**Rapport ‘Fonds Qualité ACODEV’– *Rotary Clubs for Development***

**FORMATION FBP**

**COTA - 16/01/2017**

* **Personne de contact :**

Aziza Braekevelt**,** Coordinatrice Générale

* **Nom projet :**

Formation sur le Financement basé sur Performances (FBP)

* **Thématique du projet :**
1. gestion de projet basé sur performance
2. leadership
* **L’objectif poursuivi :**
	+ Formation sur la FBP adressée à RC4D (membres du CA et Comité Projets & Programme DGD) et ses partenaires du consortium (Congodorpen, BAC (+ ses partenaires CAP SANTE, MSCD et FONCABA ainsi que d’autres parties prenantes du programme RC4D (La Chaîne de L’espoir : La Plateforme Hospitalière).
	+ Acquérir une connaissance des bases conceptuelles, les enjeux ainsi que les tenants et aboutissants du FBP, ceci spécifiquement dans le domaine de la santé.
* **Nom et e-mail du consultant /organisme de formation :**

*COTA asbl*

Bruno Mola : Bruno.MOLA@cota.be

Matthieu Antony : mantony@aedes.be

* **Comment le consultant/organisme de formation a été choisi**

Selon procédure interne du RC4D en passant par l’approbation du Comité Projets & Programme, en charge de suivi régulier et d’évaluation du programme DGD.

* **Ce que le consultant/organisme de formation a précisément réalisé avec l’ONG**

La formation FBP

* **Une description des résultats concrets atteints à travers l’action sous forme d’une analyse « avant/après » et leurs effets attendus (produits, changements organisationnels, …).**

*Avant :* Si le FBP a été compris au départ comme étant un outil de suivi et d’évaluation basé sur la performance, remplaçant les systèmes de primes à la performance, qui d’une part renforce le suivi de l’atteinte des résultats et d’autre part, renforce les parties prenantes et partenaires en charge de l’exécution du programme…

*Après :* Avec la connaissance acquise du FPB, dans le domaine de la santé en particulier, nous a révélé qu’il faut entamer la démarche d’implémentation dès la phase de conception du programme ensemble avec les parties prenantes et partenaires du programme. Dans notre cas, ayant introduit un programme commun auprès de la DGD, la mise en place, a posteriori, du FBP dans notre programme DGD est impossible.

Il a été décidé qu’ensemble, avec les partenaires du programme nous définirons une méthodologie FBP commune permettant à chacun de réaliser un projet-pilote FBP spécifique lors de la réalisation de son programme. Cette synergie opérationnelle développée entre les partenaires du programme commun, favorisera le développement de notre dynamique commune et on espère qu’on contribuera ainsi au vus des résultats atteints à partager nos résultats avec nos partenaires/parties prenantes locaux. Ceci contribuera à la mise en valeur de la connaissance acquise par ces derniers et ainsi encourager l’appropriation de notre programme commun.

* **Une évaluation de la qualité du consultant/organisme de formation**

Les formateurs ont posés des questions d’évaluation à la fin de la formation.

* **Les enseignements tirés ou les produits concrets qui peuvent être partagés avec d'autres ONG**

***L’approche FBP d’UNICEF in a nutshell***

1. L’approche FBP doit être comprise et développée dès la phase de conception du projet/programme et implique que les structures de santé sont considérées comme des structures autonomes qui peuvent réaliser un bénéfice au profit d'objectifs de santé publique et / ou de leur personnel. Pour y arriver, les structures doivent jouir d’une autonomie de gestion des ressources. Le paiement ou la mise à disposition de subsides aux bénéficiaires est fait après vérification de leurs performances par l’EUP ou l’AA. Pour renforcer la transparence, le paiement sera fait directement sur le compte bancaire des bénéficiaires.
2. Il est également important de prendre connaissances des FBP existants appliqués dans domaines spécifiques d’intervention.
3. Le FBP implique aussi les communautés bénéficiaires des soins de santé, qui sont sollicitées régulièrement pour apporter leurs analyses propres sur la façon dont les prestataires de soins exécutent correctement ce qu’ils doivent ou sont censés faire. Elles participent donc aux vérifications. Elles aussi peuvent signer qu’elles attendent telles ou telles prestations normées et conclure que les engagements ne sont pas respectés, ce qui influencera négativement le seuil atteint de résultats et donc d’octroi du financement demandé par une structure de soins.
4. Dans le FBP, toutes les structures qui reçoivent le financement signent un contrat de performance avec une agence d’achat ou une administration supérieure comme dans le cadre du contrat unique. Le financement apporté est un financement structurel. Il ne s’agit pas de financements pour supporter les coûts de production des services de santé donc pas seulement des primes comme certains le pensent.
5. Pour assurer ce management, les structures sanitaires (de l’aire de santé à la zone) développent un plan de management chaque trimestre, qui montre comment les moyens seront utilisés et comment les résultats seront atteints. Un diagnostic précis de la réalité du terrain et un état des lieux très rigoureux, incluant les vérifications objectives, sont indispensables pour fixer le but à atteindre par la structure bénéficiaire contractante. Exemple : Dispose-t-on vraiment d’un infirmier formé ? Qui a contrôlé ? Exactitude de l’information ? Démarre-t-on avec un nouveau recruté ? Toute question qu’il faut se poser avant de démarrer.
6. Le FBP met en œuvre une méthodologie de gestion et de contrôle : organes et fonctions de gestion, contractualisation de la démarche, agences d’achat des prestations, de contrôle, des prestations et de régulation et des cadres de performance pour tous les acteurs et dans lesquels la voix de la communauté est renforcée.
7. Pour permettre un jeu de rôle cohérent et éviter le conflit d’intérêt, le FBP se fonde sur le principe de la séparation des fonctions.
* La régulation : est une fonction exercée par le Ministère de la santé publique. Elle se base sur l’application des normes et des directives sanitaires nationales à différents niveaux de la pyramide sanitaire (Niveau central, niveau intermédiaire et niveau opérationnel).
* L’offre des services préventifs, curatifs et de gestion sein des communautés, des centres de santé et des hôpitaux mais aussi à celle des services administratifs (rapportage, renforcement, contrat de performance, capacités, supervision, qui s’assurent aussi de la matérialité des prestations et de leur vérification.
* La qualité : Elle se mesure à deux niveaux : au niveau de la structure sanitaire, une vérification de l’authenticité des prestations et de la qualité perçues par les usagers.
* L’achat : A comprendre ici dans un autre sens que le terme habituel. C’est une fonction par laquelle une structure détermine la nature et les modalités des biens ou services à acquérir chez un prestataire (structures de prestation des soins et administratifs). Il peut être aussi défini comme un acte qui consiste à fixer les types de prestations à payer (prestations cliniques ou administratives), leur coût ainsi que les modalités et les mécanismes de paiement.