



Douala - Cameroun

Report of the 77th Performance Based Financing Course
May 13-25, 2019



The 51 course participants in Douala

**Final Version,
4th of June, 2019
Douala, Cameroun**

Robert SOETERS
Francis SIMO
Walters SHU
Denise TAMGA
Elvis MESSANGA
Jena Claude TAPTUE
Mireille MOUALAL
Victor NDIFORCHU
Fru ANGWAFO

TABLE OF CONTENT

1. SUMMARY	5
1.1 MAIN MESSAGES OF THIS REPORT	5
1.2 RECOMMENDATIONS OF THE ACTION PLAN GROUPS	10
1.2.1 <i>Ministry of Finances Group</i>	10
1.2.2 <i>Ministère de l'Administration Territoriale, Région de l'Ouest</i>	11
1.2.3 <i>PBF in emergency response – North West Region</i>	11
1.2.4 <i>Secrétariat général du Minsanté</i>	12
1.2.5 <i>Cellule Communication MINSANTE - Cabinet du Ministre</i>	12
1.2.6 <i>Division de la Coopération (DCOOP) MINSANTE</i>	12
1.2.7 <i>Secrétariat Technique - Comité de Pilotage Stratégie Sectorielle Santé</i>	12
1.2.8 <i>Direction des Ressources Financières et du Patrimoine (DRFP)</i>	12
1.2.9 <i>Direction lutte maladies, épidémies (maladies non transmissibles)</i>	13
1.2.10 <i>BUNEC Central : le financement de l'État Civil</i>	13
1.2.11 <i>BUNEC antennes régionales (Adamaoua, Extrême-nord, Nord)</i>	14
1.2.12 <i>Districts de sante de la Région du Centre</i>	14
1.2.13 <i>District de la région de l'Ouest</i>	15
1.2.14 <i>La région du Sud ACV - DS</i>	15
1.2.15 <i>Confessional Hospital in the North West Region</i>	16
1.2.16 <i>PBF et institutions sanitaires privées</i>	16
2. RESUME EN FRANCAIS	17
2.1 PRINCIPAUX MESSAGES DU RAPPORT	17
3. INTRODUCTION.....	23
3.1 PERFORMANCE-BASED FINANCING (PBF), A REFORM APPROACH IN PROGRESS.....	23
3.2 AIMS AND OBJECTIVES OF THE PBF COURSE.....	23
3.3 TRAINING METHODOLOGY.....	24
3.4 THE MAY 2019 DOUALA COURSE	24
3.5 WHO ATTENDED THE MAY 2019 PBF COURSE?	25
3.6 COMPOSITION OF THE 51 DOUALA PARTICIPANTS AND FACILITATION TEAM	26
3.7 THE FINAL EXAM, ADULT LEARNING	27
3.8 NEXT ENGLISH PBF COURSE OCTOBER 28 TH – NOVEMBER 9 TH , 2019 MOMBASA.....	27
4. DAILY EVALUATIONS BY PARTICIPANTS.....	28
4.1 DAILY EVALUATIONS BY PARTICIPANTS	28
4.2 METHODS AND FACILITATION	28
4.3 PARTICIPATION.....	29
4.4 ORGANIZATION.....	29
4.5 TIME KEEPING.....	30
5. DESCRIPTION OF THE ENGLISH DOUALA COURSE MARCH 13-25.....	31
6. FINAL COURSE EVALUATION BY PARTICIPANTS.....	34
6.1 GENERAL IMPRESSION OF THE COURSE.....	34
6.2 METHODOLOGY AND CONTENT OF THE COURSE.....	34
6.3 APPRECIATION OF THE DURATION OF THE COURSE.....	35
6.4 COMMENTS ON THE ORGANIZATION OF THE COURSE.....	35
6.5 COMMENTS ON THE EXECUTION OF THE COURSE AND THE FACILITATORS	35
6.6 EVALUATION PER MODULE	36
6.7 WRITTEN COMMENTS DURING THE FINAL EVALUATION BY THE PARTICIPANTS.....	37
7. ACTION PLANS COURSE GROUPS	38
7.1 RECOMMENDATIONS FROM THE 77 TH PBF COURSE PARTICIPANTS	38
7.2 MINISTÈRE ÉCONOMIE, PLANIFICATION AMÉNAGEMENT TERRITOIRE (MINEPAT).....	39
7.2.1 <i>Contexte et justification</i>	39
7.2.2 <i>Problèmes identifiés</i>	40
7.2.3 <i>Est-il possible de résoudre le problème avec le PBF ?</i>	40
7.2.4 <i>Score de faisabilité du programme PBF conçu</i>	41
7.2.5 <i>Recommandations</i>	41
7.2.6 <i>Plan d'actions</i>	41

7.3	MINISTRY OF FINANCES GROUP.....	42
7.3.1	<i>Introduction and context</i>	42
7.3.2	<i>Problem Statement</i>	43
7.3.3	<i>Recommendations</i>	44
7.3.4	<i>Objective of the action plan</i>	44
7.3.5	<i>Measures to be taken</i>	45
7.3.6	<i>Action plan</i>	45
7.3.7	<i>Conclusion</i>	46
7.4	MINISTÈRE DE L'ADMINISTRATION TERRITORIALE, RÉGION DE L'OUEST	46
7.4.1	<i>Contexte</i>	46
7.4.2	<i>Analyse de la situation</i>	46
7.4.3	<i>Recommandations</i>	46
7.4.4	<i>Plan d'action</i>	47
7.5	PBF IN EMERGENCY SITUATION – NORTH WEST REGION	47
7.5.1	<i>Context</i>	47
7.5.2	<i>The Health Map</i>	48
7.5.3	<i>The PBF program in North West region</i>	48
7.5.4	<i>Deteriorating security situation</i>	49
7.5.5	<i>Research questions</i>	49
7.5.6	<i>Findings</i>	49
7.5.7	<i>Discussion</i>	52
7.5.8	<i>Recommendations</i>	52
7.5.9	<i>Conclusion</i>	52
7.5.10	<i>Action Plan</i>	53
7.6	SECRETARIAT GÉNÉRAL DU MINSANTE	53
7.6.1	<i>Contexte et justification</i>	53
7.6.2	<i>Missions du Secrétariat Général</i>	54
7.6.3	<i>Analyse des problèmes</i>	54
7.6.4	<i>Est-ce que le PBF est une solution ?</i>	54
7.6.5	<i>Score de faisabilité</i>	55
7.6.6	<i>Recommandations</i>	55
7.6.7	<i>Plan d'Action</i>	55
7.7	CELLULE COMMUNICATION MINSANTE - CABINET DU MINISTRE	56
7.7.1	<i>Contexte</i>	56
7.7.2	<i>Mission de la Cellule de Communication</i>	56
7.7.3	<i>Analyse des problèmes</i>	56
7.7.4	<i>Recommandations</i>	57
7.7.5	<i>Plan d'action</i>	57
7.8	DIVISION DE LA COOPÉRATION (DCOOP) MINSANTE	58
7.8.1	<i>Context</i>	58
7.8.2	<i>Mission of DCOOP</i>	58
7.8.3	<i>Problem analysis</i>	58
7.8.4	<i>Recommendations</i>	59
7.9	SECRETARIAT TECHNIQUE - COMITÉ DE PILOTAGE STRATÉGIE SECTORIELLE SANTÉ	60
7.9.1	<i>Contexte</i>	60
7.9.2	<i>Identification des problèmes du ST/CP-SSS</i>	60
7.9.3	<i>Recommandations</i>	61
7.9.4	<i>Faisabilité du projet et hypothèses fatales</i>	61
7.9.5	<i>Plan d'action du ST/CP-SSS</i>	62
7.10	DIRECTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES ET DU PATRIMOINE (DRFP)	63
7.10.1	<i>Context</i>	63
7.10.2	<i>Missions of the department of financial resources and patrimony (DRFP)</i>	64
7.10.3	<i>Problems analysis</i>	64
7.10.4	<i>PBF feasibility scan</i>	65
7.10.5	<i>Recommandations</i>	65
7.10.6	<i>Action Plan</i>	66

7.11	DIRECTION LUTTE MALADIES, ÉPIDÉMIES (MALADIES NON TRANSMISSIBLES).....	67
7.11.1	<i>Contexte et justification</i>	67
7.11.2	<i>Analyse du problème</i>	67
7.11.3	<i>Calcul du score de faisabilité de l'approche PBF</i>	68
7.11.4	<i>Recommandations</i>	68
7.11.5	<i>Plan d'Action</i>	68
7.12	BUNEC CENTRAL : LE FINANCEMENT DE L'ÉTAT CIVIL.....	69
7.12.1	<i>Contexte</i>	69
7.12.2	<i>Analyse des problèmes</i>	69
7.12.3	<i>Est-il possible de résoudre le problème par le PBF ?</i>	69
7.12.4	<i>Score de faisabilité du programme PBF existant</i>	69
7.12.5	<i>Recommandation basée sur l'analyse PBF et du score de faisabilité</i>	70
7.12.6	<i>Plan d'action</i>	70
7.13	BUNEC ANTENNES RÉGIONALES (ADAMAOUA, EXTRÊME-NORD, NORD).....	71
7.13.1	<i>Contexte</i>	71
7.13.2	<i>Analyse du problème</i>	71
7.13.3	<i>Est-il possible de résoudre ces problèmes par le biais du PBF ?</i>	72
7.13.4	<i>Le résultat du score faisabilité du programme PBF</i>	72
7.13.5	<i>Les hypothèses fatales existent</i>	73
7.13.6	<i>Les recommandations</i>	73
7.13.7	<i>Le plan d'action</i>	73
7.14	DISTRICTS DE SANTE DE LA RÉGION DU CENTRE.....	74
7.14.1	<i>Contexte et justification</i>	74
7.14.2	<i>Analyse des problèmes</i>	74
7.14.3	<i>Le PBF peut-il aider à résoudre ces problèmes</i>	74
7.14.4	<i>Calcul du score de faisabilité de l'approche PBF</i>	74
7.14.5	<i>Recommandations</i>	75
7.14.6	<i>Plan d'action des équipes cadre des Districts du centre</i>	76
7.15	DISTRICT DE LA RÉGION DE L'OUEST.....	77
7.15.1	<i>Contexte et justification</i>	77
7.15.2	<i>Problèmes</i>	78
7.15.3	<i>Score de faisabilité du PBF</i>	79
7.15.4	<i>Recommandations</i>	79
7.15.5	<i>Plan d'action</i>	79
7.16	LA RÉGION DU SUD.....	80
7.16.1	<i>Contexte et justification</i>	80
7.16.2	<i>Présentation de la Région du Sud</i>	80
7.16.3	<i>Score de faisabilité du PBF dans la Région du Sud</i>	82
7.16.4	<i>Analyse des problèmes</i>	82
7.16.5	<i>Recommandations</i>	83
7.16.6	<i>Plan d'action</i>	83
7.17	CONFSSIONAL HOSPITAL IN THE NORTH WEST REGION.....	84
7.17.1	<i>Context</i>	84
7.17.2	<i>Problem analysis</i>	85
7.17.3	<i>Feasibility score</i>	86
7.17.4	<i>Recommendations</i>	87
7.17.5	<i>Action plan</i>	87
7.18	PBF ET INSTITUTIONS SANITAIRES PRIVÉES.....	88
7.18.1	<i>Contexte</i>	88
7.18.2	<i>Problèmes</i>	88
7.18.3	<i>Recommandations</i>	88

1. SUMMARY

The 77th performance-based financing (PBF) course took place from Monday, May 13 to Saturday May 25, 2019. The objectives of the course were to explain the best practices and instruments and for each participant to develop action plans on how to advance the national PBF reform agenda. The 77th course welcomed a mixed group of 51 participants from the Ministry of Health, the Ministry of Finance, the National Civil Status Registration Office, the Ministry of Economy, Planning & Regional Development, and the Governors' office of the West Region. All participants conducted the final exam. The overall score of 70%, was 3% lower compared to the average of 73% in the previous two years. 8 participants obtained distinctions for their final exam with scores of 87% or more and one participant obtained 100%.

A particularity of this course was that it was simultaneously presented in English and French. This required the full harmonization of the course materials. The large number of participants and the presence of five ministries required a very disciplined course methodology in which the village authorities approach played a crucial role. The methodology became more participatory during this course whereby we reworked the PowerPoint presentations in such a manner that we first presented questions to the participants, which they answered before giving in animation mode the answers. This worked out well. Despite that the course has extended from 12 to 13 days in 2017, the course was still considered short by 38% of the participants. For next courses we may reduce the number of modules so that we only present the most essential aspects and instruments of PBF and concentrate on the main messages only.

The status of PBF in Cameroon

By the end of 2019, 100% of the Cameroun population will be covered by performance-based financing and it will be 10th low- middle income country to achieve this. 100% of the 2.7 million town of Douala is now under PBF with 80-90% of the contracts given to the private sector. The term "PBF" is not mandatory. We can also use the name "results-based financing" or "strategic contracting" (a term preferred by WHO). It took Cameroon 13 years to achieve national coverage in 2019, starting from a small pilot in the East region in 2006, and scaling up in 2011 to four regions. Yet, the changes required to apply the reforms are challenging and the circular written by the Ministers of Health Finance in November 2017 with the orientation to strictly apply the PBF best practices, has not yet been fully implemented due to lack of understanding by important stakeholders. It is also difficult for some to leave their comfort zones towards becoming change agents. Thus, it was imperative to organize in April and May 2019 two courses for in total 110 senior participants from the central level and all the ten regions.

1.1 Main messages of this report

1. Problems with payment and procedures

The main problem faced by the PBF reforms is the delay in the payments by government of the PBF subsidies since October 2018. It has put into danger the success of the PBF program in Cameroon. This delay is due to several problems. Some are not related to the PBF program such as the overspending of government funds so that credit for *all* government expenses was blocked by IMF. Yet, other problems were related to the nature of the PBF payment procedures, which are performance-based instead of input-based and which requires another type of verification, validation and audit. This change in paradigm and procedures are not well understood by crucial stakeholders in the payment system such as those responsible for the budgeting at the Ministry of Health and the Ministry of Finance levels, the parliamentary approval and those responsible for the payments at the regional level such as the regional Treasurer Paymaster Generals, the Regional Finance Controllers and the key staff in the Governors' offices.

The two PBF courses therefore welcomed in total 21 participants from the Ministry of Finance, three finance experts from the Ministry of Health, two representatives from the Ministry of Economy & Planning and Regional Administration and 11 representatives of the Governor's office from all regions. They assisted in their action plans to develop and explain the steps and procedures required for the prompt payment of the PBF subsidies to all PBF stakeholders. This report presents their findings and proposals.

2. Costing of the PBF minimum budget 2020-2022 of USD 4-5 per capita per year

During the courses, the facilitation team also assisted in the costing for the implementation of the national PBF programme 2020-2022 and proposed USD 4,16 for 2020, USD 4,62 for 2021 and USD 5,17 for 2022. This costing *was* successfully included in the three-year budget proposal of the Ministry of Health during the pre-budget conference that took place from 28 to 30 May in Yaoundé. It still needs to be evaluated by the Ministry of Finance before it goes to parliament for approval. We request all those concerned to protect this minimum PBF budget and any reductions.

3. The opportunities to transform more input lines of the government budget into PBF

The analysis of the ministry of health budget shows that several budget lines are candidates to be transformed into performance budget lines. There are several candidates such as :

1. Public Investment Budget (BIP). For example, it proposes to build health centers with the very cumbersome central construction approach. Studies in Burundi and DRC showed that transforming this into PBF quality improvement bonuses, would render this budget 10 (ten) times more efficient. This budget alone could already cover almost 100% of the PBF budget ;

4. Biens et services – It contains several sub-budget lines candidate for transformation into PBF;

2. FINEX (financement de l'extérieur). It requires partners to align with the national health policy of PBF as the strategy towards Universal Health Coverage.

	2020		2021		2022		
	Somme de CP 2020	%	Somme de CP 2021	%	Somme de CP 2022	%	
Fonctionnement	150.430.018.410	50%	160.140.726.458	48%	157.566.247.563	52%	
1. Salaires	43.267.438.297	14%	44.711.120.424	13%	45.711.120.424	15%	Difficile pour transformer en PBF
2. Autres dépenses de Personnel	11.396.485.444	4%	11.149.258.956	3%	11.081.458.956	4%	Difficile pour transformer en PBF
3. Bourses et Stages	1.681.500.000	1%	1.013.500.000	0%	1.029.500.000	0%	Non
5. Transferts		0%		0%		0%	Non
6. C2D	1.696.000.000	1%	2.116.000.000	1%	1.407.000.000	0%	Non
4. Biens et services	92.388.594.669	31%	101.150.847.078	30%	98.337.168.183	32%	Plusieurs d'autres lignes "classiques sont aussi candidats pour transformer en PBF
PBF	35.000.000.000	12%	44.000.000.000	13%	51.000.000.000	17%	
Investissements	150.720.009.355	50%	173.358.542.368	52%	147.117.714.707	48%	
1. Ressources Internes Ordinaires (BIP)	36.013.903.776	12%	31.281.719.174	9%	27.932.181.623	9%	Pourrait etre transformée en PBF BAQ presque integrelement
2. FINEX	100.404.105.579	33%	130.606.823.194	39%	111.115.533.084	36%	GAVI semble avoir exprimee le souhait de transformer vers PBF
3. C2D		0%		0%		0%	
4. PLANUT	8.070.000.000	3%	11.070.000.000	3%	8.070.000.000	3%	
5. CAN	6.232.000.000	2%	400.000.000	0%	0	0%	
Total (I+F)	301.150.027.765	100%	333.499.268.826	100%	304.683.962.270	100%	

4. Collaboration with partners in Cameroon concerning PBF

Course participants in their action plans flagged several problems related to partners continuing their input policies whereby they potentially work against the PBF reforms. We mention the case of input-oriented community programs whereby unskilled community health workers are also given curative tasks. Another problem is the dumping of medicines in the market which impedes the emergence of Cameroonian pharmaceutical distributors accredited by the government. The input policies also forego the possibility to create economic multiplier effects and to strengthen the resilience of the health system. Yet, it appears that some partners such as GAVI positively consider aligning their strategy to the national policy.

5. Which type of emergency response strategy to apply?

The North West Region team wrote an excellent action plan (see paragraph 1.3.4 and 7.4) in which they argue that the PBF equity instruments should be applied to the fullest with the liberal use of the quality improvement bonus payments. Yet, the timely payment of invoices is paramount, and we propose to develop procedures so that the USD 36 million emergency support from the World Bank should be positioned in such a manner that it can carry out immediate payment after receiving the invoices from the district validation committees. The PBF emergency approach is more promising than the traditional humanitarian emergency response strategy. The latter is dominated by international NGOs, it has such as in the NW and SW regions a poor geographic coverage and they weaken the health system by dumping medicines and taking over management responsibilities instead of strengthening it.

6. Several regions still have problems to access essential drugs and other inputs

Several regions such as the Centre, West and in particular the South still report problems with stock outs of drugs in the health facilities due to monopolistic practices of CENAME, some Regional Funds of Health Promotion and religious essential drugs distributors, which oblige their members only to buy from them. Not all regional Delegations of Health have yet accredited and assured the presence of several wholesale distributors in their respective regions. To the contrary, the Littoral Regional Delegation of Public Health has accredited 16 wholesale organizations. The experience in Littoral region shows that stock outs have become rare. Another recommendation of the course participants is that accredited distributors in one region should also have national accreditation so that neighboring regions can benefit. This is important for the West and South regions. Moreover, in the NW and SW regions due to the security challenges it is easier for some health facilities to obtain their inputs from neighboring regions than from Bamenda or Buea.

7. Rationalization of health district and health facility catchment areas

The District Medical Officers, who attended the PBF courses, propose that there is a need to rationalize the size of the health districts. There are rural districts with less than 20.000 inhabitants while other urban districts have more than 800.000 inhabitants. This leads to very poor economies of scale at both extremes and there is need to merge or to split the districts so that the average population is between the minimum of 100.000 and the maximum of 350.000.

The same applies for mapping and rationalization of the health facility catchment areas, which is not yet completed. Yet, for this clear orientations have been given in the PBF national manual and during the courses.

8. Continue the advocacy and expansion of PBF

- Strengthen lobbying so that the instructions for the implementation of the PBF come from the Presidency of the Republic ;
- Make the PBF mechanism a Law ;
- Implement the PBF within the MINFI so that each level obtains performance contracts.

9. The Ministry of Economy, Planning & Regional Development (MINEPAT)

- Review the terms of the financing contracts and advocate with the technical and financial partners to use their resources to purchase results instead of buying inputs such as drugs, food, etc.
- Apply the greater efficiency of locally buying inputs instead of that partners such as UNICEF continue ordering plumpynuts (mostly peanut-based) from outside Cameroon. Review the strategic options to stimulate the private sector to establish local production units and thus to create markets to respond to the demand of the health facilities for supplementary feeding.

For example, the Far North region having serious malnutrition problems is at the same time a promising production area for food.

- The creation of production units to satisfy the demand for supplementary feeding will also create economic multiplier effects at the grassroots level with economic growth and the creation of employment
- Organize short seminars, for the decision makers of the technical working groups.

10. National Civil Status Registration Office (BUNEC)

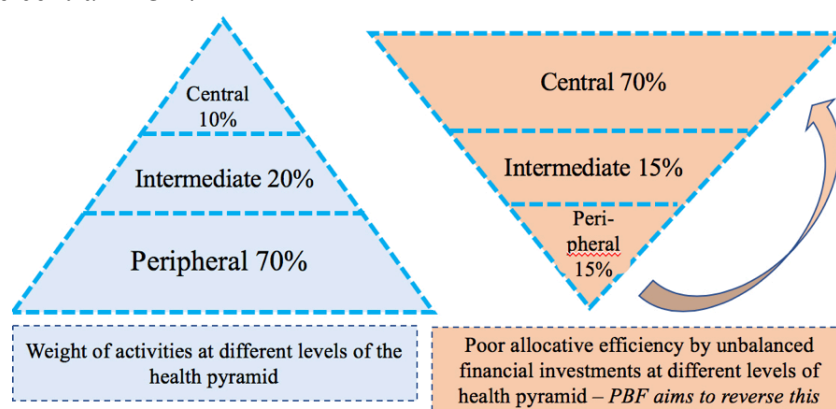
In total seven participants from BUNEC attended the two courses (2 from the central level and 5 from the regional level). The results of the PBF programme to strengthen the civil registration offices in Adamawa and Littoral regions are promising.

Yet, there are still problems to be solved :

- Free civil status registration for the population is not realistic given that the government only provides a small budget for these activities. It would also be erroneous to assume that partner organizations such as the World Bank will continuously finance this activity. Moreover, there already exists a vibrant informal civil registration market, but which is uncontrolled and people are paying more than if there would be a well-implemented official user fee regime.
- A cost-recovery scheme with an equity mechanism for indigenous persons would be justified.
- Review the targets for the civil registration activities (birth-, marriage- and death registration) because the current targets seem to be erroneous.

11. Review the solidarity fund payments by the Ministry of Health

The 10% tax on health facility revenues towards the solidarity fund has the perverse effect of health facilities hiding their revenues in order to avoid this tax. These funds could be better used by the health facilities themselves so that the intended objectives of the solidarity fund can be achieved. There is no convincing reason why the Ministry of Health with its 301 billion FCFA budget for 2020 needs to tax health facilities. The MOH should do the opposite, and instead of taxing health facilities assure that more money from the national budget is injected into the peripheral health facilities and communities. This to encourage quality services and better access for the vulnerable. Taxing the health facilities means taxing the population and the largest proportion of the MOH budget is already spent at the central level and this is what PBF aims to change (see next figure). As alternative for taxing the periphery, the Ministry should accelerate to develop performance contracts with the regulators at all levels including the Directorates and Programs of the central MOH.



12. Assuring that the procedures are in place to promptly pay the PBF subsidies.

The following table presents the steps with deadlines from the budget preparation until the payments of the invoices. All concerned actors should closely monitor the steps and deadlines of this process. It is also proposed by the course participants to develop a financial manual for PBF implementation actors in addition to the PBF circular of November 2017 and what was already written in the PBF manual of Cameroun.

Acteurs	Actions à mener	Comment	Délais
CTN	- Costing Initial du budget de l'Année au niveau PMA, PCA, ECD, Délégation, ACV, Directions Centrales, CTN	- La CTN prépare l'outil costing sur base des exigences de activités prévues et les évaluations et revues réalisées de terrain	Avril
DRFP – avec CTN	- Costing des ressources à allouer aux structures de santé (prestataires, régulateurs, ACV, ASLO) pour le système de santé par l'approche financement basé sur la performance. - Les ressources allouées par le mécanisme PBF couvre les quatre programmes du Minsanté selon les niveaux de pyramide sanitaire.	- La DRSP organise un atelier est de rencontres de concertation avec les acteurs (CTN, DEP) - Cette activité entre dans le contrat de performance de DRFP	Mai - Juin
DRFP	- Analyse de l'Enveloppe Budgétaire officiellement alloué au Minsanté suivi par l'Arbitrage pour finaliser le budget alloué aux structures par le mécanisme PBF. - Finalité : Le montant des ressources selon l'approche PBF <i>est connu et arrêté</i>	- CTN assiste aux rencontres de l'analyse et de l'arbitrage - Introduire dans la Circulaire de l'Exécution du Budget, le principe de dotation annuel unique des ressources des structures sanitaires qui seront allouées à travers l'approche PBF	Juillet - Aout
Assemblée nationale	- Vote la Loi de Finances dans laquelle se trouve le Budget	- Session budgétaire de novembre	Novembre
DRFP	- Suivre au niveau de Direction Général de Budget de MINFI que la dotation des ressources aux structures de santé selon l'approche PBF est fait en <i>délégation automatique, annuel et unique</i> auprès des contrôleurs financiers régionaux	- Rencontre avec les sectorielles santé à la Direction Générale de Budget pour s'assurer que la dotation de ces ressources est fait de manière automatique, annuel et unique	Novembre - Décembre
Contrôleur Financier - Action 1	- Télécharger le Budget à partir d'une clé USB de la Direction Général de Budget dans PROBMIS. - Imprimer les autorisations de dépense (cartons) - Distribuer les autorisations de dépense (cartons) et les carnets de bons de commande (cela explique le titre) à la DRSP	- Application informatique PROBMIS ;	Au plus tard le 15 Janvier de l'année N
DRSP – Action 1	- Le Délégué envoie le projet de décision de déblocage unique pour toute la dotation annuelle régionale au Gouverneur ;	- Dès la réception du carton venant du contrôleur financier	48h (17 Janvier de l'année N) ;
Gouverneur Action 1	- Le gouverneur reçoit le projet de décision de la DRSP, le mets en forme et l'envoie au Contrôleur de Finance pour le Visa Budgétaire	- Dès la réception du projet venant de la DRSP	48 h (19 janvier de l'année N
Contrôleur Financier - Action 2	- Le contrôleur régional appose le Visa Budgétaire sur le Projet de décision qu'il a reçu du Gouverneur	- Dès la réception du projet venant du projet de décision venant du Gouverneur	48h (21 Janvier année N) ;
Gouverneur Action 2	- Le gouverneur signe la décision de déblocage de la totalité de la dotation régionale et la renvoie au Délégué Régionale de la Santé Publique	- Dès la réception du projet venant du contrôleur régional	48h (23 Janvier, année N)
DRSP Action 2	- Le Délégué engage et ordonnance la totalité de la dotation régionale et transmet le dossier au contrôleur régional de finance	- Par un bon de commande dès la réception de la décision de déblocage venant du Gouverneur	48h (25 janvier année N)

Acteurs	Actions à mener	Comment	Délais
Contrôleur Financier - Action 3	- Le contrôleur financier régional traite et transmet la dépense au TPG	- Il utilise l'application PROBMIS dès réception du bon de commande engagé	48h (27 janv. année N)
Trésorier-Payeur Général Action 1	- Le TPG traite la dépense et procède à la mise de la somme totale dans un compte de dépôt, et ouvre un registre de suivi	- Il utilise l'application informatique CADRE.	48h (29 janv. année N);
Trésorier-Payeur Général Action 2	- Le TPG procède au paiement dès réception des justificatifs (factures des comités de validation des districts)	- Il utilise l'application informatique SYSTAC et ses délais sont les suivants : Le 2 de chaque mois pour le PMA-PCA et le M pour les DS et la DRSP).	24h après PEC (29 janv. N) - 48h
Contrôleur Financier - Action 4	- Traitement et transmission de la dépense au TPG	- Fichier PROBMIS et Dossiers physiques - dès réception du bon de commande engagé	48h (25 janv.N)

1.2 Recommendations of the action plan groups

1.2.1 Ministry of Finances Group

There is need for a shift in the system that now governs the budgetary and financial chain in the regions to adapt it to the new PBF exigencies. In this respect, we recommend the following:

1. The finance services should systematically apply the dispositions of the joint circular letter No D36-56 of 3rd November 2017 by the Ministers of Finance and that of Public Health bearing on the opening and running of accounts in commercial banks by health institutions for PBF credits for regions and districts.
2. Rendering efficient the mechanism of single, global and annual allocation and disbursement of PBF funds at the regional and local levels ;
3. Paying performance indicators timely and directly into the bank accounts of the frontline health structures that provide the health services ;
4. Elaborating a post-operations report, detailing statistics of quarterly control and payment operations, addressed to the Regional Delegate of Public Health copying the MINFI, CTN and the Governor. The report should explain in how far the payments effected correspond with the costing projections and highlight the problems encountered in the process and propose corrective actions.
5. Putting in place a quarterly Regional Coordination Meeting to harmonize actions and procedures as well as offering solutions at the regional level to administrative, financial and technical issues hampering the PBF system. The invitations for the meetings will be prepared by the Regional Delegate of Public Health and signed by the Governor. It will be presided by the Head of Division in charge of Economic and Social Affairs at the Governor's Office. The Regional Finance Controller and the Paymaster General of the Region should be members.
6. Eliminating the instituted regional administrative decision to be signed by the Governor of the region in order to reduce superfluous procedures.
7. Institute a quarterly cash quota from the unique account at the level of BEAC for the payment of PBF invoices with respect to the total budget of PBF as was recently the case with Additional Council Taxes for Councils.
8. Computerize of the entire procedure and documents at the level of finance services of the region to curb the slow treatment of files by manual means and prevent the shortage of finance documents such as commitment booklets that delay payment.

9. Training of actors in the expenditure chain on the PBF mechanism to ensure pro-activeness at the starting point of the chain to ensure programming and timely payment.
The training should also include the officials of the Supreme State Audit and other audit actors at all levels in order to avoid misunderstandings. This also to avoid that PBF actors are brought before the courts for mismanagement for bridge of procedures and misappropriation of public funds.

1.2.2 Ministère de l'Administration Territoriale, Région de l'Ouest

- Créer un comité de coordination et de suivi au niveau régional des activités du PBF présidé par le Gouverneur ;
- Étendre l'approche PBF à d'autres administrations, en l'occurrence le MINAT avec pour structure pilote le Secrétariat Général des Services du Gouverneur.

1.2.3 PBF in emergency response – North West Region

The socio-political crisis in the North West Region of Cameroon that started in 2016 and aggravated by the end of 2017 had a hard toll on the health situation. It has led to the drop of critical health indicators. 19% of the health facilities closed and 17% of qualified personnel left their stations due to security risks. Yet, those health facilities that already applied PBF before the crisis resisted the adverse situation in the region significantly better than those which enrolled later. Added to the crisis was the delay of payment of PBF subsidies since October 2018. If the prompt payment of subsidies resume, staff will stay on their jobs and continue to deliver the services. This report also shows that the PBF emergency approach is much more effective and efficient compared to the traditional emergency medical assistance approach.

Recommendations

- The prompt payment of subsidies (and its arrears) to the PBF actors in the region should be priority number one for government and partners. This would go a long way for health workers working under difficult circumstances to continue rendering services to the population. This would also allow health facilities that are closed to reopen and qualified personnel to return to their job sites or more qualified personnel be recruited.
- Allocate more widely the quality improvement bonuses to non-functional health facilities so that they re-open and render the services operational.
- Continue to apply and improve the PBF emergency approaches in the NWR. This, such as shown in this report, is the best approach to deal with the crisis,
- Include for the North West Region a specific equity indicator addressing the vulnerable minority groups such as the Bhororo.
- Other partners should be lobbied to assist in the Region but should also apply the PBF principles instead of weakening the existing system.
- Improve social marketing by doing refresher trainings with community actors with the aim to develop more adaptive mobilization strategies, minorities inclusive
- District management teams should hasten the reopening of health facilities that were closed and should involve the community as much as possible.
- All belligerents both from the military and the secessionists should be sensitized to respect the code of conduct during crisis not to attack or aggress health workers. This should be matched with a higher equity bonus so that higher bonuses can be paid for those health workers willing to risk their lives in the very hot zones.
- Health faculties should continue working with their community health workers so that they can enhance promotional outreach activities to boost the production of the health facilities.

- The Regional Delegation of Public Health should ensure that there are multiple accredited distributors in the North West Region that provide inputs to the health facilities and provide also the list of accredited distributors from the neighboring regions so that health facilities know where to buy quality drugs.

1.2.4 Secrétariat général du Minsanté

- Formation des responsables sur la démarche du PBF
- Rédaction des Business plan des services rattachés
- Élaboration de la grille de vérification des services rattachés
- Signature des contrats de performances

1.2.5 Cellule Communication MINSANTE - Cabinet du Ministre

- Contractualiser avec la CTN sans délais pour l'amélioration des performances de la Cellule de communication ;
- Travailler en synergie avec les autres acteurs pour le traitement des informations et publications sur le PBF ou autres sujets ;
- Densifier la communication sur le PBF avec les différents supports, dépliants, posters, oriflammes, bandes passantes etc.

1.2.6 Division de la Coopération (DCOOP) MINSANTE

From a PBF perspective, DCOOP identified several weaknesses in putting in place partnerships with adequate orientation and follow-up. The PBF approach is results-based and aims at reforming the present health system. Yet most partner policies are input-based with a lot of lapses. DCOOP should execute their activities and discussions with partner based on the PBF principles and tools. For this purpose there is a need sign a performance contract by DCOOP with the Secretariat General based on:

- Information and communication about partnership map;
- Sensitization of local and international partners on the need to apply PBF approach in executing their activities;
- Reinforce advocacy and orientation of partners towards PBF approach.

1.2.7 Secrétariat Technique - Comité de Pilotage Stratégie Sectorielle Santé

D'après les orientations stratégiques évoquées et la situation actuelle l'action du ST/CP-SSS sera articulé autour de trois axes à savoir : (i) le Renforcement du cadre institutionnel de pilotage stratégique ; (ii) Amélioration de l'alignement et de l'harmonisation des interventions des Partenaires Techniques et Financiers ; (iii) Amélioration du cadre de travail au ST/CP-SSS.

1.2.8 Direction des Ressources Financières et du Patrimoine (DRFP)

The budgetary allocation of the MOH is just about **7,5%** of the National Budget which is far below the **15%** standard set by the **Abuja declaration**. The budget allocated to buy performance through PBF is approximately 8.6 billion FCFA representing only 3% of the budget of MOH contrary to the at least 20% standard agreed by the government during their budget support meetings with IMF and the World Bank. The budget originates from the central administration and is being imposed on the periphery (top-bottom planning) rather than consolidating the **business plans** of the operational units through the PBF approach. This results in an reverse financial pyramid not in line with the health pyramid, where 80% of the health activities take place

There is still a lot of fear in information sharing within the department and the other ministerial departments involved in the budgetary procedure of the MOH. Moreover, PBF is not well mastered by all parties involved in the elaboration of the budget of the ministry (MINEPAT, MINFI) and MOH. Moreover, the existing legal dispositions or text in the health domain does not permit for the optimal allocation of scarce resources. The example of the text governing the distribution of “quote-part” and motivation.

The main issue here now is to look at the best possible way to address these problems so as to be able to realize Universal Health Coverage. The best reform approach applicable is the **Performance Based Financing (PBF)**.

Recommendations

- Advocate to the Prime Minister, Head of Government to increase the Budgetary Ceiling of the Ministry of Public Health to reflect the Abuja Declaration.
- Encourage Bottom-up planning and budgeting.
- Advocate to redirect the health fund going through the Local Councils of over 6 billion FCFA to be channeled directing to the beneficial Health Facilities in the form of Quality Improvement Bonuses (**QIB**).
- Advocacy to create a special line in the budget of the **MOH** basically for PBF as well as advocate through the DGB/MINFI (**Director General of Budget/ MINFI**) to include it in the **circular letter**.
- Advocate for the prioritization of the **MOH** in Public Spending especially at the level of payment. Activate the various financial channels of payment for automatic payment of the budgetary allocations of the ministry concerning subsidies to health facilities.
- Recruiting and training many more participants from the DRFP of the MOH, **Department of Studies and Planning (DEP)** of the MOH, MINFI and MINEPAT to understand the importance of PBF.
- Advocate looking at possibilities of putting in place a **National Health Fund** or **BANK** to help hospitals awaiting payments to borrow funds from at almost zero interest and pay back when the funds are available.

1.2.9 Direction lutte maladies, épidémies (maladies non transmissibles)

Les maladies non transmissibles (MNT) constituent un problème mondial et croissant de santé publique. Selon l’OMS (2017), les maladies non transmissibles (MNT) tuent 40 millions de personnes chaque année, ce qui équivaut à 70% de tous les décès à l’échelle mondiale.

Le présent document de stratégie est élaboré dans la perspective de réduire de façon significative la charge morbide et l’impact socio-économique induits par les MNT au Cameroun.

Recommandations

- Briefer le personnel de la DLMEP sur l’approche PBF (inciter à l’amélioration des performances) ;
- Harmoniser les outils de collecte (DHIS2 et portail PBF) de données qualitatives ;
- Rechercher les financements en identifiant les partenaires et les programmes;
- Coordonner la mise œuvre optimale du Plan stratégique national de lutte contre les MNT dans le PBF.

1.2.10 BUNEC Central : le financement de l’État Civil

L’absence d’un mécanisme de financement stable et pérenne de l’état civil ne garantit pas un enregistrement exhaustif des faits d’état civil et un service de l’état civil de qualité. Le principe de gratuité qui gouverne le système impact sur la qualité du service et conduit à la résilience des

dysfonctionnements du fait des rémunérations parallèles et de l'absence de compensation financière des agents. De même, la gratuité ne permet pas un recouvrement des coûts par les prestataires susceptible de supporter les investissements inhérents à la réforme du système.

Recommandations :

- Pallier l'obstacle du principe de gratuité en admettant un recouvrement des coûts sur la base d'une « vignette », à partir des prestataires non directement impliqués dans la chaîne d'établissement des actes d'état civil (FOSA, écoles, structures administratives et religieuses) ; **Cette démarche n'est pas bien compris par les facilitateurs – vignettes ?? SVP expliquer ..**
- Appliquer l'équité à travers l'alignement du système de détermination des indigents calqué sur le modèle de la santé ou adopter un système de détermination d'indigence spécifique à l'état civil ;
- Libéraliser l'acquisition des intrants en accréditant plusieurs prestataires définis par l'imprimerie nationale ;
- Fixer une rémunération des acteurs d'état civil secondaires basée sur le modèle du PBF (partie fixe en termes de salaire et partie variable en termes de performance) ;
- Mettre les Directions et structures déconcentrées du BUNEC sous contrat de performance ;
- Faire une évaluation nationale du système de l'état civil afin d'envisager son adaptation aux mécanismes du PBF.

1.2.11 BUNEC antennes régionales (Adamaoua, Extrême-nord, Nord)

- **A l'endroit de la direction générale :** Au niveau stratégique, on peut s'inspirer de l'approche PBF pour améliorer qualitativement et quantitativement l'offre de service au niveau national
- **Pour la banque mondiale :** l'extension du PBF dans les 10 agences régionales du BUNEC et la pérennité ; le paiement des subsides pour une meilleure motivation du personnel du BUNEC et des centres d'état civil et enfin une révision des indicateurs outputs ; intégrer la justice et le MINAT, MINDDEVEL, MINAS.
- **Au niveau des agences régionales :** implémentation de l'approche PBF et la redéfinition des indicateurs qualité et quantité à l'état civil et la mise à disposition des ressources et le renforcement des capacités du personnel des agences régionales BUNEC et des autres acteurs (justice, MINPROFF, ASLO, autorités administratives leaders religieux et traditionnels, radio communautaires).

1.2.12 Districts de sante de la Région du Centre

Analyse des problèmes

- Absence de cartographie adaptée au FBP dans les districts de santé non adaptée ;
- Manque de connaissance des prestataires sur le FBP ;
- Insuffisances en ressources humaines (en qualité et en quantité) ;
- Inefficacité du système d'approvisionnement en médicaments ;
- Matériel roulant, infrastructures et équipement ne sont pas optimales.

Recommandations

- Découper les DS à forte densité (DS de Nkoldongo)
- Élaborer la cartographie des FOSA dans nos DS selon le FBP
- Renforcer des capacités des prestataires sur le FBP
- Évaluer besoin en ressources humaines
- Mettre en place un mécanisme de recrutement
- Acquérir la liste de fournisseurs agréés

- Disséminer la liste de fournisseurs aux prestataires
- Évaluer les besoins logiques
- Acquérir le matériel et des infrastructures

1.2.13 District de la région de l'Ouest

Analyse des problèmes

- Insuffisance qualitative et quantitative du personnel au District ;
- Insuffisance, inexistence et / ou vétusté des infrastructures (bâtiments, clôtures,...) dans le District ;
- Insuffisance et / ou vétusté des équipements et de la logistique (chaîne de froid, parc informatique, parc automobile, ...) au niveau du district ;
- Insuffisance et / ou absence de sources d'eau et d'énergie électrique constantes et alternatives dans le district ;
- Difficultés financières dans la mise en œuvre des activités de supervision / suivi / évaluation des structures et de formation continue des personnels de santé dans le District ;
- La distribution géographique des FOSA n'obéit pas aux besoins de la cartographie sanitaire.

Recommandations

Au niveau central

- Favoriser la mise à disposition rapide des avances pour le démarrage des activités
- Renforcer le montant des BAQ de démarrage
- Faciliter le déblocage des fonds alloués aux structures

À l'ACV de la région de l'Ouest

- Accentuer la formation continue du personnel au PBF

A la Délégation Régionale de l'Ouest

- Faciliter le déblocage des fonds alloués aux structures

Aux Districts de Santé

- Élaborer une cartographie des aires selon les normes PBF.

1.2.14 La région du Sud ACV - DS

Recommandations

- Renforcer la mise en œuvre de l'approche PBF dans la région du Sud.
- Désigner des responsables à la tête des districts de santé de Kribi et Lolodorf et à la tête des formations sanitaires publiques qui en sont dépourvues
- Plaider auprès du DRSPS pour l'installation et l'accréditation des fournisseurs agréés autres que le FRPSS
- Élaborer et actualiser les cartographies des districts des 10 districts de santé du Sud
- Négocier et signer les contrats entre la DRSPS et les districts de santé
- Former d'ici fin juin 2019 les responsables des formations sanitaires des districts de santé qui sont nouveaux dans la mise en œuvre de l'approche PBF
- Recruter et former trimestriellement environ 54 ASLO dans les 10 districts de santé
- Négocier et signer trimestriellement des contrats avec environ 135 formations sanitaires et environ 54 ASLO
- Assurer le coaching des FOSA et des ASLO
- Intégrer l'antenne régionale du BUNEC dans le PBF
- Former les acteurs des autres secteurs clés notamment ceux du MINFI.

1.2.15 Confessional Hospital in the North West Region

In Cameroon, missionaries have remained important stakeholders in the health domain. Across the country, there are hospitals run by various religious congregations. Before the socio-political crisis plaguing the Anglophone regions, these health facilities were functioning at their peak, with many patients streaming from all over the national territory and beyond. When the crisis started in October 2016, it greatly affected these institutions and till date, the situation has grown worse, reducing the performance of the health facilities to 30% only.

Recommendations

- Carry out advocacy on PBF approach and its importance to the institutions
- Train on the usage and benefits of the indices tool
- Strongly advice on the implementation of the PBF best practice approach
- Design a system to put HF on performance evaluation
- Institute and reinforce the depreciation/investment process in all HF.

1.2.16 PBF et institutions sanitaires privées

Recommandations

- Il est urgent que le gouvernement adopte une stratégie unique de prise en charge des interventions communautaires, et que soit abolie la confusion créée au niveau des chefs d'aires et des ASC face aux deux approches de soins contradictoires.
- Il important que des représentants de ce système privé soient impliqués dans les formations en vue de la prise en compte des réformes dans divers domaines du secteur privé.
- Un travail de recherche – action comparant la stratégie et les résultats opérationnels des UN /FM de PEC des ISDC et celles du PBF permettront de nourrir un plaidoyer à l'endroit du gouvernement en vue de l'harmonisation des politiques des santés et de l'alignement de tous les acteurs sous le PBF adapté comme politique nationale.
- Introduire dans les débats stratégiques des partenaires (FM, UN) les principes PBF pour changer le paradigme des inputs et activités communautaires des ASV vers le paradigme de performance et de la professionnalisation des activités communautaires.

2. RESUME EN FRANCAIS

Le 77^{ème} cours sur le financement basé sur la performance (PBF) s'est déroulé du lundi 13 mai au samedi 25 mai 2019. Il avait pour objectif d'expliquer les meilleures pratiques et les instruments, et a permis à chaque participant d'élaborer des plans d'action pour avancer le programme national de réforme du FBP. Le 77^{ème} cours a accueilli un groupe mixte de 51 participants du Ministère de la santé, du Ministère des finances, du Bureau national d'enregistrement de l'état civil, du Ministère de l'économie, de la planification et du développement territoriale et du bureau des gouverneurs de la région Ouest. Tous les participants ont passé l'examen final. Le score global de 70% était inférieur de 3% par rapport à la moyenne de 73% des deux années précédentes. 8 participants ont obtenu des distinctions pour leur examen final avec des notes de 87% ou plus et un participant a obtenu 100%.

Une particularité de ce cours était qu'il était présenté simultanément en anglais et en français. Cela a nécessité l'harmonisation complète du matériel de cours. Le grand nombre de participants et la présence de cinq ministères ont nécessité une méthodologie de cours très disciplinée dans laquelle l'approche des autorités villageoises a joué un rôle crucial. La méthodologie est devenue plus participative pendant ce cours dans lequel nous avons retravaillé les présentations PowerPoint de manière à ce que nous posions d'abord les questions aux participants, auxquelles ils ont répondu avant de donner les réponses en mode animation. Cela a bien fonctionné. Malgré le fait que le cours ait été prolongé de 12 à 13 jours en 2017, le cours était encore considéré comme court par 38% des participants. Pour les prochains cours, nous pouvons réduire le nombre de modules afin de ne présenter que les aspects et les instruments les plus essentiels du FBP et de nous concentrer sur les principaux messages uniquement.

Le statut du FBP au Cameroun

D'ici fin 2019, 100% de la population camerounaise sera couverte par le financement basé sur la performance, ce qui en fera le dixième pays à revenu faible ou intermédiaire. 100% des 2,7 millions habitants de la ville de Douala sont maintenant sous FBP, et 80% à 90% des contrats étant passés avec le secteur privé. Le terme « PBF » n'est pas obligatoire. Nous pouvons également utiliser le nom de « financement basé sur les résultats » ou « achat stratégique » (terme préféré par l'OMS). Il a fallu 13 ans au Cameroun pour atteindre une couverture nationale en 2019, en commençant par un petit projet pilote dans la région de l'Est en 2006 et en 2011, puis en 2011 dans quatre régions. Cependant, les changements nécessaires pour appliquer les réformes sont difficiles et la circulaire rédigée par les ministres des Finances de la santé en novembre 2017 dans le but d'appliquer strictement les meilleures pratiques PBF n'a pas encore été pleinement mise en œuvre en raison d'un manque de compréhension de la part de certains principaux acteurs. Il est également difficile pour certains de quitter leur zone de confort pour devenir des agents de changement. Il était donc impératif d'organiser en avril et mai 2019 deux cours destinés à 110 participants seniors du niveau central et des dix régions.

2.1 Principaux messages du rapport

1. Problèmes de paiement et de procédures

Le principal problème rencontré par les réformes du FBP est le retard dans le versement par le gouvernement des subsides FBP depuis octobre 2018. Cela a mis en péril le succès du programme FBP au Cameroun. Ce retard est dû à plusieurs problèmes. Certains ne sont pas liés au programme PBF, tels que les dépenses excessives de fonds publics, de sorte que le FMI a bloqué le crédit de toutes les dépenses du gouvernement. Cependant, d'autres problèmes étaient liés à la nature des procédures de paiement PBF, qui sont basées sur les performances plutôt que sur les intrants et qui nécessitent un autre type de vérification, de validation et d'audit. Ce

changement de paradigme et de procédures n'est pas bien compris par toutes les parties prenantes du système de paiement, telles que les responsables de la budgétisation au niveau des ministères de la Santé et des Finances, l'approbation du Parlement et les responsables des paiements au niveau régional tels que en tant que trésoriers régional des payeurs généraux, des contrôleurs financiers régionaux et du personnel clé des bureaux des gouverneurs.

Les deux cours PBF ont donc accueilli au total 21 participants du ministère des Finances, trois experts financiers du ministère de la Santé, deux représentants du Ministère de l'économie et du plan et de l'administration territoriale et 11 représentants des bureaux du gouverneur de toutes les régions. Ils ont aidé dans leurs plans d'action à développer et à expliquer les étapes et les procédures requises pour le paiement rapide des subsides PBF à toutes les parties prenantes du PBF. Ce rapport présente leurs conclusions et propositions.

2. Costing du budget minimum PBF 2020-2022 de 4-5 USD par habitant et par an

Pendant les cours, l'équipe de facilitation a également participé à la discussion sur le costing de la mise en œuvre du programme national PBF 2020-2022. Les coûts proposés étaient de 4,16 USD par capita pour 2020, de 4,62 USD pour 2021 et de 5,17 USD pour 2022. À notre satisfaction, cette costing a été incluse dans la proposition de budget triennal du ministère de la Santé lors d'une conférence pré-budgétaire, qui a eu lieu du 28 au 30 mai à Yaoundé. Il doit encore être évalué par le ministère des Finances avant d'être soumis à l'approbation du Parlement. Nous demandons à toutes les personnes concernées de protéger ce budget PBF minimal de toute réduction.

3. Budget national de la santé et possibilités de transformer les lignes inputs en lignes PBF

L'analyse du budget du ministère de la santé montre que plusieurs lignes budgétaires sont des candidats à transformer en lignes de performance. Il y a plusieurs candidats tels que :

1. Ressources Internes Ordinaires (BIP). C'est le budget d'investissement particulièrement inefficace et sujet à la corruption. Par exemple, il propose de construire des centres de santé avec la très lourde approche de construction centrale. Des études au Burundi et en RDC ont montré que transformer cela en bonus d'amélioration de la qualité PBF rendrait ce budget 10 fois plus efficace. Ce budget à lui seul pourrait déjà couvrir près de 100% du budget du PBF;

4. Biens et services - Il contient plusieurs lignes de sous-budget pouvant être transformées en PBF;

2. FINEX (financement de l'extérieur). Cela nécessite que les partenaires s'alignent sur la politique nationale de santé du PBF en tant que stratégie pour la couverture sanitaire universelle.

	2020		2021		2022		
	Somme de CP 2020	%	Somme de CP 2021	%	Somme de CP 2022	%	
Fonctionnement	150.430.018.410	50%	160.140.726.458	48%	157.566.247.563	52%	
1. Salaires	43.267.438.297	14%	44.711.120.424	13%	45.711.120.424	15%	Difficile pour transformer en PBF
2. Autres dépenses de Personnel	11.396.485.444	4%	11.149.258.956	3%	11.081.458.956	4%	Difficile pour transformer en PBF
3. Bourses et Stages	1.681.500.000	1%	1.013.500.000	0%	1.029.500.000	0%	Non
5. Transferts		0%		0%		0%	Non
6. C2D	1.696.000.000	1%	2.116.000.000	1%	1.407.000.000	0%	Non
4. Biens et services	92.388.594.669	31%	101.150.847.078	30%	98.337.168.183	32%	Plusieurs d'autres lignes "classiques sont aussi candidats pour transformer en PBF
PBF	35.000.000.000	12%	44.000.000.000	13%	51.000.000.000	17%	
Investissements	150.720.009.355	50%	173.358.542.368	52%	147.117.714.707	48%	
1. Ressources Internes Ordinaires (BIP)	36.013.903.776	12%	31.281.719.174	9%	27.932.181.623	9%	Pourrait être transformé en PBF BAQ presque intégralement GAVI semble avoir exprimé le souhait de transformer vers PBF
2. FINEX	100.404.105.579	33%	130.606.823.194	39%	111.115.533.084	36%	
3. C2D		0%		0%		0%	
4. PLANUT	8.070.000.000	3%	11.070.000.000	3%	8.070.000.000	3%	
5. CAN	6.232.000.000	2%	400.000.000	0%	0	0%	
Total (I+F)	301.150.027.765	100%	333.499.268.826	100%	304.683.962.270	100%	

4. Collaboration avec des partenaires au Cameroun concernant le FBP

Les participants au cours dans leurs plans d'action ont signalé plusieurs problèmes liés à la poursuite par les partenaires de leurs politiques genre « inputs », qui risquaient de nuire aux réformes du PBF. Nous mentionnons le cas des programmes communautaires axés sur les inputs dans lesquels les agents de santé communautaires non qualifiés se voient également confier des tâches curatives. Un autre problème est le dumping des médicaments sur le marché qui empêche l'émergence de distributeurs de produits pharmaceutiques camerounais accrédités par le gouvernement. Les politiques relatives aux « inputs » *excluent* également la possibilité de créer des effets multiplicateurs économiques et de renforcer la résilience du système de santé. Pourtant, il semble que certains partenaires tels que GAVI envisagent de manière positive d'aligner leur stratégie sur la politique nationale.

5. Quel type de stratégie d'intervention d'urgence appliquer?

L'équipe de la région du Nord-Ouest a rédigé un excellent plan d'action (voir paragraphes 1.3.4 et 7.4) dans lequel elle fait valoir que les instruments d'équité PBF devraient être appliqués au maximum avec une utilisation libérale des primes d'amélioration de la qualité. Cependant, le paiement des factures dans les délais est primordial, et nous proposons d'élaborer des procédures selon lesquelles le soutien d'urgence de la Banque mondiale, doté de 36 millions de USD, devrait être mis à la disposition du ministère de la Santé de manière à permettre le paiement immédiat des paiements. L'approche d'urgence PBF est plus prometteuse que la stratégie de réponse d'urgence humanitaire traditionnelle. Cette dernière est dominée par les ONG internationales, comme dans les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest, leur couverture géographique est médiocre et elles affaiblissent le système de santé en se débarrassant de médicaments et en assumant des responsabilités de gestion au lieu de le renforcer.

6. Plusieurs régions ont des problèmes d'accès aux médicaments essentiels

Plusieurs régions telles que le Centre, l'Ouest et plus particulièrement le Sud présentent encore de problèmes de ruptures de stock de médicaments dans les établissements de santé en raison des pratiques monopolistiques du CENAME, de certains fonds régionaux de promotion de la santé et de distributeurs religieux de médicaments essentiels, qui obligent leurs membres uniquement à acheter chez eux. Toutes les délégations régionales de la santé n'ont pas encore accrédité et assuré la présence de plusieurs distributeurs grossistes dans leurs régions respectives. Au contraire, la délégation régionale de la santé publique du Littoral a déjà accrédité 16 organisations de gros et l'expérience dans la région du Littoral montre que les ruptures de stock sont devenues rares. Une autre recommandation des participants est que les distributeurs accrédités dans une région devraient également avoir une accréditation nationale pour que les régions voisines puissent en bénéficier. C'est notamment le cas pour les régions du sud et de l'ouest. De plus, pour certaines régions sanitaires du nord-ouest et du sud-ouest, il est plus facile d'obtenir leurs intrants des régions voisines que de Bamenda ou de Buea.

7. Rationalisation des zones desservies par les districts de santé et les FOSA

Les médecins de district, qui ont suivi les cours PBF ont proposé de rationaliser la taille des districts de santé. Il existe des districts ruraux de moins de 20 000 habitants, tandis que les autres districts urbains comptent plus de 800 000 habitants. Cela conduit à une très faible économie d'échelle aux deux extrêmes et il est nécessaire de fusionner ou de scinder les districts afin que la population moyenne se situe entre 100 000 personnes minimum et 350 000 personnes maximum.

Il en va de même pour la cartographie et la rationalisation des aires de santé des formations sanitaires, qui n'est pas encore terminée. Pourtant, des orientations claires ont été données dans le manuel national PBF et pendant les cours.

8. Continuer le plaidoyer et l'expansion du FBP

- Renforcer le lobbying pour que les instructions pour la mise en œuvre du FBP émanent de la Présidence de la République;
- Faire l'approche de réforme PBF à une Loi;
- Mettre en œuvre le FBP au sein du MINFI afin que chaque niveau obtienne des contrats de performance.

9. Ministère de l'économie, de la planification et du développement territoriale (MINEPAT)

- Passer en revue les termes des contrats de financement et encourager les partenaires techniques et financiers à utiliser leurs ressources pour acheter des résultats plutôt que pour acheter des intrants tels que des médicaments, des produits alimentaires, etc.
- Appliquer la plus grande efficacité d'acheter les intrants localement au lieu de partenaires tels que l'UNICEF continuent à commander des plumpynuts (principalement à base d'arachides) provenant de l'extérieur du Cameroun. Il faut examiner les options stratégiques pour inciter le secteur privé à établir des unités de production locales et ainsi créer des marchés pour répondre à la demande des structures de santé en alimentation supplémentaire. Par exemple, la région de l'Extrême-Nord, qui connaît de graves problèmes de malnutrition, est également une zone de production alimentaire prometteuse.
- La création d'unités de production pour satisfaire la demande en alimentation supplémentaire créera également des effets multiplicateurs économiques au niveau local avec la croissance économique et la création d'emplois.
- Organiser de courts ateliers pour les décideurs des groupes de travail techniques.

9. Bureau national d'enregistrement de l'état civil (BUNEC)

Au total, sept participants de BUNEC ont assisté aux deux cours (2 du niveau central et 5 du niveau régional). Les résultats du programme PBF visant à renforcer les bureaux de l'état civil dans les régions de l'Adamaoua et du Littoral sont prometteurs.

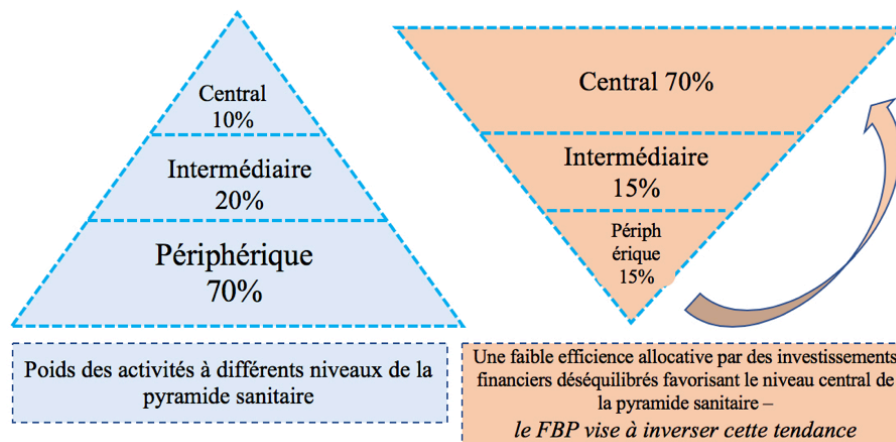
Il reste cependant plusieurs problèmes à résoudre:

- L'enregistrement gratuit de l'état civil pour la population n'est pas réaliste étant donné que le gouvernement ne fournit qu'un petit budget pour ces activités. Il serait également erroné de supposer que des organisations partenaires telles que la Banque mondiale financeront en permanence cette activité. En outre, il existe déjà un marché de l'enregistrement civil informel dynamique, mais incontrôlé et les gens paient davantage que s'il existait un régime de recouvrement des coûts officiel bien appliqué.
- Un système de recouvrement des coûts avec un mécanisme d'équité pour les autochtones serait justifié.
- Passer en revue les cibles pour les activités d'enregistrement civil (enregistrement des naissances, des mariages et des décès), car les cibles actuelles semblent être erronées.

10. Revoir les paiements du fonds de solidarité par le ministère de la Santé

La taxe de 10% sur les revenus des formations sanitaires vers le fonds de solidarité a pour effet pervers que les FOSA cachent leurs revenus afin d'éviter cet impôt. Ces fonds pourraient être mieux utilisés par les FOSA eux-mêmes, de sorte que les objectifs visés par le fonds de solidarité puissent être atteints. Il n'y a aucune raison convaincante pour que le ministère de la Santé, avec son budget de 301 milliards de FCFA pour 2020, ait besoin de taxer les prestataires. Le Ministère devrait faire l'inverse et veiller à injecter plus d'argent du budget national dans les prestataires et les communautés au lieu de les taxer. Ceci pour encourager des services de qualité et un meilleur accès pour les plus vulnérables. Taxer les établissements de santé signifie taxer la population et la plus grande partie du budget du MS est déjà dépensée au niveau central et c'est ce que le FBP

veut changer (voir le graphique suivant). Au lieu de taxer la périphérie, le ministère devrait accélérer l'élaboration de contrats de performance avec les régulateurs à tous les niveaux, y compris les directions et les programmes du MS central et ainsi d'obtenir des fonds.



11. S'assurer que les procédures pour payer rapidement les subsides PBF sont en place.

Le tableau suivant présente les étapes avec les délais depuis l'établissement du budget jusqu'au paiement des factures. Tous les acteurs concernés doivent surveiller de près les échéances de ce processus et savoir quel rôle ils jouent et à quel moment. Les participants au cours ont également proposé d'élaborer un manuel financier pour les acteurs de la mise en œuvre du FBP, en plus de la circulaire sur le FBP de novembre 2017 et de ce qui était déjà écrit dans le manuel du FBP au Cameroun.

Acteurs	Actions à mener	Comment	Délais
CTN	- Costing Initial du budget de l'Année au niveau PMA, PCA, ECD, Délégation, ACV, Directions Centrales, CTN	- La CTN prépare l'outil costing sur base des exigences de activités prévues et les évaluations et revues réalisées de terrain	Avril
DRFP – avec CTN	- Costing des ressources à allouer aux structures de santé (prestataires, régulateurs, ACV, ASLO) pour le système de santé par l'approche financement basé sur la performance. - Les ressources allouées par le mécanisme PBF couvre les quatre programmes du Minsanté selon les niveaux de pyramide sanitaire.	- La DRSP organise un atelier est de rencontres de concertation avec les acteurs (CTN, DEP) - Cette activité entre dans le contrat de performance de DRFP	Mai - Juin
DRFP	- Analyse de l'Enveloppe Budgétaire officiellement alloué au Minsanté suivi par l'Arbitrage pour finaliser le budget alloué aux structures par le mécanisme PBF. - Finalité : Le montant des ressources selon l'approche PBF <i>est connu et arrêté</i>	- CTN assiste aux rencontres de l'analyse et de l'arbitrage - Introduire dans la Circulaire de l'Exécution du Budget, le principe de dotation annuel unique des ressources des structures sanitaires qui seront allouées à travers l'approche PBF	Juillet - Aout
Assemblée nationale	- Vote la Loi de Finances dans laquelle se trouve le Budget	- Session budgétaire de novembre	Novembre
DRFP	- Suivre au niveau de Direction Général de Budget de MINFI que la dotation des ressources aux structures de santé selon l'approche PBF est fait en <i>délégation automatique, annuel et unique</i> auprès des contrôleurs financiers régionaux	- Rencontre avec les sectorielles santé à la Direction Générale de Budget pour s'assurer que la dotation de ces ressources est fait de manière automatique, annuel et unique	Novembre - Décembre

Acteurs	Actions à mener	Comment	Délais
Contrôleur Financier - Action 1	<ul style="list-style-type: none"> - Télécharger le Budget à partir d'une clé USB de la Direction Général de Budget dans PROBMIS. - Imprimer les autorisations de dépense (cartons) - Distribuer les autorisations de dépense (cartons) et les carnets de bons de commande (cela explique le titre) à la DRSP 	<ul style="list-style-type: none"> - Application informatique PROBMIS ; 	Au plus tard le 15 Janvier de l'année N
DRSP – Action 1	<ul style="list-style-type: none"> - Le Délégué envoie le projet de décision de déblocage unique pour toute la dotation annuelle régionale au Gouverneur ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Dès la réception du carton venant du contrôleur financier 	48h (17 Janvier de l'année N) ;
Gouverneur Action 1	<ul style="list-style-type: none"> - Le gouverneur reçoit le projet de décision de la DRSP, le mets en forme et l'envoie au Contrôleur de Finance pour le Visa Budgétaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Dès la réception du projet venant de la DRSP 	48 h (19 janvier de l'année N
Contrôleur Financier - Action 2	<ul style="list-style-type: none"> - Le contrôleur régional appose le Visa Budgétaire sur le Projet de décision qu'il a reçu du Gouverneur 	<ul style="list-style-type: none"> - Dès la réception du projet venant du projet de décision venant du Gouverneur 	48h (21 Janvier année N) ;
Gouverneur Action 2	<ul style="list-style-type: none"> - Le gouverneur signe la décision de déblocage de la totalité de la dotation régionale et la renvoie au Délégué Régionale de la Santé Publique 	<ul style="list-style-type: none"> - Dès la réception du projet venant du contrôleur régional 	48h (23 Janvier, année N)
DRSP Action 2	<ul style="list-style-type: none"> - Le Délégué engage et ordonnance la totalité de la dotation régionale et transmet le dossier au contrôleur régional de finance 	<ul style="list-style-type: none"> - Par un bon de commande dès la réception de la décision de déblocage venant du Gouverneur 	48h (25 janvier année N)
Contrôleur Financier - Action 3	<ul style="list-style-type: none"> - Le contrôleur financier régional traite et transmet la dépense au TPG 	<ul style="list-style-type: none"> - Il utilise l'application PROBMIS dès réception du bon de commande engagé 	48h (27 janv. année N)
Trésorier-Payeur Général Action 1	<ul style="list-style-type: none"> - Le TPG traite la dépense et procède à la mise de la somme totale dans un compte de dépôt, et ouvre un registre de suivi 	<ul style="list-style-type: none"> - Il utilise l'application informatique CADRE. 	48h (29 janv. année N);
Trésorier-Payeur Général Action 2	<ul style="list-style-type: none"> - Le TPG procède au paiement dès réception des justificatifs (factures des comité de validation des districts) 	<ul style="list-style-type: none"> - Il utilise l'application informatique SYSTAC et ses délais sont les suivants : Le 2 de chaque mois pour le PMA-PCA et le M pour les DS et la DRSP). 	24h après PEC (29 janv. N) - 48h
Contrôleur Financier - Action 4	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement et transmission de la dépense au TPG 	<ul style="list-style-type: none"> - Fichier PROBMIS et Dossiers physiques - dès réception du bon de commande engagé 	48h (25 janv.N)

3. INTRODUCTION

3.1 Performance-based financing (PBF), a reform approach in progress

Performance-based financing has been steadily replacing input-based centrally planned health systems, on which the PHC and Bamako Initiative paradigms were based. Since the late 1990s, PBF initiatives and pilots, formerly known as the contractual approach, have been gradually introduced in around 40 countries worldwide. A number of them - such as Rwanda, Burundi, Cameroon and Zimbabwe - have adopted PBF as their national policy. Other countries are in the process of making PBF their national strategy. As part of a focus on universal health coverage and sustainable health systems and development goals, interest in PBF has been growing in English-speaking countries such as Nigeria, Tanzania, Lesotho, Uganda, Malawi and Kenya as well as in Asia such as in Afghanistan, Tajikistan, Kyrgyz Republic and Laos.

There is no longer much controversy around the main theories and concepts of the PBF reforms. PBF's primary aim is to provide quality care and secondly to capture the efficiency of a regulated market economy to distribute scarce resources and assure more sustainable systems. Its effects on transparency, good governance and ownership are comparing favourably to the top-down and hierarchical styles of many existing (health) systems.

PBF has proven to be effective in improving the quality of care by making use of a mix of revenues such as public subsidies and cost sharing. PBF also developed standards on the revenues and staff per capita that are required to deliver the full packages of good quality in health and education. This implies that health facilities (or entities in other social sectors to which PBF could be applied, such as schools) in low- and middle-income countries sometimes need to increase their revenues and qualified staff by a factor 3-5.

The challenge of any PBF-led transformation is that it requires change that is not always easy to manage. It entails informing key stakeholders and changing their terms of reference including those of Ministries. The need to increase provider revenues will under most circumstances also require maintaining direct fee paying for patients and parents. This will inevitably constitute financial access problems for the very poor. Hence, we need to include in the design of new PBF interventions demand-side support for the vulnerable in the shape of geographic and individual equity funds. These new PBF instruments are somewhat comparable to the traditional voucher and conditional cash transfer systems but they are more efficient. In PBF, we tend to avoid inefficient blanket approaches or populist usage of free health care mechanisms. Rigorous empirical research and impact evaluations on the pros and cons of various methods remain necessary and welcome.

3.2 Aims and objectives of the PBF course

General aims of the PBF course

- To contribute to the improvement of the health status and the educational level of the population by providing accessible and equitable services of good quality while respecting the free choice for public & private providers and by making rational and efficient use of limited government and household resources.
- To contribute to the understanding of the advantages of using market forces in distributing scarce resources and of how to address market failures by applying market-balancing instruments such as subsidies (and taxes), regulatory tools and social marketing.

Specific Objectives

- To reach a critical mass of people, who wish to be change agents, and can be implementers, advocates and guides in the execution of performance-based financing.
- To provide participants with an understanding of the relationships between health and national economic policies, the potential for economic multiplier effects and of the ways in which these are influenced by performance-based financing.
- To assist participants to master the objectives, theories, best practices and tools relevant to putting performance-based financing into practice.

3.3 Training methodology

During the 11 years of PBF courses, the aim has always been to cover all course book modules during the 12 or 13 days available. Yet, this has become increasingly challenging due to the many new developments and instruments that emerge in PBF. The course book expanded from a 80-page manual in 2009 with 12 modules towards a 260-page hand book with 17 modules in 2019. This course was complex, because it was conducted in two languages with the projector screen simultaneously showing the PowerPoint slides in English and French. The course was also more complex due to the fact that five Ministries were represented. There was also an innovation in that we presented in two PowerPoint presentations the financial flows for government funding of PBF and in another presentation the tax issues of the health facilities.

The following changes are proposed in the course methodology:

1. *Reduce time spent on plenary sessions* and allow more time for self-study and for the facilitation team to assist the different groups and individuals to develop their *actions plans*.
2. *Advise participants to start studying the course material* as early as possible before the course and explain that course on issues that participants can also read and understand through self-study. Inform participants that until 16 : 30 there are plenary sessions but that for group work and self-study the course continues until 20 : 00.
3. *Review the participants' views and expectations on PBF* by asking each participant on arrival to answer a pre-course questionnaire. Some are novices in PBF, who have come to learn, but need first to understand and accept the PBF change issues. Others already have PBF knowledge or were recently recruited to work with PBF.
4. *Further discipline the debates* by making more effective use of the “village” approach whereby the participants also become part of the facilitation team and influence the content, methodology and thereby to avoid lengthy monologues and repetitions of debates
5. Reduce the number of modules such as baseline studies and costing.

3.4 The May 2019 Douala course

The 77th group consisted of a mix of people from the central, regional and district level. Throughout the course, the participants were assigned to develop a “business or action plan”, following a number of steps: (a) Elaboration of the country background of the particular PBF initiative; (b) Analysis of specific PBF implementation challenges through the application of the PBF feasibility scan of module 9; (c) Develop an action plan for the participants and country groups on how to tackle the various problems identified, following the logic of the PBF modules.

The updated course guidebook “PBF in Action: Theory and Instruments” was distributed among the participants before the start of the program, upon confirmation of participation. The course materials (a hard copy of the course book, pdf latest version of the course manual, the PowerPoint presentations and country presentations, photos of the course and articles) were distributed during the course, together with the participants' contact details list. On Friday May 17, 2019, field excursions were organized to 10 health facilities.

3.5 Who attended the May 2019 PBF course?

The list of 51 participants to the 77th PBF course of May 2019.

Nom	First name	Sexe	Organisation	Profession	Region
ABESSOLO JASON	Mc Walrace	m	BUNEC	Economiste	Centre
ABEYA née VIOLET	Afor Azang	f	MINFI	Financier Management	Sud-ouest
AMABO	Elvis Ngwa	m	DS Galim	Médecin	Ouest
ATANGANA	Roger Charles	m	BUNEC	Chef d'Agence Rég	Adamaoua
BISSE BETI	Anselme Parfait	m	MS Cel Com Minsanté	Diplomate	Centre
BUMLANGMI THEOPHILE	Gahgwanyin	m	MS DRFP	Admin Santé Publ	Centre
DEH DIMBA GBOSSEY	Ghislain	m	DS Olamze	Médecin	Sud
DJUIMO SIEKAPEN	Jean	m	DS Kekam	Médecin	Ouest
EDANG ODILIA	Ingonwei	f	MS - SG	Admin Santé Publ	Centre
EMMANUEL GIYO	Kwalar	m	DS Bamendjou	Médecin	Ouest
ESSOMBA OHANDZA	Jean Auguste	m	MINFI Bafoussam	Inspecteur Tresor	Ouest
EVEGUE MIMBOE	Valentin Eric	m	DS Awae	Médecin	Centre
EWANE	Cliford Ngabe	m	MINFI BUEA	Inspecteur Tresor	Sud-ouest
FLORENCE	Woazineh	f	ACV-NW	Verificateur comm.	Nord-ouest
FOTSO TALA	Jacques	m	DS Santchou	Médecin	Ouest
INONGO	James Lucien	m	ACV-SUD	Manager Adj ACV	Sud
INUWA	Gildas Wilfried	m	CS BONJO	Infirmier Chef CS	Littoral
ITONDI	Jeanne Paule	f	MS DLMEP	Informaticienne	Centre
KIESSU KAMGA	Edith Valérie	f	DS Bangangte	Médecin	Ouest
KOUAM	Paulin	m	DS Malantouen	Médecin	Ouest
KOUAM FOUBI	Brice Bertrand	m	Hop Rég Bafoussam	Ingén Médico San	Ouest
MALOUME	Mama	m	DS Batcham	Médecin	Ouest
MBALLA NDZOMO	Clotilde	f	DS Obala	Médecin	Centre
MBESE MASAPE	Gerald	m	MINFI	Inspecteur Trésor	Nord-ouest
MBO'O	Alain Charlie	m	ACV-SUD	Manager ACV	Sud
MBOKA	Charles	m	DS Bafang	Médecin	Ouest
METAGNE FOKAM	Murielle Tatiana	f	DS Baham	Admin Santé Publ	Ouest
NASSOUROU MOUSSA	Moussa	m	BUNEC	Enseignant	Nord
NDASSI - DEUGA TCHEUPI	Nicole	f	F-M/ MC-CCAM	Spéc Santé Publ	Sud
NDEKOU	Franklin	m	MS SG	Ingén. Informatique	Centre
NDOUGSA ETOUNDI	Guy Roger	m	MS ST-CP/SSS	Planificateur - suivi-éval	Centre
NGA MINKEGUE	Marthe Anick	f	MS DCOOP	Administrateur	Centre
NGAAJIEH NNANE	Ransome	m	MINFI	Administrateur	Centre
NGOMSU FOKOU	Alain Stephane	m	DS Kouoptamo	Médecin	Ouest
NKENGLEFAC	Jethro	f	Hop Cath Njinikom	Administrateur	Nord-ouest
NKWETE ALOYSIUS	Fonkem	m	DS Penka-Michel	Médecin	Ouest
NOSSE	Gabriel	m	DS Bandja	Médecin	Ouest
NOUBOUE née MONGUEN	Alice	f	MINFI	Contrôle Fin Région	Ouest
NOUNEMO TODEM	Josiane	f	ACV-NW	Comptable	Nord-ouest
NSASO PEN épouse BATCHOM	Gyslaine Diana	f	MINFI Douala	Inspecteur Tresor	Littoral
NZIE épouse MOLUH	Aminatou	f	MINPAT - DCOOP	Démographe	Centre
OMOGA	Omer	m	MS SG	Contractuel d'Admin	Centre
ONAMBELE	Paul Marie	m	DS Nkolndongo	Médecin	Centre
ONGUENE EBODE	Domitien	m	DRSP Ouest	Administrateur	Ouest
OTTOU MEBENGA	Pie Claude Thierry	m	BUNEC	Cadre	Centre
SUBE EERNEST NGUBE		m	MS DCOOP	Epidemiologiste	Centre
SUH AFANWI	Suh	m	ACV- NW	Verificateur comm.	Nord-ouest
TOUMBALBAÏ	Japonais Fils	m	BUNEC	Démographe	Extrême-nord
WIRNDZEREM GIDEON	Barfee	m	MINFI	Contrôle Financier	Nord-ouest
WOTCHUEN	Paulette	f	Services Gouverneur MINAT	Administrateur	Ouest
ZOGNE DJABA	Adonis	m	DS Massangam	Médecin	Ouest

3.6 Composition of the 51 Douala participants and facilitation team

Fifty-one participants attended the PBF course in Douala, all from Cameroon. There were 13 District Medical Officers from the West region, two from the Centre region and one from the South region. Representatives from the Ministry of Finance were invited to assure the smooth payment of the PBF subsidies and to better understand the payment problems that have put into danger the success of the PBF progress over the last 9 months. Nine central Ministry of Health representatives attended the course, who are important to gain ownership for PBF within the Ministry and particularly important Directorates such as of Financial Resources and Patrimony (DRFP) and the Direction of Cooperation were present. There were five participants from CDV Agencies – two from the South Region and three from the North West Region.

Fifty-three participants (including two hostesses) conducted the final exam. The overall score of 70%, was 3% lower compared to the average of 73% in the previous two years. 8 participants obtained distinctions for their final exam with scores of 87% or more and one participant obtained 100%. The Makepe Palace Hotel slightly improved the quality of their services compared to the previous 76th course.

The daily evaluations scored the same average of previous courses. Organization and time keeping was satisfactorily but the criterion participation was 5% below the average of previous courses. Only 70% of the participant believed that the course answered their expectations, but 91% also thought that the course objectives related well to their professional activities. The methodology was considered good with a score of 90%. 38% of the participants thought the course was too short. The satisfaction with the content of the modules with a score of 69,5% was 12% below average of previous courses. This was mainly due to the too short time for group work on indices management tool, the output indicators and the costing.

The 77th PBF course welcomed participants from 9 regions and the central level.

▪ Governor's Office West	1x
▪ MINEPAT	1x
▪ BUNEC central level and regional level	5x
▪ Ministry of Finance - central level, TPG and CFR	8x
▪ MINSANTE (DRFP, DTCM, SG, ST/SSS, DCOOP, Cel Comm)	9x
▪ Manager, deputy manager CDV + 1 DMO South Region	3x
▪ Regional CDV Agency North West	3x
▪ Regional Health Department West	1x
▪ District Medical Officers West Region	13x
▪ District Medical Officers Centre Region	3x
▪ Catholic Hospital North West Region	1x
▪ 1 health center chief Yabassi district Littoral	1x
▪ 1 private linked to community program South	1x
TOTAL	51x

The facilitation team consisted of :

- Dr. Robert SOETERS de SINA Health Health, Main facilitator,
- Dr. Victor NDIFORCHU National Coordinator of the PBF Technical Unit,
- Pr FRU ANGWAFOR III, Director HGOPY,
- Dr. SIMO Francis, CDVA South West Manager
- Dr. SHU Walters, CDVA North West Manager
- Dr. TAMGA Denise, PBF expert at the PBF Technical Unit,
- Dr. TAPTUE Jean Claude, Health Specialist at the World Bank,
- Mr. MESSANGA Elvis Christian, Treasury Payer Master, South,
- Mrs. Mireille MOUALAL EKANGA Chef Section Health Promotion and Partnership, Littoral RFHP.

The logistics and the secretariat were ensured by Mrs. Annie Laure POUGUE, Ms Audrey Rosine MAPTUE, Ms Téclaire Staëlle NSEGBE, Mr. Niba Stanislas AMBEBIH, Mr. Fabrice FOTSO and Mr. Gilbert NKOKO.

3.7 The final exam, adult learning

SINA Health issues a Certificate of Merit to those who pass the exam at the end of the course. Those who do not score 53% or more, obtain a Certificate of Participation. This exam was conducted on Saturday May 25th from 08:30 am and consisted of 30 multiple-choice questions, tailored around the main subjects treated during the course. Moreover the facilitators analysed the action plan of each participant. The team gave either a bonus of 1 or 2 points in case of active participation and good quality of the plan or a malus of 1 or 2 points in case of a weak participation and poor quality of the action plan.

The average score of the 51 participants, who did the final test was 70%, which was slightly below the average of the last two years of 73%. Eight participants obtained a certificate of distinction which means a test score of 87% or more and there was 1 participants with a score of 100%, which is a rare event. Only 1 participants (2%) received a certificate of participation which means to have failed the test, while the average failure rate of previous courses in 2017 and 2018 was 12%.

Scores	Nbr	%	Certificate
100%	1	2%	“Centiste”
87% - 97%	7	14%	Distinction
73% - 83%	15	29%	Merit
53% - 70%	27	53%	Merit
0 - 53%	1	2%	Participation
TOTAL	51	100%	

We congratulate 8 participants, who received certificates of distinction.

With 87%

Dr. DEH GBOSSEY, Ghislain	DS Olamze, South Region
Mme FLORENCE, Woazineh,	Community verifcator CDV Agency NW Region
Dr. INONGO ,James Lucien	Deputy Manager CDV Agency South Region
KOUAM FOUBI, Brice Bertrand	Bafoussam Regional Hospital, West Region
Mme NZIE epse MOLUH, Aminatou	Staff MINEPAT

With 93%

Mme METAGNE FOKAM, Murielle DS Baham West Region

With 97%

M. BUMLANGMI THEOPHILE, Gahgwanyin Staff DRFP, MOH

With 100%

Dr. ONAMBELE Paul Marie, DS Nkolndongo, Yaoundé Town

3.8 Next English PBF course October 28th – November 9th, 2019 Mombasa

4. DAILY EVALUATIONS BY PARTICIPANTS

4.1 Daily evaluations by participants

Every day, the participants gave their evaluation of the course based on four assessment criteria:

1. Methods & facilitation;
2. Participation;
3. Organization;
4. Time-keeping.

The overall average score for the four criteria combined was 78,7%. This is comparable to the 45 previous French spoken courses but 4,8% below the 25 previous English spoken courses.

Daily evaluation topics as scored during 10 days	French speaking courses (45x)	English speaking courses (25x)	Douala May 2019	Comparison Douala May 2019 / previous 25 English courses	Comparison Douala May 2019 / previous 45 French courses
Methodology - facilitation	85,0%	87,5%	82,7%	-4,8%	-2,3%
Participation	82,3%	87,4%	77,1%	-10,3%	-5,2%
Organization	72,6%	86,3%	78,5%	-7,8%	5,9%
Time – keeping	76,3%	72,8%	76,5%	3,7%	0,2%
Overall score	79,1%	83,5%	78,7%	-4,8%	-0,3%

Table 1: Overall daily evaluation scores of the course.

4.2 Methods and facilitation

Methods and facilitation scored 2,3 percent lower than the previous French courses (85,0%) and 4,8% below the average of the English spoken courses (87.5%). Yet , the score gradually improved during the two weeks.

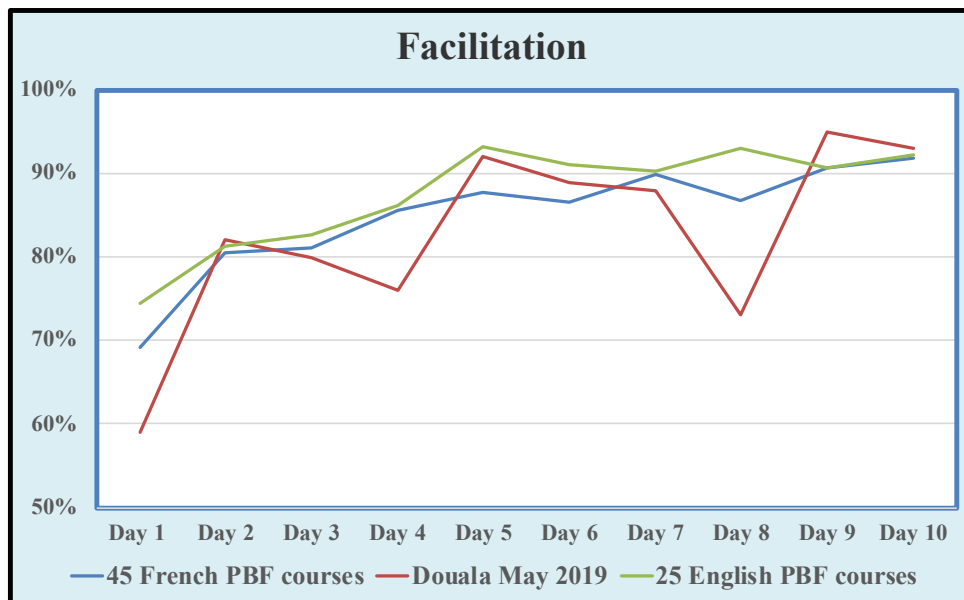


Figure 1: Evolution of the daily evaluations: *methods and facilitation*.

4.3 Participation

The satisfaction with the level of **participation** was 77,1%. This is 5,2 per cent lower than the previous French courses (82.3%) and 10,3 per cent lower than the previous English courses (87.4%). The score was consistently a few per cent lower but it also gradually increased during the two weeks. The relatively low score may be linked to the fact the course was given in two languages at the same time and that there were five Ministries attending the course all wishing to discuss and solve their specific issues. The Ministries attending were the Ministry of Health, the Ministry of Finances, Civil Administration (BUNEC), Ministry of Economics and Planning (MINEPAT) and Ministry of Territorial Administration (MINAT).

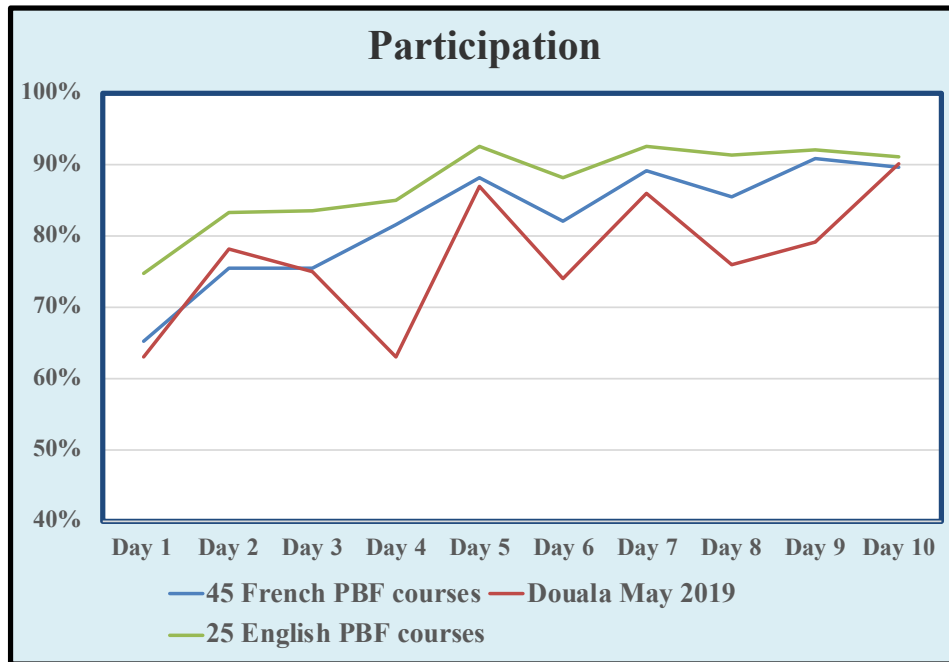


Figure 2: Evolution of the daily evaluation: *participation*.

4.4 Organization

The **organization** of the course in Douala had an average score ‘very positive or positive of 78,5%, which is 5,9% *above* the average of 72.6% of the previous French courses but 7,8% *below* the average of 86,3% of the previous English courses. The tendency of the satisfaction with the organization during the two weeks gradually improved.

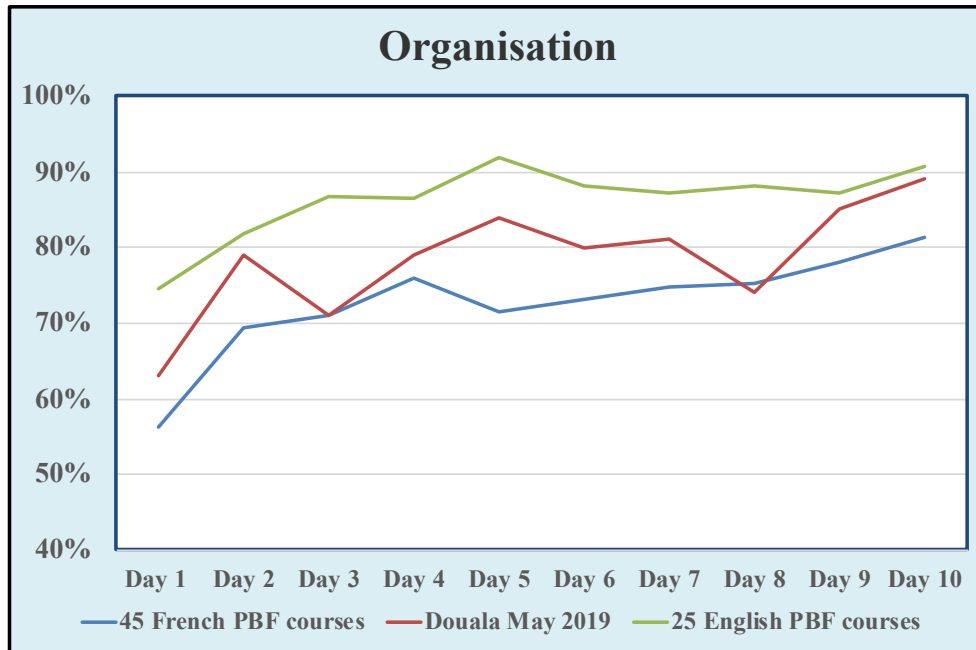


Figure 3: Evolution of the daily evaluation: *organization*.

4.5 Time keeping

Satisfaction with time keeping was on average 76,5%, which is 3,7% *above* the 25 previous English courses with 72.8% and comparable to the score of the 45 previous French courses

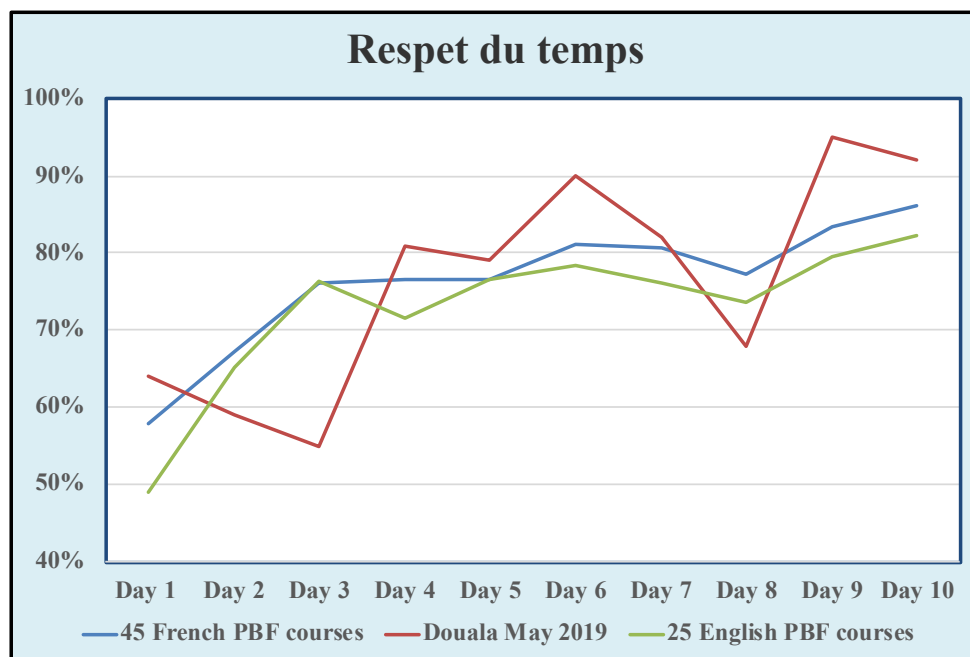


Figure 4: Evolution of the daily evaluation: *time keeping*.

5. DESCRIPTION of the English Douala COURSE March 13-25

On **Monday, May 13, 2019**, the course began with the presentation of the facilitation team. This was followed by a general presentation of the program. The ground rules of the training workshop were then presented with focus on the specific objectives of the course and emphasis on the participants' action plans. Participants were then introduced in groups according to their original structures. They were explained the methodology that will be used during the course, which is based on group work according to themes or structures. The presentations shall be interactive, and each structure will be required to develop an individual action plan at the end of the course. Meetings are planned in the evening with the facilitation team to continue to discuss concepts that are not well mastered and, above all, to allow representatives of the different structures to better share the specificities of their work in order to use the PBF approach in improving their daily missions.

After these preliminaries, the participants wrote the pre-test, which lasted 25 minutes. Then, the **first module “introduction and organization”** continued with the election of the leadership of the "village" of the 77th PBF course and the enthronement of the government as follows:

Village Chief: Dry KIESSU KAMGA else KUATE Edith Valerie
Deputy village chief: Mr. SUBE Ernest NGUBE
Minister of Finance: Mr. ESSOMBA OHANDZA Jean Augusta
Shepherd - Time Keeper: Mr. OTTOU MEBENGA Pie Thierry Claude
Energizer N° 1: Dr ONAMBELE Paul Marie
Energizer N° 2: Mr. NDEKOU Franklin

A recommendation committee was also created as follows:

Mr. NDOUGSA ETOUNDI Guy Roger
 Dr. INONGO James Lucien
 JETRHO NKENGLEFAC (Sr)
 Dr. MALOUME MAMA
 Mr. BUMLANGMI Théophile GAHWANYIN

During the first day, the purpose of the PBF course, the comparison between primary health care, the Bamako initiative and PBF were discussed. After coffee break, the participants met in groups (14) to reflect on a series of four questions related to the current performance of their health system, Civil Status Registry and Finance.

The questions asked were as follows:

How cost-effective is your system? What are the main challenges and why? What challenge is the priority to improve on and how? Is PBF a solution?

This group work was then summarized in plenary.

Modules 2 and 3 on: A Simple example of PBF, PBF definition, Best Practices, Change Issues and Equity were discussed. The day ended with the evaluation of the day, the election of the best participant. In the evening the facilitators met with the MINFI group. After that we met with the CDVA of the South coupled with the Health District of Olamze and the self-financed participant to discuss their specific situations and how they can evolve to develop their actions plans.

The second day, **Tuesday, May 14, 2019**, started with the presentation of the summary of the work of the 1st day by the main facilitator with the methodology PowerPoint question - answer.

Interesting discussions took place on the themes: Positive and negative externalities, the public good, the definition of PBF, PBF best practices and issues for change. The characteristics of the change agent, the project learning cycle, the participants' action plan framework, the 6 equity instruments of PBF, the definition and purpose of PBF were discussed.

Evaluation of the day, identification of the best participant and meeting with Western Region District Medical officers ended the day.

The third day, **Wednesday, May 15, 2019**, the work began with the recap of the previous day followed by presentation of **Module 4**, which dwelled on the theories related to PBF. Then the first part of **modules 5** on Microeconomics and Health Economics were presented. The cash flow plan related to the payment of the PBF actors (PMA, PCA, districts and regions) by the state budget was presented by the Coordinator of the national PBF Unit Dr Ndiforchu. The 77th course had its official opening ceremony on Tuesday chaired by the Regional Delegate for Littoral, accompanied by the National Coordinator of the PBF Unit and the Administrator of the RFHP for Littoral. The evaluation of the day and the appointment of the best participant concluded the day. The facilitators then met with the participants of the MINSANTE group as part of the development of their action plans.

On the fourth day, **Thursday 16 May April 2019**, the day's work began with the summary of the previous day. Then **Module 5** on Microeconomics followed by Health Economics was completed. **Module 6** on Regulation and Quality Assurance was the last module of the day. The main topics discussed were: Allocative efficiency, technical efficiency, administrative efficiency, marginal cost, economy of scale and economy of scope, the Finance Act, market failures, financing methods, sources of health financing, socio-economic goals of the State, State health policy, the role of the regulator at the national level.

The daily evaluation and selection of the best participant ended the day's work. *The evening continued with the facilitators meeting with the MINSANTE group to discuss the elaboration of their action plans.*

The fifth day, **Friday 17 May 2019**, started as the previous ones with the presentation of a recapitulation of the previous day. This was followed by the introduction of the socio-economic & health goal, role of regulatory actors, regulatory performance contracts; quality assurance.

At 12 noon, a field visit was carried out by the participants divided into 12 groups who visited 12 health facilities (public, private and religious). The visits to the health facilities were guided by a list of questions to which the participants had to find answers by discussing with the Heads of the centers. After the visit, the participants worked on the synthesis of the results of their visit, which was presented on the same day in the plenary session. The results showed that most health facilities did not reach the minimum required in terms of resources generated per capita per year (\$7 for MPAs and \$20 for PCAs), some input elements remained, mainly from vertical programs and government and church hierarchies. The evaluation of the day was carried out after the restitution. The evening meeting was devoted to exchanges with the representative of MINEPAT and the Health Districts of the Centre.

The sixth day, **Saturday, May 18, 2019**, began without the presentation of the previous day's summary because there had been a delay in the overall course schedule. This first step was the continuation of **Module 6** on Regulation and Quality Assurance. Then followed was discussion on the feasibility scan - purity criteria, fatal hypotheses & advocacy Participants gathered in groups to do the feasibility analysis of their respective structures. The daily evaluation and selection of the best participant of the day ended the activities of the day.

The seventh day, Sunday, May 19, 2019 was a "free" day. Participants were able to rest from the recreational evening organized the day before. They however had to continue with their actions plans under the supervision and guidance of the facilitators.

The eighth day, **Monday, May 20, 2019**, being the National Day they began with a prayer for the peaceful rest of the souls of those who died in the conflicts in Cameroon's northern, eastern, North West and South West regions. This was followed by singing of the Cameroon's national

anthem. This was followed by a review of the role of CDVA and the Community Verification mechanism. The strengthening of the community voice was then discussed in plenary with all the elements that have been discussed since the beginning of the course.

In the afternoon, there was a presentation of the Group Work on the analysis of the feasibility score of PBF and the identification of possible fatal hypotheses and the first part of the Role Plays. The day was concluded with the evaluation of the day and the election of the best participant of the day.

Day 9, **Tuesday, May 21, 2019**, was marked by the second part of the Role Plays followed by **Module 10** on Conflict and Negotiation Skills. In the afternoon, the output indicators of the different actors coupled with the related exercise were presented.

The tenth day, **Wednesday, May 22, 2019**, began with **module 14** on the Business plan followed by the feedback of the group work on output indicators and the beginning of a partial module on the indices tool. A break was then taken to allow the presentation of the specific case of the implementation of the PBF under "self-financed" mode at the Yaoundé Gynaeco-obstetrics and Pediatric Hospital (HGOPY) by Professor FRU. In the afternoon, there was a presentation on Provider Interaction - Community, and CDVA, data collection and finally on output indicators and then the election of the best participant.

The evening was marked by the second visit with the MINFI group for amendments on their action plan. Here, the details of the method of payment of state actors from the mobilization of state funds to payment in the field were explained. The day ended with the evaluation of the day and the identification of the best participant.

The eleventh day, Thursday, May 23, 2019, began with a presentation of the indices tool and a presentation by the TPG of the South on the tax aspects to be respected in PBF structures.. The rest of the day was marked by the continuation of the development of post-training action plans for the various groups and the designation of the best participant as usual.

The twelfth day, Friday, **May 24, 2019**, was devoted to the **module** on "Baseline study before the start of the PBF program" and Costing in a PBF program. The correction of the exercises on the index tool followed this presentation, then after the coffee break, the participants were given about fifteen minutes to transcribe their work in a SMART way on a sheet of flip chart paper to be presented in 2 minutes per group. This technique consisted of moving the entire team to where the posters are attached to follow the team members' presentation. It should be noted that these action plans have been evaluated and the points obtained will serve as bonuses or penalties for the various participants.

At the end of this last day of the course, there was the evaluation of the day and

The last day of the program, **Saturday, May 25, 2019**: The test based on the participants' knowledge test of the 77th International PBF Course started at 8:30 am to allow some participants to travel in the afternoon and all participants completed their test before 11:15 am. This examination resulted 8 distinctions awards, 42 certificates of merit and 1 certificate of participation. The closing ceremony of the course was structured as follows: the summary of the training by the main facilitator followed by the word of the village chief on behalf of the participants; then the word of the Chairman of the RFPH Management Committee, and finally the closing speech of the Regional Delegate of Health for Littoral.

6. FINAL COURSE EVALUATION BY PARTICIPANTS

6.1 General impression of the course

The score for ‘general impression of the course’ was with 82,3% comparable to the average of the 26 previous English-spoken courses and 4,7% below the average of the 44 French spoken courses. 86% of the participants said that they were “sufficiently informed about the course in advance”, which is satisfactorily. The criterion: “The program answered my expectations” scored low with 70%. The criterion “The course objectives related well to participants’ professional activities” scored 91%, which was slightly above the averages of the previous English and the French courses.

Preparation	The 44 previous French PBF courses	The 25 previous English PBF courses	Douala May 2019	Comparison Douala May 2019 / 42 previous French PBF courses	Comparison Douala May 2019 / 25 previous English PBF courses
Q1. I was sufficiently informed about the objectives of the course	88%	76%	86%	-2%	10%
Q2. The program has answered my expectations	84%	85%	70%	-14%	-15%
Q3. The objectives of the course relate well to my professional activities	89%	89%	91%	2%	2%
Average	87,0%	83,3%	82,3%	-4,7%	-0,9%

Table 2: Course information and expectations linked to current professional activities.

6.2 Methodology and content of the course

The participants’ appreciation of the methodology and the contents scored 12% below the average of the previous English courses and 6% below the previous French courses. The balance between lectures and exercises was not considered satisfactorily by all participants. It suggests that for the coming courses we may cancel the modules 11 baseline studies and 13 costing. It would create more time to conduct the other modules, including for group work. As shown in the table below the other criteria concerning the methodology scored satisfactorily.

Methodology and contents of the course	The 44 previous French PBF courses	The 25 previous English PBF courses	Douala May 2019	Comparison Douala May 2019 / 44 previous French PBF courses	Comparison Douala May 2019 / 25 previous English PBF courses
The content of the PBF modules has helped me to attain my objectives	83%	91%	90%	7%	-1%
The methodology of the course	84%	88%	89%	5%	1%
Balance between lectures and exercises	69%	79%	44%	-25%	-35%
Interaction and exchanges in working groups	89%	92%	74%	-15%	-18%
The working methods adopted in the course have stimulated my active participation	86%	90%	83%	-3%	-7%
Average	82%	88%	76%	-6%	-12%

Table 3: Overview impression of participants about methodology and content of the course.

6.3 Appreciation of the duration of the course

For 58% of the participants, the course duration was right, while 38% thought the course was too short. Only 4% thought the course was too long. This suggests that the 2-week duration of the PBF course remains too short and the program is overloaded.

Duration of the course	The 42 previous French PBF courses	The 25 previous English PBF courses	Douala May 2019	Comparison Douala May 2019 / 44 previous French PBF courses	Comparison Douala May 2019 / 25 previous English PBF courses
Too Short	33%	23%	38%	5%	15%
Fine	61%	65%	58%	-3%	-7%
Too Long	6%	11%	4%	-2%	-7%

Table 4: Perception of participants concerning the duration of the course.

6.4 Comments on the organization of the course

For “organization”, the overall score of 71% was 7% *lower* than the previous 26 English courses with 78% and 2% *above* the 44 previous French courses. The quality of the course material was considered good by only 70% of the participants, which was below the average of the previous French (-17%) and English (-9%) courses. The lecture room (72%) conference center (77%) the food (65%) and the friendliness of the staff scored slightly above the averages of the previous courses.

Transportation scored far below average with 51%. This poor score was related to the too low reimbursement of the transport costs by the Ministry, in particular for participants from far-away districts.

How do you value the organization of the training ?	The 44 previous French PBF courses	The 25 previous English PBF courses	Douala May 2019	Comparison Douala May 2019 / 44 previous French PBF courses	Comparison Douala May 2019 / 26 previous English PBF courses
Quality and distribution of educational material	80%	88%	71%	-9%	-17%
The lecture room	67%	70%	72%	5%	2%
Conference centre in general	58%	76%	77%	19%	1%
How were you received and friendliness	88%	92%	92%	4%	0%
Food and drinks, including tea/coffee breaks	61%	63%	65%	4%	2%
Transportation	65%	80%	51%	-14%	-29%
Average	70%	78%	71%	2%	-7%

Table 5: Evaluation of the organization of the course.

6.5 Comments on the execution of the course and the facilitators

The execution of the program was scored average with 70%, which was 9% below the average of the previous 25 English courses and 3% below the average of the 44 previous French courses. The question in how far facilitators were open minded was evaluated at 74%, which was comparable to the average of the previous English spoken courses and slightly below the average of the French courses. Time allocated for group work was 54%, which was 24% *below* the scores of the previous English courses and 9% below the average of the previous French courses. Time for discussion was evaluated at 81%, which was comparable with the average of the previous English and French courses.

Aspects related to the execution of the program and the facilitation	The 44 previous French PBF courses	The 25 previous English PBF courses	Douala May 2019	Comparison Douala May 2019 / 44 previous French PBF courses	Comparison Douala May 2019 / 25 previous English PBF courses
The facilitators had an open mind towards contributions and criticism	80%	75%	74%	-6%	-1%
Time allocated to group work was adequate	63%	78%	54%	-9%	-24%
Time for discussions was adequate	76%	83%	81%	5%	-2%
Average	73%	79%	70%	-3%	-9%

Table 6: How was the facilitation?

6.6 Evaluation per module

The average satisfaction with the course modules by the Douala participants was with 69,5%. 17,1% *below* the average of the 25 English courses (86,7%) and 11,6% *below* the average of the 44 French courses (82.5%). Economics scored low with only 38%. The module 11 Baseline Studies and module 13 scored low with 59% and 48%, but we only spent around one hour during the last Friday on these two modules and one wonders in how far we should still keep these modules in the program for the coming courses. Surprisingly low scores this time were also obtained for module 12 output indicators (6%), module 7 CDV Agency (67%), module 14 indices management tool (59%) and PBF feasibility score and advocacy (71%).

Appreciation of Course Modules	The 44 previous French PBF courses	The 25 previous English PBF courses	Douala May 2019	Comparison Douala May 2019 / 44 previous French PBF courses	Comparison Douala May 2019 / 25 previous English PBF courses
Why PBF & What is PBF?	93%	93%	96%	3%	3%
Notions of micro-economics and health economy	64%	83%	38%	-26%	-45%
PBF Theories, best practices, good governance and decentralization	85%	93%	81%	-4%	-12%
Baseline research – household survey launching process	76%	80%	43%	-33%	-37%
Output indicators in PBF interventions	86%	89%	63%	-23%	-26%
CDV agency, data collection, audit	85%	89%	67%	-18%	-22%
Regulator – quality assurance	82%	92%	78%	-4%	-14%
Negotiation techniques and conflict resolution	88%	90%	96%	8%	6%
Black box Business Plan	85%	89%	85%	0%	-4%
Black box Indices tool: revenues – expenditure – performance bonuses	78%	81%	59%	-19%	-22%
Community voice empowerment and social marketing	80%	89%	79%	-1%	-10%
PBF feasibility, killing assumptions & advocacy	87%	91%	71%	-16%	-20%
Elaboration of a PBF project - costing	65%	67%	48%	-17%	-19%
Average for all modules	82,5%	86,7%	69,5%	-11,6%	-17,1%

Table 7: Evaluation per module.

6.7 Written comments during the final evaluation by the participants

Methodologie et contenu du cours

- Satisfait du cours car mon objectif principal a été pleinement atteint, pour les autres objectifs ils sont atteints à 80% ;
- The period meant for the course was too short. The time limit for exercise need to be increase. It would be better to plan it for three weeks' time.
- La pratique de l'utilisation de la mise en œuvre de l'outil indice était très insuffisante.
- Satisfaction pour la qualité de la dispensation des modules ayant permis de saisir la pertinence des enjeux du PBF ;
- Les cours semblent s'achever à 16h30, mais en pratique, les heures accordées pour les devoirs ou travaux de groupe ne sont pas pris en compte. Le dimanche semble libre et pourtant c'est une journée entière de travail ;
- Je suis satisfait dans l'ensemble, mais le seul souci pour nous qui ne sommes pas du secteur de la santé est que nous nous perdons très souvent dans le cours. Car celui-ci est très focalisé sur le domaine de la santé.
- Améliorer la gestion du temps, il est préférable de poser les questions à la fin des présentations et aussi si possible, terminer les journées à 17h30.
- Harmoniser les deux manuels de cours (en anglais et en français) ;
- The PBF course is interesting but the time to master the concept is too short.
- Le cours est satisfaisant dans l'ensemble, mais quelques points à améliorer pédagogiquement. Notamment lorsqu'on associe plusieurs sectorielles ministérielles, cela ne favorise pas la compréhension de l'ensemble ;
- Intégrer dans le cours, un module sur la qualité : Définition et concepts

Organisation

- This is good organisation ;
- Organization of the hotel and management well satisfied ;
- Satisfait dans l'ensemble, je déplore juste quelques problèmes pour ce qui est des outils pédagogiques (Livres, clés). Les livres présentaient quelques soucis de pagination et pas suffisamment de clés USB SINA Health pour tous les participants ;
- I propose that the course should be putted on a CD than USB key to avoid viruses attack;
- Les sacs n'étaient pas de bonne qualité ;
- Les véhicules utilisés pour nous transporter pendant la visite de terrain n'était vraiment pas confortables (pas de climatisation et vieux);
- Lunch and coffee-breaks were average ;
- Beaucoup de problèmes avec internet ;
- Il serait mieux dorénavant de loger tous les participants dans un seul et même hôtel afin de favoriser les travaux de groupe et éviter le stress lié aux déplacements.

7. ACTION PLANS COURSE GROUPS

7.1 Recommendations from the 77th PBF course participants

The following table presents the recommendations of the participants exactly as they were read during the closure of the course. These recommendations can also be found in the summary of the report in English and French but in a different format.

RECOMMANDATIONS	RECOMMENDATIONS	CONCERNES
1. Assurer le paiement dans les bref délais des subventions PBF, y compris les arriérés	- Assure the timely payment of PBF subsidies, including the arrears	MINFI / MINSANTE
2. Assurer un budget PBF 2020-2022 financé par le gouvernement compris entre 4,00 USD et 5,00 USD par personne et par an pour l'ensemble de la population du Cameroun. Cela correspond à plus de 20% du budget du MS de 2019 de 207 milliards de FCFA.	- Assure a government financed PBF budget 2020-2022 of between USD 4.00 and USD 5.00 per person per year for the entire population of Cameroon. This corresponds to more than 20% of the 2019 MOH budget of 207 billion FCFA.	MINSANTE / MINFI / MINEPAT
3. Développer des mécanismes pour assurer l'alignement des Partenaires Technique et Financiers sur l'approche désormais en vigueur au Cameroun à savoir le PBF	- Develop mechanisms to ensure the alignment of the Technical and Financial Partners on the PBF approach in Cameroon	MINEPAT et DCOOP - MINSANTE
4. Les distributeurs accrédités dans une région doivent également disposer d'une accréditation nationale afin que les régions voisines puissent également en bénéficier. Autoriser uniquement les approbations régionales est fastidieux lorsque de nouvelles filiales sont ouvertes par le même distributeur	- Accredited distributors in one region should also have national accreditation so that neighboring regions can also benefit - Only allowing regional approvals are cumbersome when new subsidiaries are opened by the same distributor	Niveau Central MINSANTE (DPML)
5. Réviser le texte qui demande d'allouer le Budget d'Investissement Public (BIP) aux communes afin que les ressources financières soient directement allouées aux formations sanitaires	- Revise the text which asks to allocate the Public Investment Budget (PIB) to the communes so that the financial resources are directly allocated to the health formations.	MINDEVEL MINFI
6. Autonomiser davantage les prestataires sous PBF (santé, éducation, BUNEC, etc) afin que le BIP leur soit alloué directement à travers les BAQ	- Empower providers under PBF (health, education, BUNEC, etc.) so that the BIP is allocated directly to them through the BAQ	
7. Améliorer le découpage des districts de santé pour leurs permettre de remplir les critères de viabilité	- Improve the division of health districts to meet sustainability criteria	DS - Minsanté
8. Créer des comptes séquestres pour permettre aux subsides d'être payés à temps 9. (Rendre fonctionnel un mécanisme permettant de sécuriser les subsides PBF y compris BAQ dans les trésoreries régionales selon un rythme annuel)	- Create escrow accounts to allow subsidies to be paid on time - (Make functional a mechanism to secure PBF subsidies including BAQ in regional treasuries at an annual rate)	MINFI
10. Créer une banque à l'instar du Fonds d'Équipement Intercommunale (FEICOM) pour financer les subsides et/ou les BAQ	- Create a bank like the Intercommunal Equipment Fund (FEICOM) to finance subsidies and / or QIB	MINFI FEICOM

RECOMMANDATIONS	RECOMMENDATIONS	CONCERNES
11. Renforcer le lobbying afin que les instructions relatives à la mise en œuvre du PBF viennent de la Présidence de la République	- Strengthen lobbying so that the instructions for the implementation of the PBF come from the Presidency of the Republic	CTN-PBF
12. Faire que le mécanisme de PBF prenne force de loi	- Make the PBF mechanism a law	CTN-PBF
13. Implémenter le PBF dans le MINFI	- Implement the PBF in the MINFI	MINFI
14. Générer suffisamment des recettes à travers du budget de l'État, des projets (BM, UNICEF, et le recouvrement des coûts) au BUNEC afin que les contrats secondaires deviennent les contrats principaux	- Generate sufficient revenues through the state budget, projects (WB, UNICEF) and cost recovery at BUNEC so that secondary contracts become the main contracts	BUNEC MINFI
15. Prévoir des mécanismes pour mettre fin à la gratuité des actes d'État Civil	- Provide mechanisms to end free civil status records	BUNEC
16. Élaborer un texte pour annuler le Fonds de Solidarité versés par les formations sanitaires	- Elaborate a text to cancel the Solidarity Fund paid by health facilities	CTN-PBF
17. Élaborer un manuel d'accompagnement financier des acteurs de mise en œuvre du PBF voir élaborer d'autres textes d'accompagnement en plus de la circulaire PBF de Novembre 2017	- Develop a financial manual for PBF implementation actors in addition to the PBF circular of November 2017	CTN-PBF
18. Prendre en compte la pré-conférence budgétaire dans le mécanisme de mise à disposition des fonds de l'État pour le PBF	- Take into account the pre-budget conference in the state funding mechanism for PBF	MINFI

7.2 Ministère Économie, Planification Aménagement Territoire (MINEPAT)

NZIE Aminatou Epse MOLUH, Cadre DGCOOP/MINEPAT (Point Focal du projet)

7.2.1 Contexte et justification

« S'attaquer à la malnutrition des enfants de moins de cinq ans dans les zones affectées par les crises humanitaires au Cameroun »).

Le Cameroun est un pays avec une forte charge en termes de nombre d'enfants atteints de retard de croissance ou malnutrition chronique. Sept régions sur dix ont des taux alarmants. À l'échelle nationale, 31.7 pour cent d'enfants de moins de cinq ans (1 400 000 enfants) souffrent de retard de croissance (MICS 2014). Les pires situations sont celles rencontrées dans les régions du grand Nord et de l'Est où la prévalence de la malnutrition chronique est supérieure à la moyenne nationale, elles sont également les régions les plus vulnérables et qui ont des niveaux élevés de pauvreté chronique. Outre l'extrême vulnérabilité chronique se traduisant par les plus mauvais indicateurs de développement (mortalité néonatale, mortalité maternelle...), ces quatre régions sont également les plus touchées par les menaces et les crises humanitaires (crises climatiques, afflux de réfugiés des pays voisins, épidémies, inondations)

Le Nord, l'Est et l'Adamaoua hébergent plus de 200.000 réfugiés en provenance de la République Centrafricaine. La plupart des réfugiés, environ 70%, vivent dans des communautés d'accueil tandis que les autres sont installés dans sept sites de réfugiés officiellement reconnus comme tels.

La région de l'Extrême-Nord quant à elle est la plus affectée par les activités du groupe terroriste Boko Haram et les opérations militaires y afférentes. Les habitants de la région de l'Extrême Nord se retrouvent confrontés aux répercussions dramatiques engendrées par la détérioration rapide de la situation sécuritaire dans le Bassin du Lac Tchad, ayant conduit à des déplacements massifs de population (227,500 IDP) et un afflux de réfugiés Nigériens (63,000 au camp de Minawao et 39.000 hors camp. Ceci se produit dans une région déjà caractérisée par des niveaux élevés de malnutrition, d'insécurité alimentaire et d'accès limité aux services sociaux de base.

Pour répondre à l'aggravation de la situation dans les régions de l'Extrême-Nord, du Nord, de l'Adamaoua et de l'Est, le Gouvernement Allemand a octroyé au gouvernement Camerounais des financements en deux phases pour le projet intitulé: « S'attaquer à la malnutrition des enfants de moins de cinq ans dans les zones affectées par les crises humanitaires au Cameroun».

L'exécution financière et technique de ce projet est assurée par le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), qui assure de façon permanente la disponibilité des intrants nutritionnels (aliments thérapeutique prêt à l'emploi), pour la prise en charge des cas de malnutrition chez les enfants cibles. Les composantes du projet sont la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère (PCIMAS), la promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE), la lutte contre les carences en micronutriments (MNPs), gouvernance et cohésion sociale

L'objectif du projet est celui de contribuer à améliorer le statut nutritionnel des populations vulnérables (réfugiés, déplacés et population hôte) dans les zones affectées par les crises humanitaires au Cameroun, à travers l'augmentation de l'accès, de la qualité des interventions nutritionnelles et de la couverture dans les régions cibles.

7.2.2 Problèmes identifiés

- Les populations locales en tant que bénéficiaires du projet sont théoriquement mieux placées pour articuler leurs besoins et y apporter des réponses plus cohérentes et de manière efficace et efficiente. Cependant le montage et la structuration du projet, l'insuffisance de ressources qualifiées au niveau local et la faible articulation de l'investissement par les bénéficiaires sont de nature à entraver une plus-value plus grande de ce projet.
- Dans sa stratégie traditionnelle, les aliments thérapeutiques prêts à l'emploi encore appelés plumpynut sont commandés et importés de l'extérieur par l'UNICEF avec les fonds du don ;
- La mise en œuvre des deux composantes communautaire du projet (la promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE), la lutte contre les carences en micronutriments (MNPs)) sont assurés par les Agents Relais Communautaire, qui au Cameroun n'ont pas un statut légal de prise en charge ;
- Le déficit de collaboration entre les services déconcentrés de l'État et le manque de coordination multisectorielle au niveau local ;

7.2.3 Est-il possible de résoudre le problème avec le PBF ?

Le PBF visant le développement des populations à la base constitue une opportunité pour renforcer l'implication des bénéficiaires dans la mise en œuvre au niveau local avec l'appui technique des services déconcentrés de l'État (MINSANTE, MINEE, MINADER, MINEPIA, MINEPAT) et l'appui financier des partenaires (KfW, UNICEF). Ainsi, oui nous pensons que le PBF peut aider à apporter une plus-value plus grande et assurer la durabilité de ce projet, car :

- Avec le principe de l'efficacité supérieure d'une approche d'achat de performance au niveau local avec des intrants locaux le PBF amènera l'UNICEF à ne plus commander les plumpynuts (principalement fait à base d'arachides) de l'extérieur, mais de voir dans quelle mesure soutenir avec le Gouvernement l'implantation des unités de production locales et ainsi créer un marché pour les populations locales, le grand Nord étant une zone de production

- La création du marché au niveau local va à cout sur créer des externalités positives avec des effets multiplicateurs au niveau des populations à la base et faire prospérer l'économie locale en particulier et nationale de façon générale.

Ainsi, l'introduction du PBF dans la mise en œuvre du projet va nécessiter une contextualisation qui sied à l'environnement institutionnel des termes du partenariat du contrat d'entente entre le Cameroun et l'UNICEF. Le PBF est un nouveau mécanisme qui a débuté au Cameroun en 2011 dans 26 districts de Santé dans 4 régions du Pays (Littoral, Est, Nord-ouest et Sud-ouest) grâce à un financement de la Banque Mondiale. Avec les succès connus, le Cameroun s'est engagé à la mise en échelle sur l'ensemble des régions du pays. Se basant sur l'exemple du PBF santé, une transférabilité et une contextualisation au cadre institutionnel du projet sont possibles.

Les objectifs globaux visés par le projet avec le PBF porteront sur le renforcement des capacités des toutes les parties prenantes, à créer un environnement favorable à la gouvernance locale et le plaidoyer pour une coordination multisectorielle au niveau déconcentré et décentralisé, qui concourent à l'adoption des pratiques alimentaires adéquates par les populations.

7.2.4 Score de faisabilité du programme PBF conçu

Le problème majeur que peut soulever la mise en œuvre du PBF dans le projet au niveau local est la faible disponibilité des ressources humaines pouvant entrainer une dispersion de ressources et limiter l'atteinte des objectifs visés. Au vu de l'aspect multisectoriel que revêt ce projet (wash in nut, nutrition & VIH), il apparait opportun que la coordination des activités soit effectuée par le groupe de travail technique multisectoriel de suivi de la mise en œuvre, placé sous la tutelle du MINEPAT, et qui s'appuiera sur la Cellule Technique Nationale PBF du MINSANTE.

7.2.5 Recommandations

- Revoir les termes du contrat de financement et faire le plaidoyer auprès des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) de mettre à contribution leurs apports sous forme d'achat des outputs au lieu des dons des intrants.
- Le plaidoyer avec les termes faciles, clair comme des slogans qui sont en faveur du PBF identifier les alliés, chercher des alliances, neutraliser l'opposition que ce soit par des campagnes d'information ou de pression, informer et convaincre les indécis.
- Des courts séminaires, de 1 à 3 jours, pour les décideurs des groupes de travail technique.

7.2.6 Plan d'actions

Le plan d'actions ci-dessous regroupe les activités à mener immédiatement après la formation pour un changement de paradigme du système centralisé des partenaires pour le PBF

Activités	Objectifs	Indicateurs	Responsables	Période
1. Réunion de restitution de la formation du PBF aux différents partenaires techniques et financiers (KfW et UNICEF)	- Restituer la formation sur le PBF	- Compte rendu de la réunion	- Point Focal et PTFs (KfW, UNICEF)	Semaine du 10 au 14 juin 2019
2. Réunion de restitution de la formation du PBF élargie à toutes les parties prenantes	- Restituer la formation sur le PBF et réfléchir sur les mécanismes d'introduction du PBF dans le projet	- Compte rendu de la réunion	- Comité intersectoriel de lutte contre la malnutrition, - le groupe de travail multisectoriel technique en charge du suivi PTFs et	Semaine du 17 au 21 juin 2019

			représentant des bénéficiaires	
3. Élaboration du manuel d'opérationnalisation du projet-PBF	<ul style="list-style-type: none"> - Revoir les indicateurs proposés pour les composantes du projet ; - Revoir les outils proposés et les rôles des différents acteurs ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Rapport de l'atelier ; - Manuel d'opérationnalisation du projet-PBF disponibles ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Point Focal - PTFs - CTN-PBF Santé ; - Acteurs sectoriels 	Semaine du du 24 au 28 juin 2019
4. Élaboration du PTBA 2019 du projet-PBF	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier et réorienter les activités à réaliser pour le projet-PBF ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Document de PTBA disponible 	<ul style="list-style-type: none"> - Point Focal - PTFs - CTN-PBF Santé ; - Acteurs sectoriels 	Semaine du 1 ^{er} au 5 juillet 2019
5. Traduction du manuel d'opérationnalisation élaboré et impression des documents	<ul style="list-style-type: none"> - Traduire le manuel élaboré pour prendre en compte les acteurs des régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest 	<ul style="list-style-type: none"> - Manuel d'opérationnalisation du projet-PBF traduit dans les deux langues et imprimés disponible ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Point Focal - PTFs - CTN-PBF Santé ; - Cellule de traduction du MINEPAT 	Semaine du 8 au 12 juillet 2019
6. Atelier de renforcement des capacités des acteurs au niveau des 4 régions (Extrême-Nord, Nord, Adamaoua et Est)	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer les capacités des acteurs au niveau des 4 régions sur les principes du PBF 	<ul style="list-style-type: none"> - Rapport de l'atelier 	<ul style="list-style-type: none"> - Point Focal - PTFs - CTN-PBF Santé ; - acteurs locaux 	Semaine du 15 au 19 juillet 2019
7. Réunion avec la CTN-PBF Santé	<ul style="list-style-type: none"> - échanges pour l'introduction des indicateurs du projet dans le portail PBF 	<ul style="list-style-type: none"> - Compte rendu de la réunion 	<ul style="list-style-type: none"> - Point Focal - PTFs - CTN-PBF Santé ; - acteurs sectoriels 	Avant le 30 juillet 2019

7.3 Ministry of Finances Group

WIRNDZEREM Gideon Barfee - RFC-NORTH WEST, NGAJIEH NNANE Ransome - DPB-YDE, MBESE MESAPE Gerald - Repr. TPG-NWR, EWANE Clifford Ngabe - Deputy TPG No.2 SWR, ESSOMBA OHANDZA Jean Auguste /Deputy TPG No.2 / WEST, NSASO PEN Epse BATCHOM, Repr TPG LITTORAL, NOUBOUE née MONGUEN Alice RFC-West, ABEYA nee VIOLET Afor Azang – RFC South West.

7.3.1 Introduction and context

Project: Aligning the regional budget expenditure chain to the PBF paradigm: a move to rationalize the treatment and payment of health sector PBF files

Within the general context presently marked by the ever-growing gap between the limited financial resources and the expanding expenditure needs, States, especially developing countries like Cameroon with its development partners, have been compelled to search for more innovative and performant financial solutions. These solutions focus on the attempt to render their economies more competitive, prosperous and sustainable. The performance-based reforms come at a period when Cameroon aims to meet the Sustainable Development Goals in general and Universal Health Coverage in particular. Moreover, Cameroon, buttressed detailed technical instruments such as the Vision 2035 and the **Growth and Employment Strategy Paper (GESP)** that are all geared at transforming the country into an emerging economy.

This dynamic, since the last decade within the public budgetary, financial and administrative sectors, has seen the introduction of different “performance” initiatives such as Performance Based Budget, Result Based Management, Management by Objectives (DPO) and the Public-Private sector Partnerships (PPP). Building on these approaches and remaining within the performance paradigm, Cameroon signed a partnership agreement with the World Bank to finance investments in the health sector. This is in line with a group of African countries which chose to pilot or make as national policy PBF schemes within the social sectors, especially in the health domain such as Rwanda, Burundi, DRC, Zimbabwe and about 30 other’s.

Health services are close to the population and therefore greater attention has to be given to the allocation of resources to the health institutions in the regions and peripheries in terms of payment rather than allocating the public resources at the central administrative services to buy inputs.

Against this background the Finance Team of the 77th Training Session decided to choose the practical aspect on how to **rationalise the treatment and payment of the PBF files from the health structures** through the Finance Control Services and the Treasury Services at the regional level.

7.3.2 Problem Statement

- We observed that there is a non-alignment of existing procedures in the finance services to the PBF approach, a fact that stand to hinder the performance in the treatment and payment of subsidy files of the regional health sector.
- Despite that previous initiatives such as the budget programming approach intends to promote performance, in practice this has never been operationalized. This is due to the fact that the instruments at the peripheral level to receive and spent funds were not developed. Notably, there was a lack of autonomy of facilities, lack of financial instruments to receive funds and market-oriented tools to enhance efficiency.
- This state of affairs did not motivate the public servants and did not align the public services with their personal interests. More work or better quality in existing system did not lead to higher remuneration such as required in the public choice theory applied by PBF programs.
- The treatment and payment of financial files continue to be inefficient due to the lack of rationalisation of procedures. There was no connection between the allocations (credit cards) and the intended results or performance in terms of quantity, quality and equity.
- Also with the introduction of PBF in the health sector in Cameroon since 2009, budgetary and financial procedures were not fine-tuned nationally to fit the performance orientation of this mechanism. For example, the traditional system of quote-pars of paying workers is fixed instead of being a variable remuneration for good performance.
- The current budgeting system of Cameroon is still based on input and inefficient allocation of State resources, instead that resources are allocated where the activities are taking place. Evaluating the performance of the current budget is a serious problem.
- PBF requires the rapid treatment and payment of invoices validated at district. Yet, this problematic if those in the financial chain, have not understood the system. PBF is different from the conventional system, which gave input vouchers already linked to pre-determined expenditure lines. Yet, this system was very inefficient.
- Resistance against change is another challenge. Stakeholders in the financial and administrative chain may prefer remaining with the existing regulations irrespective of whether they have a positive or negative impact. People are used to the old ways of doing things.

In short, the transition from the present practice of program budgeting with the financing of inputs to the more efficient PBF approach remains challenging. The system of treatment of files from health structures should be adapted to the PBF mechanism and objectives. How can this be done?

7.3.3 Recommendations

There is need for a shift in the system that now governs the budgetary and financial chain in the regions to adapt it to the new PBF exigencies. In this respect, we recommend the following:

1. The finance services should systematically apply the dispositions of the joint circular letter No D36-56 of 3rd November 2017 by the Ministers of Finance and that of Public Health bearing on the opening and running of accounts in commercial banks by health institutions for PBF credits for regions and districts.
2. Rendering efficient the mechanism of single, global and annual allocation and disbursement of PBF funds at the regional and local levels ;
3. Paying performance indicators timely and directly into the bank accounts of the frontline health structures that provide the health services ;
4. Elaborating a post-operations report, detailing statistics of quarterly control and payment operations, addressed to the Regional Delegate of Public Health copying the MINFI, CTN and the Governor. The report should explain in how far the payments effected correspond with the costing projections and highlight the problems encountered in the process and propose corrective actions.
5. Putting in place a quarterly Regional Coordination Meeting to harmonize actions and procedures as well as offering solutions at the regional level to administrative, financial and technical issues hampering the PBF system. The invitations for the meetings will be prepared by the Regional Delegate of Public Health and signed by the Governor. It will be presided by the Head of Division in charge of Economic and Social Affairs at the Governor's Office. The Regional Finance Controller and the Paymaster General of the Region should be members.
6. Eliminating the instituted regional administrative decision to be signed by the Governor of the region in order to reduce superfluous procedures.
7. Institute a quarterly cash quota from the unique account at the level of BEAC for the payment of PBF invoices with respect to the total budget of PBF as was recently the case with Additional Council Taxes for Councils.
8. Computerize of the entire procedure and documents at the level of finance services of the region to curb the slow treatment of files by manual means and prevent the shortage of finance documents such as commitment booklets that delay payment.
9. Training of actors in the expenditure chain on the PBF mechanism to ensure pro-activeness at the starting point of the chain to ensure programming and timely payment.
The training should also include the officials of the Supreme State Audit and other audit actors at all levels in order to avoid misunderstandings. This also to avoid that PBF actors are brought before the courts for mismanagement for bridge of procedures and misappropriation of public funds.

7.3.4 Objective of the action plan

- To solve the difficulties encountered in integrating the PBF mechanism into a system that functions with an input method
- To ease the complicated administrative and the financial procedures and difficulties involved in the financial chain to facilitate payments of health bills.

7.3.5 Measures to be taken

1. **Place:** The pilot regions are North West, South West, West and Littoral.
2. **Target Population:** Actors of the regional budgetary execution chain.
3. **Motivation:** Integrate finance services into the PBF process and rationalize its system to enhance performance.
4. **Financial indicators:** A composite of production and time indicators geared at the ‘the number of correctly treated files on the rate of **3hrs/invoice file**. Quality includes the control of signature, name, amount, imputation, productive presence, punctuality, registers kept, suppressed elements in the chain (Regional Decision by the Governor), etc.
5. **Duration of project:** One year pilot project with possibilities of extension in time and place in case of success.
6. **Monitoring and evaluation of project:** A mixed committee comprised of The Control Brigade and the Management Controller of the Treasury, Chief of Administration and Finance/RFC and the competent Contract Development Verification Agents will be instituted, questionnaires will be administered in user satisfaction surveys, suggestion boxes will be instituted.
7. **Costing of the indicators:** Payment of correctly treated and paid individual vouchers and accompanying at **1.5%** of the amount TTC of each file.
8. **Distribution of roles and responsibilities**
The table below and its strategies have been theorized in a hypothetical condition where the PBF public health file is considered as priority for treatment, whereby its entry into the service occasions the suspension of all other file on course of treatment.

7.3.6 Action plan

Problem statement for the action plan: Non alignment of finance services to the PBF approach leading to inefficiencies in the treatment and payment of the PBF files

Objective	Activities	Timeframe	Responsible
Integration of PBF approach in the finance budgetary chain in order to attain greater performance in the treatment of the PBF files as priority	Prioritize the treatment of PBF files	6 hours 30m	- Rfc - Tpg
	Establish a PBF model for allowances (bonuses) in finance services (Contract)	3 months	- RFC - TPG
	Institute evaluation exercise	Quarterly	- SAF/RFC - MC/TG - Competent CDV
	Institute Regional Co-ordination meeting	Quarterly	- Economic adviser / Gov Sces - RDPH - RFC - TPG - CDV
	Apply the disposition of joint circular letter MINFI/MINSANTE on PBF	Permanent	- RFC - TPG
Rationalize the treatment and payment of PBF files	Codification of PBF credits in regions in automatic annual allocations	Annual	- MINSANTE/DRFP - MINFI/DGB
	Institute a quarterly cash quota at BEAC with respect to total budget of PBF allocations	Quarterly	- MINSANTE/DRFP - MINFI/DGB - MINFI/DGTCFM

7.3.7 Conclusion

A shift of budgeting method is a gradual process that requires a change of legislation to enhance the functioning of this performance, evaluative and efficient allocation of resources whereby you are paid based on the results or performance and not just providing resources to vote holders because it was voted at the National Assembly. With PBF, the participation of the stakeholders is very important and the fact that the vulnerable are taken care of, remains an important element in providing quality, efficiency and equity in our health system which is the responsibility of the state; thus the finance department needs to accompany the state in this aspect and take measures to ease or prioritize the treatment and payment of files from health facilities within the framework of PBF.

7.4 Ministère de l'Administration Territoriale, Région de l'Ouest

Présenté par Me WOTCHUEN Paulette, Chef de Division de la Police et de l'organisation Administratives dans les Services du Gouverneur (C/DPOA)

7.4.1 Contexte

Le gouvernement du Cameroun, dans sa volonté d'atteindre les objectifs de développement durable (ODD) et de mise en œuvre de son projet d'émergence à l'horizon 2035 et ses documents de planification subséquents, a engagé depuis quelques années la modernisation des institutions.

Pour ce faire, l'État s'est appuyé sur un levier très important qu'est la décentralisation inscrit dans la constitution. Il s'agit d'un mode de gouvernance axé sur le programme PBF (Financement Basé sur la performance). Au cours de ce voyage ambitieux pour l'émergence, les gouverneurs des régions jouent un rôle fondamental au niveau déconcentré.

En clair le gouverneur, conformément au Décret 2008/377 du 12 Novembre 2008 fixant les attributions des chefs de circonscriptions administrative et portant organisation et fonctionnement des services, assure les missions de représentation des instances de coordination des différents secteurs techniques de l'administration tel qu'indique dans les articles 4 et 5 du Décret suscité. Toutefois, dans la pratique, il appert quelques dysfonctionnement dans le suivi des politiques publiques.

Pour ce faire, le modèle managérial que prône le PBF et que l'État du Cameroun a commencé à implémenter notamment au Ministère de la Santé Publique, peut s'avérer être un outil important, à même de permettre à l'administration camerounaise de se moderniser et de répondre aux aspirations des populations de manière efficace et efficiente.

7.4.2 Analyse de la situation

Il s'agit des difficultés liées à la coordination des activités de la région dans le domaine de la santé. Au regard du Score de faisabilité élaboré par les structures sanitaires dans la région et présentes au cours international PBF, et suivant les critères de pureté ci-dessus, à savoir 44 points sur 50, soit 88%. Il est évident que le PBF peut résoudre les problèmes à travers la création d'un comité de coordination régional avec comme point focal dans les Services du Gouverneurs, et l'implémentation du programme PBF dans l'autre service de la région.

7.4.3 Recommandations

- Créer un comité de coordination et de suivi au niveau régional des activités du PBF présidé par le Gouverneur ;
- Étendre l'approche PBF à d'autres administrations, en l'occurrence le MINAT avec pour structure pilote le Secrétariat Général des Services du Gouverneur.

7.4.4 Plan d'action

Objectifs	Activités	Acteurs	Délais
1. Créer un comité de coordination et de suivi au niveau régional des activités du PBF présidé par le Gouverneur	- Restitution du cours international PBF à l'attention du Gouverneur (Note, compte rendu)	- Chef de Division de la Police et de l'organisation Administratives dans les Services du Gouverneur (C/DPOA)	03 Juin 2019
	- Plaidoyer par saisine des instances de pilotage PBF au niveau national	- Gouverneur	25 Juillet 2019
	- Mise en place du Comité régional de suivi des activités PBF ; - Projet d'acte de création du comité de suivi	- Gouverneur	30 Juillet 2019
	- Organisation d'une réunion d'information des acteurs périphériques sur le comité régional et son fonctionnement	- Autorités Administratives	10 Août 2019
	- Suivi des activités du PBF dans la Région - Tenue des réunions trimestrielles de Coordination générale de tous les acteurs du programme PBF - Organisation des réunions d'évaluation des activités et de règlement des conflits	- Gouverneur - Autorités administratives - Parlementaire - OSC-ACV	FRPS DRSP C/DPOA
2. Étendre l'approche PBF dans d'autres administrations, en l'occurrence au MINAT avec pour structure pilote le secrétaire général des services du gouverneur	- Restitution du cours international PBF à l'attention des autres sectoriels (Tous les Services Techniques Régionaux)	- Chef de Division de la Police et de l'organisation Administrative	15 juin 2019
	- plaidoyer par saisine des instances de pilotage PBF au niveau national	- Gouverneur	20 juin 2019
	- Organisation des réunions d'information des acteurs sur le comité Régional et son fonctionnement	- Gouverneur (ses collaborateurs), préfet, sous-préfet, services régionaux des finances, ACV, DR/SANTE, Administrateur du FRPS	Septembre 2019

7.5 PBF in emergency situation – North West Region

Presented by Dr SHU Walters – CDV Manager North West ;– Mme WAOZINI Florence Community Verification Officer ; Ms SUH Afanui – Community Verification Officer DVA ; Ms NOUNIMO Josiane – Accountant CDV A

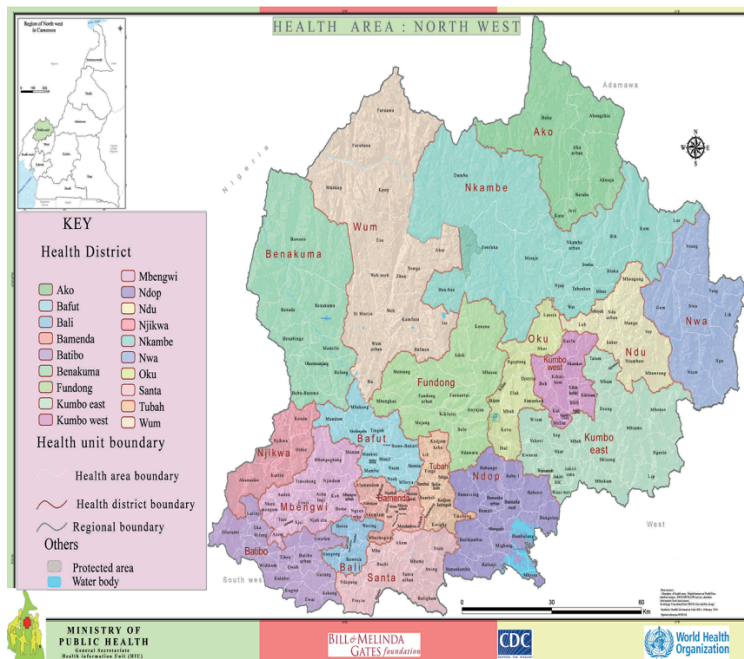
7.5.1 Context

North West Region is one of the 10 regions in Cameroon and has a population of about 2.2 million inhabitants. The Region has 19 Health Districts with 380 health facilities (government, private and confessionals). The Region is bordered by Nigeria to the west, Adamawa region to the North, West Region to the East and South West Region to the South.

The general topography of the region is mountainous and the Ndop plain is situated in 1 of the 19 districts. About 80% of the roads are seasonal and difficult to access during the rainy seasons from March to October. Motorbikes are the most commonly used transportation both in the urban and rural areas. More than 70% of the population the main economic activity is subsistence agriculture (farming and animal rearing).

Women and children constitute over 70% of the entire population and the region harbors a minority groups the “Mbororos,” who are represented in all districts.

7.5.2 The Health Map



19 Health Districts

235 health areas

384 Health Facilities (64% Public, 22% confessional and 14% private-for profit)

1 Regional Hospital, 16 district Hospitals, 12 confessional Hospitals and 26 CMAs

Estimated total population in 2018 of 2,212,633 inhabitants distributed over a total surface area of about 17,300 square KM

7.5.3 The PBF program in North West region

Cameroon aims to move towards Universal Health Coverage and considers the performance-based financing approach as the chosen strategy to implement it. PBF is a reform approach aimed at providing quality services to the population in a cost-efficient and equitable manner by a well-motivated personnel. The approach has as main objective to reform the management system for optimal performance and satisfaction by all actors.

The PBF project started in the NWR in 2012 with a pilot phase in 4 districts (Kumbo East, Nkambe, Ndjop and Fundong). Due to the positive results the project was extended to five more districts in July 2017 and a further scale up to the whole Region took place in July 2018. In general health facilities joining PBF in the Region saw remarkable progress in terms of quality improvement, infrastructure and equipment improvements as well as the recruitment of new qualified staff.

The Regional Health Delegation and the Contract Development and Verification Agency in the North West Region negotiate the business plans of respectively the health districts and the health facilities. After agreement they sign contracts. The Delegation signs with the health districts and the CDV Agency signs with the health facilities. Payment of the contracts is done after verification of the results by the CDV Agency and the validation during the monthly district validation committee meetings. District health authorities review the quality of the services each quarter and community based organisation interview patients about their satisfaction with the services. Health facilities are paid monthly and the health districts are paid quarterly.

By the end of 2017 this progress was interrupted due to security problems in the region. It resulted in a natural experiment whereby nine health districts started operating PBF under relative favorable circumstances (2012 and mid 2017), while 10 other districts, started operating PBF (July 2018) when the instability in the region had already become general. One aim of this report is to present what happened in the two group of districts during 2018 and 2019.

7.5.4 Deteriorating security situation

The North West region started witnessing sporadic socio-political crisis situations since the end of 2016 in a few districts. It spread to all districts by the end of 2017.

The security crisis had following general effects :

- Frequent road blockages and movement restrictions of goods and people ;
- Displacement of the populations from one location of safety to another ;
- Increases in the costs for the transportation of people and goods ;
- The crisis has a severe economic impact and about 70% of the rural patients about 40% in the urban patients have difficulties to pay their health bills ;

The consequences for the health sector were the following :

The closure of 74 health facilities, which implied a reduction of 19% in the number of functioning health facilities. This includes one major hospital Batibo District Hospital. Six qualified health staff were killed and other health workers were arrested and threatened by the both sides in the conflict. By mid 2018 the number of health facilities under PBF contracts doubled due to the scaling up of PBF compared to the beginning of the year but the coverage of most indicators dropped. The drop concerned mostly preventive activities like children completely vaccinated with the risk of epidemics. Maternal indicators have also dropped especially institutional deliveries as most of the women deliver at home or in the bush due to the crisis. Also the tracing of patients during community verification by Community Based Organizations became more difficult and CDV managers experienced difficulties to coach the health facilities.

About 18% of qualified workers abandoned their health facilities. Some of which then continued operating with non-qualified staff leading to a reduction of the quality of the health services. The management of other health facilities both public, private and confessional sector reduced the salaries of their staff or were forced to lay off staff. Other health facilities also experienced shortages of drugs and reagents.

All this was aggravated by the delay in payment of the PBF subsidies from third quarter 2018 onwards due to factors not related to the PBF program but resulting from the general financial crisis in Cameroun. An instruction by the Minister of Health to stop recruiting contractual staff was also not helpful.

7.5.5 Research questions

The first question we wish to answer in this report is how the results of the PBF emergency approach compared to the traditional emergency medical assistance approach. The second question is in how far the health district and facilities that started PBF before the crisis were more resilient than the districts that started PBF after the beginning of the crisis.

7.5.6 Findings

The traditional medical assistance approach

A number of aid organizations such as Médecins Sans Frontières and Médecins du Monde came to the region to assist in the humanitarian crisis. They mainly operate in the regional capital Bamenda and in a few outposts. Their programs are mostly curative oriented or aim at treating specific problems such as gender violence. MSF has an ambulance service that covers a range of about 10 kilometres around their basis and outposts. A study in Central African Republic in 2014 showed similar results, that the coverage of the traditional emergency medical assistance approach is limited.

The PBF emergency approach

The PBF emergency approach aims to continue the support for the existing health facilities. It makes use of the fact that the health facilities already have bank accounts that they autonomously manage. Managers use the quarterly business plan for the signing of their contracts with the CDV Agency. They also use the indices management tool to analyse their revenues, to buy their essential inputs, pay salaries and calculate the bonuses for their staff. They can also carry out urgent repairs of the infrastructure.

The autonomy offered by the PBF system is an important opportunity during crisis situations when health facilities are faced with extreme problems. Under such circumstances it is important to make the choices available when opportunities present themselves. PBF transfers money into the bank accounts, which will allow the health facilities to recruit those health workers willing to continue working in the in the “hot zones”. They are allowed under the PBF approach to assess in how far patients can still contribute for their care. Another important tool is the quality improvement bonuses that the facility can obtain for example after recruiting new staff or when they conduct repairs or buy equipment.

The performance of the regulators and the CDV Agencies

All health districts in the North West Region continued to operate and conducted the quality reviews and district validation committee meetings. Fourteen of the health districts (74%) were paid after the timely submission of their invoices to the higher level. Yet, 5 districts (out of 19) were not paid their invoices due to their late submission. The central and regional level authorities did not acknowledge the difficult circumstances in the districts. Moreover, the central level evaluators did also not conduct their counter-verification at the district level and the Regional Delegation did not conduct their verification at the district level. So it would have been justified to find a solution for the delay in the submission of the invoices for the 5 districts.

Closure of health facilities

The number of health facilities that stopped operating was more pronounced in the districts that started PBF *during* the crisis (-26%) than in the districts that had already started PBF *before* the crisis (-14%). It suggest that the pre-conflict health districts were more resilient. Yet, it is also worth mentioning that the all health facilities did not receive any subsidies since their joined the PBF program in July 2018.

	Population	Nbr of HF functioning before the crisis	Ratio Health facilities per population	Nbr of HF that closed	Situation 2019	Ratio Health facilities per population	Reduction rate
9 districts, joining le PBF between in 2012 and 2017 before the crisis							
Bafut	58.862	18	3.270	0	18	3.270	0%
Bamenda	429.419	37	11.606	3	34	12.630	-8%
Batibo	95.150	31	3.069	11	20	4.758	-35%
Benakuma	60.794	12	5.066	6	6	10.132	-50%
Fundong	158.248	30	5.275	2	28	5.652	-7%
Kumbo East	159.554	28	5.698	7	21	7.598	-25%
Ndop	275.603	31	8.890	4	27	10.208	-13%
Nkambe	147.968	27	5.480	0	27	5.480	0%
Tubah	6.999	14	500	0	14	500	0%
Total 9 districts	1.392.597	228	6.108	33	195	7.142	-14%
10 districts joining le PBF 2018 during the crisis							
Ako	58.864	10	5.886	10	0		-100%
Bali	37.103	10	3.710	1	9	4.123	-10%
Kumbo West	113.508	23	4.935	0	23	4.935	0%

Mbengwi	56.469	22	2.567	8	14	4.034	-36%
Ndu	95.914	17	5.642	4	13	7.378	-24%
Njikwa	23.017	8	2.877	0	8	2.877	0%
Nwa	65.599	8	8.200	0	8	8.200	0%
Oku	101.536	20	5.077	7	13	7.810	-35%
Santa	101.176	21	4.818	1	20	5.059	-5%
Wum	135.546	17	7.973	9	8	16.943	-53%
Total 10 districts	788.732	156	5.056	40	116	6.799	-26%
TOTAL Region	2.181.329	384	5.681	73	311	7.014	-19%

The result of the crisis on the coverage of qualified personnel

The following table shows that before the crisis the average coverage of qualified health workers at primary level was at 55%. The districts that started PBF later experienced a reduction rate of qualified staff that was almost double (-32,9%) than in the districts that already operated PBF before the crisis (-17,7%). Most of the staff in the new health districts were recruited using the Quality Improvement Bonus but with the delay in the payment of subsidies, some deserted their work places.

	Population	Nbr of qualified staff before the crisis	% coverage qualified staff 1/ 1000 before crisis December 2017	Nbr of HF of qualified staff that left since crisis began	Situation 2019	% coverage qualified staff 1/ 1000 after crisis April 2019	Reduction rate
9 districts, joining le PBF between in 2012 and 2017 before the crisis	1.392.597	718	52%	60	658	47%	-8,4%
10 districts joining le PBF 2018 during the crisis	788.732	473	60%	151	322	41%	-31,9%
Total for the region	2.181.329	1.191	55%	211	980	45%	-17,7%

Several coping mechanisms were developed by the PBF actors.

PBF actors started using public transport or private vehicles that were driven by drivers with good relationships with both sides in the conflict. CDV verification officers hired bikes from locals to move around in the district, which was more expensive but also safer. Sometimes they passed through other regions to enter districts, inaccessible from Bamenda or their district stations. CDV verification officers carried out verification with the staff in safe places instead of in the health facilities with staff carrying their registers. Collective coaching was also done in safe areas with the staff of the health facilities. Some hospitals such as Shisong Catholic hospital transferred most of their specialist activities to Douala and Yaoundé like its Cardiac Center.

Health facilities started conducting mobile clinics in the zones where the population had relocated and this included going into the bushes where the population was hiding. Often ambulances were used to carry out supervision and verification activities, as these vehicles have a smaller chance of being aggressed. Affixing the “ambulance” insignia on all our service vehicles, replacement of the official number plates with the CHASIS number of the vehicle. Health personnel – similar to the Middle East - also started wearing White Jackets / Aprons and Badges when on a mission or even in the health facility. This to distinguish themselves as health workers. Working on Saturdays, Sundays and Public Holidays also became common and thereby avoiding the Monday lock down or “ghost town” imposed by the secessionists.

7.5.7 Discussion

All districts in the North West region continued to operate during the crisis. The financial support of the PBF program was important but equally important is that health structures are managed in an autonomous fashion. The PBF program succeeded in extending PBF to the 19 Health Districts in the region during the crisis. The new health districts were enthusiastic when joining the programme but the crisis and then the delay in payments dampened their enthusiasm. The delays in the payment of subsidies associated to factors not related to BF came at a particularly unfortunate moment. 82% of health facilities in the region are still functional, but this would have been lower without the PBF program. Despite the risks the verification continued and district validation committee meetings never failed to be organized. Due to the crisis the North West Region was authorized by the PBF programme to increase the equity bonus for indigent patients from 10% to 20%.

7.5.8 Recommendations:

- The prompt payment of subsidies (and its arrears) to the PBF actors in the region should be priority number one for government and partners. This would go a long way for health workers working under difficult circumstances to continue rendering services to the population. This would also allow health facilities that are closed to reopen and qualified personnel to return to their job sites or more qualified personnel be recruited.
- Allocate more widely the quality improvement bonuses to non-functional health facilities so that they re-open and render the services operational.
- The allocation of funds to health facilities to recruit staff on the spot though the quality improvement bones was halted by the Minister of Health but we suggest that this should be authorized again.
- Include for the North West Region a specific equity indicator addressing the vulnerable minority groups such as the Bhororo.
- Other partners should be lobbied to assist in the Region but should also apply the PBF principles instead of weakening the existing system with input policies and taking over management responsibilities of existing health facilities.
- Improve social marketing by doing refresher trainings with community actors with the aim to develop more adaptive mobilization strategies, minorities inclusive
- District management teams should hasten the reopening of health facilities that were closed and should involve the community as much as possible.
- All belligerents both from the military and the secessionists should be sensitized to respect the code of conduct during crisis not to attack or aggress health workers.
- The higher equity bonus should be paid for those health facilities with health workers willing to risk their lives in the hot zones.
- Health faculties should continue working with their community health workers so that they can enhance promotional outreach activities to boost the production of the health facilities.
- The Regional Delegation of Public Health should ensure that there are multiple accredited distributors in the North West Region that provide inputs to the health facilities an provide also the list of accredited distributors from the neighboring regions so that health facilities know where to buy quality drugs.

7.5.9 Conclusion

The socio-political crisis in the North West Region of Cameroon that started in 2016 and aggravated by the end of 2017 had a hard toll on the health situation. It has led to the drop of critical health indicators. 19% of the health facilities closed and 17% of qualified personnel left their stations due to security risks. Yet, those health facilities that already applied PBF before the

crisis resisted the adverse situation in the region significantly better than those which enrolled later. Added to the crisis was the delay of payment of PBF subsidies since October 2018 and the decision of the Ministry to stop recruiting staff on a contractual basis. If the prompt payment of subsidies resume, staff will stay on their jobs and continue to deliver the services. This report also shows that the PBF emergency approach is more effective and efficient compared to the traditional emergency medical assistance approach.

7.5.10 Action Plan

Objective	Activities	Person (s) Responsible	Deadline
1. To access health facilities for supervision amidst the crisis in the region	- Compile information on the current crisis state and transmit to CTN	- CVA - DMHT - RDPH	June 30 th 2019
	- Improve on regional equity score,	- CTN	July 30 th 2019
	- Revision to an increase the cost of some basic indicators like OPD, CCV, VAD cost	- CTN	
	- Extend deadlines for verification activities	- CTN	
	- Look into the possibility of doing verification out of the district	- CTN	
	- Establish adaptive channels and local partners to be used during supervision and verification activities	- CVA Local actors	June 30 th 2019
	- Refresher trainings with new strategies for mobilization at the level of the district	- CVA - DMHT	July 30 th 2019
2. To access health facilities for supervision amidst the crisis in the region	- Asses HFs with Mbororos within their catchment areas	- CVA NWR - HFs - DMHTs	June 30 th 2019
	- Lobby CTN to include the minority Mbororos under the minority vulnerable indicator	- CVA NWR CTN	June 30 th 2019
	- Coach these HFs on strategies to fully include the these minorities in all the health packages	- CVA NWR HFS	June 30 th 2019
	- Sensitize, recruit and train some minority Mbororos to serve as CHWs	- HFs - Health Management Committees	July 30 th 2019

7.6 Secrétariat général du Minsante

Par Franklin NDEKOU, Odilia EDANG et Omer OMOGA

7.6.1 Contexte et justification

Le Ministère de la Santé Publique a mission principale la mise en œuvre de la politique gouvernementale en matière de santé publique. Son objectif est d'améliorer l'état de santé des populations. L'une des orientations prises par cette politique est la mise en place d'un système de Couverture Santé Universelle (CSU). Pour atteindre cet objectif, il est nécessaire de mettre en place des mécanismes permettant d'assurer l'efficacité et l'équité.

Le MINSANTE fait face depuis quelques années à d'un déficit en ressources financières, humaines, infrastructurelles et d'équipement entraînant une performance mitigée des efforts consentis pour atteindre son objectif.

Le Secrétariat Général dont la responsabilité est de coordonner l'action du MINSANTE, est appelé à assurer l'utilisation optimale des ressources disponible pour plus d'efficacité.

7.6.2 Missions du Secrétariat Général

- Coordonner l'action des services de l'**Administration Centrale** et des **Services Déconcentrés** du Ministère et tient à cet effet des réunions de coordination dont il adresse le compte rendu au Ministre ;
- Définir et codifier les procédures internes au Ministère ;
- veiller à la formation permanente du personnel et organiser, sous l'autorité du Ministre, des séminaires et des stages de recyclage, de perfectionnement ou de spécialisation;
- Suivre, sous l'autorité du Ministre, l'action des services rattachés dont il approuve le programme d'action et reçoit les comptes rendus d'activités;
- veiller à la célérité dans le traitement des dossiers, centraliser les archives et gérer la documentation du Ministère.

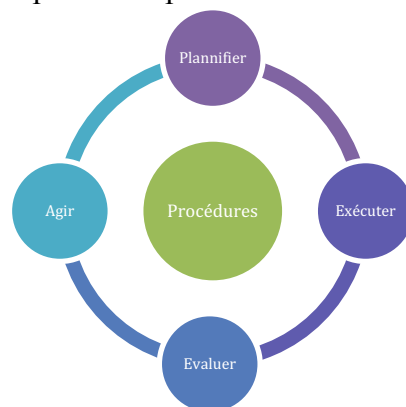
7.6.3 Analyse des problèmes

- La coordination des services n'est pas axée sur la reddition des comptes permettant de mesurer sa performance. A cet effet, les réunions de coordination devront prendre une connotation de réunion d'évaluation pour s'inscrire dans la logique de l'**amélioration continue** ;
- La définition et la codification des procédures internes au MINSANTE résultent comme pour tous les services publics du Cameroun sur des procédures très lourdes. Où il est plus question de compétences et non d'expertise ;
- L'inadéquation du profil des personnels et leur poste de travail est courante ;
- Le Secrétariat Général ne reçoit pas régulièrement les plans d'action et les comptes rendus d'activités de ses services rattachés.
- Le respect des délais prescrits d'exécution des activités n'est pas observé sauf pour certaines actions prioritaires. Le système d'archivage ne dispose ni de plan de classement, ni de calendrier de conservation ni même de locaux et d'équipement adéquats.

7.6.4 Est-ce que le PBF est une solution ?

L'une des solutions pouvant conduire à une coordination plus efficace et efficiente serait l'approche PBF. Pour ce faire, les problèmes ci-dessus soulevés pourraient trouver des solutions pérennes par la signature des contrats de performance entre le Secrétariat Général et les services rattachés ainsi :

- Les réunions de coordination permettront d'évaluer le travail des services rattachés sur la base d'une grille conçu et validé par le SG et les services rattachés ;
- Le Passage des procédures administratives aux procédures managériales ;
- La production des rapports d'activités et notes de conjoncture à temps régulier ;
- La motivation du personnel par les subsides.



- Les formations, stages et séminaires doivent répondre à un besoin précis et être décentralisés constituant une partie des critères de performance des structures rattachées ;
- Le respect des délais et la sécurisation des archives sont implicites à la signature des contrats de performances.

7.6.5 Score de faisabilité

Le score de faisabilité de notre structure est de 42/50 soit 88%.

Les 3 critères qui manquent sur les 23 critères de pureté PBF	Points disponibles	Points donnés
1. Les Directions et Programmes du MS sont mis sous contrats de performance avec des indicateurs standards output et de la qualité	2	0
2. Les structures sont autorisés de déterminer leurs tarifs du recouvrement de coûts.	2	0
3. Les ACV ont des unités d'investissement, pour l'amélioration de l'infrastructure et des équipements des structures.	2	0
Total	50	44
Pourcentage		88 %

7.6.6 Recommandations

Recommandations	Stratégies	Personnes concernées	Délais d'exécution
Formation des responsables sur la démarche du PBF	- Élaborer un résumé des concepts du PBF et de sa logique	SG	Juin 2019
Rédaction des Business plan des services rattachés	- Élaborer et valider les business plan des services rattachés - Élaborer et valider les projets de contrat de performance	SG, CTN PBF et Responsables services rattachés	Juillet 2019
Élaboration de la grille de vérification des services rattachés	- Chaque service rattaché doit avoir une grille qui est en adéquation avec son Business plan	SG, CTN PBF et Responsable service rattaché	Juillet 2019
Signature des contrats de performances	- Le SG signe les contrats de performance avec les services rattachés	SG et Responsables services rattachés	Mai à décembre 2019

7.6.7 Plan d'Action

Objectifs	Activités	Personnes impliquées	Chronogramme	Indicateur d'évaluation
1. Évaluer le travail des services rattachés	- Examen des activités des services rattachés	- SG - Services rattachés	1 lundi sur 4 (dernier ou premier du moins)	Nombre de Rapport des réunions d'évaluation (12 par an)
2. Simplifier les procédures administratives	- Élaboration et codification des procédures	- SG - Services rattachés - DAJC	Dès nécessité	Proportion des procédures élaborées et codifiées
3. Centraliser les Business plan et les rapports des services rattachés	- Compilation et classement des Business plan et des rapports d'activité ; - Élaboration et validation des grilles d'évaluation	- SG - DAJC - SDACL - CDA - CS - CIS - CI	Trimestriel	Proportion des Business Plan par structure disponibles Proportion des rapports d'activités par structure disponibles (4 par an)

Objectifs	Activités	Personnes impliquées	Chronogramme	Indicateur d'évaluation
		- CELTRAD - CELCOM		
4. Coordonner l'action des services centraux	- Signatures des actes	- SG	quotidien	Proportion des actes signés ou visés (avancement, note de services ...)

7.7 Cellule Communication MINSANTE - Cabinet du Ministre

Par : *BISSE BETI ANSELME PARFAIT RICHARD*

7.7.1 Contexte

A l'aube du lancement de la Couverture Santé Universelle, un atelier de formation dans les meilleures pratiques PBF a été organisé pour améliorer l'offre de service dans les formations sanitaires publique et privée. Dès lors, la cellule de Communication a, en tant qu'interface relayant au niveau stratégique les informations devant aider à la prise de décision, se doit de coordonner avec les autres acteurs tels que les médias publics et privés et les associations contribuant à la mobilisation communautaire pour un passage à l'échelle de cette approche. Néanmoins plusieurs problèmes saillants annihilent notre action au quotidien et cela nous amène autant que faire se peut à ressortir certains d'entre eux dans le cadre de l'analyse situationnelle de notre structure.

7.7.2 Mission de la Cellule de Communication

Pour nos missions actuelles nous disposons au-delà de la communication institutionnelle des outils tel que :

- Un site web logé dans nos services avec un administrateur permanent ;
- Un portail face book
- Un Portail YouTube, Twitter et des groupes WhatsApp qui sont créés de temps en temps avec les acteurs du terrain et d'autres journalistes pour la fluidité de l'information.
- Une revue trimestrielle MINSANTE INFOS ou sont publiées certaines de nos activités et des aspects de promotion de la santé comme nous entendons le faire avec le PBF.

7.7.3 Analyse des problèmes

- Le problème de ressource humaine en qualité et en quantité pour mieux soutenir le chef de cellule de la communication dans sa mission de promotion de l'image de marque du département ministériel ;
- Étroitesse de locaux abritant les services de la communication ;
- Absence de moyen de locomotion pour le transport de journalistes et autres personnels d'appui aux différentes couvertures médiatiques ;
- Absence de matériel de travail tel que les enregistreurs audio et vidéo pour nos prestations ;
- Nécessité d'obtention des smart phones pour les administrateurs de plateformes de communication pour le partage et la célérité des informations recueillies sur le terrain ;
- Absence d'une connexion haut-débit pour l'animation et gestion du site web ;
- Communication insuffisante sur le PBF au niveau de la Cellcom (absence de financement pour la production en qualité et quantité des supports de communication tels que les revues, dépliants, oriflammes, éléments softs, bandes annonces etc.).

7.7.4 Recommandations

- Contractualiser avec la CTN sans délais pour l'amélioration des performances de la Cellule de communication :
- Rendre disponible les outils pour le partage des informations du terrain vers le niveau central et du niveau central vers les autres acteurs et intervenants (connexion haut débit, smart phone, enregistreurs, autres matériels etc.) :
- Avoir un moyen de locomotion pour la liaison et le transport des journalistes et autres acteurs pour les couvertures médiatiques :
- Travailler en synergie avec les autres acteurs pour le traitement des informations et publications sur le PBF ou autres sujets ;
- Densifier la communication sur le PBF avec les différents supports, dépliants, posters, oriflammes, bandes passantes etc.

7.7.5 Plan d'action

Activités	Résultats attendus	Responsable	2 Sem
1. Réservation des espaces dans la Revue Minsanté infos	- Espace déjà réservé	M. BISSE BETI	
2. Transmettre le rapport de formation et Tenir une séance de débriefing avec les autres personnels de la Cellcom pour qu'ils soient au même niveau d'information sur le PBF et caller les pages pour la publication liée aux activités de terrain du PBF-Foumbot ou bien une autre structure...	- Rapport transmis, - Séance de travail tenue	M. BISSE BETI	Fin Mai
3. Pouvoir faire une auto évaluation ou état des lieux à la cellule de communication par apport aux exigences PBF	- -Rapport d'état des lieux fait	- Tous les personnels	Debut Juin
4. Entamer les discussions pour la contractualisation avec la CTN et estimation des couts	- Accord de principe obtenu avec la CTN	- C Cellcom, CTN, BISSE, MBASSI	Mi Juin
5. Elaborer la stratégie de communication avec les différents éléments et acteurs de la Cellcom-Directions	- Plan de communication disponible avec les couts de l'activité	- Cellcom	Debut Juillet
6. Pouvoir avoir déjà un accord de principe pour le démarrage	- Accord de démarrage acquis par la cellcom	- Cellcom CTN	Mi juillet
7. Evaluation du cout de l'activité et proforma imprimerie nationale et acteurs du montage documentaire	- Couts des activités connues	- BISSE, Mbassi, cellcom	Mi juillet
8. Assemblage du matériel et descente pour collecte des informations et prise de son et vues	- -Paquetages prêts pour la mission	- BISSE BETI, Mbassi, Roger Mamoun, chauffeur et Cameraman	Fin Juillet
9. Mise en forme des Documents, Montage des vues, rédaction et validation des textes et documents, traduction en langue anglaise.	- Montage des documents traduits prêt	- Toute l'équipe, Secrétariat général,	Fin Juillet
10. Validation du document final, impression et publication des versions électroniques dans le site du MINSANTE, compte twitter, face book etc.	- Documentaire et journal prêts et disponibles sur toutes les formes	-	Fin Juillet
11. Dispatching du document final	- Exemplaires disponibles	- Equipe liaison- Atangana	Début Août
12. Rapport du premier coup de cheminement avec le PBF	- Disponibilité du rapport	- BISSE BETI	Sept.
13. Evaluation du process recommandation et information de toute la chaine pour la pérennisation du cheminement	- Rapport final disponible	- Plénière : Cellcom, CTN, SG, DRFP, Bisse, Mbassi	Oct.

NB : Il est à noter les couts ne sont pas marqués à cause de la relative information que nous avons concernant les pro-forma et les autres tarifs en vigueur. Toute fois cela est rapidement faisable en cas d'accord de principe de la CTN pour la réalisation de l'activité par l'équipe de cellule de communication.

7.8 Division de la Coopération (DCOOP) MINSANTE

Presented by: Mme NGA MINKEGUE Marthe Anick, Mr. SUBE Ernest Ngube. Cadre Contractuels d'Administration à la DCOOP Minsante.

7.8.1 Context

Availability and accessibility of quality health remains one of the tallest objectives of the government of Cameroon. Aware of the fact that health is a function of many factors the government has partners of various rank, among them technical and financial International Partners, local NGOs, local associations and the community.

7.8.2 Mission of DCOOP

According to decree N 2013/093 of 03 April 2013 the mission of DCOOP is to follow-up cooperation with foreign countries and international organizations.

DCOOP has the following tasks :

- Elaboration, coordination and monitoring of convention with NGOS be they national or international, in collaboration with Division of Judiciary Affairs.
- Development of document relating to partnership and data of NGOS and associations in the health domain.
- Monitoring of decentralized cooperation with concerned ministry
- Development and monitoring of the putting in place of partnership with private sector in health in collaboration with division of judicial affairs.
- Monitoring of conventions both bilateral and multilateral in the health domain.
- Monitoring of technical assistance.
- Research and centralization of scholarships from international organizations and foreign countries.
- Evaluation of partnership in the health domain.
- Mobilization of counterpart funds.

The DCOOP has : a. Unit of international partnership headed by a chief of unit and three assistant research officers ; b. Unit of national partnership headed by a chief of unit and three assistant research officers

7.8.3 Problem analysis

From a PBF perspective, DCOOP identified several weaknesses in putting in place partnerships with adequate orientation and follow-up. The PBF approach is results-based and aims at reforming the present health system. Yet most partner policies are input-based with a lot of lapses like : a. Poor implication of partners towards PBF approach; b. Weak health system based on inputs; c. Poor advocacy and poor mobilization of local partners towards efficient investment in health sector; d. Slow mobilization of counterpart funds which delay the putting in place of partnership interventions even within the national budget.
Poor monitoring and coordination of private sector actors.

7.8.4 Recommendations

There is a need to implement the PBF principles and tools in the DCOOP activities. COOP should sign a performance contract with the Secretariat General based on:

- Information and communication about partnership map;
- Sensitization of local and international partners on the need to apply PBF approach in executing their activities;
- Reinforce advocacy and orientation of partners towards PBF approach.

The present plan of action will cover a period of six months from July to December 2019 and will result in a more efficient DCOOP.

Objective	Activities	Responsible	Date line
1. Putting in place of a partnership MAP by 2020	- Collection, classification and validation of information on different partners	- DCOOP - DAJC - DOST - DRSP/DS	July 2019
	- Produce/diffuse data on partnership		
	- Follow up the implementation of conventions as concerns health at the national and international level - Organise, participate in sessions, meetings, committees and of follow up of the implementation of conventions that concerns health in the ministry of Public Health and other administrations		
2. Partners to embrace PBF approach	- Reinforce communication and advocacy towards partners	- MINREX - MINSANTE - MINEPAT - MINFI - DCOOP	July 2020
	- Apply the indices management tool in the management of resources of DCOOP, as well as the distribution of performance bonuses of personnel		
	- Reinforce mobilization within shortest deadline and monitor external finances and counterpart FUNDS		
	- Participate the evaluation of Regions organized by CTN-PBF		
	- Carry out advocacy on the principles of the PBF approach during various meetings with the various partners.		
	- Participate in quarterly coordination meetings organized by CTN.		
3. Elaboration, diffusion and monitoring the utilization of norms and standards governing agreement with partners by 2021	- Workshops to elaborative norms and standards that govern agreement with partners	- DCOOP - DAJC	Dec 2021
	- Workshops to diffuse the monitoring of norms and standards that govern agreement with partners		
	- Organize semesterial meetings for the coordination of activities of Financial and Technical Partners (National and International))	- DCOOP	

7.9 Secrétariat Technique - Comité de Pilotage Stratégie Sectorielle Santé

COPIL	Comité de Pilotage de la Stratégie Sectorielle de Santé
DS	District de Santé
FOSA	Formation sanitaire
MSP	Ministre de la santé publique
PDS	Plan de Développement Sanitaire de District
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
SSS	Stratégie Sectorielle de Santé
ST/CP-SSS	Comité de Pilotage et de Mise en Œuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé

Par *NDOUGSA ETOUNDI GUY ROGER*

7.9.1 Contexte

Le Secrétariat Technique du Comité de Pilotage et de Suivi de la mise en œuvre de la stratégie sectorielle de la santé (ST/CP-SSS) est une structure du niveau central dont le rôle est d'assurer l'exécution des décisions prises par le comité de pilotage et suivi de la mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé (SSS). Il assure la coordination opérationnelle du suivi-évaluation de la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020, et apporte à tous les niveaux de la pyramide sanitaire un appui technique aux structures du Ministère de la Santé Publique (MINSANTE) dans l'élaboration et le suivi de la mise en œuvre de leurs plans pluriannuels de développement sanitaire et subséquemment de leurs Plan de Travail Annuel.

D'après les documents de référence du secteur santé, le ST/CP-SSS devrait inscrire ses activités dans le cadre des stratégies de mise en œuvre n°5.2.1 et 5.2.5 qui sont respectivement: a. Le renforcement du cadre institutionnel de pilotage stratégique et ; b. L'amélioration de l'alignement et de l'harmonisation des interventions des PTFs.

La mise en œuvre de ces stratégies devrait s'effectuer dans un environnement en pleine évolution vers l'approche du financement basé sur les résultats (FBR).

7.9.2 Identification des problèmes du ST/CP-SSS

Les problèmes du ST/CP-SSS ont plusieurs répercussions sur la performance de la structure. Les principaux goulots d'étranglement sont identifiables au niveau : des ressources humaines ; des ressources financières ; des équipements et ressources infrastructurelles ; de la logistique.

Ressources humaines du ST/CP-SSS

Les principaux problèmes qui concernent les ressources humaines sont :

- L'instabilité du personnel
- Faible quantité expertises sollicitées
- Faible niveau de motivation du personnel
- Surcharge de travail et non mise en œuvre des mécanismes d'incitation du personnel.

Ressources financières du ST/CP-SSS

Malgré le rôle clé joué par le ST/CP-SSS dans l'animation du secteur santé, celle-ci à l'un des budgets les plus faible du MINSANTE. Les activités planifiées sont très peu financées par l'Etat d'où la nécessité de toujours plaider auprès des PTFs. Par ailleurs, la structure des lignes budgétaires empêche la mise en œuvre des interventions les plus pertinentes pour le secteur santé.

Équipements et ressources infrastructurelles insuffisants au ST/CP-SSS

Les infrastructures disponibles au ST/CP-SSS sont pour la plus part désuets. La structure manque cruellement d'ordinateurs, de scanner et surtout de moyens de télécommunication. L'expertise du

personnel étant requise à tout moment, il serait préférable que ceux-ci disposent d'une flotte internet et des ordinateurs portables.

Logistique insuffisante au ST/CP-SSS

Les problèmes de logistiques viennent du fait que les décisions y relatives dépendent la direction des ressources financières et du patrimoine (DRFP). La structure dispose actuellement de locaux vétustes et d'un matériel roulant amorti.

En résumé, **trois principaux problèmes** sont à résoudre au niveau du ST/CP-SSS à savoir :

- Le cadre institutionnel de pilotage stratégique du secteur santé est insuffisant
- Le leadership du MINSANTE dans le secteur santé est faible
- le cadre de travail au ST/CP-SSS est insuffisant et la motivation de son personnel est faible.

7.9.3 Recommandations

L'analyse de l'environnement et l'analyse situationnelle de la structure a permis d'identifier les principaux enjeux et les défis prioritaires à surmonter par le ST/CP-SSS. Ils sont résumés ainsi qu'il suit :

ENJEUX	RECOMMANDATIONS (DEFIS)
La qualité et l'efficacité des interventions mise en œuvre dans le secteur santé sont améliorées	Amener les acteurs du niveau central à s'approprier la SSS 2016-2027 Accompagner les structures des niveaux régional et périphérique dans le processus d'opérationnalisation et mise en œuvre des orientations stratégiques
Permettre au niveau opérationnel d'avoir suffisamment les ressources pour la mise en œuvre de ses interventions	Amener tous les PTFS à s'aligner aux priorités nationales conformément aux déclarations de Paris Amener les structures du niveau central à adopter une clé de répartition des ressources équitable
Synergie d'intervention du MINSANTE avec les administrations partenaires	Mise en place des plateformes multisectorielles de coordination et pilotage stratégique aux niveaux déconcentrés de la pyramide sanitaire
Disponibilité de l'information de qualité pour le pilotage stratégique et opérationnel du secteur santé	Rendre disponibles les outils de suivi-évaluation harmonisés Susciter l'appropriation des outils de suivi-évaluation à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
Le ST/CP-SSS assume efficacement ses missions de coordination et de pilotage stratégique du secteur santé	Renforcer la disponibilité des ressources humaines au ST/CP-SSS, améliorer le cadre physique du travail et motiver le personnel

7.9.4 Faisabilité du projet et hypothèses fatales

Le score de faisabilité du ST/CP-SSS est de 10/12 soit 83%. Au regard des faiblesses observées, il est évident que l'approche PBF qui propose un mécanisme de financement qui associe le triptyque : Qualité-Efficacité-Équité pourra permettre la résolution des faiblesses du ST/CP-SSS. Il convient tout de même de relever que la structure n'a pas encore eu l'autorisation d'ouvrir un compte bancaire qui lui soit propre bien qu'il existe des mécanismes et des procédures légales qui le permette.

Critères	Points attribuables	Points attribués
3. La Cellule Technique Nationale FBP est intégré dans le Ministère de Santé à un niveau suffisamment élevé qui le permet de coordonner toutes les activités du MS avec les Directions et Programmes.	2	2
4. Les Directions et Programmes du MS sont mis sous contrats de performance avec des indicateurs standards output et de la qualité 2	2	2
11. Les gestionnaires des structures (FOSA, écoles, etc.) ont le droit d'acheter leurs intrants auprès des distributeurs opérant en concurrence et qui sont accrédités par le régulateur	4	4

16. Les gestionnaires des structures ont le droit de recruter et de licencier (ou de mettre à la disposition de la fonction publique) leur personnel	2	0
20. Le programme a des bonus d'amélioration de qualité (BAQ) ou des unités d'investissement, pour l'amélioration de l'infrastructure, des équipements des structures et du personnel qualifié	2	2
22. Il y existe des bonus prenant en compte les vulnérabilités régionales et le niveau des structures	2	0
TOTAL	12	10

7.9.5 Plan d'action du ST/CP-SSS

D'après les orientations stratégiques sus évoquées et la situation décrite dans la partie état des lieux ; l'action du ST/CP-SSS sera articulé autour de trois axes à savoir : (i) le Renforcement du cadre institutionnel de pilotage stratégique ; (ii) Amélioration de l'alignement et de l'harmonisation des interventions des Partenaire Techniques et Financiers ; (iii) Amélioration du cadre de travail au ST/CP-SSS.

Population cible, Lieu d'intervention et Motivation du programme

Le présent plan d'action est valable pour un an (année 2019) et cible principalement les structures du MINSANTE qui se trouvent au niveau central, intermédiaire et périphérique. Il est donc évident que ce plan d'action sera mis en œuvre dans toute l'étendue du territoire national. Les raisons qui motivent principalement l'élaboration de ce plan est la nécessité pour le secteur santé d'acquérir un mécanisme de pilotage stratégique efficace.

Rôles et responsabilités

Les activités sus présentées seront mises en œuvre au ST/CP-SSS qui en est le responsable. Cependant, et selon le cas, cette structure sollicitera la collaboration des structures que sont: les DRSP, la CTN-PBF, la CIS, l'ONSP, la DCOOP et la DRFP.

Aspect de durabilité et pérennisation

Les aspects qui démontrent que ce plan d'action laissera une trace durable dans le système sont nombreux. Dans un premier temps, l'on peut relever que les missions d'appui aux délégations régionales et la vulgarisation des outils de suivi-évaluation permettront de renforcer les capacités des ressources humaines. En outre, les documents qui seront élaborés puis vulgarisés (Revue sectorielle, rapport d'évaluation du PNDS 2016-2020, document de plateforme nationale du dialogue politique) permettront de documenter et rendre permanemment disponibles la situation du secteur santé.

Cadre de mise en œuvre des activités planifiées

Le tableau ci-après résume le cadre de mise en œuvre des activités planifiées pour l'année 2019.

Problèmes	Méthode de résolution du problème	Quand	Responsable
Le cadre institutionnel de pilotage stratégique du secteur santé est insuffisant	Former les Délégations Régionale de la Santé Publique (DRSP) à l'élaboration des plans d'actions arrimés aux interventions du PNDS 2016-2020	Aout 2019	ST/CP-SSS
Le cadre institutionnel de pilotage stratégique du secteur santé est insuffisant	Élaboration et vulgarisation des outils de suivi-évaluation à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;	Mai- Décembre 2019	ST/CP-SSS
Le cadre institutionnel de pilotage stratégique du secteur santé est insuffisant	Organiser semestriellement les réunions de coordination et de suivi-évaluation du PNDS 2016-2020	Juillet 2019 Novembre 2019	ST/CP-SSS
Le cadre institutionnel de pilotage stratégique du secteur santé est insuffisant	Organiser l'évaluation à mi- de la mise en œuvre du PNDS	Juin 2019	ST/CP-SSS

Le cadre institutionnel de pilotage stratégique du secteur santé est insuffisant	Éditer, vulgariser et disséminer les résultats des revues et des évaluations à toutes les parties prenantes (OSC, PTF, secteur privé, sociétés savantes, ordres professionnels, structures du MINSANTE et des ministères partenaires).	Juillet 2019 Décembre 2019	ST/CP-SSS
Le leadership du MINSANTE dans le secteur santé est faible	Élaborer un document de plateforme nationale de dialogue politique	Juillet 2019- Septembre 2019	ST/CP-SSS
Le leadership du MINSANTE dans le secteur santé est faible	Assurer l'alignement stratégique des structures du niveau déconcentré	Juillet 2019- Septembre 2019	ST/CP-SSS
le cadre de travail au ST/CP-SSS est insuffisant et la motivation de son personnel est faible	Plaidoyer auprès du Ministre de la santé pour la dotation en personnel	Mai 2019	ST/CP-SSS
le cadre de travail au ST/CP-SSS est insuffisant et la motivation de son personnel est faible	Plaidoyer auprès de la DRFP en vue de l'obtention d'une autorisation à ouvrir un compte bancaire ;	Mai 2019	ST/CP-SSS
le cadre de travail au ST/CP-SSS est insuffisant et la motivation de son personnel est faible	Acquérir les équipements et du matériel roulant	Mai -Juillet 2019	ST/CP-SSS

7.10 Direction des Ressources Financières et du Patrimoine (DRFP)

Presented by: BUMLANGMI THEOPHILE GAHWANYIN

7.10.1 Context

Africa, especially the Sub Saharan Africa, has in recent years been hit by so many health issues and catastrophes linked to high **maternal mortality** and **infant mortality**. **Parasitic infections, viral infections (HIV/AIDS, hepatitis etc.), neurological illnesses** are still common and there are continued outbreaks of **Cholera** and the Ebola Virus. Cameroon on its part has not been left out.

These were the reasons for several reforms in the health domain to seek lasting solutions. Yet the reforms put in place have not succeeded because of the many failures of policies in this domain. Cameroon has opted for the policy of Universal Health Coverage (**UHC**) with the hope of providing quality health care to the population in the most cost effective manner while taking into consideration, equity. This requires heavy financial investment.

Faced with the scarcity of financial resources in the country in the light of other contingences imposed by numerous crisis, it is imperative to look for the most efficient strategy to make an impact on the general health of the population. The **performance-based financing** approach has proven its worth in other countries as well as in Cameroon where it has been piloted since 2006. In order to guarantee an enlarged involvement of the entire Ministry of Health in particular and the country in general, the state budget is a very important variable to guarantee the sustainable application of the PBF reforms. The Ministry of Public Health is the central actor and the Department of Financial Resources and Patrimony (**DRFP**) is key in assuring the financing for the reforms.

\

7.10.2 Missions of the department of financial resources and patrimony (DRFP).

- The preparation, elaboration and follow up of the execution of the budget of the Ministry of Health (MOH) with the concerned services.
- The coordination of the financier management of Health Facilities (HF) in relation with the concerned services.
- The follow up of subventions, donations given to HF
- The follow up of external financing of the health sector together with other concerned administration.
- The development and vulgarization of the methods of good management of the finances of public health facilities as well as other health services.
- The development and follow up of new financial resources in health facilities
- The centralization and exploitation of the revenue accounts of health facilities
- The management and the maintenance of the patrimony of the ministry in connection with the ministry of housing and urban development
- The acquisition and follow up of the management of exploitation materials
- The maintenance of equipment except for biomedical equipment and computers
- The preparation of the technical documents for the consultation of the documents of enterprises in the domain of equipment except for biomedical equipment

7.10.3 Problems analysis

- The budgetary allocation of the MOH is just about **7,5%** of the National Budget which is far below the **15%** standard set by the **Abuja declaration**.
- The budget allocated to buy performance through PBF is approximately 8.6 billion FCFA representing only 3% of the budget of MOH contrary to the at least 20% standard agreed by the government during their budget support meetings with IMF and the World Bank.
- The budget originates from the central administration and is being imposed on the periphery (top-bottom planning) rather than consolidating the **business plans** of the operational units through the PBF approach. This results in an reverse financial pyramid not in line with the health pyramid, where 80% of the health activities take place
- Failure of the program budget at the implementation phase.
- Asymmetry of information: There is still a lot of fear in information sharing within the department and the other ministerial departments involved in the budgetary procedure of the MOH.
- PBF is not well mastered by all parties involved in the elaboration of the budget of the ministry (MINEPAT, MINFI) and MOH.
- The existing legal dispositions or text in the health domain does not permit for the optimal allocation of scarce resources. The example of the text governing the distribution of “quote-part” and motivation.

The main issue here now is to look at the best possible way to address these problems so as to be able to realize Universal Health Coverage. The best reform approach applicable is the **Performance Based Financing (PBF)** but there are still several challenges related to the effectiveness of the DRFP department.

7.10.4 PBF feasibility scan

Criteria to establish how far the program is “PBF”	Achievable points	Points gotten
1. The PBF program budget is not less than USD4 (for simple intervention) and 6USD (for complex intervention) per capita per year of which at least 70% is used for provider’s subsidies, local NGOS contract and infrastructure input units.	4	4
2. At least 20% of the PBF budget comes from the government and the PBF program has a plan to reduce donor dependency.	2	2
3. The national PBF unit (CTN) is integrated into the Ministry Of Health at a level high enough that permits it to coordinate all activities of the MOH with the Directorates and Programs.	2	2
4. Is the Directorate of Financial Resources and Patrimony (DRFP) of the MOH has performance contracts with standard output and quality indicators.	2	0
5. Health Facilities are allowed to influence to influence cost sharing tariffs.	2	0
6. The Director of the Department of Financial Resources and Patrimony has the right to hire and fire	2	0

From the above feasibility analysis, the score is **44** out of the achievable points of **50** giving a feasibility score percentage of **88%**. This tells us that PBF can be a solution in solving the above problems.

7.10.5 Recommandations

- Advocate to the Prime Minister, Head of Government to increase the Budgetary Ceiling of the Ministry of Public Health to reflect the Abuja Declaration.
- Encourage Bottom-up planning and budgeting.
- Advocate to redirect the health fund going through the Local Councils of over 6 billion FCFA to be channeled directing to the beneficial Health Facilities in the form of Quality Improvement Bonuses (**QIB**).
- Advocacy to create a special line in the budget of the **MOH** basically for PBF as well as advocate through the DGB/MINFI (**Director General of Budget/ MINFI**) to include it in the **circular letter**.
- Advocate for the prioritization of the **MOH** in Public Spending especially at the level of payment. Activate the various financial channels of payment for automatic payment of the budgetary allocations of the ministry concerning subsidies to health facilities.
- Recruiting and training many more participants from the DRFP of the MOH, **Department of Studies and Planning (DEP)** of the MOH, MINFI and MINEPAT to understand the importance of PBF.
- Advocate looking at possibilities of putting in place a **National Health Fund** or **BANK** to help hospitals awaiting payments to borrow funds from at almost zero interest and pay back when the funds are available.

7.10.6 Action Plan

Objectives	Activities	Actors involved	Date line
1. Encourage bottom-top budgeting.	<ul style="list-style-type: none"> - Identify priorities at the primary and hospital levels. - Consolidation of the priorities of the Health Facilities at the District levels in the form of an annual action plan. - Consolidation at the region of the district annual district action plans and forwarded to the MOH. - Consolidation of the regional business plans at the DRFP with the action plans of all the directorates at the central service. 	<ul style="list-style-type: none"> - Providers - District medical officers (DMO) - Regional delegates - CSB - SDBF - DRFP - Other directors - SG/MINSANTE - MOH. 	June 2019
2. Create a budgetary line for PBF from 2020 in the budget of the MOH	<ul style="list-style-type: none"> - Analyze all the elements from the principles of PBF - Plea from the DGB/MINFI to include on the circular letter. - Letter of motivation from the DRFP using convincing elements from the principles of PBF - Plea from the DGB/MINFI via MINFI to include on the circular letter 	<ul style="list-style-type: none"> - DRFP - MINSANTE - DGB/MINFI 	Before 30 June 2019
3. Increase the budgetary ceiling of the ministry of health by 2020 to approximate the 15% of the Abuja declaration.	<ul style="list-style-type: none"> - Propose a budgetary project. - Present at the pre-budgetary conference. - Plea to the MINFI, MINEPAT. - Plea to the Prime Minister, Head of Government. - Plea at the budgetary conference. - Plea at the national assembly. 	<ul style="list-style-type: none"> - CSBS / DBF - DFRP - MINSANTE - DGB/MINFI - MINFI - MINEPAT - PM 	Before July 2019
4. Sign performance contracts with all the services involved in the Elaboration and Preparation of the 2020 state budget.	<ul style="list-style-type: none"> - Accompany all the structures involved in the elaboration of the 2020 budget in the elaboration and comprehension of their business plans - Reinforce the capacity of the chief of Service of Budget, the SDBF and the DRFP as well as the representatives from MINFI and MINEPAT 	<ul style="list-style-type: none"> - CTN PBF - WORLD BANK - DRFP - DEP - SDBF - CPP 	August 2019
5. increase the proportion of the public health budget allocated to finance performance to approximately 20% of the budget of the ministry	<ul style="list-style-type: none"> - identify budgetary lines that could immediately be transformed into subsidies - transform the resources use to recruit and send personnel to health facilities into subsidies 	<ul style="list-style-type: none"> - SDBF - DRFP 	By 1 ST June
6. Create a National Health Fund or a Health Bank	<ul style="list-style-type: none"> - Do feasibility studies - Identify the various sources of financing for the bank - Have a workshop with FEICOM (council fund) to get practical modalities. 	<ul style="list-style-type: none"> - CSF - CSB - SDBF - DRFP 	After course period but it is a long term project

7.11 Direction lutte maladies, épidémies (maladies non transmissibles)

Présenté par : Mme IONDI Paule, DLMEP

7.11.1 Contexte et justification

Les maladies non transmissibles (MNT) constituent un problème mondial et croissant de santé publique. Selon l'OMS (2017), les maladies non transmissibles (MNT) tuent 40 millions de personnes chaque année, ce qui équivaut à 70% de tous les décès à l'échelle mondiale. Chaque année, 15 millions de personnes meurent d'une MNT âgée de 30 à 69 ans. Plus de 80% de ces décès « prématurés » se produisent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Le nombre de décès liés aux MNT pourrait dépasser 52 millions d'ici 2030. Il est également rapporté dans les différents rapports de l'OMS que les décès liés aux MNT sont principalement dus aux maladies cardiovasculaires (48%), aux cancers (21%), aux affections respiratoires chroniques (12%) et au diabète (3,5%). Des études parcellaires réalisées jusque-là montrent que les MNT sont en progression dans toutes les catégories sociales de la population. La population active est davantage concernée.

Le présent document de stratégie est élaboré dans la perspective de réduire de façon significative la charge morbide et l'impact socio-économique induits par les MNT au Cameroun. Il s'agit notamment et en application des dispositions de la résolution de l'Assemblée Mondiale de la Santé (WHA60.23), de mettre à la disposition des acteurs nationaux et internationaux un cadre de référence de planification, d'implémentation et de suivi-évaluation des actions.

Cela suggère la nécessité d'envisager à court terme :

- La mise en place d'un mécanisme de coordination multisectorielle de lutte contre les MNT ;
- L'élaboration d'une cartographie nationale des MNT assortie d'une analyse des déterminants y relatifs ;
- Le développement et la promotion des actions permettant d'agir sur les différents facteurs de risque communs, à caractère socio-environnemental ou modifiable ;
- Le renforcement des actions permettant d'améliorer l'accès aux soins et aux services de santé par les patients atteints des MNT ;
- La consolidation des actions permettant d'évaluer les progrès accomplis en matière de surveillance, de prévention à tous les niveaux et de prise en charge des cas des patients atteints des MNT.

Le gouvernement a reconnu le danger imminent d'inaction sur les maladies non transmissibles et a créé une sous-direction chargée des maladies chroniques non transmissibles, qui a pour mission :

- L'élaboration et la mise en œuvre des programmes de lutte contre les MNT ;
- La promotion des mesures de prévention des MNT
- Le suivi de la prise en compte des mesures sanitaires de prévention contre les MNT dans les programmes et projets de développement socio-économique des communautés.

L'objectif général de la lutte contre les maladies non transmissibles au Cameroun est d'empêcher et réduire le fardeau évitable de morbidité, de mortalité et d'invalidité attribuable à ces pathologies

7.11.2 Analyse du problème

L'analyse situationnelle de notre structure révèle les problèmes suivants :

- La mise en œuvre du Plan Stratégique n'est pas optimale ;
- L'Absence de mécanismes de coordination pour assurer le suivi évaluation ;

- Inexistence d'une politique nationale sur certaines maladies non transmissibles ce qui ne permet pas d'organiser et coordonner de manière efficace.

Une approche outputs de performance pourrait être favorable à l'atteinte de l'Objectif de la SDLMCNT qui est de réduire de 14% la mortalité prématurée due aux MNT d'ici 2022

7.11.3 Calcul du score de faisabilité de l'approche PBF

Le problème majeur que soulève la mise en œuvre du PBF pour la lutte contre les Maladies Non Transmissibles est la faible coordination des approches, stratégies et interventions ce qui n'est pas favorable à l'atteinte des objectifs. En se basant sur l'analyse des critères de pureté, le score de faisabilité est de 84 % (42/50). L'objectif du plan d'action PBF consistera à faire signer un contrat de performance PBF et s'assurer de son implémentation au niveau de la DLMEP.

Les 23 critères de pureté d'un programme PBF	Points disponibles	Points donnés
4. Au moins 20% du budget PBF vient du gouvernement et le programme PBF a un plan pour diminuer la dépendance des bailleurs.	2	0
5. Les Directions et Programmes du MS sont mis sous contrats de performance avec des indicateurs standards outputs et de la qualité	2	0
6. Le programme inclut une étude de base des ménages et de la qualité, qui permet d'établir des priorités et démesurer les progrès.	2	0

7.11.4 Recommandations

- Briefer le personnel de la DLMEP sur l'approche PBF (inciter à l'amélioration des performances) ;
- Harmoniser les outils de collecte (DHIS2 et portail PBF) de données qualitatives ;
- Rechercher les financements en identifiant les partenaires et les programmes;
- Coordonner la mise œuvre optimale du Plan stratégique national de lutte contre les MNT dans le PBF.

7.11.5 Plan d'Action

Objectifs	Activités	Responsables	Délai
1. Au cours de l'exercice en cours, sensibiliser les différentes sous-direction de la DLMEP pour une meilleure compréhension de l'approche PBF	- Restitution de la formation du 77e cours PBF - Mise à disposition des outils et manuels PBF auprès de tout le personnel - Organiser des réunions de formation avec la sous-direction des maladies Chroniques Non Transmissibles - Renforcement des capacités des Responsables de la DLMEP sur l'approche PBF	- Mme ITONDI Paule - CTN PBF	Dès le 27 mai 2019
2. Au cours de l'exercice 2019 identifier les partenaires et les programmes intervenants dans la lutte des MNT	- Faire un listing des partenaires et programmes - Organiser des séances de travail pour sensibiliser les partenaires sur l'approche PBF - mettre à jour les indicateurs clés de lutte contre les MNT	- Mme ITONDI - SDLMCNT - DLMEP - CTN PBF	Juillet 2019
3. Coordonner la mise œuvre optimale du Plan stratégique national de lutte contre les Non Transmissibles	- Élaborer un plan opérationnel de lutte contre les MNT ; - Rechercher les financements auprès des PTF - Mobiliser les ressources du gouvernement - Faire un plaidoyer pour la signature d'un contrat de performance PBF	- Mme ITONDI - SDLMCNT - DLMEP	Avant l'exécution de l'exercice 2020
4. Faire signer des contrats de performance à tous les services impliqués	- Recensement des principes et stratégies PBF à inscrire dans la lutte contre les MNT	- Mme ITONDI - SDLMCNT - DLMEP	Avant l'exécution

dans la lutte contre les Maladies Non Transmissibles	- Élaboration d'un plan de business et un contrat à soumettre à la validation et à la signature du SG/MINSANTE		du budget 2020
--	--	--	----------------

7.12 **BUNEC Central : le financement de l'État Civil**

Présenté par : Mr ABESSOLO JASON Mc Wallace, Mr OTTOU MEBENGA Pie Claude Thierry.

7.12.1 Contexte

L'absence d'un mécanisme de financement stable et pérenne de l'état civil ne garantit pas un enregistrement exhaustif des faits d'état civil et un service de l'état civil de qualité. Le principe de gratuité qui gouverne le système impact sur la qualité du service et conduit à la résilience des dysfonctionnements du fait des rémunérations parallèles et de l'absence de compensation financière des agents. De même, la gratuité ne permet pas un recouvrement des coûts par les prestataires susceptible de supporter les investissements inhérents à la réforme du système.

7.12.2 Analyse des problèmes

Les efforts entrepris dans le cadre de la mise en œuvre des réformes se heurtent au problème de l'absence de mécanisme de financement pérenne innovant, qui tient compte du caractère stratégique sensible, et de service public de l'état civil.

7.12.3 Est-il possible de résoudre le problème par le PBF ?

Le PBF est un mécanisme de financement axé sur les résultats en termes de qualité et de quantité qui prescrit un fonctionnement autonome des institutions, aussi bien privées que publiques, leur garantissant un recouvrement direct des coûts susceptible de supporter leur exploitation. Alors à cet égard, la mise en place d'un mécanisme de financement durable du système à partir du le PBF pourrait être la solution.

7.12.4 Score de faisabilité du programme PBF existant

Les critères de pureté d'un programme FBP	Point disponible	Point acquis	Commentaires
1. Le budget du programme FBP n'est pas inférieur à 4,00 \$US par habitant et par an, dont au moins 70% est utilisé pour les subsides PMA, PCA, les contrats ASLO et les BAQ	4	0	Estimation budget nécessaire \$ 1,50 par personne par an (à vérifier) = USD 35 millions = 18 milliards FCFA. Budget actuel État 4 milliards. BM 4 milliards (?) => la population doit contribuer 10 milliards en recouvrement des coûts.
2. Au moins 20% du budget FBP vient du gouvernement et le programme FBP a un plan pour diminuer la dépendance des bailleurs	2	0	Pas de contrepartie RS
3. Les recettes du recouvrement CEC sont utilisées au point de collecte, et les CEC ont un compte bancaire sur lesquels les gestionnaires quotidiens sont les signataires.	2	0	CEC PBF ont des comptes, mais le RC est nécessaire sous l'hypothèse que l'État ne peut pas couvrir tous les couts de USD 1,50 par personne par an.
4. Les gestionnaires des structures (CEC) ont le droit d'acheter leurs intrants auprès des distributeurs opérant en concurrence et qui sont accrédités par le régulateur.	2	0	Agence Régional d'imprimerie nationale vend les registres aux CEC, mais la concurrence pour imprimer les registres semble aussi nécessaire

5. Les structures sont autorisées de déterminer leurs tarifs du recouvrement de coûts.	2	0	A adapter
--	---	---	-----------

L'analyse du scan de faisabilité donne un score de 27% avec comme hypothèses fatales le refus de levée la règle de la gratuité du système de l'état civil et le monopole dans la fourniture des intrants, et par conséquent, l'inadéquation de certains indicateurs au système d'état civil. Cependant, nous pensons que ce score peut être amélioré avec l'adaptation des critères non applicables à l'état civil.

7.12.5 Recommandation basée sur l'analyse PBF et du score de faisabilité

Au regard des principes du PBF et des constats effectués, les recommandations ci-après peuvent être formulées

- Pallier l'obstacle du principe de gratuité en admettant un recouvrement des coûts sur la base d'une « vignette », à partir des prestataires non directement impliqués dans la chaîne d'établissement des actes d'état civil (FOSA, écoles, structures administratives et religieuses) ;
- Mettre en place une « vignette » de l'état civil accessible aux prestataires moyennant finance, et disponible auprès du trésor public ;
- Plaidoyer pour l'introduction de la « vignette » état civil dans les paquets minimum et complémentaires des FOSA, dans les budgets du MINAS, MINESEC, MINBASE, MINJUSTICE afin garantir l'accès au service de l'état civil aux indigents ;
- Appliquer l'équité à travers l'alignement du système de détermination des indigents calqué sur le modèle de la santé ou adopter un système de détermination d'indigence spécifique à l'état civil ;
- Libéraliser l'acquisition des intrants en accréditant plusieurs prestataires définis par l'imprimerie nationale ;
- Mettre sur pieds une dérogation de frais de justice pour les jugements supplétifs des usagers indigents compensée par les émoluments versés au corps judiciaire ;
- Fixer une rémunération des acteurs d'état civil secondaires basée sur le modèle du PBF (partie fixe en termes de salaire et partie variable en termes de performance) ;
- Mettre sur pied des sectorielles administratives (MINDDEVEL, MINDUH, MINEPAT, FEICOM (Agences régionales), PNDP, PTF) pour la construction des centres d'état civil secondaires ;
- Mettre sur pied un fonds de solidarité et journée nationale de l'état civil afin d'encourager l'augmentation du taux d'enregistrement des naissances dans les zones les plus pauvres et en situation de crise (équité).
- Mettre les Directions et structures déconcentrées du BUNEC sous contrat de performance ;
- Faire une évaluation nationale du système de l'état civil afin d'envisager son adaptation aux mécanismes du PBF.

7.12.6 Plan d'action

Le plan d'action suivant découle de l'analyse des hypothèses fatales liées notamment, à l'insuffisance de ressources publiques allouées au service de l'état civil, l'inexistence de recettes de recouvrement des coûts par les acteurs, l'absence de coûts officiels des actes d'état civil, le monopole des structures étatiques dans la distribution des intrants.

Objectif	Activités	Résultat attendu	Échéance
Mise en place d'un mécanisme pérenne de financement de l'état civil	- Atelier de restitution par Experts du BUNEC formés	Le personnel du BUNEC est informé et formé	03 juin 2019
	- Plaidoyer en faveur de l'adoption de la « vignette » état civil mené par MINDDEVEL/BUNEC	- Le principe de la mise en œuvre d'une « vignette » état civil est accepté par les décideurs (PM, MINDDEVEL, MINFI, MINEPAT, MINSANTE, MINSEC, MINEDUB, MINAT MINJUSTICE, Leader religieux)	A déterminer
	- Atelier de validation du mécanisme co-organisé par BUNEC/Gouvernement	- Le mécanisme de financement est validé	A déterminer
	- Atelier de validation des indicateurs liés au recouvrement co-organisé par BUNEC/Les parties prenantes	- Les indicateurs sont validés	A déterminer
	- Réunion avec les parties prenantes du système de l'état civil organisé par BUNEC	- Les acteurs sont informés du mécanisme envisagé	A déterminer
	- Atelier de sensibilisation des acteurs organisé par DNCC/CFS/BUNEC	- Les acteurs sont sensibilisés sur le mécanisme de financement	En cours
	- Atelier de formation des parties-prenantes initié et organisé par CFS/BUNEC	- Les parties-prenantes sont formées sur le mécanisme de recouvrement	A déterminer
	- Émission de la « vignette » par Gouvernement	- Les vignettes état civil sont disponibles	A déterminer
	- Signature des contrats avec parties-prenantes (BUNEC, FOSA, ECOLE, EGLISE, LEADERS COMMUNAUTAIRES)	- Les contrats sont signés avec les parties prenantes	A déterminer

7.13 **BUNEC antennes régionales (Adamaoua, Extrême-nord, Nord)**

7.13.1 Contexte

La démographie croissante de la population de la zone septentrionale estimée à 8 8.5 millions habitants. Le système d'état civil Camerounais est caractérisé par une faible couverture en centre d'état civil surtout dans sa cette partie et une offre de service est moins satisfaisante. Cette situation a favorisé un faible taux d'enregistrement des faits d'état civil et l'apparition des centres illégaux. Au niveau régional, les personnels de l'état civil (officiers et secrétaires surtout des centres secondaires) sont démotivés et la fraude documentaire a fait son lit presque partout dans le secteur. L'implémentation de la phase pilote du PBF dans les zones de l'Adamaoua et du Littoral a permis premièrement une amélioration exponentielle du taux d'enregistrement des faits d'état civil et deuxièmement une meilleure offre/qualité de service de l'état civil suite aux renforcements des capacités du personnel et conduisant à la satisfaction des usagers et réduisant de ce fait la fraude documentaire.

7.13.2 Analyse du problème

Face à cette situation de **fraude documentaire**, **l'anachronisme des textes** et le **manque de formation du personnel** a entraîné la production des actes d'état civil peu fiable. Par ailleurs, **l'insuffisance des centres d'état civil secondaires** proportionnellement à la densité de la population et le **manque d'interopérabilité entre les acteurs clés de l'état civil** ont pour corollaire un faible taux d'enregistrement des faits d'état civil.

7.13.3 Est-il possible de résoudre ces problèmes par le biais du PBF ?

On se base sur deux théories du PBF que sont l'Analyse des systèmes et les choix publics. L'analyse des systèmes étudie les relations entre les différents acteurs du système d'état civil. Ainsi, chaque acteur constitue une boîte noire considérée indépendante et autonome et l'ensemble est coordonné et suivi pour s'assurer que les objectifs communs du système sont atteints. Les centres d'état civil étant considérés comme un acteur économique de l'offre. Dans la théorie du choix public ou la motivation des acteurs doit être équilibrée avec l'intérêt public, le recours à des incitations positives et négatives pourrait donc augmenter le taux d'enregistrements des faits d'état civil par une meilleure motivation administrative et financière des agents d'état civils et ainsi réduire en même temps de la fraude documentaire. Aussi dans cette démarche, il faudrait éviter les incitations perverses.

Cas de la zone pilote PBF Adamaoua

Les subsides découlant du PBF ont permis par ailleurs la motivation du personnel et l'investissement sur les infrastructures de base de l'état civil.

A titre illustratif, le tableau suivant sur l'étude comparatif des statistiques d'état civil découlant du PBF montre l'évolution qualitative et quantitative de l'enregistrement des faits d'état civil dans les communes pilotes.

Les tableaux présentés dans cette partie du rapport étaient impossible pour les facilitateurs de mettre en forme. SVP soumissionner de nouveau les tableaux non fusionnés et formatés selon les orientations données au début du cours.

7.13.4 Le résultat du score faisabilité du programme PBF

Les 23 critères de pureté d'un programme PBF	Points attribuables	Points attribués
1. Le budget du programme FBP n'est pas inférieur à 4,00 \$US par habitant et par an, dont au moins 70% est utilisé pour les subsides CECP, CECS, les contrats ASLO et les BAQ (*).	4	0
2. Au moins 20% du budget FBP vient du gouvernement et le programme FBP a un plan pour diminuer la dépendance des bailleurs.	2	0
7. Les régulateurs de district réalisent des revues de la qualité faite avec au moins 125 indicateurs composites auprès des FOSA publiques et privées. Ils font également annuellement la cartographie et le découpage des aires de santé en unités d'entre 6.000 et 14.000 habitants.	2	0
10. Les recettes du recouvrement FOSA sont utilisées au point de collecte, et les FOSA ont un compte bancaire sur lesquels les gestionnaires quotidiens des FOSA sont les signataires.	2	NA
13. Les FOSA utilisent l'outil de gestion de la structure « Outil indices » pour lequel ils analysent et dépensent toutes les recettes et non seulement les subsides FBP.	2	NA
15. Les structures sont autorisées de déterminer leurs tarifs du recouvrement de coûts.	2	0
16. Les gestionnaires des structures ont le droit de recruter et de licencier (ou de mettre à la disposition de la fonction publique) leur personnel.	2	0
21. Les structures publiques, religieuses et privées ont des chances identiques d'obtenir un contrat.	2	NA

Au regard du score de faisabilité en matière d'état civil qui est de 72%, il demeure préoccupant que certains actions doivent être prises pour améliorer qualitativement et quantitativement le service de l'état civil au niveau opérationnel (centres d'état civil) à travers une prise en charge mensuelle du personnel de l'état civil (officiers et secrétaires des centres secondaires) et l'instauration d'un coût pour l'établissement des actes. Cette mesure entre en droite ligne avec la pérennisation du système PBF en matière d'état civil.

7.13.5 Les hypothèses fatales existent

- Le non recouvrement des coûts (le plafonnement du prix à 0 francs).
- La non concurrence en termes de fourniture de matériels de travail (situation de quasi-monopole).

7.13.6 Les recommandations

- **A l'endroit de la direction générale** : au niveau stratégique, on peut s'inspirer de l'approche PBF pour améliorer qualitativement et quantitativement l'offre de service au niveau national
- **Pour la banque mondiale** : l'extension du PBF dans les 10 agences régionales du BUNEC et la pérennité ; le paiement des subsides pour une meilleure motivation du personnel du BUNEC et des centres d'état civil et enfin une révision des indicateurs outputs ; intégrer la justice et le MINAT, MINDDEVEL, MINAS.
- **Au niveau des agences régionales** : implémentation de l'approche PBF et la redéfinition des indicateurs qualité et quantité à l'état civil et la mise à disposition des ressources et le renforcement des capacités du personnel des agences régionales BUNEC et des autres acteurs (justice, MINPROFF, ASLO, autorités administratives leaders religieux et traditionnels, radio communautaires)

7.13.7 Le plan d'action

Activités	Objectifs	Responsables	Période
1. Réunion de restitution de la formation du PBF aux personnels de l'agence	- Imprégner les collaborateurs sur l'approche PBF	- Chef d'agence	Semaine du 10 au 14 Juin 2019
2. Session de formation des acteurs d'état civil	- Capaciter le personnel d'état civil sur l'appropriation et la mise en œuvre des textes régissant les textes d'état civil - Imprégner les acteurs sur les mécanismes du PBF	- Chef d'agence	A déterminer
3. Proposition de création des centres d'état civil secondaires	- Rapprocher le service public de l'état civil de l'usager	- Chef d'agence	A déterminer
4. Réactivation des centres d'état civil non fonctionnels	- Rapprocher le service public de l'état civil de l'usager	- Chef d'agence	A déterminer
5. Coacher et assurer les contrôles qualité des centres d'état civil	- Réduire la fraude documentaire	- Chef d'agence	A déterminer

7.14 Districts de sante de la Région du Centre

Présenté par : Dr MBALLA NJOMO Clotilde épouse BELLA (CDS OBALA), Dr EVEGUE MIMBOE Valentin Eric (CDS AWAE), Dr ONAMBELE Paul-Marie (CDS NKOLNDONGO).

7.14.1 Contexte et justification

L'approche du Financement basé sur la performance (FBP) dans le secteur de la santé a démarré au Cameroun en 2006 dans le Diocèse de Batouri, à l'Est, et puis dans le Diocèse de Maroua-Mokolo avec le soutien technique et financier de l'ONG internationale Cordaid. L'approche a été élargie en 2011 dans quatre des 10 régions du Cameroun (Littoral, Nord-ouest, Sud-ouest, Est) principalement financée par des subventions et des prêts de la Banque mondiale et la contrepartie du gouvernement. Depuis son introduction, le FBP améliore la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des services de santé au Cameroun.

Le principe du financement basé sur la performance consiste à financer les soins et services de santé en fonction de la performance réalisée par les structures de santé et sur la base des indicateurs préalablement définis. Il est différent du financement classique où les structures de soins recevaient tous les intrants (tels que la formation et l'équipement) nécessaires à leur fonctionnement sans aucune obligation de résultats.

Les districts de santé de la région du centre sont ainsi impliqués afin que se poursuive la mise en échelle de cette stratégie de financement basé sur la performance dans le secteur de la santé. D'où la participation des districts de santé d'Awaé, de Nkolndongo et d'Obala au 77^{ème} Cours International sur le FBP du 13 au 25 mai 2019 à Douala.

Districts de santé	Populations (nombre d'habitants)
Awae	27 497
Nkoldongo	832 311
Obala	136 001

7.14.2 Analyse des problèmes

- Absence de cartographie adaptée au FBP dans les districts de santé non adaptée ;
- Manque de connaissance des prestataires sur le FBP ;
- Insuffisances en ressources humaines (en qualité et en quantité) ;
- Inefficacité du système d'approvisionnement en médicaments ;
- Matériel roulant, infrastructures et équipement ne sont pas optimaux.

7.14.3 Le PBF peut-il aider à résoudre ces problèmes

L'analyse se fera ici à l'aide du score de faisabilité de l'implémentation du PBF.

7.14.4 Calcul du score de faisabilité de l'approche PBF

Les critères de pureté d'un programme FBP	Points disponible	Point acquis
1. Le budget du programme FBP n'est pas inférieur à 4,00 \$US par habitant et par an, dont au moins 70% est utilisé pour les subsides PMA, PCA, les contrats ASLO et les BAQ	4	0
2. Au moins 20% du budget FBP vient du gouvernement et le programme FBP a un plan pour diminuer la dépendance des bailleurs	2	0
3. La Cellule Technique Nationale FBP est intégrée dans le Ministère de Santé à un niveau suffisamment élevé qui le de coordonner toutes les activités du MS avec Directions et Programmes	2	2
4. Les Directions et Programmes du MS sont mis sous contrats De performance avec des indicateurs standards outputs et de la qualité	2	2

5. Le PMA et le PCA disposent d'au moins 25 indicateurs output y compris pour la PF moderne, et pour lesquels les FOSA reçoivent des subsides.	2	2
6. Le programme FBP contient l'indicateur "deux visites à ménage annuellement suivant un protocole d'entretien", qui est utilisé par tous les contractants principaux du niveau primaire.	2	2
7. Les régulateurs de district réalisent des revues de la qualité faite avec au moins 125 indicateurs composites auprès des FOSA publiques et privées. Ils font également annuellement la cartographie et le découpage des aires de santé en unités d'entre 6.000 et 14.000 habitants.	2	0
8. Le programme FBP a un comité de validation de districts qui réunit le régulateur des districts, l'ACV et un ou plusieurs représentants des FOSA	2	0
8. Le programme FBP a un comité de validation de districts qui réunit le régulateur des districts, l'ACV et un ou plusieurs représentants des FOSA	2	0
9. Le programme inclut une étude de base des ménages et de la qualité, qui permet d'établir des priorités et de mesurer les progrès.	2	0
10. Les recettes du recouvrement FOSA sont utilisées au point de collecte, et les FOSA ont un compte bancaire sur lesquels les gestionnaires quotidiens des FOSA sont les signataires.	2	0
11. Les gestionnaires des structures (FOSA, écoles, etc.) ont le droit d'acheter leurs intrants auprès des distributeurs opérant en concurrence et qui sont accrédités par le régulateur.	2	2
12. Les FOSA utilisent l'outil de gestion « plan de business » qui inclut la demande des BAQ	2	0
13. Les FOSA utilisent l'outil de gestion de la structure « Outil indices » pour lequel ils analysent et dépensent toutes les recettes et non seulement les subsides FBP.	2	0
14. L'ACV signe les contrats directement avec les personnes responsables des structures au quotidien et non pas avec les propriétaires indirects, privés ou religieux.	2	0
15. Les structures sont autorisées de déterminer leurs tarifs du recouvrement de coûts.	2	0
16. Les gestionnaires des structures ont le droit de recruter et de licencier (ou de mettre à la disposition de la fonction publique) leur personnel.	2	0
17. Il existe une ACV, qui est indépendante des autorités de santé locales, disposant d'un personnel suffisant pour effectuer les tâches de vérification médicale et communautaire.	2	2
18. Il y a une séparation claire entre les fonctions de contractualisation et vérification de l'ACV et la fonction de paiement	2	2
19. Les ACV acceptent de promouvoir les PMA et PCA complètes définies par le gouvernement (ce qui, en Afrique, provoque souvent des discussions sur la PF moderne).	2	2
20. Le programme a des bonus d'amélioration de qualité (BAQ) ou des unités d'investissement, pour l'amélioration de l'infrastructure, des équipements des structures et du personnel qualifié	2	2
21. Les structures publiques, religieuses et privées ont des chances identiques d'obtenir un contrat.	2	2
22. Il y existe des bonus prenant en compte les vulnérabilités régionales et le niveau des structures.	2	2
23. Le programme prévoit des fonds d'équité pour les personnes vulnérables.	2	2
TOTAL :	50	26

Avec un score de faisabilité de 52%, le FBP pourrait aider à résoudre ces problèmes

7.14.5 Recommandations

- Découper les DS à forte densité (DS de Nkoldongo)
- Élaborer la cartographie des FOSA dans nos DS selon le FBP
- Renforcer des capacités des prestataires sur le FBP
- Évaluer besoin en ressources humaines
- Mettre en place un mécanisme de recrutement
- Acquérir la liste de fournisseurs agréée
- Disséminer la liste de fournisseurs aux prestataires
- Évaluer les besoins logiques
- Acquérir le matériel et des infrastructures

7.14.6 Plan d'action des équipes cadre des Districts du centre

Problèmes	Activités	Responsable	Délais	Ressources
1. Absence de cartographie adaptée au FBP dans les districts de santé non adaptée	<ul style="list-style-type: none"> - Découpage des DS à forte densité (DS de Nkoldongo) - Élaboration la cartographie des FOSA dans nos DS selon le PBF 	CDS	Immédiat	<ul style="list-style-type: none"> - Budget de l'État - Chefs des aires - Personnel du service de santé de district - Cartes géoréférentielles - Moyen de transport
2. Manque de connaissance des prestataires sur le FBP	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement des capacités des prestataires sur le PBF (Recensement des prestataires à former, planification, élaboration de la fiche technique, mise en œuvre, distribution des outils FBP) 	CDS	Immédiat	<ul style="list-style-type: none"> - Budget de l'État - Salle de réunion - Matériel didactique - Supports de cours - Reprographie - Raftaichissement
3. Insuffisances en ressources humaines (en qualité et en quantité),	<ul style="list-style-type: none"> - Évaluation du besoin en ressources humaines - Mise en place d'un mécanisme de recrutement 	- CDS Responsables des FOSA	Août 2019	<ul style="list-style-type: none"> - Équipe du DS - Responsables des FOSA - Normes et directives sur les RH dans le FBP - Outils de collecte de données - Crédit de communication - Moyens de transport
4. Inefficacité du système d'approvisionnement en médicaments	<ul style="list-style-type: none"> - Élaboration de la liste des fournisseurs agréés - Mise à disposition de la liste de fournisseurs aux prestataires 	CDS	Immédiat	<ul style="list-style-type: none"> - Équipe du DS - Chefs des aires - Crédit de communication - Moyens de transport
5. Matériel roulant, infrastructures et équipement non optimisés.	<ul style="list-style-type: none"> - Évaluation des besoins en matériel roulant et fractures et équipement - Acquisitions du matériel roulant - Construction/réhabilité des infrastructures - Acquisition des équipements 	CDS	Décembre 2020	<ul style="list-style-type: none"> - CDS - Technicien en bâtiment - Matériel de construction - Commune - Élités - Budget de l'État

7.15 District de la région de l'Ouest

Dr. AMABO Elvis NGWA, Dr. DJUIMO SIEKAPEN Jean, Dr. FOTSO TALA Jacques, Dr. Emmanuel GIYO KWALAR, Dr. GOMSU FOKOU Alain, Dr. KIESSU KAMGA Édith Valérie, Dr. KOUAM FOUBI Brice Bertrand, Dr. KOUAM Paulin, Dr. MALOUME Mama, Dr. MBOKA Charles, Dr. NKWETE Aloys, Dr. NOSSE Gabriel, Dr. ZOGNE DJABA Adonis, M. ONGUENE EBODE Domitien et Mme. METAGNE FOKAM Murielle Tatiana.

7.15.1 Contexte et justification

Situation géographique de la Région

La Région de l'Ouest est située dans la partie méridionale du Cameroun. Elle est limitée au Nord par la Région de l'Adamaoua, au Nord-Ouest par la Région du NORD – Ouest, au Sud et au Sud – Ouest par la Région du Littoral.

Le climat

Le climat est de type Tropical Soudano-Guinéen caractérisé par deux saisons : une longue saison pluvieuse qui va de mars à novembre rendant inaccessibles certaines aires de santé et une saison sèche qui va de novembre à mars.

La faune et la flore

La végétation est dominée par une savane arbustive à laquelle se greffe par endroits une forêt humide peu dense. Quant à la faune, elle est constituée d'animaux variés allant des petits rongeurs aux antilopes.

L'hydrographie

Plusieurs cours d'eau arrosent la Région de l'Ouest : le Nkam dont le principal affluent est la Ménoua, le Ndé, le Noun, la Mifi. Les cours d'eau sont interrompus par de nombreuses chutes marquant la rupture entre le plateau de l'Adamaoua et celui central (MamiWatta, Méché, Mouakeu). Il existe deux barrages dans la région qui sont : le barrage de Bamendjing dans l'arrondissement de Galim dans les Bamoutos et le barrage MAPPE dans l'arrondissement de Magba.

Le relief

Le relief est très accidenté ce qui rend difficile l'accès à beaucoup d'aires de santé ; il est constitué des montagnes ; des hauts plateaux, des cols et falaises, des plaines. Malgré ce mauvais relief, près de 70% des chefs-lieux des districts de santé sont reliés à la Région par les routes moyennement praticables en toute saison. Le sol est majoritairement d'origine volcanique.

L'organisation administrative

La Région de l'Ouest dont le chef-lieu est Bafoussam compte 8 départements, 40 arrondissements, dont 40 communes. Plusieurs partis politiques se partagent la scène politique et cohabitent en harmonie. Presque tous les partis politiques officiellement reconnus sont représentés dans la Région.

Les données démographiques :

Les principales ethnies sont : les Bamilékés, les Bamouns, les Mbô, les tikars, les Bororo. La population est estimée à **1.95 millions en 2019** et inégalement répartie : la densité est de 141 habitants au km² et peut atteindre 400 habitants au km² dans la MIFI et dans certains quartiers des chefferies traditionnelles.

La Région de l'Ouest compte 2 466 communautés réparties en 45% urbaines et 55% rurales parmi laquelle on peut identifier les groupes religieux et les populations difficiles d'atteinte (nomades BORORO disséminés dans beaucoup de District de Santé). Les principales cibles sont réparties dans le tableau ci-dessous.

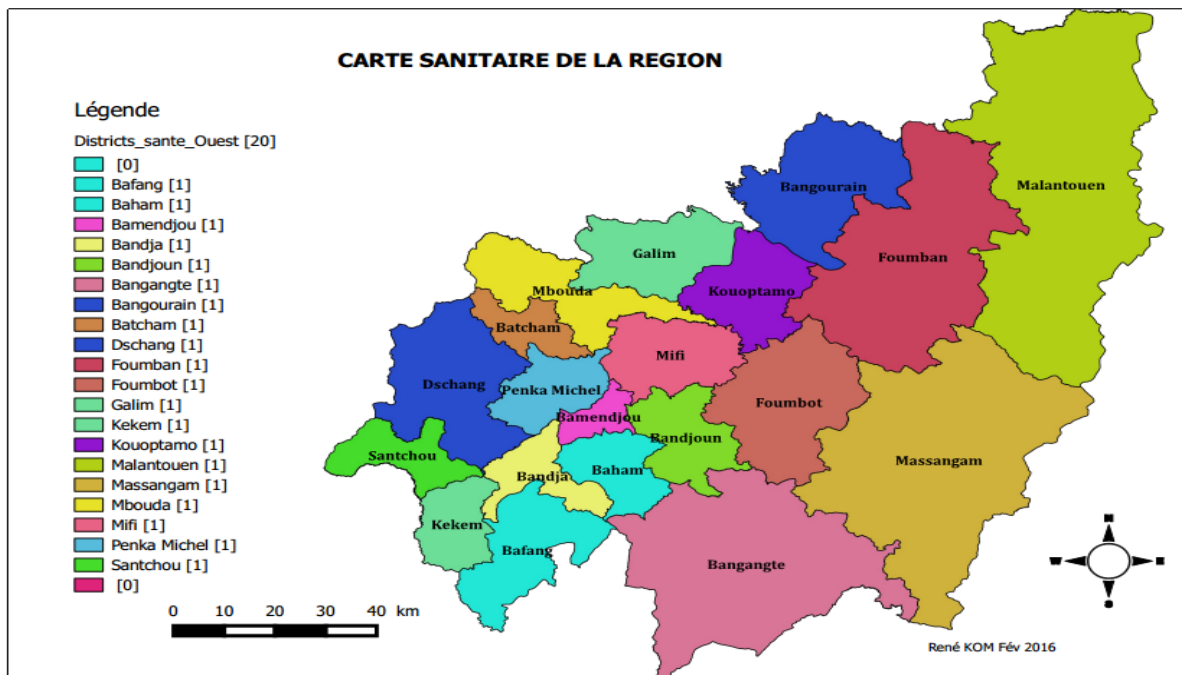
Les données socioéconomiques et culturelles

La région de l'Ouest considérée comme le grenier de la sous-région, a pour principale activité génératrice de revenus l'agriculture vivrière ; la culture de rente restant le cacao dans les DS de BAFANG, MASSANGAM, KEKEM et SANTCHOU, après le déclin du café qui ne se cultive que timidement par endroit. Les autres activités économiques sont : le commerce, l'élevage et l'artisanat.

Plusieurs religions cohabitent dans la région de l'Ouest : christianisme (catholiques, protestants, adventistes, baptistes), islam, animisme et les groupes réfractaires (témoins de Jéhovah, etc.)

L'organisation traditionnelle est constituée par les chefferies de 1^{er}, 2nd et 3^{ème} degré

La Carte sanitaire



Les structure de santé

La carte sanitaire de la région de l'ouest compte : Une Délégation Régionale de la Santé Publique ; une faculté de médecine privée ; 12 écoles de formation de personnels médico-sanitaires ; Un Fond Régional pour la Promotion de la Santé ; 20 districts de santé ; 234 aires de santé et 639 formations sanitaires dont 608 fonctionnelles.

7.15.2 Problèmes

1. Insuffisance qualitative et quantitative du personnel au District ;
2. Insuffisance, inexistence et/ou vétusté des infrastructures (bâtiments, clôtures,...) dans le District ;
3. Insuffisance et/ou vétusté des équipements et de la logistique (chaîne de froid, parc informatique, parc automobile, ...) au niveau du district ;
4. Insuffisance et/ou absence de sources d'eau et d'énergie électrique constantes et alternatives dans le district ;
5. Difficultés financières dans la mise en œuvre des activités de supervision/suivi/évaluation des structures et de formation continue des personnels de santé dans le District ;
6. La distribution géographique des FOSA n'obéit pas aux besoins de la cartographie sanitaire.

7.15.3 Score de faisabilité du PBF

Les critères suivants ont permis de déterminer le score de pureté des structures sanitaires dans la Région de l'Ouest. Le score de faisabilité du PBF dans la Région l'Ouest est de 42 sur 46, soit : 92%.

Le budget pour les subsides est inférieur à 4 USD par personne et par an pour les structures et il inclut les frais généraux de vérification et l'assistance technique.

7.15.4 Recommandations

Au niveau central

- Favoriser la mise à disposition rapide des avances pour le démarrage des activités
- Renforcer le montant des BAQ de démarrage
- Faciliter le déblocage des fonds alloués aux structures

À l'ACV de la région de l'Ouest

- Accentuer la formation continue du personnel au PBF

A la Délégation Régionale de l'Ouest

- Faciliter le déblocage des fonds alloués aux structures

Aux Districts de Santé

- Élaborer une cartographie des aires selon les normes PBF.

7.15.5 Plan d'action

Problèmes	Activités	Responsables	Délais
1. Insuffisance qualitative et quantitative du personnel au District	- Recruter du personnel Qualifié au district	-Chef District	- 3 mois après démarrage
2. Insuffisance, inexistence et/ou vétusté des infrastructures (bâtiments, clôtures,...) dans le District	- Réhabiliter les infrastructures du SSD	-Chef District	- 12 Mois après démarrage
	- Construire les bâtiments du service de santé du district (SSD)	-Chef District	- 12 Mois après démarrage
3. Insuffisance et/ou vétusté des équipements et de la logistique (chaîne de froid, parc informatique, parc automobile, ...) au niveau du district	- Acquérir/Réhabiliter des équipements et la logistique des SSD	-Chef District	- 6 mois après démarrage
4. Insuffisance et/ou absence de sources d'eau et d'énergie électrique constantes et alternatives dans le district	- Doter le district dans le besoin en sources alternatives d'eau et d'énergie électrique	- Chef District	- 12 mois après démarrage
5. Difficultés financières dans la mise en œuvre des activités de supervision/suivi/évaluation des structures et de formation continue des personnels de santé dans le District	- Organiser des activités de supervision/suivi et évaluation	- Chef District	- 3 mois après démarrage
	- Organiser les formations continues	- Chef District	- 3 mois après démarrage
6. La distribution géographique des FOSA n'obéit pas aux besoins de la cartographie sanitaire	-Faire la cartographie et la rationalisation des FOSA	- Chef District	- 1 mois après démarrage

7.16 La région du Sud

Mr DEH DIMBA GBOSSEY Ghislain, Médecin Chef de District d'Olamze, Dr MBO'O Alain Charlie, Manager ACV du Sud, Dr INONGO James Lucien, Manager Adjoint ACV du Sud. Mrs. Nicole NDASSI, S.R.N, M.P.H, EPIDEMIOLOGIST

7.16.1 Contexte et justification

Le gouvernement camerounais avec l'appui des partenaires a démarré le PBF au Cameroun en 2011 et ceci dans quatre Régions notamment les régions de l'Est, Littoral, Nord-Ouest et Sud-Ouest. L'évaluation d'impact du projet pilote a montré un impact significatif du PBF sur la vaccination des enfants, les accouchements assistés, la disponibilité des équipements d'accouchement, la qualité des soins, etc. Suite aux résultats encourageants du PBF dans les districts de santé pilote, le gouvernement Camerounais a décidé en 2016, d'étendre progressivement cette approche à l'échelle nationale pour renforcer le système de santé et améliorer rapidement l'état de santé des populations. Le PBF sera utilisé par le Cameroun comme une stratégie importante pour aller vers la Couverture sanitaire universelle. C'est dans ce contexte qu'étant parmi les trois dernières régions à être enrôlées au PBF, la région du Sud a démarré ses activités en décembre 2018 à travers cinq de ses districts de santé sur les dix qui la constituent à savoir Ambam, Ebolowa, Kribi, Meyomessala et Sangmélina. L'extension aux autres districts de santé est prévue au deuxième semestre 2019.

7.16.2 Présentation de la Région du Sud

Population

La population de la région du Sud est estimée à 805.741 habitants en 2019 selon les données fournies par la Cellule de l'Information Sanitaire (CSI) représentant 3,16% de la population nationale estimée à 25,5 millions d'habitants. Sur le plan socio culturel les populations de la Région du Sud sont essentiellement paysannes et ont comme activité l'agriculture extensive, la chasse, la pêche et la cueillette.

Sur le plan ethnique, la population est cosmopolite, l'on y retrouve originellement les bantous et les populations autochtones Baka (Pygmées) dans la quasi-totalité des unités administratives auxquels se sont ajoutées des populations d'origines diverses. L'on rencontre encore dans la région une proportion importante d'enfants sans actes de naissance et les centres d'État Civil semblent mal répertoriés.

Économie

L'économie est essentiellement tournée vers l'agriculture (hévéa, cacao, café, palmier à huile, arachide, etc.) et la pêche (notamment dans la zone de Kribi). Le tissu industriel est embryonnaire. Le petit commerce est en plein essor, de nombreux petits métiers sont exercés par une fraction importante de la population notamment jeune, néanmoins, le pouvoir d'achat des populations reste bas.

Les effets liés projets structurants qui y sont développés (Port en eau profonde de Kribi, Barrages hydroélectriques de Menve'ele et Mekin, Centrale à gaz de Kribi) augurent d'un avenir économique meilleur.

Réseau routier

La région dispose d'un réseau routier insuffisant et irrégulièrement entretenu. Environ 55% de ses 4311 km sont carrossables, parfois difficilement praticables en saison de pluie. De même, en raison du dense réseau hydrographique, l'insuffisance de ponts contribue à garder enclavées certaines zones accessibles uniquement par voie fluviale par des pirogues traditionnelles voire pas du tout lors des grandes crues.

Carte sanitaire

La Délégation Régionale de la Santé Publique du Sud (DRSPS) couvre 10 districts de santé qui se découpent en 104 aires de santé et comptent 257 formations sanitaires dont un Hôpital de Référence à Sangmélina, un Hôpital Régional, 9 Hôpitaux de district, 20 Centres Médicaux d'Arrondissement ; une proportion non négligeable de ces structures publiques est sans personnels et elles souvent fermées. En ce qui concerne le secteur privé, les hôpitaux et infirmeries d'entreprises notamment à Niété (Kribi) et à Sangmélina y jouent un rôle important. Des structures privées confessionnelles et privées lucratives s'y rencontrent également. Les responsables opérationnels de ces différentes catégories de structures non publiques ne jouissent pas souvent d'une autonomie de gestion. Plusieurs types d'agents relais communautaires coexistent dans la région du Sud (ASC, pairs éducateurs d'entreprises, ASC polyvalents, etc.).

Certains districts de santé fonctionnent actuellement sans responsable nommé (Kribi et Lolodorf). L'approvisionnement en produits pharmaceutiques et essentiels est exclusivement assuré par le Fonds Régional pour la Promotion de la Santé du Sud (FRPSS). La vente illicite des médicaments n'épargne pas cette région. La région a récemment été enrôlée au PBF avec cinq districts de santé au départ. L'ACV du Sud est fonctionnelle et environ 131 formations sanitaires ont été contractualisées au premier trimestre 2019. La région dispose d'un nombre important d'ASLO qui contribuent à la mise en œuvre des activités de santé mais ont une faible visibilité administrative et ne sont pas encore arrimées aux principes du PBF.

Profil épidémiologique

Le profil épidémiologique est dominé par les maladies transmissibles au rang desquelles le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose, les IRA, les maladies tropicales négligées. On y note de temps en temps des épidémies de rougeole. La santé de la mère et de l'enfant y est également délétère avec notamment des structures présentant une insuffisance quantitative criarde des personnels qualifiés et des pénuries souvent prolongés en médicaments et intrants destinés à cette cible.

Le brassage et les mouvements des populations sont considérables du fait de la proximité avec le Gabon, la Guinée Équatoriale et le Congo. L'afflux des chercheurs d'emploi dans les sites des projets structurants favorisent la transmission du VIH faisant de la région du Sud celle qui a le taux de séroprévalence le plus élevé du pays.

Ressources humaines

Le ratio personnel qualifiés/1000 habitants dans la région et ses différents districts est présenté dans le tableau ci-après.

District	Personnels qualifiés	Population cible	Ratio personnel qualifié pour 1000 hbts
Ambam	77	94 792	0,81
Djoum	33	43 251	0,76
Ebolowa	146	213 161	0,68
Kribi	118	152 022	0,78
Lolodorf	51	42 871	1,19
Meyomessala	53	57 423	0,92
Mvangan	13	38 473	0,34
Olamzé	15	15 956	0,94
Sangmélina	103	103 200	1,00
Zoétéélé	35	44 592	0,78
REGION	666	805 741	0,83

7.16.3 Score de faisabilité du PBF dans la Région du Sud

Le score de faisabilité du programme PBF avec ses 25 critères dans la Région du Sud a révélé un score de pureté de 80 % (40/50), ce qui est bon pour l'implémentation. Toutes, certains points ont encore des difficultés et c'est particulièrement autour de ceux-là que notre plan.

Les 23 critères de pureté d'un programme FBP	Points Disponibles	Score	Observations
11. Les gestionnaires des structures (FOSA, écoles, etc.) ont le droit d'acheter leurs intrants auprès des distributeurs opérant en concurrence et qui sont accrédités par le régulateur.	4	0	La distribution des médicaments est encore sous le monopole du FRPS Le FRPS a encore de nombreuses ruptures de stock
13. Les FOSA utilisent l'outil de gestion de la structure « Outil indices » pour lequel ils analysent et dépensent toutes les recettes et non seulement les subsides FBP.	2	0	Gestion centralisée de certaines dépenses des FOSA (salaires, infrastructures, équipements, formation, etc.) Renforcement de capacité à l'utilisation de l'outil indice selon le FBP
15. Les structures sont autorisées de déterminer leurs tarifs du recouvrement de coûts.	2	0	La tarification de certains est fixée par le niveau central (consultation, accouchement, césarienne, certificats médicaux, etc.)
16. Les gestionnaires des structures ont le droit de recruter et de licencier (ou de mettre à la disposition de la fonction publique) leur personnel.	2	0	La gestion des personnels de l'Etat est encore centralisée

7.16.4 Analyse des problèmes

La régulation

- Cinq districts de santé ne sont pas encore enrôlés au PBF et ne disposent pas encore d'une cartographie selon l'esprit PBF.
- La mise en œuvre du PBF dans le district de santé de Kribi est négativement impactée par l'absence d'un responsable nommé, le chef de bureau santé jouant insuffisamment ce rôle. Ceci pourrait également s'observer dans le district de santé de Lolodorf qui est sans responsable nommé.
- L'on observe dans la région une insuffisance de cartographie des centres d'Etat Civil.

Manque de l'autonomie des prestataires

- Les responsables de certaines FOSA privées (confessionnels, groupes d'opérateurs, etc.) et d'entreprise n'ont pas l'autonomie de la gestion de leurs structures.
- Plusieurs FOSA publiques sont sans personnel responsable et sont souvent fermées.

Monopole pour la distribution des intrants

- La distribution des médicaments et consommables actuellement assuré exclusivement par le FRPSS est sujette à de nombreuses ruptures de stock.

Manque de la séparation des fonctions

- L'existence des ASLO qui sont à la fois prestataires et porteurs de la voix de la communauté est susceptible de générer des conflits d'intérêt et même de jeter un trouble sur l'éligibilité des Agents de Santé Communautaires (relais communautaires, pairs éducateurs d'entreprises, ASC polyvalents, etc.) dans le cadre du PBF.

Vulnérabilité

- Les populations autochtones (pygmées) sont présentes dans la quasi-totalité des unités administratives de la région. Celles-ci génèrent des coûts supplémentaires pour leur prise en charge en raison de leur faible pouvoir économique. Par ailleurs, au moins cinq des dix districts de santé disposent d'institutions pénitentiaires avec une population carcérale potentiellement indigente.

Equité

L'existence de nombreuses zones enclavées constituent également un élément important à prendre en compte dans la réévaluation des bonus d'équité.

7.16.5 Recommandations

- Face à la situation ainsi présentée, notre principal objectif est de renforcer la mise en œuvre de l'approche PBF dans la région du Sud.
- Désigner des responsables à la tête des districts de santé de Kribi et Lolodorf et à la tête des formations sanitaires publiques qui en sont dépourvues
- Plaider auprès du DRSPS pour l'installation et l'accréditation des fournisseurs agréés autres que le FRPSS
- Assurer l'extension et le suivi de la mise en œuvre de l'approche PBF dans le secteur de la santé au Sud :
- Élaborer et actualiser trimestriellement les cartographies des districts des 10 districts de santé du Sud
- Négocier et signer les contrats entre la DRSPS et les districts de santé
- Former d'ici fin juin 2019 les responsables des formations sanitaires des districts de santé de Mvangan, Olamzé, Djoum, Zoétéle et Lolodorf à la mise en œuvre de l'approche PBF
- Recruter et former trimestriellement environ 54 ASLO dans les 10 districts de santé
- Négocier et signer trimestriellement des contrats avec environ 135 formations sanitaires et environ 54 ASLO
- Assurer le coaching des FOSA et des ASLO
- Intégrer l'antenne régionale du BUNEC dans le PBF
- Former les acteurs des autres secteurs clés notamment ceux du MINFI.

7.16.6 Plan d'action

Problèmes identifiés	Activités	Responsable	Délai
1. Insuffisance de la régulation	- Désignation de responsable pour les districts de santé de Kribi et Lolodorf et dans les FOSA publiques sans responsables	DRSP	30 juin 2019
	- Mener un plaidoyer auprès du DRSP Sud en vue de faciliter l'installation et l'accréditation des autres fournisseurs agréés	- ACV - Equipe Sud	10 juin 2019
	- Réévaluation des bonus d'équité	- CTN, DRSP, ECD	30 juin 2019
	- Négocier et signer les contrats avec tous les districts de santé du Sud	- DRSP	30 juin 2019
	- Elaborer la cartographie des districts nouvellement enrôlés et actualiser la cartographie des anciens districts y compris la prise en compte des infirmeries d'institutions scolaires et universitaires et des populations spéciales (pygmées)	- CDS du Sud	30 juin 2019 Trimestriel

Problèmes identifiés	Activités	Responsable	Délai
2. Insuffisance de mise en œuvre (aspects autres que la régulation) de l'approche PBF	- Mettre en œuvre le processus de contractualisation des structures sanitaires des districts de santé identifiés	- ACV Sud	30 juin 2019
	- Recruter et former trimestriellement environ 54 ASLO dans les 10 districts de santé	- ACV Sud	15 juin 2019 Trimestriel
	- Négocier et signer trimestriellement des contrats avec environ 135 formations sanitaires et environ 54 ASLO	- ACV Sud	30 juin 2019 Trimestriel
	- Productions radios et télé communautaires en faveur du PBF	- ACV Sud	Trimestriel
	- Renforcer le coaching des prestataires	- ACV Sud	Trimestriel
	- Plaidoyer auprès des privées (confessionnels, groupes d'opérateurs, etc.) pour la délégation de responsabilité de gestion de toutes les ressources par le directeur local de la structure	- ACV Sud	30 juillet 2019
	- Mettre sur pied un pool de formateurs pour les autres secteurs de la région - Former les acteurs du MINFI à la mise en œuvre du PBF	- TPG Sud - ACV	2 ^e semestre 2019
3. Les centres d'Etat Civil sont insuffisamment cartographiés dans la région du Sud	- Intégrer l'antenne régionale du BUNEC dans le PBF	- ACV	30 juin 2019
4. Nombreuses incompréhensions entre les prestataires de santé et les responsables du MINFI	- Mettre sur pied un pool de formateurs pour les autres secteurs de la région	- ACV	2 ^e semestre 2019
	- Former les acteurs du MINFI à la mise en œuvre du PBF	- TPG Sud	

7.17 Confessional Hospital in the North West Region

Presented by: Sr. Jethro NKENGLEFAC – TSSF, Administrator – Njinikom Catholic Hospital

7.17.1 Context

Topic: use of indices management tool as a means of sustainability for confessional health institutions during crisis.

In Cameroon, missionaries have remained important stakeholders in the health domain. Across the country, there are hospitals run by various religious congregations. The Roman Catholic Church in the Ecclesiastical Province of Bamenda which covers the North West and South West Regions of Cameroon runs 65 Health Facilities, 24 of which are in the Archdiocese of Bamenda.

The Tertiary Sisters of Saint Francis (TSSF), since 1935 have been responding to the needs of the sick. Today they operate 4 hospitals and 12 health centres across the country. Health remains a major apostolate for the TSSF. The lone major Cardio-Surgical Centre in the country is being owned and run by the TSSF in collaboration with National and International Partners.

Most confessional institutions have as their mission “to serve the poor and vulnerable”. In as much as this mission helps to promote the missionary image of the Church by bringing hope to

the sick and underprivileged in society, economically speaking, the fact that most patients who attend these health facilities cannot pay for the services delivered. Often they visit this hospital as a last resort where they can get treatment without financial pressure as compared to most public and private Institutions. This notion, in addition to some management lapses like lack of transparency, inadequate personnel motivation and with many operating with low economics of scale have always put these Health Facilities in a tight and critical stage. The advent of the crisis therefore came to confirm this reality.

7.17.2 Problem analysis

Among the 65 hospitals, 24 are found in the North West Region. Before the socio-political crisis plaguing the Anglophone regions, these health facilities were functioning at their peak, with many patients streaming from all over the national territory and beyond. The Cardiac Centre for example received patients from the entire Central African sub-region, Nigeria, Ethiopia and Mozambique.

When the crisis started in October 2016, it greatly affected these institutions and till date, the situation has grown worse, reducing the performance of the health facilities to 30% only. This percentage is greatly below subnormal to sustain the health facilities.

The adverse effect of this is:

- The threatened closure of the institution for low performance
- The de-motivation of staff
- The drop in quality and quantity
- The abrupt suspension/ lay off of staff

Concept Definition:

1. Sustainability: the ability to sustain something, to keep in existence, to keep from falling etc
2. Confessional Health Institutions: This refers to Health Facilities which are owned and managed by faith based denominations like the Catholics, the Baptist, the Presbyterians etc
3. Crisis: an unstable situation, in political, social, economic or military affairs, especially one involving an impending abrupt change. Literally speaking, it is a point at which a conflict reaches a peak before being resolved.
4. The TSSF: Stands for the Tertiary Sisters of St. Francis. A religious order in the Roman Catholic Church with pontifical rights which has been in Cameroon since 1935.

Project motivation

Experience has shown that most Confessional Institutions are still to come to terms with some PBF approaches especially with the indices tool management approach. Considering that PBF is becoming a national program, it is important to train/coach those involved on the use and importance of this standard management tool as well as advocate for the full implementation and sustainability of the PBF program.

Duration of the project

The duration of the project is 12 months, beginning from September 2019- September 2020.

7.17.3 Feasibility score

Criteria to establish in how far the programme is “PBF”	Points	Score
1. The PBF program budget is not less than \$ 4 (simple intervention) - \$ 6 (more complex intervention with many equity elements) per capita per year of which at least 70% is used for provider subsidies, local NGO contracts and infrastructure input units	4	0
2. At least 20% of the PBF budget comes from the government and the PBF program has a plan to reduce donor dependency.	2	0
3. The National PBF Unit is integrated into the Ministry of Health at a level that allows it to coordinate all activities of the MOH with the Directorates and Programs.	2	0
4. The Directorates and Programs of the central Ministry have performance contracts with standard output and quality indicators.	2	0
5. The PBF project has at least 25 output indicators for which facilities receive subsidies and a system of composite quality indicators with incentives	2	2
6. The PBF program contains the community indicator “visit to household following a protocol” to be applied by all primary level principal contract holders.	2	2
7. District regulators conduct quality reviews of at least 125 composite indicators at public and private health facilities. They also do the annual mapping of health facilities and assure the rationalization of catchment areas in units of between 6,000 and 14,000 inhabitants.	2	2
8. The PBF program has a District Validation Committee that brings together the district regulator, the CDV Agency and one or more representatives of the providers	2	2
9. The program includes a baseline household and quality study, which establishes priorities and allow to measure the impact of the program.	2	2
10. Cost recovery revenues are spent at the point of collection (facility level) and the health facilities have bank accounts on which the daily managers of the FOSA are the signatories.	2	2
11. Provider managers have the right to decide where to buy their inputs from accredited distributors operating in competition.	4	4
12. The project introduces the business plan that includes the Quality Improvement Bonuses	2	2
13. The project introduces the indices tool for autonomous management of the revenues, planning of the expenses and the transparent calculation of the staff performance bonuses	2	2
14. CDV agencies sign contracts directly with the daily managers of the providers – not with the indirect owners such as a religious leader or private person.	2	2
15. Provider managers are allowed to influence cost sharing tariffs	2	2
16. Provider managers have the right to hire and to fire	2	2
17. There is a CDV Agency that is independent of the local authorities with enough staff to conduct contracting, coaching and medical & community verification.	2	2
18. There is a clear separation between the contracting and verification tasks of the CDV agency and the payment function	2	2
19. CDV agents accept the promotion of the full government determined packages (this in Africa mostly concerns discussions about family planning)	2	0
20. The PBF system has infrastructure & equipment investment units, which are paid against achieved benchmarks based on agreed business plans	2	2
21. Public religious and private providers have an equal chance of obtaining a contract	2	2
22. There are geographic and/or facility specific equity bonuses	2	2
23. The project provides equity bonuses for vulnerable people	2	2
TOTAL The highlighted area does not fall within the context and competence of the writer	50	38

So far almost 95% of the PBF strategies/approach has been adopted. The area of concern is still at the level of Family Planning.

Family planning approach is not yet implemented. Confessional Health Facilities, could work together with other facilities that do Family Planning and refer patients to them.

Therefore PBF the Solution to the SUSTAINABILITY of Confessional Institutions especially in crisis

NB: Haven been in PBF since the pilot phase, most confessional institutions have come to be great beneficiaries of the project, even though not completely. The reluctance to implement the full recommendations of the program are solely responsible for this.

The advantages of a well-executed PBF program of result-based approach which provides value to the providers; better quality of health care to the population; intrinsic and extrinsic motivation to the health staff and increase quality of services, efficiency and health status to the population account for the reasons why PBF is the solution to the sustainability of Confessional Institutions.

The PBF indices management tool assist facilities to make their own autonomous decisions, promote transparency and good governance, prevents over-expenditure and better motivate staff with positive and negative incentives.

7.17.4 Recommendations

- Carry out advocacy on PBF approach and its importance to the institutions
- Train on the usage and benefits of the indices tool
- Strongly advice on the implementation of the PBF best practice approach
- Design a system to put HF on performance evaluation
- Institute and reinforce the depreciation/investment process in all HF

7.17.5 Action plan

What	Activities	Who	When
1. Carry out advocacy on PBF approach and its importance to the institutions	- Present a write up on PBF to the Health Coordinators, the Superiors of various congregations and the Bishops conference.	- CDVA - Adm – Njinikom hospital	By January 2020 to be discussed during their 1 st annual meeting held every February
	- Give talk during the archdiocesan coordination meeting on PBF	- TSSF Executive Director	By January 2020 to be discussed during their 1 st annual meeting held every February
	- Identify and visit those HF that still have concerns with the implementation of PBF approach	- Health Coordinator	Every quarter beginning from 4 th qtr. of 2019
2. Coach on the utilization of the indices tool management	- Adapt the indices tool to the culture with focus on the standards - Train on the use of the indices tool - Follow up on the completion of the finance statement with emphasis on the bank savings, depreciation, & stock levels to ascertain sustainability	- CDVA - Adm Njinikom Hospital	
	- Tract personnel motivation values in the financial statement	- TSSF Executive Director	
3. Institute and reinforce the depreciation process in all HF	- Update the HF managers on the depreciation rule for equipment, vehicles and infrastructures	- Health Coordinator - Adm – Njinikom Hosp	During visits to the HF Also during the coordination meeting
4. Design a system to put HF's on performance evaluation	- Create an evaluation and supervision template to be used to evaluate the HF	- Health Coordinator	During quarterly visits
5. Create a system for internal performance evaluation with positive and negative incentives	- Coach HF managers on how to carry out internal competition within the institutions	- Health Coordinator	Every month
	- Form internal quality and quantity verification teams	- HF managers & Adm – Njinikom Hospital	Once a year
6. Encourage regular administrative and financial audits	- Form a sixth monthly internal committee	- Hired audit firm	December 2019
	- Hire an external auditor	- Congregational audit teams	Every semester

7. Encourage the introduction of the approach of setting salaries in two forms, fixed and variable	- Train HF managers of the benefits of operating this approach of salary negotiation	- HF managers & Health Coordinators	January 2020
--	--	-------------------------------------	--------------

7.18 **PBF et institutions sanitaires privées**

Présenté par Mme NDASSI Epse DEUGA TCHEUPI Nicole

7.18.1 Contexte

Le gouvernement Camerounais a débuté des réformes en vue de l'adoption du PBF dans la gestion du système de santé au Cameroun. Pour se faire, il a implémenté des sites pilotes qui ont démontré le succès de ladite approche. Le Ministère de la santé, en vue du passage à l'échelle du PBF, forme les acteurs des FOSA publiques. Les structures privées constituent une partie importante du système de santé. Pour plus d'efficacité, et selon les bonnes pratiques PBF qui prônent la collaboration des secteurs publics et privé, et considérant le rôle du régulateur que doit jouer le gouvernement dans les secteurs publics et privés, il semble se poser plusieurs problèmes en relation avec l'implication du secteur privé dans la réforme.

7.18.2 Problèmes

- Les stratégies de financement du Fonds Mondial et de l'UN entretiennent un taux de dépendance élevé et ne garantissent ni la pérennisation, ni les concurrences requises pour l'amélioration de la qualité et des quantités de service.
- Les structures sanitaires privées (CEBEC, santé scolaire, santé au travail, FM, UN) ne semblent pas informées / impliquées dans la réforme du système de santé en cours. La qualité et l'efficacité des soins ne sont pas observées en général dans le système de gestion du privé.
- L'utilisation des volontaires / bénévoles formés sur le tas dans certaines institutions du privé ne garantit pas la qualité et entretient la production des données pas fiables pour une prise de décisions objectives et adaptées
- Au niveau opérationnel deux politiques contradictoires du MSP occasionnent des confusions et des ambiguïtés comme par exemple l'utilisation des ASC pour les services curatifs qui le PBF n'encourage pas, mais qui est promu par certains partenaires .
- Les principes de concurrence ne sont pas appliqués dans la gestion des ASLO et ASC qui ne se sentent pas obligés d'améliorer la qualité de leur travail comme condition pour continuer de travailler.
- Certaines ASLO ne se sentent pas obligées d'être présentes sur leur zones d'interventions, et ne s'y rendent qu'en périodes d'interventions et par conséquent, ne servent pas la population comme il se devrait s'ils restaient au milieu d'eux.
- Même si les principes d'égalité sont appliqués pour le cas des externalités positives, pour offrir à la population des services tels que la vaccination, la distribution des moustiquaires, mais l'efficacité n'est pas assurée dans distribution puisque même les personnes à même de les acheter reçoivent ces produits au même titre que les indigents.

7.18.3 Recommandations

1. Il est urgent que le gouvernement adopte une stratégie unique de prise en charge des interventions communautaires, et que soit abolie la confusion créée au niveau des chefs d'aires et des ASC face aux deux approches de soins contradictoires.
2. Il est important que des représentants de ce système privé soient impliqués dans les formations en vue de la prise en compte des réformes dans divers domaines du secteur privé.

3. Un travail de recherche – action comparant la stratégie et les résultats opérationnels des UN /FM de PEC des ISDC et celles du PBF permettront de nourrir un plaidoyer à l'endroit du gouvernement en vue de l'harmonisation des politiques des santés et de l'alignement de tous les acteurs sous le PBF adapté comme politique nationale.
4. Introduire dans les débats stratégiques des partenaires (FM, UN) les principes PBF pour changer le paradigme des inputs et activités communautaires des ASV vers le paradigme de performance et de la professionnalisation des activités communautaires

Quoi	Comment	Qui	Quand ?
- Plaidoyer auprès de la DSSS pour l'harmonisation des politiques de santé contradictoires au niveau périphériques, sur le rôle des ASC et leur habileté à soigner ou pas.	- Rencontres individualisées	- SDEFA	Mai 2019
- Identification des responsables du privé capables d'influencer les politiques	- Discussions avec les partenaires et connaissances impliquées dans les institutions concernées 'DRSP, CEBEC, Usines.	- SDEFA	Juin – Juillet 2019
- Plaidoyer auprès du DRSP en vue de l'implication des institutions de la santé scolaire et de santé au travail dans les zones de couverture des districts en vue des accréditations et de la fixation des normes	- Rencontres et personnalisées ou exposition du principe lors de la participation aux réunions de coordinations régionales du Sud.	- ACV Sud - Et partenaires	Juin 2019
- Plaidoyer auprès des institutions gouvernementales auprès pour l'implication des structures privées du CEBEC, baptistes, FGM et autres dans les formations PBF	- Rencontres personnalisées	- ONG SDEFA	Juillet 2019
- Préparation d'un travail de recherche sur les limites vécues et les améliorations que le PBF peuvent apporter aux partenaires du Fond Mondial et des UN	- Préparation d'un questionnaire - Pré test du questionnaire - Formation des enquêteurs - Administration du questionnaire - Analyse et interprétation des données - Rédaction d'un article - Partage des trouvailles avec la DRSP et les SR	- ONG - SDEFA	Juin – Octobre 2019
- Plaidoyer auprès des institutions nationales du Fond Mondial et des UN	- Présentation des évidences et résultats de la recherche et recommandations pour prise en compte lors de la rédaction des Notes Conceptuelles 2021 - 2023	- ONG SDEFA	Décembre 2019
- Plaidoyer auprès des institutions gouvernementales, pour la prise en compte des institutions de santé scolaire et santé au travail dans la régulation pour les accréditations, et les supervisions	- Rencontres personnalisées	- ONG SDEFA et partenaires	Janvier 2020