



Entreprise certifiée ISO 9001 version 2008



Atelier PBF pour le Cabinet du Ministre, le SG et les Cadres

du 12 et 13 Septembre 2013 à Cotonou, Benin



Benin Atlantic Beach Hôtel

Dr Joseph Catrayé
Dr Christophe Dossouvi
IbouraïmaAoudi
Dr Robert Soeters

Version 180913

CONTENU DU RAPPORT

CONTENU DU RAPPORT	2
1. FAISABILITE DU PBF ET RECOMMANDATIONS	15
1.1 SCORE DE FAISABILITE POUR UN PROGRAMME PBF AU BENIN.....	15
1.2 RECOMMANDATIONS	15
1.3 CONCLUSION	16
2. INTRODUCTION.....	3
2.1 OBJECTIFS ET RESULTATS ATTENDU DE L'ACTIVITE	3
3. DEROULEMENT DE L'ACTIVITE :	4
3.1 CEREMONIE D'OUVERTURE	4
3.2 ACTIVITES DE LA PREMIERE JOURNEE :.....	4
3.3 ÉVALUATION DE LA PREMIERE JOURNEE.....	4
3.4 ACTIVITES DE LA DEUXIEME JOURNEE :	4
3.5 ÉVALUATION DE LA DEUXIEME JOURNEE	5
4. MEILLEURES PRATIQUES PBF	6
4.1 PRESENTATION DES MEILLEURES PRATIQUES.....	6
4.1.1 <i>Importance relative de la qualité, l'efficacité, la pérennisation et l'équité</i>	6
4.1.2 <i>Le PBF peut remplacer les SSP et l'IB</i>	7
4.1.3 <i>L'importance de la concurrence</i>	7
4.1.4 <i>Éviter les monopoles pour les médicaments</i>	7
4.1.5 <i>Rôle du régulateur</i>	8
4.1.6 <i>L'importance de l'autonomie des structures</i>	8
4.1.7 <i>Mécanismes de la participation communautaire</i>	8
4.1.8 <i>Importance d'injecter cash dans les FOSA</i>	8
4.1.9 <i>Libre choix des patients pour les prestataires</i>	9
4.1.10 <i>Recrutement autonome par les structures</i>	9
5. DÉFINITION PBF ET THEORIES	10
5.1 QU'EST-CE QUE LE PBF ET LA PREUVE POUR LE PBF	10
5.2 AVANTAGES POTENTIELS DU PBF	11
5.3 THEORIES PBF	11
5.3.1 <i>Analyse de système</i>	11
5.3.2 <i>Le choix public</i>	12
5.4 AUTRES THEORIES QUI FONT PARTIE DU PBF	13
6. ÉQUITÉ.....	13

1. INTRODUCTION

Un atelier de formation sur le concept du financement basé sur la performance (PBF) s'est tenu pendant deux (2) jours, les jeudi 12 et vendredi 13 septembre 2013 à l'hôtel Atlantique Beach, au profit des membres du cabinet du Ministère de la Santé, des Directeurs Centraux et techniques, des Directeurs d'Agences et des cadres du Ministère. Il s'agit là d'un besoin clairement exprimé par le Ministre de la Santé du Bénin lors du 27ème cours de formation sur le PBF en avril 2013 à Cotonou-Bénin.

Cet atelier a été Organisé par un consortium de cabinets (BEST SD, BASP'96 et SINA Health). Il a été conduit par :

- Dr Joseph CATRAYE, directeur BASP96 ;
- Dr Robert SOETERS, directeur SINA Health ;
- Dr Christophe DOSSOUVI, directeur BEST SD;
- Mr. Ibouaïma AOUDI, de BEST SD en facilitant la logistique et d'autres appuis

Les différentes approches adoptées au Bénin ayant montré leurs limites, malgré les énormes ressources injectées, le PBF pourrait constituer une alternative pour l'amélioration des soins de santé et pour favoriser l'accès équitable des plus démunis en raison de son efficacité prouvée dans d'autres pays.

1.1 Objectifs et résultats attendus de l'activité

Objectif général :

Informier et sensibiliser le Cabinet et les cadres du Ministère de la Santé sur les notions générales de l'approche PBF et atteindre ainsi une masse critique d'acteurs qui adhèrent et qui appliquent cette approche.

Objectifs spécifiques :

- Expliquer les concepts de base et théories du PBF ;
- Expliquer le pourquoi du PBF, les preuves et le bon sens du PBF ;
- Réfléchir sur l'harmonisation de l'approche PBF par l'Unité de Coordination de Programme (UCP) ;
- Présenter une feuille de route pour la mise à échelle du PBF au Bénin ;
- Assurer le financement pour le PBF par le gouvernement et les bailleurs.

Résultats attendus :

Le Ministère de la Santé du Bénin :

- a saisi la pertinence de l'approche PBF;
- a développé une feuille de route et une piste pour un financement harmonisé du gouvernement et des bailleurs ;
- recommande au Gouvernement et au Parlement son adoption comme une approche de développement durable du pays.

La formation a connu la participation de 14 cadres du Ministère de la Santé pour le 1er jour et de 12 cadres pour le second jour. La liste des participants est jointe au présent rapport.

2. DEROULEMENT DE L'ACTIVITE

2.1 Cérémonie d'ouverture

Elle a été présidée par le Docteur Moufalilou ABOUBAKAR, Directeur Adjoint de Cabinet (DAC), représentant le Ministre empêché. Dans son discours, le DAC a indiqué que le Ministre de la Santé porte une attention particulière à cette formation et a exhorté les participants à une bonne assiduité. Il a remercié les organisateurs pour cette initiative au profit du MS et souhaité plein succès à l'atelier.

2.2 Activités de la première journée :

La première journée a été consacrée aux communications sur les thématiques suivantes, faites par les formateurs :

- Des sujets de changement qui peuvent mettre les gens mal à l'aise ;
- Qu'est-ce que le PBF et les preuves de son efficacité;
- L'équité ;
- Les théories PBF.

Ces différentes communications n'ont pas donné lieu à des exposés théoriques mais, à des présentations d'hypothèses suivies de votes et débats débouchant sur des choix précis et consensuels.

La majorité des participants affirment avoir déjà entendu parler du PBF mais ne connaissent vraiment pas le contenu du concept comme le montre le tableau suivant :

Tableau 1 : Raisons de participation au cours

Pourquoi participez-vous à cet atelier?	%	N
Je travaille dans un projet PBF, mais j'ai besoin d'en savoir plus	0%	0
J'ai déjà suivi un cours PBF, mais j'ai besoin d'en savoir plus	8%	1
J'ai entendu parler du PBF, mais ne le connais pas bien	92%	11
Ensemble	100%	12

2.3 Évaluation de la première journée

La journée a pris fin avec les tests d'évaluation des formateurs et d'autoévaluation des participants :

- Méthodologie et facilitation (très) satisfait : 92% ;
- Participation (très) satisfait : 75% ;
- Organisation (très) satisfait : 77% ;
- Respect du temps (très) satisfait : 23%.

2.4 Activités de la deuxième journée :

La deuxième journée a débuté par un rappel des notions vues la veille et s'est poursuivie par de nouvelles présentations telles que :

- Politique Nationale, Régulation ;
- Score de faisabilité pour le PBF au Benin, Hypothèses Fatales.

Suite à ces deux présentations les participants se sont retrouvés en deux groupes pour procéder à l'analyse du score de faisabilité du programme PBF au Bénin et formuler des recommandations. Les discussions en groupe ont été présentées et enrichies en plénière.

2.5 Évaluation de la deuxième journée

La journée a pris fin avec les tests d'évaluations des formateurs et d'autoévaluation des participants :

- Méthodologie et facilitation (très) satisfait : 83% ;
- Participation (très) satisfait : 67% ;
- Organisation (très) satisfait : 92% ;
- Respect du temps (très) satisfait : 92%.

3. MEILLEURES PRATIQUES PBF

3.1 Présentation des meilleures pratiques

En PBF, nous distinguons les 11 meilleures pratiques ou propositions suivantes :

1. Séparer les fonctions de la régulation, de la prestation, de la contractualisation et vérification, de paiement des fonds et du renforcement de la voix de la communauté ;
2. Stimuler la concurrence pour les contrats entre les structures et d'autres intervenants ;
3. Promouvoir le partenariat public-privé avec l'égalité de traitement entre les prestataires publics, religieux et privés ;
4. Le régulateur ne s'occupe pas directement de la gestion des services, mais définit les indicateurs d'output, de qualité et d'équité. Le Régulateur n'intervient que lorsque la FOSA devient un danger pour la santé publique, ou lorsque la FOSA est engagée dans des activités criminelles. Le régulateur fait le costing du budget public avec des paiements additionnels pour les régions vulnérables, les FOSA vulnérables et les individus vulnérables (bonus d'équité) ;
5. Les structures sont autonomes pour embaucher et licencier (hiring & firing), décident comment utiliser leurs fonds propres et répondent aux paquets de santé définis par le gouvernement et la demande des patients ;
6. Les structures doivent assurer que les revenus et les dépenses sont équilibrés, tout en fournissant des services de santé de qualité et équitables, avec un personnel qualifié et motivé au risque du non-renouvellement du contrat et la faillite;
7. Une agence de contractualisation et vérification pour négocier des contrats et faire le coaching des gestionnaires des structures à travers l'utilisation du plan de business et instruments indices ; Le versement des subsides peut être effectué par une organisation différente.
8. Les Associations locales améliorent les intérêts du patient ;
9. Promouvoir l'efficacité et la maîtrise des coûts par les agences d'achat des performances, par le gouvernement qui verse des paiements ou des subventions *en espèces* pour des résultats et non des moyens en nature, et par les structures qui ont le libre choix d'acheter leurs intrants auprès des distributeurs indépendants qui fonctionnent en concurrence ;
10. Cherchez des effets économiques multiplicateurs pour créer des emplois, la croissance économique et les recettes fiscales en injectant des liquidités dans l'économie locale ;
11. Élargir le financement basé sur la performance vers d'autres secteurs que la santé.

Pour présenter les meilleures pratiques du PBF les facilitateurs ont présenté ces idées comme sujets au changement qui peuvent créer l'inconfort pour des acteurs non familiers au PBF. Les réponses des participants aux différentes questions ci-dessous présentent la situation de base des participants face aux différentes assertions PBF et le progrès réalisé à la suite des fructueux échanges.

3.1.1 Importance relative de la qualité, l'efficacité, la pérennisation et l'équité

Pendant le deuxième vote, 84% des participants étaient d'accord après discussions qu'il est nécessaire d'avoir d'abord un système de qualité qui peut durer dans le temps (pérennisation), en utilisant rationnellement les ressources (efficacité), *avant* d'envisager l'équité.

Tableau 2: Hypothèses sur l'importance de la qualité, efficacité, pérennisation et équité

Dans les services sociaux on devrait d'abord cibler la qualité, l'efficacité et la pérennisation avant de cibler l'accès financier et l'équité.	Premier vote (%)	N	Deuxième vote (%)	N
Non, l'équité et l'accès financier sont plus importants	23%	3	8%	1
Oui, je suis d'accord	62%	8	84%	10
Je ne suis pas sûr	15%	2	8%	1
Ensemble	100%	13	100%	12

3.1.2 Le PBF peut remplacer les SSP et l'IB

Tableau 3 : Le PBF peut remplacer les SSP et l'IB.

Le PBF doit remplacer les Soins de Santé Primaires (SSP) et l'Initiative de Bamako	%	N
Non, la base du système de santé est les SSP et l'Initiative de Bamako	61%	8
Oui, je suis d'accord, les concepts de SSP et l'IB ne sont plus adaptés aux exigences de 2013	31%	4
Je ne suis pas sûr	8%	1
Ensemble	100%	13

3.1.3 L'importance de la concurrence.

Tableau 4 : L'importance de la concurrence.

La concurrence et les principes du libre marché sont les bienvenus dans les services sociaux	Premier Vote (%)	N	Deuxième vote (%)	N
Non, les principes du marché créent beaucoup de problèmes	0%	0	0%	0
Oui, je suis d'accord, le manque de la concurrence et les monopoles est à l'origine de beaucoup de problèmes	77%	10	100%	13
Je ne suis pas sûr	23%	3	0%	0
Ensemble	100%	13	100%	13

3.1.4 Éviter les monopoles pour les médicaments

Tableau 5 : Éviter les monopoles pour les médicaments.

Les monopoles p. ex. pour les médicaments essentiels doivent être évités :	Premier vote (%)	N	Deuxième vote (%)	N
Oui, je suis d'accord, la concurrence entre les distributeurs des inputs est une bonne chose pour éviter les ruptures	77%	10	100%	13
Non, les Centrales d'Achat sont moins chers et assure la qualité – le monopole est justifié	23%	3	0%	0
Je ne suis pas sûr	0%	0	0%	0
Ensemble	100%	13	100%	13

3.1.5 Rôle du régulateur

Le rôle de régulateur du Ministère de la santé est bien compris par les participants

Tableau 6 : Rôle du régulateur.

Les fonctionnaires (du MS) ne doivent pas mélanger les rôles de régulateur, le développement des contrats, fournir les services et acheter des intrants :	%	N
Non, les fonctionnaires du Ministère de Santé (ou d'autres) doivent assurer une bonne coordination de toutes les fonctions du système de santé. Ils doivent faire tout.	92%	12
Oui, je suis d'accord, un petit groupe de fonctionnaires devraient seulement se concentrer sur la régulation	0%	0
Je ne suis pas sûr	8%	1
Ensemble	100%	13

3.1.6 L'importance de l'autonomie des structures

Tableau 7 : L'importance de l'autonomie des structures.

La gestion des structures (de santé) doit être autonome. Si, le personnel trouve que la structure lui appartient et bénéficie de ses « recettes », pourquoi va-t-il voler?	%	N
Oui, je suis d'accord	92%	12
Non, le personnel des structures n'est pas capable d'être autonome	0%	0
Je ne suis pas sûr	8%	1
Ensemble	100%	13

3.1.7 Mécanismes de la participation communautaire

L'efficacité des agents de santé communautaire traditionnels n'est pas évidente pour l'ensemble des participants d'où la nécessité de mettre en place une nouvelle approche PBF Communautaire.

Tableau 8 : Mécanismes de la participation communautaire.

La participation communautaire traditionnelle (avec les Comités de Santé et les ASC – ou ASBC) ne fonctionne pas bien:	%	N
Non, selon mon expérience, le système de Comités de Santé et les ASC fonctionne bien	8%	1
Oui, je suis d'accord, j'ai aussi de doutes sur leur efficacité. Il faut introduire une nouvelle approche PBF communautaire	92%	12
Ensemble	100%	13

3.1.8 Importance d'injecter cash dans les FOSA

Tableau 9 : 70% du budget vers les structures de santé et programmes communautaires.

Plus de 70% du budget de la santé doivent être acheminés en espèces (cash – virement) directement vers les structures et les programmes communautaires	Premier vote (%)	N	(%) Deuxième vote	N
Oui, je suis d'accord, injecter de cash dans les structures et l'économie locale est efficace pour améliorer les services de santé	54%	7	92%	12
Non, il n'est pas prudent de donner aux structures en espèces (cash – bancaire)	38%	5	8%	1
Je ne suis pas sûr	8%	1	0%	0
Ensemble	100%	13	100%	13

Il transparaît que juste la moitié des participants est en accord avec le principe de transférer de l'argent cash aux structures sanitaires qui mettent en œuvre le PBF. Les fructueux débats ont permis rallier plus de 9 personnes sur 10 à ce principe fondamental du PBF.

3.1.9 Libre choix des patients pour les prestataires

Les débats permettent de rallier plusieurs indécis à la bonne idée : ici l'idée que le gouvernement doit traiter de la même façon les structures publiques, religieuses et privées (à but lucratif) a obtenu l'adhésion de plus de 3 participants sur 4 après les débats.

Tableau 10 : Libre choix des patients pour les prestataires.

Les patients doivent avoir le libre choix de prestataires. Pour cela le gouvernement doit traiter et financer aussi bien les structures publiques, religieuses et privées (à but lucratif)	premier vote (%)	N	% deuxième vote	N
Oui, je suis d'accord	54%	7	77%	10
Non, le gouvernement doit d'abord appuyer les structures publiques	38%	5	23%	3
Je ne suis pas sûr	8%	1	0%	0
Ensemble	100%	13	100%	13

3.1.10 Recrutement autonome par les structures

Tableau 11 : Recrutement autonome par les structures

Les structures autonomes doivent recruter leur personnel. Pour cela le gouvernement peut affecter des budgets opérationnels pour les structures au lieu d'affectation centralisée des fonctionnaires	%	N
Oui, je suis d'accord, le recrutement et l'affectation centralisés ne sont pas efficaces	93%	13
Non, les gestionnaires de structures ne sont pas capables de gérer leur personnel	0%	0
Je ne suis pas sûr	7%	1
Ensemble	100%	14

4. DÉFINITION PBF et THEORIES

4.1 Qu'est-ce que le PBF et la preuve pour le PBF

Le deuxième module a permis de définir le PBF comme une approche du système de santé axée sur les résultats, définie comme la quantité et la qualité des services produits et qui sont financièrement accessibles. Cela n'est pas différent par rapport aux autres systèmes de santé comme les soins de santé primaires et l'initiative de Bamako. Cependant les stratégies de santé pour la majorité des composantes différentes et pour cela on pense que le PBF. Le système de contractualisation vise à séparer les rôles entre les prestataires, les ACV, le régulateur, le financeur et les représentants de la voix de la population. Le PBF vise à des réformes énormes qui l'éloigneront du système traditionnel ou les rôles ne sont pas distribués entre plusieurs acteurs.

Ici suit la définition du PBF qui montre les caractéristiques de l'approche :

« Le Financement Basé sur la Performance (PBF) est une approche du système de santé (éducation, etc), axée sur les résultats définis comme la quantité et la qualité des services produits qui sont financièrement et géographiquement accessibles aussi pour les vulnérables.

Cela implique que les prestataires sont considérés comme des structures autonomes qui réalisent un bénéfice au profit d'objectifs institutionnels (santé, éducation) et de leur personnel. Il est également caractérisé par des contrats de performance pour les acteurs de la régulation, les agences de contractualisation & vérification, les financeurs et le renforcement de la voix de la population.

Financement Basé sur la Performance applique les forces du marché, mais vise aussi à corriger les défaillances du marché PBF en même temps vise à la maîtrise des coûts et à un mélange durable des recettes provenant du recouvrement des coûts, et des contributions gouvernementales et internationales. PBF cherche sans cesse à tester ces théories par des recherches empiriques et des évaluations d'impact rigoureuses qui conduisent aux meilleures pratiques (voire la note ci-dessous) »

Référence: PBF tire de la micro-économie, l'analyse des systèmes (systemsanalysis) et les théories des choix publics (public choice) et la nouvelle gestion publique (New Public Management). L'efficacité peut être renforcée par des interventions du côté de la demande telles que les « conditional cash transfers », les systèmes de bons (vouchers), les fonds d'équité et les assurances maladies obligatoires.

Avant expliquer cette définition, 25% des participants à l'atelier ont trouvé que le PBF est plutôt un système de financement comparable avec la mutuelle, la gratuité, etc. Après discussion cette proportion a été diminuée à 8%.

Tableau 12 : PBF est une réforme de santé ou un mécanisme de financement

Qu'est que c'est le Financement Basé sur la Performance (PBF)?	% premier vote	N	% deuxième vote	N
C'est un système de financement comparable avec d'autres mécanismes comme la mutuelle, la gratuité, système input, le forfait	25%	3	8%	1
C'est une approche de réforme du système de santé (éducation, etc)	67%	8	92%	12
Je ne suis pas sur	8%	1	0%	0
Ensemble	100%	12	100%	13

4.2 Avantages potentiels du PBF

Le PBF est populaire parce qu'il permet d'avoir des soins de qualité et d'améliorer l'accessibilité financière. Il favorise la bonne gouvernance en raison de sa faculté à valoriser le travail et à permettre au travailleur de s'identifier à sa structure.

Le PBF ayant fait ses preuves dans des pays controversés et dans des conditions d'instabilités il peut être mis en œuvre partout.

Peu d'études publiées peuvent faire aujourd'hui la preuve du PBF. Les données sur ce concept se retrouvent dans des rapports.

Tableau 13 : Les avantages potentiels de PBF.

Le PBF peut avoir des avantages suivants : Avec la population, Avec les professionnels, Avec le gouvernement, Avec les politiciens, Avec les agences de développement. Les déclarations ci-dessus sont :	%	N
Correctes	91%	10
Inexactes	0%	0
Je voudrais ajouter quelque chose	9%	1
Ensemble	100%	11

4.3 Théories PBF

Les théories lie au PBF sont les suivants

- Analyse du système = « SystemsAnalysis »
- Choix public = « Public Choice »
- Théorie de la contractualisation et du PBF
- Bonne gouvernance
- Micro-économie et principe de marché libre
- Économie de santé
- Santé Publique

4.3.1 Analyse de système

L'analyse du système nous permet de comprendre que le PBF est un système complexe qui nécessite une division claire des rôles entre différents acteurs.

Tableau 14 : L'analyse du système

Comment lancer la fusée Apollo à la lune?	%	N
Les animateurs, s'il vous plaît, doivent se concentrer sur les questions de santé et non sur les questions de la lune.	23%	3
Cette notion requiert un leader brillant, qui a dit à tout le monde ce qu'il faut faire.	15%	2
Je n'ai aucune idée.	16%	1
Il a fallu couper la question en plusieurs petits problèmes ou des composants, qui ont ensuite été résolus de manière autonome.	46%	6
Ensemble	100%	13

Tableau 15: Complexité du système de santé

Réformer le système de santé afin que les Objectifs du Millénaire puissent être atteints dans 5 ans est:	%	n
Beaucoup <i>plus facile</i> que l'Apollo pour atteindre la lune	31%	4
Est <i>comparable</i> en difficulté avec le projet Apollo pour atteindre la lune	38%	5
<i>Plus difficile</i> que l'Apollo pour atteindre la lune	23%	3
Les fusées ne peuvent pas être comparé avec les systèmes de santé.	8%	1
Ensemble	100%	13

4.3.2 Le choix public

Les théories de l'intérêt public ou éthique, d'éthique médicale et d'intérêt privé peuvent expliquer le comportement d'un agent public.

Tableau 16: Théorie sur le comportement du fonctionnaire

Quelle théorie explique mieux dans la réalité le comportement d'un fonctionnaire?	%	N
Défend d'abord l'intérêt public?	8%	1
Travaille selon l'éthique médicale? - Serment d'Hippocrate	23%	3
Sert d'abord son intérêt personnel?	69%	9
Ensemble	100%	13

Tableau 17: Salaire fixe

Selon votre expérience, l'augmentation du salaire fixe de travailleurs de la santé permettra de résoudre des problèmes de motivation et ils vont travailler plus dur. Cette déclaration est	%	N
Toujours vrai	16%	2
Vrai en général	8%	1
Peut ne pas être suffisante pour assurer un travail dur	38%	5
Il est peu probable pour assurer un travail dur	38%	5
Ensemble	100%	13

Tableau 18: Le bâton et la carotte

Lequel des énoncés suivants préférez-vous:	%	N
Les incitations positives sont mieux pour motiver les gens. Les incitations négatives ne fonctionnent pas.	8%	1
Les gens ont tendance à avoir peur des sanctions et elles sont plus efficaces que les incitations positives	8%	1
Les incitations financières ne devraient pas faire une différence. Un agent doit être motivé intrinsèquement.	31%	4
Le meilleur moyen de motiver un personnel est un mélange d'incitations positives et négatives.	53%	7
Ensemble	100%	13

Des mesures d'incitations positives et négatives sont proposées pour motiver les différents acteurs. A l'analyse, il a été admis que ces deux mesures doivent être utilisées corrélativement pour asseoir un système performant.

Tableau 19: Mesures incitatives

En théorie des choix publics, nous pouvons appliquer les mesures d'incitation positives suivantes :	%	N
La rémunération du personnel (= salaire + bonus) doit être suffisante pour maintenir sa famille (nourriture, logement, scolarité).	0%	0
Le salaire fixe (souvent mis en place par la loi) doit être raisonnable et garantir les besoins les plus élémentaires	0%	0
Plus de travail devrait se traduire par plus de récompenses. Cela implique que 30-40% de la rémunération devrait être variable et peut être payé en primes de performance PBF	23%	3
L'environnement de travail doit être transparent. Les gestionnaires devraient expliquer les critères qui sont utilisés pour des primes de performance.	23%	3
Tout ce qui précède est valable.	54%	7
Ensemble	100%	13

Tableau 20: Théorie du choix public

En théorie du choix public, nous pouvons appliquer les mesures d'incitations négatives suivantes:	%	N
Des sanctions administratives traditionnelles telles que première lettre d'avertissement, deuxième lettre d'avertissement, la suspension et le licenciement	8%	1
Les agents peuvent ne pas recevoir des primes de performance lorsqu'ils n'ont pas réalisé de tâches prédéterminés.	0%	0
Les subsides des prestataires peuvent être temporairement suspendu ou prendre fin lorsque les normes d'accréditation (qualité) ou des objectifs quantitatifs ne sont pas atteints.	0%	0
Tout ce qui précède est valable	93%	12
Ensemble	100%	13

4.4 Autres théories qui font partie du PBF

1. La théorie des contrats et la nouvelle gestion publique permettent d'introduire des approches de marché pour améliorer l'efficacité dans le secteur public
2. La bonne gouvernance permet d'exécuter, de contrôler, d'influencer et de gérer les affaires publiques par la coopération entre les pouvoirs législatif, judiciaire et exécutif.
3. La microéconomie et les principes du libre marché est liée aux pays démocratique, cherche a développé des partenariats avec le privé, favorise le libre choix pour les patients et la concurrence entre les structures.
4. L'économie de la santé permet, en utilisant les notions d'offre, de demande et d'équilibre, d'identifier les défaillances du marché et les mécanismes pour y remédier.

5. ÉQUITÉ

La troisième communication sur l'équité a permis aux participants d'admettre que ce concept ne peut pas être étendu à l'ensemble de la population. Un système de gratuité n'est applicable qu'aux populations vulnérables. Il ne fonctionne que lorsqu'il existe un mécanisme d'identification des plus pauvres et une contribution des citoyens pour les assister.

Si les instruments traditionnels (assurance maladie obligatoire, la mutuelle de santé et la gratuité) ont montré leur limite, le PBF propose cinq stratégies pour réaliser l'équité.

Il s'agit de :

- Subsidés PBF qui permet de réduire les tarifs de recouvrement des coûts ;
- primes d'équité régionale ;
- primes des structures de santé spécifiques ;
- l'introduction de deux niveaux de subsidés ; un faible pour les patients qui peuvent payer et un plus élevé pour les vulnérables;
- Simuler les initiatives locales pour aider les personnes vulnérables.

6. FAISABILITE du PBF et RECOMMANDATIONS

6.1 Score de faisabilité pour un programme PBF au Benin

Critères pour établir si le programme PBF est pure	Catégorie	Points maximum	Groupe 1	Groupe 2
Le budget du programme PBF n'est pas moins de \$3.00 par habitant et par an dont au moins 70% est utilisé pour les subsides PMA, PCA, scolaires, les contrats des ASLO et les unités d'investissement pour l'infrastructure.	Général	5	0	0
Le programme PBF a au moins 15 indicateurs d'output pour lesquelles les structures reçoivent des subsides et un système d'indicateurs composites de qualité.	Général	3	3	3
Le programme PBF finance les paquets complets des CS (PMA) et des hôpitaux (PCA) et n'est pas restreinte à un nombre limité d'indicateurs d'un programme vertical.	Général	3	3	3
Le programme inclut une étude de base ménage et de la qualité qui permet d'établir des priorités et de mesurer le progrès.	Général	3	3	3
Les recettes du recouvrement sont utilisées au point de la collecte par la structure.	Structure	2	2	2
Les gestionnaires des structures (FOSA, écoles, etc) ont le droit de décider ou acheter leurs intrants auprès des distributeurs de qualité opérant en concurrence.	Structure	4	0	4
Le programme introduit l'outil de la gestion structure le plan de business.	Structure	3	3	3
Le programme introduit l'outil de la gestion structure l'indice	Structure	3	3	3
Les ACV négocient et signent les contrats directement avec les responsables quotidiens des structures et non pas indirectement avec les propriétaires privées ou religieuses.	Structure	2	2	2
Les structures peuvent influencer les tarifs du recouvrement de coûts.	Structure	2	0	0
Les gestionnaires des structures ont le droit de recruter et de licencier le personnel	Structure	2	0	0
Il y a un ACV qui est indépendant des autorités de santé locales avec un personnel suffisant pour effectuer des tâches de vérification médicale et communautaire.	ACV	3	2	3
Les ACV acceptent de promouvoir les PMA et PCA complètes définies par le gouvernement (cela en Afrique concerne souvent des discussions sur la PF moderne).	ACV	3	3	3
Les ACV ont des unités d'investissement pour l'amélioration de l'infrastructure et des équipements des structures.	ACV	3	3	0
Les structures publiques, religieuses et privées ont une chance égale d'obtenir un contrat.	ACV	3	3	3
Il y a des bonus liés aux vulnérabilités régionales et au niveau des structures.	Équité	3	3	0
Le programme prévoit des fonds d'équité pour les personnes vulnérables.	Équité	3	3	3
TOTAL:		50	39	35

Les deux groupes au regard des points faibles relevés au décours de l'exercice du score de faisabilité du PBF, ont formulé les recommandations suivantes :

6.2 Recommandations

1. Critère : Le budget du programme PBF est moins de \$3.00 par habitant et par an dont au moins 70% est utilisé pour les subsides PMA, PCA, scolaires, les contrats des ASLO et les unités d'investissement pour l'infrastructure.

Recommandation : Augmenter le budget du programme PBF en veillant à ce qu'on atteigne les 3 Dollars/ habitant par an.

2. Critère : Les gestionnaires des structures (FOSA, écoles, etc.) ont le droit de décider où acheter leurs intrants auprès des distributeurs de qualité opérant en concurrence :

Recommandation : Autoriser les structures PBF à s'approvisionner auprès des distributeurs de qualité opérant en concurrence.

3. Critère : Les structures peuvent influencer les tarifs du recouvrement de coûts :

Recommandation : Relire le texte qui fixe les missions de la commission nationale de tarification.

4. Critère : Les gestionnaires des structures ont le droit de recruter et de licencier le personnel :

Recommandation : Négocier avec le MEF et MTFP.

5. Critère : Les ACV ont des unités d'investissement pour l'amélioration de l'infrastructure et des équipements des structures.

Recommandation : Introduire les unités d'investissement chez les ACV

6. Critère Il y a des bonus liés aux vulnérabilités régionales et au niveau des structures.

Recommandation : Introduire des bonus liés aux vulnérabilités régionales et au niveau des structures

Ces différentes recommandations seront présentées et discutées avec les autorités centrales du Ministère de la santé, les responsables du projet FBR et les bailleurs.

6.3 Conclusion

L'exercice était fort utile et fort intéressant. Les riches débats notamment sur les questions d'inconfort et la grande adhésion des participants aux principes fondamentaux du PBF sont preuves de la nécessité de former les responsables du Ministère de la santé sur le PBF, surtout dans un contexte où le pays après une phase initiale dans certaines zones sanitaires, s'apprête à passer à l'échelle. L'intérêt que les participants ont porté à cette formation permet de conclure que dans la mesure du possible, la mise en place d'un mécanisme pour renforcer d'avantage les capacités des responsables du Ministère de la santé en PBF (learning coffee, cours standard de 2 semaines, etc) afin de permettre une parfaite appropriation des concepts PBF dans le but d'une bonne mise en œuvre des initiatives PBF au Bénin