTN a réussi pour harmoniser un seul paquet des services de 22 indicateurs pour le PMA et un paquet de 24 indicateurs pour le PCA. Ces indicateurs prennent en compte les interventions à haut impact, l'équité entre les structures, articule à la tarification forfaitaire et incluse des démunis
- Le FBP met en exergue plusieurs valeurs : la séparation des fonctions, la contractualisation, la vérification de l'output avant paiement, la vérification communautaire, l'autonomie de gestion, l'implication du secteur privé, etc.

- Harmonisation pour utiliser un seul portail Web. La plateforme de gestion du FBP est accessible sur admin.fbp-rdc.org L'espace public pour visualiser les résultats du projet sur front.fbp-rdc.org Les données du projet sont disponibles sur une base de données de DHIS2, copie du SNIS de la RDC ; accessible à partir du menu 'visualisations' dans OpenRBF.
- § Formations FBP en cascades et à grande échelle : Formation de 16 formateurs nationaux ; formation de 515 formateurs provinciaux dans 11 DPS en 4 vagues de 14 jours ; formation des 2952 prestataires CS & HGR en 4 vagues.

Cependant le programme PBF en RD Congo est aussi confronté selon la présentation des membres de la CTN à Bukavu aux problèmes suivants :

- La faible couverture en institutions bancaires ;
- L'étendue géographique énorme entre les chefs lieu des provinces et les Zones de Santé ajoute à la dégradation des voies routières qui rendent l'accès difficile. Certaines ZS sont à 500 km de la DPS ;
- Le cycle de paiement est prolongé : T+ 60 jrs pour le virement des subsides dans les comptes des FOSA ;
- Le portail web encore en construction. Il est encore impossible de générer les factures automatiquement. Les données parfois sont instables ;
- Non appropriation des outils par les acteurs : régulateurs pour l'évaluation de la qualité. Prestataires pour l'outil indice ;
- Les EUP (Agences de Contractualisation et de la Vérification) sont de nouvelles structures qui ont besoin d'un accompagnement de proximité, audits réguliers et appui en renforcement institutionnel. Lenteur dans la mise en place de l'ACVE / EUP.

L'équipe de facilitation voudrait partager quelques suggestions d'améliorations qui sont basé sur les discussions pendant le cours :

- Le problème principal du système PBF est la continuation des monopoles pour les intrants qui selon tous les participants du cours impliqués dans le PBF en RDC diminue considérablement l'efficacité du PBF. Certains ont même suggéré que cela constitue une hypothèse fatale pour le succès du programme PBF. Selon les participants, les ruptures sont retournées dans la province de Sud Kivu après que l'étude d'impact 2005-2010 écrit par Pacifique Mushagalusa, Célestin Kimanuka, Peter Bob Peerenboom et Robert Soeters financé par Cordaid dans les ZS de Katana et Idjwi avait montré qu'avec la concurrence et l'accréditation des distributeurs ces problèmes peuvent être résolus. Cette étude était publiée dans le magasin scientifique Health Affairs en 2011. On peut poser la question sur base de quelle preuve scientifique le gouvernement de la RDC a décidé que le monopole peut mieux servir la population par rapport à l'approche proposé dans Health Affairs ? L'argument que seulement le monopole peut garantir la qualité des médicaments n'est pas justifié car en ignorant le secteur pharmaceutique déjà existant en RDC et les problèmes des ruptures au niveau des monopolistes le régulateur en RDC se marginalise de la réalité que la population est déjà dépendant du secteur informel pharmaceutique ou la grande majorité des transactions prend place et ou effectivement il y a aucun contrôle de qualité. La meilleure solution sera de renforcer la fonction de régulation et l'accréditation dans la RDC qui inclut tout le secteur pharmaceutique et qui stimule en même temps la concurrence.
- Une autre suggestion du cours PBF était que le budget disponible d'accompagnement pour les AAP / EUP de \$ US 0.50 par an et par personne est trop bas et pourrait être augmenté pour faciliter une meilleure vérification, coaching et recherche action.
- Egalement avec tous les débats actuels que le PBF est la meilleure stratégie pour atteindre la Couverture de Santé Universelle, le budget de \$ US 3.00 par an et par personne en RDC pourrait aussi augmenter vers \$ US 5 ou \$ US 6 par personne par an en augmentant le nombre des indicateurs PMA et PCA (actuellement 22 et 25) ainsi que les bénéficiaires des exemptions dans le cadre de la gratuité ciblé PBF.

- Plusieurs UEP provinciales sont extrêmement faibles. Ils pourraient bénéficier des appuis par exemple du pool des personnes et organisations dans la province de Sud Kivu (et Kinshasa) qui ont développé de l'expérience avec le PBF depuis 2003.
- L'utilisation des Bonus d'Amélioration de Qualité (Unités d'Investissement) pourrait être utilisé comme un instrument d'amélioration continue des infrastructures, équipements, ressources humaines à tous les niveaux (prestataires et régulateurs) et non plus seulement pour l'appui initial. Les BAQ pourraient aussi servir comme partie variable du budget des subsides pour le UEP de la manière que dans le cas d'une sous-utilisation du budget PMA, PCA il existe la possibilité d'investir le gap disponible avec les BAQ dans l'accélération de réhabilitation d'infrastructure, achat d'équipement, des moyens de transport, etc.
- La plateforme de gestion du FBP est seulement partiellement fonctionnel et l'espace public pour visualiser les résultats des données ne semble pas de fonctionner. En plus l'AAP Sud Kivu ne peut pas produire en ligne les factures des formations sanitaires et ainsi ils sont obligés de préparer les factures manuellement.

RESUME des GROUPEs de TRAVAIL

1. Division Provinciale de Santé - Sud Kivu

La province du Sud-Kivu, est marquée par un conflit permanent, alimenté par les défis que rencontre l'État à assurer la sécurité et les services de base. Le programme PBF financé par la Banque Mondiale au sud Kivu couvre 7 Zones de Santé avec une population cible de 1.6 millions d'habitants. Le score de faisabilité pour un PBF « pur » est de 80%, ce qu'est le score minimum satisfaisant.

Cependant il existe certains problèmes dans la province qui limitent le progrès du PBF :

- Les gestionnaires des structures n'ont pas le droit de décider où acheter leurs intrants auprès des distributeurs de qualité opérant en concurrence. Le projet a donné le marché à un monopoliste 8ème CEPAC qui a reçu des fonds pour acheter les médicaments. Les formations sanitaires doivent mettre leurs fonds dans un compte de ce monopoliste. Lors des évaluations de ce dépôt de la 8ème CEPAC sur la présence de médicaments, les évaluations montrent un score faible respectivement 10% et 42% durant deux trimestres de suite (4ème T 2016 et 1er T 2017). Ainsi, on a remarqué que le problème de rupture de médicaments est retourné à Sud Kivu après une phase de PBF dans les ZS de Katana et d'Idjwi ou les problèmes de ruptures étaient résolus [1]. La solution était que les médicaments pourraient être achetés auprès des distributeurs opérant en concurrence dans la province et le régulateur provincial assurait l'inspection et accréditation de la qualité de ces médicaments.
- Les gestionnaires des structures n'ont pas le droit de recruter et de licencier le personnel ;
- Il n'y a pas une séparation claire entre les fonctions de la contractualisation, de la vérification de l'ACV et la fonction de paiement (absence d'une agence fiduciaire) ;
- Il n'a pas promotion des PMA et PCA complets tel que définis par le gouvernement parce que le nombre d'indicateurs subsidiés reste limité à respectivement 22 et 24.

Recommandations

- Elargir la gamme des dépôts pharmaceutique pré qualifiés ;
- Plaidoyer pour que la Banque Mondiale s'aligne à ces dépôts ;
- Doter les FOSA directement d'un crédit des médicaments afin qu'elles s'approvisionnent dans les dépôts pré-qualifiés sans les obliger d'en acheter chez un monopoliste ;
- Accompagner les FOSA à utiliser rationnellement leur fonds de médicaments ;
- Faire un plaidoyer au niveau national afin de retraiter honorablement les agents fatigués en âge de retraite ;

- Négocier une voie intermédiaire pour recruter les agents qualifiés sous contrat à durée déterminée afin de permettre aux FOSA d'assurer leur autonomie et être compétitive pour assurer un bon fonctionnement et une bonne qualité des services ;
- Faire un plaidoyer dans les différentes réunions du groupe de travail financement afin que tous les partenaires techniques et financiers puissent appliquer le PBF pur comme processus d'atteindre les résultats du PPDS (2016-2020) ;
- Plaider auprès de la CTN le recrutement d'une agence de paiement au niveau de la province afin de veiller au paiement régulier des factures mais aussi de permettre le décaissement régulier des différents projets PBF ;
- Plaider auprès de la CTN de la prise en compte de la globalité des indicateurs du PMA et PCA par l'ACV au niveau de la province afin d'assurer la qualité des soins de santé dans les FOSA.

2. L'Agence d'Achat de Performance de Sud Kivu

Le but de l'AAP est de rendre les services sociaux de base de bonne qualité, accessibles à la population à travers l'approche de Financement Basé sur la Performance. Depuis 2016, l'AAP joue le rôle de ACV dans la province du Sud-Kivu dans sept Zones de Santé.

Le score de faisabilité fait par le groupe de l'AAP présent au cours PBF a démontré un score de 80%. Les problèmes principaux sont :

- Monopole de distribution des médicaments. Dans le cadre du projet, il existe un seul dépôt pharmaceutique pour la distribution des médicaments ;
- Absence d'autonomie de gestion des prestataires. Les prestataires des formations sanitaires ne disposent pas d'autonomie de recruter du personnel dans leurs structures ;
- L'agence d'achat des performances ne dispose pas d'un nombre suffisant de vérificateurs médicaux (1 vérificateur seulement pour 225.000 habitants). Il ne dispose pas de vérificateur BAQ et de vérificateur communautaire ;
- Absence de séparation claire entre les fonctions de la contractualisation et de la vérification de l'ACV et la fonction de paiement. La fonction de paiement est assurée par l'agence de contractualisation et de vérification.

Recommandations

A la Banque Mondiale :

- D'étendre le budget de fonctionnement et d'accorder à l'AAP le nombre requis de vérificateurs en fonction de la population couverte, soit : 10 vérificateurs médicaux, 6 vérificateurs communautaires, 3 vérificateurs d'infrastructures.

A la Cellule Technique PBF

- Afin de promouvoir la concurrence parfaite entre les distributeurs de médicaments accrédités et d'encourager le libre choix de prestataires lors de l'achat des médicaments, d'harmoniser avec la Banque Mondiale sur la libéralisation du marché des médicaments dans toutes les zones PBF ;
- De recruter une agence de paiement afin d'assurer la séparation de fonction de l'ACV ;
- D'améliorer le fonctionnement du portail afin de permettre à l'AAP de produire les factures à partir du portail open RBF.

A la Division Provinciale de Santé

- Tenant compte de l'existence des dépôts pharmaceutiques accrédités dans la province du Sud Kivu, pour renforcer la concurrence entre ces derniers, promouvoir la symétrie de l'information et éviter les retards d'approvisionnement, de rendre disponible la liste des dépôts pharmaceutiques accrédités actualisés à toutes les formations sanitaires ;
- D'accorder une dérogation en faveur du recrutement du personnel contractuel (contrat à durée déterminée) dans les FOSA sous PBF.

3. BDOM Sud Kivu

Le Bureau Diocésain de Développement et des Œuvres Médicales (BDOM) existe depuis 1973 et a joué un rôle important depuis les années 1990s dans le secteur de santé du Sud Kivu. Le BDOM supervise plusieurs Zones de Santé et structures de santé avec une population cible estimée à 2 millions.

Les cinq participants au cours PBF ont constaté des problèmes suivants :

- Faible qualité des services de santé dans les structures sanitaires de la province ;
- Diminution de la capacité d'approvisionnement en médicaments essentiels et génériques et équipements médicaux de qualité dans le rayon d'intervention BDOM ;
- Financement disponible insuffisant pour le BDOM de renforcer les Zones de Santé sous tutelle pour appliquer le PBF : 1,1\$ par habitant ;
- Absence de séparation des fonctions ;
- Le PMA et le PCA sont incomplets. Notamment les activités de PF du BDOM sont limitées aux méthodes naturelles ;
- Absence des unités d'investissements pour l'amélioration des infrastructures et équipement des structures ;
- Mode d'intervention qui est encore basé sur les inputs.

Recommandations

- Plaidoyer auprès des partenaires pour la mobilisation des fonds : i. Augmentation du budget existant ; ii. Elaboration et soumission des nouveaux projets (projet PASS, IHP) ;
- Briefer le staff du BDOM, les gestionnaires des structures sur les exigences et bonnes pratiques du PBF comme notamment l'autonomie des structures, le planning familial, l'autonomie de fonctionnement du dépôt pharmaceutique BDOM ;
- Les participants devront faire une restitution du contenu de ce cours aux organes de décision du BDOM pour leur montrer la nécessité de la redéfinition des objectifs du BDOM par l'adaptation au contexte et les exigences actuelles de financement par les partenaires et les bailleurs de fonds ;
- Les responsables du BDOM devront mener un plaidoyer aux niveaux provincial, national et international pour la mobilisation des ressources nécessaires favorables à la mise en œuvre des activités PBF au sein du BDOM.
- Plaidoyer auprès de la Division, du CPP et de la CTN pour le fonctionnement du BDOM comme agent PBF au Sud Kivu ;
- Plaidoyer pour le renforcement de la voix de la communauté (ASLO)
- Plaidoyer au niveau provincial et national pour amener les partenaires à orienter leurs interventions dans l'approche PBF ;
- Plaidoyer pour le renforcement du fonctionnement du dépôt pharmaceutique sous la tutelle du BDOM ;
- Ouverture des dépôts pharmaceutiques (3 succursales) dans les zones de santé PBF éloignées pour faciliter la concurrence.

4. ASSOMESCA République Centrafricaine

L'Association des Œuvres Médicales des Églises pour la Santé en Centrafrique (ASSOMESCA) est une association nationale à but non lucratif qui est née en 1989. Elle a eu sa reconnaissance juridique en 1994 et est devenue une Organisation non-gouvernementale nationale en 2008. Elle renforce principalement les structures confessionnelles.

L'ASSOMESCA a été agréée comme dépôt grossiste répartiteur le 4 mars 2015 pour l'approvisionnement en médicaments essentiels génériques, consommables et matériels médicaux au bénéfice des formations sanitaires membres et d'autres structures sanitaires.

Problèmes du dépôt

- Chiffre d'affaire insuffisant ;
- Délais longs de livraison des produits ;
- Clientèle restreinte ;
- Prix non concurrentiels ;
- Système de distribution inadéquat.

Activités prévues

1. Faire l'état des lieux de la structure ASSOMESCA. Il s'agira de :

- Connaître la valeur stock des intrants et le chiffre d'affaire des 2 derniers mois ;
- Dégager les dépenses inhérentes aux médicaments ;
- Dégager les charges de l'ASSOMESCA.

2. Assurer un stock suffisant des produits par :

- L'augmentation du stock actuel ;
- La réduction du délai de livraison.

3. Rehausser le chiffre d'affaire par :

- La diversification de la clientèle ;
- La révision de la tarification ;
- Le marketing.

4. Soumettre des recommandations au Conseil d'Administration de l'ASSOMESCA : approche PBF, création d'autres dépôts, sous-dépôts, remise en fonction des structures touchées pendant la guerre.

4. FBR Communautaire OSC/IHP

Le diagnostic sectoriel du PNDS (2016-2021) souligne les éléments suivants : i. Insuffisance d'implication de la communauté ; ii. Faible dynamique communautaire dans l'organisation de l'offre et de la demande des services ; iii. Absence de mécanisme de redevabilité vers la population. En plus, on constate la démotivation et la perte des relais communautaires.

Pour pallier à cette situation, le PBF propose le renforcement de la voix de la population à travers la vérification et le contrôle des activités réalisées au niveau des ménages par les FOSA, et l'examen du niveau de satisfaction des patients par rapport aux services rendus et la valorisation du travail des agents communautaires (marketing social et visites à domicile de qualité).

Problèmes d'exécution de l'approche PBF communautaire

- Le Ministère de la Santé accepte les innovations du PBF comme notamment la séparation entre le marketing social fait par la FOSA d'un côté et les enquêtes de satisfaction (renforcer la voix de la population) fait par les associations locales indépendantes d'autre côté. Cependant, le MS reste aussi attaché aux anciennes pratiques de la participation communautaire où ces deux rôles sont joués par des Comité de Développement de Santé (CODESA) et qui souvent appliquent la cogestion journalière des FOSA contraire aux meilleures pratiques PBF.
- Sélection des ASLO sur base des sentiments et des intérêts privés au profit du régulateur.

Recommandations

- L'Etat puisse renforcer le PBF communautaire prenant en compte les principes de la transversalité avec les autres secteurs.
- Au Ministère de la santé de faire respecter les principes de PBF relatifs à la collaboration entre le CODESA et la formation sanitaire
- L'OSC puisse s'approprier ce plan d'action et mobiliser les moyens pour sa mise en œuvre.
- La sélection des ASLO doit se faire sur base d'un protocole établi d'une manière consensuelle avec accent sur leur opérationnalité au niveau basique (Aire de Santé).

5. Zones de Santé de Kimbi et Kaniola

Problèmes identifiés

- Insuffisance du personnel soignant qualifié dans les structures ;
- Le système ne rend pas les structures autonomes pour le recrutement des agents et l'achat des médicaments ;
- Vétusté des matériels et des structures.

Activités prévues par les ZS

- Informer le régulateur provincial sur l'autonomie des structures
- Recycler les personnels des FOSAS sur l'autonomisation des structures et la gestion des ressources humaines
- Vulgariser la circulaire auprès des responsables des FOSA.

6. République de Congo

La République de Congo a commencé avec le PBF depuis 2012 avec un projet pilote qui a eu de bons résultats. Au terme de cette expérience positive le Gouvernement du Congo et la Banque Mondiale ont procédé à l'extension de ce projet à quatre autres départements et depuis octobre 2015 aussi dans le département de Point Noire sous l'exécution de l'ONG ANEP – CONGO comme ACV.

Problèmes

- Absence d'autonomie des FOSA qui se traduit par : i. la fixation des tarifs de recouvrement des couts par l'Etat et ; ii. L'impossibilité pour les FOSA publiques de recruter et licencier du personnel ;
- Faible qualité de soins offerts à la population au niveau des FOSA PBF PMA (47%) et au niveau des deux Hôpitaux de Base (50%) ;
- Zéro pourcentage des FOSA à PMA exécutant un PMA complet ;

- Zéro pourcentage des FOSA sous FBP appliquant correctement l'outil Indice ;
- Faible proportion (à 51%) des FOSA sous FBP avec un taux d'exécution de leurs plans de management supérieur ou égal à 80% ;
- Faible taux de la disponibilité en médicaments traceurs à 51%.

Recommandations

Au regard du score de scan de faisabilité de 46 (92%), nous proposons les recommandations suivantes :

A l'endroit de l'ACV

- Organiser une restitution de participation du cours international auprès de la Coordination de l'ACV-ANEP et de son personnel ;
- Appuyer les FOSA lors de l'élaboration de leurs plans de management à intégrer progressivement les activités qui manquent ;
- Suivre chaque trimestre l'utilisation de BAQ reçus par les FOSA

A l'endroit du Ministère de la santé et de la Cellule Technique PBF

- Appliquer les meilleures pratiques du PBF pur en respectant l'autonomie des FOSA dans la fixation des tarifs de recouvrements des couts et le recrutement du personnel. Ceci pour une meilleure application du PBF en R.C.
- Organiser un plaidoyer auprès de la Cellule Technique-FBP pour recruter un ingénieur dont la tâche sera d'appuyer les FOSA dans l'établissement des plans de développement d'investissement contenus dans les plans business et vérifie régulièrement les progrès des œuvres ainsi que la qualité du travail.