

12 11
ARRETE CONJOINT N°2018-
MS/MINEFID portant adoption du Manuel de
procédures descriptives des modalités de
gestion, de suivi et de contrôle des mesures de
gratuité des soins au profit des femmes et des
enfants de moins de cinq (05) ans vivant au
Burkina Faso

LE MINISTRE DE LA SANTE,

LE MINISTRE DE L'ECONOMIE, DES FINANCES ET DU DEVELOPPEMENT,



- Vu la Constitution ;
- Vu le décret n°2016-001/PRES du 06 janvier 2016, portant nomination du Premier Ministre ;
- Vu le décret N°2018-0035/PRES/PM du 31 janvier 2018 portant remaniement du Gouvernement ;
- Vu le décret n°2018-272/PRES/PM/SGG-CM du 12 avril 2018 portant attributions des membres du Gouvernement ;
- Vu le décret n°2018-0093/PRES/PM/MS du 15 février 2018 portant organisation du Ministère de la santé ;
- Vu le décret n°2016-381/PRES/PM/MINEFID du 20 mai 2016 portant organisation du Ministère de l'économie, des finances et du développement ;
- Vu le décret n°2016-311/PRES/PM/MS/MATDSI/MINEFID du 29 avril 2016, portant gratuité des soins au profit des femmes et des enfants de moins de cinq ans vivant au Burkina Faso.

ARRENTENT

Article 1 : Est adopté ci-joint en annexe, le Manuel de procédures descriptives des modalités de gestion, de suivi et de contrôle des mesures de gratuité des soins au profit des femmes et des enfants de moins de cinq (05) ans vivant au Burkina Faso.

Article 2 : Les Secrétaires généraux des Ministères en charge de la santé, de l'économie, des finances et du développement sont chargés chacun en ce qui le concerne, de l'application du présent arrêté qui sera enregistré, publié et communiqué partout où besoin sera.

Ouagadougou, le **05 NOV 2018**

Le Ministre de la santé



Professeur Nicolas MEDA
Officier de l'Ordre National

Le Ministre de l'économie, des finances et du développement



Hadizatou Rosine COULIBALY/SORI
Officier de l'Ordre National

MINISTERE DE LA SANTE

BURKINA FASO

Unité – Progrès – Justice



**MANUEL DE PROCEDURES DESCRIPTIVES DES
MODALITES DE GESTION, DE SUIVI ET DE CONTROLE
DES MESURES DE GRATUITE DES SOINS AU PROFIT DES
FEMMES ET DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ (05) ANS
VIVANT AU BURKINA FASO**

Mars 2018

Table des matières

AVANT-PROPOS	4
SIGLES ET ABREVIATIONS	1
CONTEXTE ET JUSTIFICATION	1
I. GENERALITES SUR LES MESURES DE LA GRATUITE DES SOINS	1
1.1. Les cibles bénéficiaires	1
1.2. Le panier de soins gratuits	1
1.3. Biens et services gratuits	3
1.4. Etablissements de santé concernés	4
II. PROCEDURES GENERALES	4
2.1. Procédures de gestion financière	4
2.1.1. Objet	4
2.1.2. Domaine d'application	4
2.1.3. Principes de gestion	4
2.1.4. Responsabilités des acteurs	6
2.1.5. Les pièces justificatives	9
2.2. Procédures d'achat	10
2.2.1. Objet	10
2.2.2. Domaine d'application	10
2.2.3. Description du processus	10
2.3. Procédures de suivi	14
2.3.1. Objet	14
2.3.2. Domaine d'application	14
2.3.3. Responsabilités	14
2.3.4. Description du processus de suivi	15
2.4. Procédures de contrôle	15
2.4.1. Principes de contrôle	16
2.4.2. Procédure 1 : Analyse de la base de données	18
2.4.3. Procédure 2 : contrôle quantitatif	19
2.4.4. Procédure 3 : enquête formation sanitaire	21
2.5. Procédures de contrôle de l'effectivité de la gratuité par les contrôleurs externes	22
III. PROCEDURES SPECIFIQUES PAR NIVEAU DE SOINS	23
3.1. Circuit du bénéficiaire au niveau communautaire	23
3.1.1. Lieux de visites	23
3.1.2. Séance de consultation du bénéficiaire	23
3.2. Circuit du bénéficiaire au niveau CSPS et CM sans laboratoire	23
3.2.1. Les unités de prestations concernées par la gratuité des soins	23
3.2.2. Le circuit du bénéficiaire en ambulatoire	24

3.2.3.	Le circuit du patient mis en observation-----	27
3.3.	Circuit du bénéficiaire au niveau hôpital de district (CMA) et CM avec laboratoire-----	28
3.3.1.	Les unités de prestations concernées par la gratuité des soins -----	28
3.3.2.	Le circuit du bénéficiaire en ambulatoire-----	28
3.3.3.	Le circuit du bénéficiaire en hospitalisation/mise en observation -----	30
3.3.4.	Le circuit du bénéficiaire dans les autres unités de prestations -----	31
3.4.	Circuit du bénéficiaire aux deuxième et troisième niveaux (HD/CHR/CHU)-----	33
3.4.1.	Circuit du bénéficiaire en ambulatoire-----	33
3.4.2.	Circuit du bénéficiaire en hospitalisation/mise en observation -----	35
3.4.3.	Le circuit du bénéficiaire dans les autres unités de prestations -----	38
ANNEXES-----	-----	I
Annexe 1 :	Maquette de la fiche individuelle de prise en charge-----	ii
Annexe 2 :	Maquette bulletin d'examen gratuité -----	v
Annexe 3 :	Maquette de l'ordonnancier gratuité -----	vi
Annexe 4 :	Maquette du billet de sortie hôpital -----	vii
Annexe 5 :	Maquette du carnet de dispensation gratuite de médicaments par les ASBC -----	viii
Annexe 6 :	Maquette du TLOH gratuité -----	ix
Annexe 7 :	Canevas du rapport mensuel d'activités (RMA) gratuité -----	x
Annexe 8 :	Guide de remplissage du rapport mensuel d'activités -----	xiii

AVANT-PROPOS

Le présent manuel de procédures est un document d'opérationnalisation de la stratégie de gratuité des soins au profit des femmes et des enfants de zéro à cinq ans au Burkina Faso. Il constitue un guide pour harmoniser les pratiques de mise en œuvre de la gratuité des soins sur l'ensemble du territoire national.

Il se veut une référence pour tous les acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la gratuité des soins notamment :

- les structures centrales et déconcentrées du ministère de la santé,
- les responsables et chefs de programme,
- les autorités gouvernementales et parlementaires
- les partenaires techniques et financiers,
- les organisations non gouvernementales, les associations et toutes les structures de la société civiles intéressées.

Les concepts et termes clés développés dans ce guide sont utiles pour les acteurs et toute autre personne en charge de concevoir, mettre en œuvre, gérer, évaluer et réviser la stratégie de gratuité des soins au profit des femmes et des enfants de zéro à cinq ans.

J'invite donc tous les acteurs à s'appropriier le document et à l'appliquer afin de renforcer l'effectivité de la gratuité des soins au profit de nos populations.

Le Ministre de la santé

Professeur Nicolas MEDA
Officier de l'ordre national



SIGLES ET ABREVIATIONS

AC	:	Agence comptable
ASBC	:	Agent de santé à base communautaire
CHR	:	Centre hospitalier régional
CHU	:	Centre hospitalier universitaire
CISSE	:	Centre d'information sanitaire et de surveillance épidémiologique
CM	:	Centre médical
CMA	:	Centre médical avec antenne chirurgicale
CNS	:	Comptes nationaux de santé
COGES	:	comité de gestion
CPNR	:	Consultation prénatale recentrée
CSPS	:	Centre de santé et de promotion sociale
DAF/Hôpital	:	Direction de l'administration et des finances de l'hôpital
DAF/MS	:	Direction de l'administration et des finances du ministère de la santé
DPS	:	Direction provinciale de la santé
DRD	:	Dépôt répartiteur de district
DRS	:	Direction régionale de la santé
DS	:	District sanitaire
ECD	:	Equipe cadre de district
FIPEC	:	Fiche individuelle de prise en charge
FS	:	Formation sanitaire
FSP	:	Formation sanitaire privée
GEU	:	Grossesse extra utérine
ICP	:	Infirmier chef de poste
IVA	:	Inspection visuelle après application d'acide acétique
IVL	:	Inspection visuelle au soluté de Lugol
MS	:	Ministère de la santé
ODD	:	Objectifs de développement durable
PCIME	:	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant

Contexte et justification

Le Gouvernement du Burkina Faso a annoncé en Conseil des ministres du 2 mars 2016 la gratuité des soins au profit des femmes et des enfants de moins de cinq (5) ans vivant au Burkina Faso.

Cette décision se justifie par le faible niveau des indicateurs de la santé maternelle et infantile, mais aussi, par la faible couverture de la population en assurance maladie. En effet, moins de 1% (CNS, 2012) et selon l'EMC 2015, 54,7% du 1er quintile de la population ne consultent pas de services de santé ou de personnel de santé en cas de problème de santé.

Le présent manuel de procédures à l'intention des acteurs du système de santé vise à préciser les rôles et responsabilités des différents acteurs, harmoniser les pratiques et les outils de gestion, ainsi que le circuit de financement, du suivi et du contrôle.

Il s'articule autour des points suivants :

- les généralités sur les mesures de gratuité des soins ;
- les procédures générales des mesures de gratuité ;
- les procédures spécifiques par niveau de soins.

I. Généralités sur les mesures de la gratuité des soins

1.1. Les cibles bénéficiaires

Les populations visées par les mesures de gratuité des soins sont les :

- enfants de 0 à 5 ans
- femmes enceintes ;
- femmes en post partum jusqu'à 42 jours après accouchement ;
- femmes vivant avec une fistule obstétricale ;
- femmes âgées de 25 à 55 ans pour le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus ;
- femmes âgées de 25 ans ou plus pour l'examen physique des seins.

1.2. Le panier de soins gratuits

Les populations cibles bénéficient des soins gratuits dans toutes les structures mettant en œuvre la stratégie de gratuité des soins quelle que soit la spécialité médicale ou chirurgicale. Les soins gratuits sont offerts pendant les maladies des enfants de 0-5 ans, la grossesse, l'accouchement et le post partum, le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus et l'examen des seins. Ces

soins sont aussi bien préventifs, diagnostiques que curatifs en ambulatoire et en hospitalisation/mise en observation.

Chez les enfants de 0 à 5 ans, sont prises en charge toutes les pathologies courantes visées par la stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) pour réduire la mortalité infanto-juvénile. Cette prise en charge se fait aussi bien dans les formations sanitaires que dans la communauté par les Agents de Santé à Base Communautaire (ASBC).

Pendant la grossesse, les femmes bénéficient de la prise en charge des soins préventifs et curatifs pour toutes les pathologies liées à la grossesse. Pour le suivi de la grossesse (soins préventifs), chaque femme enceinte doit bénéficier gratuitement des examens complémentaires suivants :

- le groupage sanguin et facteur rhésus (GS/Rh) ;
- la sérologie VDRL (syphilis) ;
- le taux d'hémoglobine ou la numération formule sanguine (NFS) ;
- le dépistage des hépatites virales C et B ;
- l'électrophorèse de l'hémoglobine ;
- le test de dépistage VIH ;
- la recherche d'albumine et de sucre dans les urines ;
- l'échographie obstétricale.

L'obligation dans les CSPS concerne uniquement le test de recherche d'albumine sucre.

Concernant les soins gratuits pendant l'accouchement et les interventions obstétricales, les prestations se réunissent en accouchements eutociques et dystociques par voie basse, soins d'urgence aux nouveau-nés, césariennes, laparotomie pour grossesse extra utérine (GEU), pour hystérectomie d'hémostase ou pour rupture utérine, soins obstétricaux d'urgence, soins curatifs du post partum, cure de fistules obstétricales.

En ce qui concerne le dépistage et le traitement gratuits des lésions précancéreuses du col de l'utérus et la promotion de l'autopalpation du sein, sont prises en charge la consultation pour le dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus (IVA/IVL), le traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus (Cryothérapie, Résection à l'Anse Diathermique).

NB : Sont exclus les traitements de fond des pathologies chroniques. Le traitement de fond s'entend par tous les traitements d'entretien d'une pathologie chronique.

1.3. Biens et services gratuits

Les prestations éligibles concernent cinq biens et services disponibles dans le centre de santé. Il s'agit :

- de l'ensemble des actes des professionnels de santé : consultations, interventions, etc. ;
- des médicaments essentiels génériques prioritairement, des médicaments de spécialités nécessaires n'existant pas sous forme générique arrêtés selon une liste préalablement par le comité thérapeutique, des consommables médicaux et d'imagerie médicale ;
- des examens complémentaires nécessaires à la prise en charge : examens de laboratoire (hématologie, biochimie, parasitologie, bactériologie, immunologie, etc.), examens d'imagerie médicale (échographie, Radiographie standard, scanner, etc.) ;
- de la mise en observation et de l'hospitalisation ;
- du carburant pour les évacuations sanitaires à l'intérieur du pays.

Spécifiquement pour les ASBC, les dépenses éligibles sont exclusivement les frais des médicaments et consommables médicaux suivants :

- le Kit SRO + ZINC selon le protocole en vigueur au Burkina Faso ;
- les médicaments antipaludiques pour enfant au choix :
 - Artémether + Luméfantrine ;
 - Amodiaquine + artésunate ;
 - Dihydroartémisinine + Pipéraquline ;
 - Artésunate suppositoire ;
- l'amoxicilline (dosage) comprimé dispersible pour enfant ;
- le paracétamol 500 mg comprimé sécable ;
- les tests de diagnostic rapide (TDR) pour le paludisme ;
- les préservatifs masculins ;
- les pilules contraceptives ;
- Sayana Press.

Les prix de ces différents médicaments et consommables médicaux doivent être conformes à l'arrêté interministériel portant fixation des prix des produits de santé.

1.4. Etablissements de santé concernés

Les soins gratuits sont offerts dans toutes les structures sanitaires publiques et celles privées ayant une convention avec le Ministère de la Santé.

Les soins gratuits sont offerts également dans la communauté par les Agents de Santé à Base Communautaire (ASBC). Seuls les ASBC des villages situés à 5 Km et plus d'une formation sanitaire sont autorisés à assurer au niveau des villages de leur ressort, la gratuité de la planification familiale et celle des soins au profit des enfants de moins de 5 ans. Le responsable de chaque formation sanitaire (CSPS et CM) est tenu d'établir la liste exhaustive des ASBC qui doivent assurer la gratuité des soins communautaires et d'assurer le suivi et l'approvisionnement de ces derniers en intrants nécessaires de prise en charge. Les ASBC s'approvisionnent exclusivement auprès des CSPS et CM dont ils relèvent.

II. Procédures générales

2.1. Procédures de gestion financière

2.1.1. Objet

Cette procédure décrit les modalités de gestion des fonds de la gratuité des soins au profit des femmes et des enfants de moins de cinq ans vivant au Burkina Faso.

2.1.2. Domaine d'application

Cette procédure s'applique au circuit de gestion des fonds destinés à la gratuité des soins au profit des femmes et des enfants de moins de cinq ans vivant au Burkina Faso.

2.1.3. Principes de gestion

Les districts sanitaires et les hôpitaux disposent chacun d'un compte trésor spécial dénommé « gratuité des soins » pour les différents virements de ressources financières destinées à la mise en œuvre de la gratuité des soins.

Les comptes spéciaux « gratuité des soins » sont approvisionnés tous les trois (3) mois par le trésor public sur requête de virement.

Les montants à pré-positionner dans les comptes sont calculés par le service technique en charge de la mise en œuvre de la stratégie nationale de gratuité des soins.

Les montants à pré-positionner pour le paiement des prestations de soins tiennent compte des soldes des comptes qu'ils compensent. Pour tenir compte du principe d'annualité du budget de l'Etat, chaque responsable doit arrêter son compte

« gratuité des soins » au 31 décembre de chaque année. Si le solde est positif à cette date, on considère ce solde comme une avance au titre de l'année suivante. Si le solde est négatif, le premier virement de l'année suivante permettra de combler ce déficit.

Pour chaque district sanitaire, le service technique détermine chaque trimestre la répartition des montants approvisionnés entre les formations sanitaires périphériques et le compte trésor spécial du Dépôt Répartiteur de District (DRD). Cette répartition est transmise par voie électronique à tous les responsables des districts sanitaires et des hôpitaux. Ces montants sont également enregistrés dans la plateforme électronique de gestion des données de la gratuité des soins, accessibles via internet sous conditions (données protégées par des mots de passe en fonction du niveau et de la catégorie d'accès).

Les fonds virés dans le compte DRD constituent des avances de paiement des commandes de médicaments et consommables médicaux des formations sanitaires périphériques. Chaque responsable de formation sanitaire périphérique (CSPS, CM, CMA) doit recevoir une notification (écrite et signée) de la part du gestionnaire principal du compte « gratuité des soins » du montant de l'avance de paiement DRD. Les fonds transmis par chèque par le district sanitaire aux formations sanitaires constituent des avances de paiement des autres biens et services gratuits.

Les états de paiement des fonds gratuité et des créances DRD doivent être tenus à jour au niveau du district et des formations sanitaires.

Les formations sanitaires privées du district ne sont pas soumises à ce circuit. Elles reçoivent du district sanitaire l'intégralité de leur chèque pour le paiement des prestations offertes gratuitement.

Les fonds destinés aux activités de soutien à la mise en œuvre de la gratuité des soins sont soumis aux règles et aux procédures de dépenses publiques en vigueur. Les montants destinés aux activités de soutien sont déterminés par le service technique et transmis aux responsables des formations sanitaires par voie officielle (version papier signée).

Pour les activités de soutien, chaque responsable doit se conformer aux règles de la dépense publique en cours.

Les pièces justificatives doivent être archivées au niveau des structures sanitaires de façon à faciliter le suivi, le contrôle et les sorties de vérification en vue de la

certification réalisée par le ministère en charge des finances en collaboration avec le ministère de la santé.

Des rapports mensuels d'activités doivent être élaborés par chaque formation sanitaire et saisis sur la plateforme électronique de gestion des mesures de gratuité des soins. Les structures qui n'auront pas renseigné la plateforme e-gratuité consécutivement sur trois mois, verront l'approvisionnement de leurs comptes suspendu.

Le service technique élabore à son tour sur la base des rapports mensuels des formations sanitaires, des rapports trimestriels et annuels de mise en œuvre des mesures de gratuité des soins. Ces rapports doivent être transmis à la DAF à titre de justification des fonds approvisionnés dans les comptes pour la mise en œuvre de la gratuité des soins.

2.1.4. Responsabilités des acteurs

Au niveau central

- **La Direction en charge de la coordination de la mise en œuvre de la stratégie de gratuité des soins :**
 - détermine chaque trimestre les montants à pré positionner dans les comptes d'attente gratuité des DS et des Hôpitaux (CHR, CHU) ; les montants à pré positionner tiennent compte des soldes des comptes et les compensent
 - transmet les montants à pré positionner à la DAF/MS ;
 - suit et contrôle la gestion des fonds de la gratuité des soins ;
- **La Direction de l'administration et des finances du Ministère de la Santé :**
 - vire les montants alloués dans les comptes d'attente des DS et des hôpitaux conformément à ce qui est déterminé par la direction en charge de la coordination de la mise en œuvre de la stratégie de gratuité des soins.

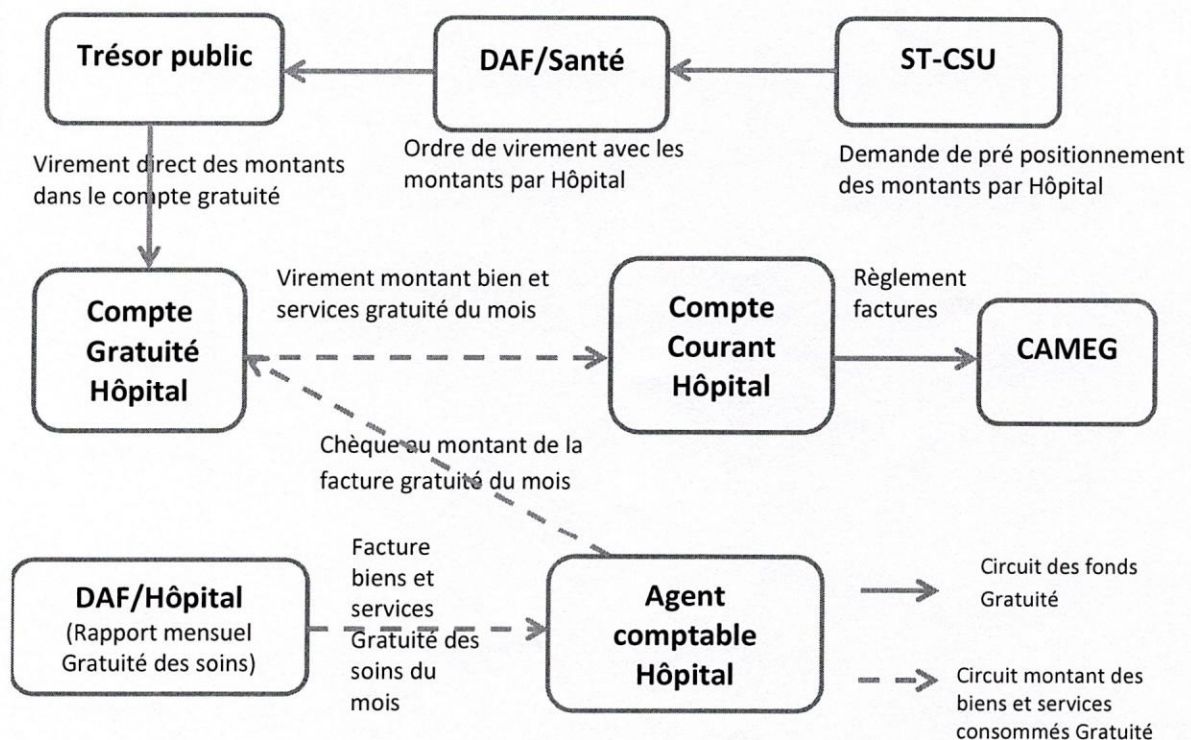
Au niveau hôpital

- **La Direction de l'administration et des finances :**
 - établit la facture mensuelle gratuité au regard du rapport mensuel d'activités gratuité
- **L'agence comptable :**



- prend en charge la facture mensuelle gratuité établie par la DAF/hôpital au profit du compte courant de l'hôpital ;
 - conserve/archive les pièces justificatives des prestations de la gratuité (ordonnances médicales, fiches individuelles de prise en charge, bulletins d'examen, billets de sortie, billets d'évacuations, tout autre document y afférent).
- **Le responsable de l'information hospitalière :**
- saisit et analyse les données de la gratuité (rapports mensuels gratuité, TLOH etc.).

Figure 1 : Circuit financier au niveau Hôpital



Au niveau du district sanitaire

- **Le responsable administratif et financier :**
- établit le chèque/virement pour le Dépôt répartiteur de district (DRD) qui constitue une avance de paiement des factures de médicaments et consommables des formations sanitaires ;

- établit les chèques au profit des formations sanitaires (CSPS, CM, CMA) constituant une avance de paiement des autres biens et services;
- tient régulièrement à jour les états de paiement des fonds gratuité et les créances DRD ;

NB : Les formations sanitaires privées reçoivent l'entièreté des fonds qui leur sont destinées. Aucune part n'est retenue pour le DRD.

➤ **Le responsable de l'information sanitaire :**

- saisit et analyse les données de la gratuité des différentes formations sanitaires de son aire de responsabilité sur la plateforme numérique «e-sante gratuite ».

Au niveau de la formation sanitaire

➤ **La formation sanitaire publique :**

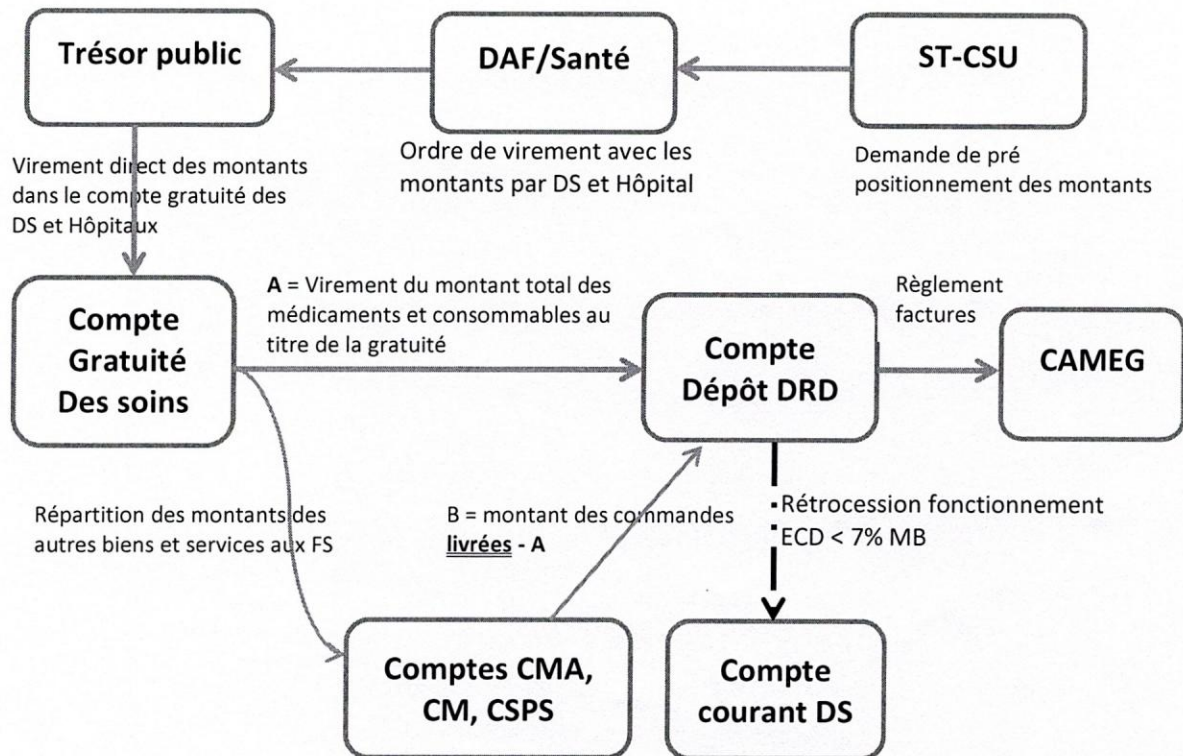
- retire le chèque gratuité au DS
- gère les fonds gratuité
- tient à jour les états de paiement des fonds gratuité et les créances DRD
- conserve/archive les pièces justificatives des prestations de la gratuité (ordonnances médicales, fiches individuelles de prise en charge, bulletins d'examen, billets de sortie, billets d'évacuations, tout autre document y afférent) ;
- élabore et transmet les données gratuites (rapports mensuels gratuité, TLOH ...) au CISSE du DS dont elle relève.

➤ **La structure sanitaire privée :**

- ouvre un compte spécial gratuité en son nom et en assure les frais de gestion
- retire le chèque gratuité au DS ;
- tient à jour les états de paiement des fonds gratuité ;
- établit la facture mensuelle gratuité au regard du rapport mensuel d'activités gratuité ;
- prend en charge la facture mensuelle gratuité établie au profit du compte courant de la structure
- élabore et transmet les données de la gratuité (rapports mensuels d'activités, TLOH ...) au CISSE du DS dont elle relève

- conserve/archive les pièces justificatives des prestations de la gratuité (ordonnances médicales, fiches individuelles de prise en charge, bulletins d'examen, billets de sortie, billets d'évacuations, tout autre document y afférent).

Figure 2 : Circuit financier au niveau District



2.1.5. Les pièces justificatives

✓ Chèques	✓ Fiches individuelles de prise en charge
✓ Reçus, quittances de paiement	✓ Billet d'évacuation
✓ Factures	✓ Ordonnances médicales
✓ Carnets de versement et de retrait banque	✓ Bulletins d'examen
✓ Livre journal de banque	✓ Billet de sorties
✓ Livre de trésorerie	✓ Registre de consultation
✓ L'état de rapprochement bancaire	✓ Registre de carburant
✓ Relevé de compte banque ou solde	✓ Registre d'évacuation

✓ Livre journal de caisse	✓ Rapport mensuel d'activité, etc.
✓ Registre de suivi de la consommation des MEG des ASBC	✓ Carnet de dispensation gratuite des médicaments ASBC, etc.

2.2. Procédures d'achat

2.2.1. Objet

Cette procédure définit les modalités d'achat stratégique des prestations de soins gratuits en liant les paiements effectués à la performance de la formation sanitaire.

2.2.2. Domaine d'application

La présente procédure s'applique à l'ensemble des formations sanitaires mettant en œuvre les mesures de gratuité des soins. La mise en œuvre est progressive.

2.2.3. Description du processus

Les formations sanitaires sont classées en fonction des niveaux de performance dans l'offre des soins en cinq catégories.

Le classement est annuel et est effectué à l'issue des audits qualité réalisés par des organismes indépendants.

Des certificats d'assurance qualité sont décernés aux structures de santé ainsi évaluées. Les certificats ont une durée de validité de 2 ans avec obligation de confirmation annuelle.

Les coûts des prestations sont fixés par forfait et varient en fonction du niveau de catégorisation de la structure de santé comme suit :

- niveau CSPS et CM sans laboratoire

Prestations	☆	☆☆	☆☆☆
	Passable score qualité ≤ 60%	Bon 60% < score qualité ≤ 85% (25% de bonus qualité)	Excellent Score qualité > 85% (60% de bonus qualité)
Accouchement eutocique	4 000	5000	6400
Accouchement dystocique	7 000	8750	11200
Soins curatifs du post	800	1000	1280

partum			
Soins obstétricaux d'urgence	7 000	8750	11200
Soins d'urgence aux nouveau-nés	1 500	1875	2400
Soins curatifs en hospitalisation enfants	5 000	6250	8000
Soins curatifs en ambulatoire enfants	1 500	1875	2400
Soins préventifs pour une grossesse	1000	1250	1600
Soins curatifs en hospitalisation pour une grossesse	6 000	7500	9600
Soins curatifs en ambulatoire pour une grossesse	2 500	3125	4000
Dépistage du cancer du col de l'utérus par IVA/IVL	1 000	1250	1600

- niveau CM avec laboratoire

Prestations	☆	☆☆	☆☆☆
	Passable score qualité ≤ 60%	Bon 60% < score qualité ≤ 85% (25% de bonus qualité)	Excellent Score qualité >85% (60% de bonus qualité)
Accouchement eutocique	4000	5 000	6 400
Accouchement dystocique	9000	11 250	14 400
Soins curatifs du post partum	1000	1 250	1 600
Soins obstétricaux d'urgence	9000	11 250	14 400
Soins d'urgence aux nouveau-nés	2000	2 500	3 200
Soins curatifs en hospitalisation enfants	15000	18 750	24 000

Soins curatifs en ambulatoire enfants	2000	2 500	3 200
Soins préventifs pour une grossesse	1500	1 875	2 400
Soins curatifs en hospitalisation pour une grossesse	9000	11 250	14 400
Soins curatifs en ambulatoire pour une grossesse	2500	3 125	4 000
Dépistage du cancer du col de l'utérus par IVA/IVL	1250	1 563	2 000

- Niveau CMA

Prestations	☆	☆☆	☆☆☆
	Passable score qualité ≤ 60%	Bon 60% < score qualité ≤ 85% (25% de bonus qualité)	Excellent Score qualité >85% (60% de bonus qualité)
Accouchement eutocique	4 000	5 000	6 400
Accouchement dystocique	18 000	22 500	28 800
Césarienne	70 000	87 500	112 000
Cure de fistules obstétricales	30 000	37 500	48 000
Laparotomie pour GEU	60 000	75 000	96 000
Laparotomie pour rupture utérine	60 000	75 000	96 000
Soins curatifs du post partum	4 500	5 625	7 200
Soins obstétricaux d'urgence	20 000	25 000	32 000
Soins d'urgence aux nouveau-nés	8 000	10 000	12 800
Soins curatifs en hospitalisation enfants	18 000	22 500	28 800
Soins curatifs en ambulatoire enfants	2 000	2 500	3 200

Soins préventifs pour une grossesse	2 000	2 500	3 200
Soins curatifs en hospitalisation pour une grossesse	16 000	20 000	25 600
Soins curatifs en ambulatoire pour une grossesse	3 000	3 750	4 800
Dépistage du cancer du col de l'utérus par IVA/IVL	1 500	1 875	2 400

- Niveau CHR, HD et CHU

Prestations	☆	☆☆	☆☆☆
	Passable score qualité ≤ 60%	Bon 60% < score qualité ≤ 85% (25% de bonus qualité)	Excellent score qualité >85% (60% de bonus qualité)
Accouchement eutocique	5 000	6 250	8 000
Accouchement dystocique	25 000	31 250	40 000
Césarienne	100 000	125 000	160 000
Cure de fistules obstétricales	70 000	87 500	112 000
Laparotomie pour GEU	90 000	112 500	144 000
Laparotomie pour rupture utérine	70 000	87 500	112 000
Soins curatifs du post partum	15 000	18 750	24 000
Soins obstétricaux d'urgence	30 000	37 500	48 000
Soins d'urgence aux nouveau-nés	23 000	28 750	36 800
Soins curatifs en hospitalisation enfants	35 000	43 750	56 000
Soins curatifs en ambulatoire enfants	7 000	8 750	11 200
Soins préventifs pour grossesse	9 000	11 250	14 400

Soins curatifs en hospitalisation pour une grossesse	30 000	37 500	48 000
Soins curatifs en ambulatoire pour une grossesse	10 000	12 500	16 000
Dépistage du cancer du col de l'utérus par IVA/IVL	2 000	2 500	3 200
Cryothérapie dépistage	6 000	7 500	9 600
Résection à l'anse diathermique (RAD)	10 000	12 500	16 000

Le processus, les critères d'évaluation et d'audit qualité sont définis dans le manuel de procédures élaboré par le ministère de la santé.

2.3. Procédures de suivi

2.3.1. Objet

Cette procédure définit les modalités de suivi de la mise en œuvre de la gratuité des soins. Le suivi a pour objet de :

- observer et analyser la mise en œuvre des activités de gratuité par les FS et les ASBC
- observer et analyser l'utilisation des fonds alloués pour la mise en œuvre des activités de gratuité
- identifier les formations sanitaires en difficultés
- appuyer toutes les formations sanitaires avec un accent particulier pour celles en difficultés.

2.3.2. Domaine d'application

La présente procédure s'applique à toutes les activités de la gratuité des soins.

2.3.3. Responsabilités

- La Direction chargée de la coordination de la mise en œuvre de la gratuité des soins en collaboration avec les autres directions centrales suit la mise en œuvre de la stratégie dans l'ensemble des formations sanitaires du pays
- La DRS suit la mise en œuvre de la stratégie dans les Directions provinciales de la santé (DPS) de son ressort

- La DPS suit la mise en œuvre de la stratégie dans les districts sanitaires de son ressort
- Le district sanitaire suit la mise en œuvre dans les formations sanitaires de son ressort
- L'équipe des centres de santé suit la mise en œuvre de la stratégie dans sa formation sanitaire ainsi qu'au niveau ASBC.

2.3.4. Description du processus de suivi

Le suivi de la mise en œuvre des mesures de gratuité se fait dans les mêmes cadres de suivi des activités des structures de santé. Les DRS, les DPS et les DS lors de leur supervision intègrent le suivi des activités de gratuité. Ces supervisions peuvent également se réalisées de façon indépendante en fonction des fonds mis à leur disposition. En outre, le suivi se fait lors des rencontres statutaires des DRS, DPS et DS au cours desquelles les résultats de supervisions ainsi que les difficultés de mise en œuvre de la gratuité sont partagés et discutés.

Au niveau central, le suivi est réalisé par toutes les structures centrales concernées directement ou indirectement par les mesures de gratuité. De façon spécifique, la Direction en charge de la coordination réalise des sorties de contrôle et vérification dans les formations sanitaires. Elle procède au traitement et à l'analyse des données transmises par les formations sanitaires, des résultats des contrôles réalisés par les structures de contrôles (ONG et associations, Inspection technique des services de santé ou tout autre corps de contrôle), des différentes plaintes et dénonciations reçues ou relayées par la presse. Elle tient régulièrement de rencontres bilan national de la mise en œuvre. Enfin, elle initie et fait prendre des directives ou textes de recadrage de la mise en œuvre.

2.4. Procédures de contrôle

Cette procédure définit les modalités de planification et de conduite des contrôles réalisées dans le cadre de la mise en œuvre de la gratuité des soins dans les structures de santé.

Ces contrôles visent à :

- vérifier l'existence des patients
- vérifier la concordance des prescriptions avec les traitements réels administrés aux patients

- vérifier la concordance des médicaments distribués par les ASBC et ceux réellement reçus par les bénéficiaires
- assurer la traçabilité des actions menées dans le cadre de la gratuité
- s'assurer de l'effectivité de la mise en œuvre des mesures de gratuité
- mesurer les effets des contrôles antérieurs
- documenter la stratégie de mise en œuvre de la gratuité des soins (en collaboration avec les DRS et les DS)
- aider les acteurs de terrain dans la résolution des problèmes liés à la mise en œuvre (appui- conseil aux équipes de mise en œuvre)
- contribuer à la maîtrise des coûts des prestations.
- offrir une base objective pour d'éventuelles sanctions positives ou négatives.

2.4.1. Principes de contrôle

Le contrôle est réalisé par :

- le ministère de la santé ;
- le ministère de l'économie des finances et du développement ;
- les organisations non gouvernementales (ONG), les associations ou toutes autres organisations de la société civile compétentes ;
- et tout autre corps de contrôle de l'Etat.

Le ministère de la santé organise régulièrement le contrôle de la gestion dans les structures de santé. Les modalités du contrôle de la gestion sont contenues dans le manuel de mise en œuvre de la gratuité des soins.

Le ministère de l'économie des finances et du développement, en collaboration avec le ministère de la santé procède une fois par an à des sorties de certification des dépenses dans des structures de santé. Les modalités de la certification des dépenses sont définies dans un manuel de procédures.

Les ONG ou autres organisations de la société civile réalisent le contrôle de l'effectivité dans les ménages et dans les formations sanitaires bénéficiaires des fonds de gratuité des soins. La réalisation du contrôle de l'effectivité est matérialisée par une convention signée entre le ministère de la santé et les organisations sélectionnées pour couvrir le pays. La méthodologie du contrôle de l'effectivité est décrite dans un manuel de procédures et dans la convention de collaboration.

Le personnel de santé peut participer au processus de contrôle à condition de ne pas ralentir le travail du contrôleur. Le personnel de la formation sanitaire est tenu de

mettre à la disposition du contrôleur, tous les documents demandés et ceux qui sont susceptibles de justifier les dépenses faites. En cas de refus d'accès à des documents, le contrôleur est tenu d'informer le supérieur hiérarchique du responsable de la formation sanitaire afin d'avoir accès aux documents. Le service technique de gestion de la politique de gratuité des soins pourrait intervenir en cas de besoin.

Les contrôleurs sont libres d'organiser leurs horaires de travail et leur planning de sortie dans les formations sanitaires. La durée du contrôle est variable en fonction de l'atteinte des objectifs du contrôle. Ils ne sont pas obligés d'informer le personnel de santé avant de se rendre sur le terrain. Ils sont libres de travailler aux heures et jours de la semaine qui leur conviennent. Toutefois, en cas de besoins de clarification de la part du personnel de santé objet de contrôle, les contrôleurs sont tenus de respecter les horaires de travail des agents de santé si ces derniers l'exigent. Il en est de même pour la restitution des résultats de contrôle.

La restitution des résultats de contrôle est obligatoire en présence du responsable de la formation sanitaire. Si le responsable est absent, celui qui assure l'intérim prend part à la restitution. Le responsable ou l'intérimaire doit viser le rapport préliminaire de contrôle en indiquant les points d'accord et les points de désaccord éventuellement. Le moment de la restitution est choisi de commun accord avec le responsable ou l'intérimaire.

En cas de contestation majeure ou de rejet total des résultats préliminaires du contrôle par le personnel de la formation sanitaire, le contrôle peut être suspendu et reprogrammé à une date ultérieure avec éventuellement l'appui d'autres contrôleurs et du service technique en charge de la gestion de la gratuité des soins. Le rapport final est transmis dans les deux semaines suivant la fin du contrôle.

Le responsable de la formation sanitaire contrôlée peut faire appel au service technique s'il estime que le rapport de contrôle ne reflète pas le travail réalisé par le personnel de santé. Il dispose de 30 jours à compter de la date de réception du rapport pour lancer un recours par écrit au service technique sous couvert voie hiérarchique. Dans ce cas de figure le service technique se réserve le droit de réaliser ou faire réaliser par d'autres équipes un nouveau contrôle. Le rapport de ce 2e contrôle est sans appel.

Les résultats et les rapports de contrôles sont portés à la connaissance du personnel de santé de la formation sanitaire et du service technique en charge de la mise en

œuvre de la politique de gratuité des soins. En cas de faute ou d'irrégularité constatée et documentée, les procédures de sanction suivant la réglementation de la dépense publique seront appliquées.

2.4.2. Procédure 1 : Analyse de la base de données

L'analyse de la base de données est une technique de contrôle qui permet de présenter une cartographie des coûts moyens par niveau de soins et par type de prestations. Elle permet de cibler les formations sanitaires prioritaires du contrôle. Elle peut également permettre de formuler des recommandations.

a. Objet

Cette procédure définit les modalités de sélection des formations sanitaires prioritaires à contrôler dans le cadre de la mise en œuvre de la gratuité des soins.

b. Domaine d'application

L'analyse s'applique à l'ensemble des données financières et de prestations de soins transmises par les formations sanitaires bénéficiant du financement de la gratuité des soins au profit de l'enfant de 0 à 5 ans et de la femme.

c. Rôle et responsabilité

Le ministère de la santé est l'acteur principal. A l'aide d'une grille, il assure mensuellement :

- l'analyse de la base des données à partir de la plateforme de gestion des mesures de gratuité
- l'élaboration de la cartographie des coûts moyens par niveau de soins et par type de prestations
- la sélection des formations sanitaires prioritaires pour le contrôle.

d. Description du processus

L'analyse approfondie de la base de données comporte:

1) L'exploitation des données fournies par les formations sanitaires

Il s'agit d'exploiter la base de données de la plateforme numérique « e-santé gratuite ». Ces données permettront d'établir les coûts moyens de toutes les formations sanitaires par type de prestation et par niveau de soins qui va servir non seulement d'établir la cartographie des coûts moyens mais aussi de tirer les différences entre le coût moyen réel et le coût référentiel établi par le Ministère de la santé. Ces différences permettront la sélection des formations sanitaires ayant les écarts les moins ou les plus élevés qui feront prioritairement l'objet de contrôle.

2) La triangulation des résultats de l'exploitation des données

Il s'agit d'une analyse croisée des conclusions issues de l'exploitation des données de la plateforme numérique « e-santé gratuite ». Cette phase aboutit à la sélection des formations sanitaires. Elle fait ressortir les points suivants :

- au niveau national, les formations sanitaires sont classées par niveau de soins selon leurs coûts moyens par prestation,
- le choix des FS est fait selon les écarts de distribution statistique des coûts moyens de chaque prestation par rapport à la moyenne nationale de chaque variable. Mais il peut être également décidé d'aller dans une formation sanitaire quelconque sans tenir compte de son écart par rapport à la moyenne.

2.4.3. Procédure 2 : contrôle quantitatif

Le contrôle quantitatif consiste à réaliser une revue documentaire dans les formations sanitaires et auprès des ASBC afin de s'assurer de la conformité entre les données transmises par les FS et celles figurant dans les outils primaires.

a. Objet

Cette procédure définit les modalités du contrôle quantitatif dans les formations sanitaires mettant en œuvre la gratuité des soins de santé et identifiées. Elle a pour objectifs de :

- ✓ quantifier le paquet de prestations réalisées dans la formation sanitaire,
- ✓ quantifier le paquet de prestations réalisées par les ASBC,
- ✓ quantifier les coûts de prestations réalisées dans la formation sanitaire,
- ✓ quantifier les coûts de prestations réalisées par les ASBC,
- ✓ vérifier la concordance des données (quantités et des coûts vérifiés avec ceux figurant sur les rapports transmis), en établissant les écarts,
- ✓ apprécier la gestion des médicaments, consommables et intrants,
- ✓ apprécier l'usage rationnel des médicaments
- ✓ apprécier le remplissage des outils.

b. Domaine d'application

La présente procédure s'applique à l'ensemble des structures sanitaires publiques, privées et aux ASBC qui mettent en œuvre les mesures de gratuité des soins.

c. Responsabilité des acteurs

➤ **La Direction en charge de la coordination de la mise en œuvre de la stratégie :**

- assure l'organisation opérationnelle de la vérification,
- analyse et interprète les données statistiques de la gratuité des soins recueillies dans les FS,
- recueille les données au sein de la FS,
- assure la restitution du contrôle à l'équipe de la formation sanitaire, au DS, à la DPS et à la DRS,
- rédige le rapport de contrôle.

➤ **La Direction Régionale de la santé :**

- facilite et accompagne les contrôleurs dans leur mission
- informe les DPS de la réalisation du contrôle
- organise localement la gestion des dysfonctionnements relevés.

➤ **La Direction provinciale de la santé :**

- facilite et accompagne les contrôleurs dans leur mission
- informe les DS de la réalisation du contrôle
- organise localement la gestion des dysfonctionnements relevés.

➤ **La Direction de l'hôpital du District :**

- facilite la collecte des données dans les FS
- apporte un appui technique et informationnel aux responsables des FS
- organise et/ou contribue à la gestion locale des dysfonctionnements relevés.

➤ **Le Responsable de la formation sanitaire :**

- met à la disposition de l'équipe de contrôle tous les documents dont elle a besoin pour mener à bien sa mission (les registres de consultation, d'accouchement, de Consultation prénatale, de PCIME, les ordonnances de la gratuité des soins et les rapports mensuels des activités de la FS ainsi que les dossiers médicaux, la liste du personnel, l'inventaire du matériel médico-technique,...),
- se rend disponible pour répondre aux besoins de l'équipe de contrôle,
- rend compte des résultats du contrôle aux autres membres de l'équipe de la FS,

- met en application les recommandations issues du contrôle.

d. Description du processus

Le contrôle quantitatif se réalise dans les formations sanitaires identifiées et concerne toutes les prestations offertes dans le cadre de la gratuité des soins. Une fois dans le centre de santé, les contrôleurs procèdent à :

- ✓ *la quantification du paquet de prestations concernées :*

Cette quantification se fait par la collecte des données de santé à partir des sources primaires (registres et ordonnances...) disponibles dans le centre de santé. Une fois rassurée de la complétude et de l'exhaustivité des sources nécessaires à une information fiable, l'équipe doit procéder d'abord au décompte/calcul minutieux du volume de l'activité concernée. Les résultats de ce décompte sont notifiés dans la grille de collecte des données élaborée à cet effet. Il compare ensuite ces résultats à ceux mentionnés dans la base de données gratuité de la période concernée, et procède à un nouveau comptage lorsqu'il y a divergence, pour s'assurer de l'exactitude de l'information collectée.

- ✓ Analyse des données :

Une fois la collecte terminée au niveau du centre de santé, l'équipe procède à la validation des données collectées avant la saisie et l'analyse sur le masque qui permettront de dégager : la concordance entre les quantités d'activités transmises (dans la base de données) et celles figurant dans les documents (les écarts)

À l'issue de cela un rapport de contrôle est rédigé.

e. Outils et support

- ✓ Grille de collecte des données quantitatives des prestations,
- ✓ Masque de saisie des données collectées.

2.4.4. Procédure 3 : enquête formation sanitaire

L'objet est de s'assurer de l'effectivité de la gratuité sur la base des déclarations des bénéficiaires au sein de la FS.

a. Objet

L'enquête au niveau FS consiste à :

- ✓ apprécier l'exactitude des données fournies par les prestataires à travers la comparaison entre les déclarations des bénéficiaires des soins et les données des formations sanitaires ;

- ✓ apprécier le taux d'effectivité de la gratuité des soins ;
- ✓ calculer le pourcentage des patients ayant payé à tort ;
- ✓ déterminer le niveau de satisfaction de la population bénéficiaire par rapport aux prestations fournies par les formations sanitaires ;
- ✓ recueillir les suggestions des utilisateurs pour l'amélioration de la qualité des soins.

b. Domaine d'application

Elle s'intéresse à l'ensemble des prestations fournies aux bénéficiaires dans le cadre de la gratuité des soins, dans l'ensemble des structures sanitaires identifiées pour cette enquête. La vérification a lieu au sein de la FS.

c. Rôle et responsabilité

L'équipe de contrôle :

- identifie et sélectionne les bénéficiaires
- administre le questionnaire
- renseigne correctement et complètement la fiche d'enquête
- rapporte les témoignages des bénéficiaires
- organise la restitution des résultats

d. Processus de l'enquête FS

L'enquête FS est réalisée dans la FS par les contrôleurs. Elle consiste à interroger les bénéficiaires sur leurs perceptions de la qualité des prestations reçues et s'assurer de l'effectivité de la gratuité des soins.

Elle consiste à administrer un questionnaire élaboré à cet effet aux bénéficiaires (patients en observation/hospitalisation, post consultation/soins ou exéat) (Cf. fiche d'enquête en annexe), au moins un échantillon de 20 bénéficiaires (10 au dispensaire/pédiatrie et 10 en maternité).

e. Outils

- Fiche d'enquête FS

2.5. Procédures de contrôle de l'effectivité de la gratuité par les contrôleurs externes

Cette procédure est décrite dans un manuel de procédures spécifique. Le contrôle de l'effectivité est assuré par des structures externes (ONG, associations, etc.) avec qui le ministère de la santé contractualise.

III. Procédures spécifiques par niveau de soins

3.1. Circuit du bénéficiaire au niveau communautaire

3.1.1. Lieux de visites

Le domicile de l'ASBC est le lieu préférable pour la consultation des bénéficiaires. Il peut se rendre dans le domicile du bénéficiaire. Après les salutations d'usage il enregistre le bénéficiaire dans son registre ou cahier de consultation en suivant le numéro d'ordre.

3.1.2. Séance de consultation du bénéficiaire

L'ASBC consulte le bénéficiaire conformément aux directives, normes et protocoles nationaux en vigueur.

L'ASBC est tenu de :

- s'assurer que le bénéficiaire est éligible à la gratuité des soins. Si c'est le cas, après l'avoir consulté, il remplit dûment les registres habituels de consultation et donne s'il y a lieu des médicaments suivant les directives nationales ;
- renseigner tous les items figurants sur l'entête du carnet de dispensation gratuite de médicaments ;
- cocher dans la case du carnet de dispensation gratuite réservée à cet effet et en face de la dénomination du médicament ou consommable délivré ;
- mentionner la quantité de médicaments délivrés et/ou de consommables utilisés (dans la case « quantité » du carnet de dispensation gratuite),
- inscrire le coût des médicaments délivrés et/ou des consommables utilisés (dans la case « montant » du carnet de dispensation gratuite),
- inscrire le montant total de la prestation (médicaments + consommables) dans la case « total » du carnet de dispensation gratuite,
- inscrire ses nom et prénoms dans l'espace du carnet prévu à cet effet et apposer sa signature,
- remettre une souche du carnet de dispensation gratuite au bénéficiaire et d'archiver la deuxième souche.

3.2. Circuit du bénéficiaire au niveau CSPS et CM sans laboratoire

3.2.1. Les unités de prestations concernées par la gratuité des soins

✓ Le dispensaire

- le poste de consultation curative ;
- le poste de pansements et d'injections ;
- le poste de mise en observation.

✓ **La maternité**

- le poste de Consultation prénatale (CPNR)
- le poste de consultation curative ;
- le poste d'accouchement ;
- le poste de consultation du nourrisson sain ;
- le poste de consultation postnatale ;
- le poste de mise en observation et de suites de couches.

✓ **Le dépôt pharmaceutique**

Le poste de dispensation des MEG

✓ **La caisse**

Le poste de recouvrement des coûts

3.2.2. Le circuit du bénéficiaire en ambulatoire

Le circuit considéré dans notre démarche est le circuit standard.

3.2.2.1. Première étape : accueil et enregistrement

Le bénéficiaire de la gratuité se rend directement dès son arrivée au centre de santé dans l'unité de soins (dispensaire ou maternité) selon la nature du service dont il a besoin.

Le prestataire accueille le bénéficiaire à son arrivée puis l'enregistre dans le registre habituel concerné (registres de consultation, d'admission, CNS, PCIME, etc.) suivant le numéro d'ordre. Si le registre porte un code, le prestataire associe le code du registre au numéro d'enregistrement du bénéficiaire.

3.2.2.2. Deuxième étape : Consultation du bénéficiaire

Le prestataire consulte le bénéficiaire conformément aux directives, normes et protocoles nationaux en vigueur.

Le prestataire est tenu de :

- s'assurer que le bénéficiaire est éligible à la gratuité des soins. Si c'est le cas, après l'avoir consulté, l'agent de santé remplit dûment les registres habituels de consultation et prescrit s'il y a lieu une ordonnance suivant les directives nationales dûment renseignée à partir de l'ordonnancier à souches auto-carboné de la gratuité mis à sa disposition
- renseigner tous les items mentionnés sur l'ordonnance : l'entête sans omettre le contact ou l'adresse, le corps de l'ordonnance, le nom et prénom (s) du

prestataire précédés de sa signature, et le cachet du service sur les deux souches ;

- inscrire dans le corps de l'ordonnance les noms des médicaments selon la dénomination commune internationale (DCI) dans la partie « désignation » et précise le nombre de boîtes prescrits par molécule et en face de chaque molécule, sous la rubrique « Quantité » ;
- préciser en bas de l'ordonnance et en face de l'item « Acte », la nature de la prestation. Il mentionne par exemple « consultation » ou « dépistage cancer du col » ;
- détacher les deux feuillets (feuille patient et feuille DMEG) qu'il remet au bénéficiaire ou à son accompagnant tout en lui expliquant le traitement et le reste du circuit ;
- orienter le bénéficiaire ou son accompagnant vers le dépôt pharmaceutique et la caisse (si celle-ci est séparée du dépôt) tout en prenant soin de l'informer ou lui rappeler qu'il ne doit rien payer car, TOUT EST GRATUIT ;

3.2.2.3. Troisième étape : Tarification et dispensation des médicaments

✓ Situation où la caisse est confondue au dépôt MEG

Lorsque le bénéficiaire se présente au dépôt avec les deux feuillets de l'ordonnancier, le gérant :

- récupère les deux feuillets ;
- vérifie que les informations sont complètes (l'entête est bien renseignée et que l'ordonnance comporte bien le nom, le prénom, le contact téléphonique du bénéficiaire/accompagnant, la signature du prescripteur et le cachet du service) ;
- mentionne les montants (prix unitaire x quantité) par produit sur les deux feuillets et le coût de l'acte et de la mise en observation/hospitalisation s'il y a lieu ;
- arrête le montant total de l'ordonnance prenant en compte les MEG, actes et mises en observation/hospitalisation ;
- signe l'ordonnance en mentionnant son nom et prénom et appose le cachet du dépôt MEG ;
- délivre les médicaments et le feuille patient au bénéficiaire ;

- remplit le cahier de vente gratuité
- archive le deuxième feuillet dans un chrono classeur en fonction de la cible ;
- réoriente le bénéficiaire ou son accompagnant vers le prescripteur.

NB : en cas de non disponibilité du produit, le gérant informe le bénéficiaire puis matérialise sur l'ordonnance et en face du nom du produit manquant en inscrivant par exemple « ND », ce qui signifie non disponible.

✓ **Situation où la caisse est séparée du dépôt MEG**

Au niveau du dépôt

Dans les cas où la caisse est séparée du dépôt MEG, le (la) gérant (e) :

- récupère les deux feuillets ;
- vérifie que les informations sont complètes (l'entête est bien renseignée et que l'ordonnance comporte bien le nom, le prénom, contact téléphonique du bénéficiaire/accompagnant la signature du prescripteur et le cachet du service) ;
- mentionne les montants (prix unitaire x quantité) par produit sur les deux feuillets;
- signe l'ordonnance en mentionnant son nom et prénom et appose le cachet du dépôt MEG ;
- oriente le bénéficiaire ou son accompagnant vers la caisse ;
- de retour de la caisse vérifie que le bénéficiaire détient un ticket de gratuité portant la mention « zéro » (0) franc de la caisse ;
- délivre les médicaments disponibles et le feuillet « patient » au bénéficiaire après son retour de la caisse ;
- remplit le cahier de vente gratuité
- réoriente le bénéficiaire ou son accompagnant vers le prescripteur.

Au niveau de la caisse

Le (la) caissier (ère) :

- récupère les deux feuillets sur les lesquels sont mentionnés les montants des produits;
- mentionne les coûts des actes et arrête le montant total de l'ordonnance ;
- remet le feuillet « patient » et un ticket de gratuité portant la mention « zéro » (0) franc au bénéficiaire ;
- réoriente le bénéficiaire ou son accompagnant vers le dépôt MEG ;

- archive le deuxième feuillet dans un chrono classeur en fonction de la cible.

3.2.2.4. Quatrième étape : Retour du bénéficiaire à l'unité de soins

Après avoir été servi en médicaments au dépôt, le bénéficiaire retourne à l'unité de soins pour le traitement. Le prestataire :

- vérifie la conformité des médicaments servis et la prescription. Cette vérification implique pour chaque produit le nom, la forme, le dosage et la quantité.
- prescrit sur une ordonnance ordinaire si certains produits ne sont pas disponibles au DMEG
- oriente le bénéficiaire vers l'officine en lui expliquant que les produits n'y seront pas gratuits
- administre les produits et ou soins au et donne les conseils nécessaires au bénéficiaire.

3.2.3. Le circuit du patient mis en observation

- ✓ Le prestataire suit la même procédure que celle décrite ci-haut en ambulatoire. En plus de cela, il coche ou marque d'une croix en bas de l'ordonnance et en face de l'item "Mise en observation/hospitalisation."
- ✓ Sortie du bénéficiaire
Les différents modes de sorties concernent :
 - la sortie avec poursuite du traitement à domicile,
 - la référence : remplir la fiche de référence/contre référence et orienter le malade vers la structure de prise en charge
 - l'évacuation : une fiche d'évacuation dûment remplie en double exemplaire est jointe à la fiche de référence/contre-référence. Les fiches d'évacuation et la fiche de référence/contre-référence sont remises à l'agent chargé de l'évacuation ou au chauffeur. Au retour de la mission d'évacuation, le chauffeur/l'agent de santé doit ramener un exemplaire de la fiche d'évacuation visée et le reçu d'achat du carburant. Un registre de carburant doit être tenu par le gérant DMEG de la FS suivant le canevas joint en annexe.
 - les décès : communiquer avec les accompagnants et remplir les différents supports.

3.3. Circuit du bénéficiaire au niveau hôpital de district (CMA) et CM avec laboratoire

3.3.1. Les unités de prestations concernées par la gratuité des soins

Les points de prestation de soins concernés sont :

- ✓ l'admission ou le tri
- ✓ la maternité
- ✓ la pédiatrie
- ✓ le laboratoire
- ✓ l'imagerie
- ✓ le bloc opératoire
- ✓ les hospitalisations
- ✓ le dépôt MEG
- ✓ la caisse
- ✓ les autres spécialités

3.3.2. Le circuit du bénéficiaire en ambulatoire

Le circuit considéré dans notre démarche est le circuit standard.

3.3.2.1. Première étape : Accueil et enregistrement

- Le bénéficiaire de la gratuité se rend directement dès son arrivée dans le service clinique selon la nature du service dont il a besoin.
- Le prestataire accueille le bénéficiaire à son arrivée puis l'enregistre dans le registre habituel suivant le numéro d'ordre. Si le registre porte un code, le prestataire associe le code du registre au numéro d'enregistrement du bénéficiaire ;
- Il archive la fiche de référence si applicable ;
- Il prend les dispositions pour que le tri et la prise en charge des urgences soient immédiats et facilités.

3.3.2.2. Deuxième étape : Consultation

- ✓ Le prestataire consulte le bénéficiaire conformément aux directives, normes et protocoles nationaux en vigueur. Le prestataire est tenu de remplir tous les supports en rapport.
- ✓ Il s'assure que le bénéficiaire est éligible à la gratuité des soins. Si c'est le cas, après l'avoir consulté, le prestataire :
 - si nécessité d'examen (s) paraclinique (s) :

- prescrit des examens para cliniques indispensables et réalisables sur les bulletins d'examen de la gratuité.
 - Il détache et remet aux accompagnants les deux feuillets
 - Il reporte le numéro d'enregistrement du registre de consultation sur le bulletin d'examen de la gratuité, répète le même numéro d'enregistrement si l'utilisation de plusieurs bulletins d'examens de la gratuité s'impose et oriente l'accompagnant vers la caisse, tout en lui expliquant la procédure de gratuité des soins.
- Si nécessité de prescription médicamenteuse :
- prescrit les médicaments en dénomination commune internationale (DCI) en respectant la liste officielle des médicaments dans l'ordonnancier de la gratuité conformément aux normes et protocoles ;
 - renseigne tous les items mentionnés sur l'ordonnance: l'entête sans omettre le contact, le corps de l'ordonnance, le nom et prénom (s) du prestataire précédés de sa signature, et le cachet du service sur les deux souches ;
 - inscrit dans le corps de l'ordonnance les noms des médicaments selon la DCI dans la partie « désignation » et précise le nombre de boîtes prescrits par molécule et en face de chaque molécule, sous la rubrique « Quantité» ;
 - détache les deux feuillets qu'il remet au bénéficiaire ou à son accompagnant tout en lui expliquant le traitement et le reste du circuit ;
 - oriente le bénéficiaire ou son accompagnant vers le dépôt pharmaceutique et la caisse (si celle-ci est séparée du dépôt) tout en prenant soin de l'informer ou lui rappeler qu'il ne doit rien payer car, TOUT EST GRATUIT ;
- Si des actes ont été réalisés, le prestataire :
- précise en bas de l'ordonnance et en face de l'item « Acte », la nature de la prestation. Il mentionne par exemple « consultation » ou « dépistage cancer du col»
 - reporte le numéro d'enregistrement du registre de consultation sur l'ordonnancier, détache, remet aux accompagnants les deux feuillets et oriente l'accompagnant vers la caisse.

3.3.3. Le circuit du bénéficiaire en hospitalisation/mise en observation

- ✓ Le processus respecte la procédure décrite dans le cas du traitement en ambulatoire ci- haut, sauf que dans ce cas, l'ordonnancier à deux souches est remplacée par la fiche individuelle de prise en charge. Ainsi, pour tout malade hospitalisé ou mis en observation, le clinicien :
 - remplit dûment le dossier du malade et la fiche individuelle de prise en charge ;
 - utilise la fiche individuelle de prise en charge pour la prescription des produits, la tarification des actes, les examens complémentaires, les frais d'hospitalisation et le transport ;
 - renseigne correctement tous les items comme indiqué dans le traitement en ambulatoire ;
 - précise sous la rubrique "Acte", les actes requis : accouchement eutocique, accouchement dystocique, césarienne, laparotomie GEU, laparotomie RU ou consultation etc... selon le cas ;
- ✓ **Sortie du malade**
 - Lorsqu'il décide de libérer le malade, de le référer ou de l'évacuer, le clinicien remet au malade/accompagnant la fiche individuelle de prise en charge dûment remplie en lui expliquant le traitement et le reste du circuit. Le malade/accompagnant doit aller à la caisse pour le reste des formalités. La caisse au vu de la fiche individuelle de prise en charge établit le billet de sortie.
 - En cas d'évacuation, le prestataire :
 - remplit la fiche d'évacuation en double exemplaire
 - transmet la fiche d'évacuation au gestionnaire de l'hôpital de district pour la suite des formalités
 - prépare ensuite le patient pour l'évacuation et identifie l'agent de santé qui assistera le patient pendant l'évacuation.
 - le gestionnaire de l'hôpital établit l'ordre de mission après avoir identifié le chauffeur et ravitaillé l'ambulance en carburant.
 - le chauffeur et/ou l'agent de santé récupère la fiche d'évacuation et conduit le patient jusqu'au lieu d'évacuation. Il y fait ensuite viser la fiche d'évacuation et l'ordre de mission. De retour de la mission, il

transmet l'ordre de mission visé, la fiche d'évacuation et le reçu de carburant au gestionnaire de l'hôpital de district.

Nota bene

- *La fiche individuelle de prise en charge accompagne le malade pour chaque prestation (dépôt, caisse, service de laboratoire ou d'imagerie, transfert inter-unité) jusqu'à sa sortie. Pour tout besoin complémentaire en médicaments, consommables ou examen au bénéfice des malades hospitalisés le prestataire prescrit sur la fiche individuelle de prise en charge*
- *Pour le cas spécifique de l'accouchement, le bébé qui a un problème de santé est enregistré avec son numéro, accompagné de celui de la maman selon le registre d'accouchement, terminé par /BB X. (Ex : si le bébé porte le numéro 102 selon l'ordre d'enregistrement et la mère qui se nommerait OUEDRAOGO Adèle et porte le numéro 237 dans le registre d'accouchement, on inscrira dans la colonne « nom et prénom » (enfant) alors: 102/237/BB OUEDRAOGO Adèle. Si ce sont des triplets par exemple, on ajoute le chiffre 1 ; 2 ou 3 à « BB ».*
- *Le clinicien utilise l'ordonnancier à deux souches ou la fiche individuelle de prise en charge pour le nouveau-né selon qu'il juge d'un traitement en ambulatoire ou en hospitalisation (même si la mère est traitée en hospitalisation) ;*
- *Le clinicien reporte le numéro d'enregistrement de la parturiente dans le carnet CPN afin de conserver et d'utiliser le même numéro dans le post-partum jusqu'au 42e jour ;*
- *Si la femme revient dans les 42 jours pour son pansement, le prestataire veille à ce que le numéro d'enregistrement soit le même numéro que celui que le service post opéré a transmis. Le prestataire de soins prescrit l'ordonnance de pansement sur l'ordonnancier de la gratuité ;*
- *Si elle revient pour un autre épisode de maladie dans les 42 jours, elle est considérée comme nouvelle consultante avec un nouveau numéro ;*
- *Si la césarienne n'a pas été effectuée dans le service, le clinicien enregistre la femme comme « nouvelle » et procède à sa prise en charge selon le mode « ambulatoire » ou « hospitalisation ».*

3.3.4. Le circuit du bénéficiaire dans les autres unités de prestations

✓ Au niveau du laboratoire/imagerie médicale

- Dès l'arrivée au laboratoire ou au service d'imagerie médicale, l'agent récupère le feuillet de bulletin d'examen ou la fiche individuelle sur lequel des examens complémentaires sont demandés.
- Pour les patients en ambulatoire, il vérifie que l'accompagnant détient le reçu gratuité de la caisse. Il reporte dans le registre le nom et le numéro

d'enregistrement figurant sur le feuillet du bulletin d'examen ainsi que les examens demandés et récupère le reçu de gratuité de la caisse.

- Après réalisation de l'examen, le prestataire reporte les résultats sur le registre et les bulletins et remet les résultats au service concerné si le patient est hospitalisé ou à l'accompagnant.

✓ **Au niveau du dépôt MEG**

- **Dispensation en ambulatoire**

- Dès l'arrivée au dépôt MEG, le gérant récupère les deux feuillets de l'ordonnance et vérifie que les informations sur les feuillets de l'ordonnance sont complètes
- Il marque les coûts par médicaments et le coût total sur les feuillets de l'ordonnance
- Il remet les feuillets de l'ordonnance renseignés au malade/accompagnant et l'oriente vers la caisse tout en lui expliquant la procédure à suivre
- De retour de la caisse, le gérant vérifie que les reçus de caisse portent la mention « exonération gratuité ».
- Il délivre les médicaments et consommables et oriente le malade

- **Dispensation en hospitalisation**

- Dès l'arrivée au dépôt MEG, le gérant récupère la fiche individuelle et vérifie que les informations sont complètes
- Il marque les coûts par médicaments et le coût total sur la fiche individuelle
- Il délivre les médicaments et consommables
- Il remet la fiche individuelle renseignée au malade/accompagnant et l'oriente vers le service de soins

✓ **A la caisse**

- **En ambulatoire :**

- Le caissier récupère les deux feuillets de l'ordonnance, les bulletins d'examen et vérifie que les informations qui y figurent sont complètes



- Il marque les coûts par acte et par examen complémentaire puis le coût total sur les feuillets de l'ordonnance et des bulletins d'examen
- Il délivre un reçu sur lequel il est marqué « exonération gratuité ».
- Si l'ordonnance comporte une prescription de médicaments, il remet un feuillet au malade/accompagnant et le dirige vers le dépôt.
- Si l'ordonnance comporte uniquement des actes, il remet un feuillet à l'accompagnant et l'oriente .
- Il archive le deuxième feuillet de l'ordonnance et des bulletins d'examens

- En hospitalisation

Le malade/accompagnant ne passe à la caisse qu'à la sortie du malade. Le caissier :

- récupère la fiche individuelle de PEC et vérifie que les informations qui y figurent sont complètes.
- marque les coûts par acte et par examen complémentaire puis le coût total sur la fiche individuelle
- remplit le billet de sortie.
- écrit son nom dans la partie réservée à cet effet sur la fiche individuelle de prise en charge et le billet de sortie et appose sa signature et le cachet de la caisse.
- invite le malade/accompagnant à apposer le nom, prénom et sa signature/empreinte digitale dans la partie réservée à cet effet sur le billet de sortie.
- réoriente ensuite le malade/l'accompagnant

3.4. Circuit du bénéficiaire aux deuxième et troisième niveaux (HD/CHR/CHU)

3.4.1. Circuit du bénéficiaire en ambulatoire

3.4.1.1. Accueil et enregistrement

- Le bénéficiaire de la gratuité se rend directement dès son arrivée dans de service clinique selon la nature du service dont il a besoin.
- Le prestataire accueille le bénéficiaire à son arrivée puis l'enregistre dans le registre concerné suivant le numéro d'ordre. Si le registre porte un code, le

prestataire associe le code du registre au numéro d'enregistrement du bénéficiaire ;

- Il archive la fiche de référence si applicable
- Il prend les dispositions pour que le tri et la prise en charge des urgences soient immédiats et facilités.

3.4.1.2. Consultation

- Le prestataire consulte le bénéficiaire conformément aux directives, normes et protocoles nationaux en vigueur. Le prestataire est tenu de remplir tous les supports en rapport.
- Il s'assure que le bénéficiaire est éligible à la gratuité des soins. Si c'est le cas, après l'avoir consulté, le prestataire :
- Si nécessité d'examen(s) paraclinique(s), il :
 - o prescrit des examens para cliniques indispensables et réalisables sur les bulletins d'examen de la gratuité.
 - o détache et remet au malade/ accompagnant les deux feuillets et conserve le troisième dans la souche.
 - o reporte le numéro d'enregistrement du registre de consultation sur le bulletin d'examen de la gratuité, répète le même numéro d'enregistrement si l'utilisation de plusieurs bulletins d'examens de la gratuité s'impose et oriente l'accompagnant vers la caisse, tout en lui expliquant la procédure de gratuité des soins.
- Si nécessité de prescription médicamenteuse, il :
 - o prescrit les médicaments en dénomination commune internationale (DCI) en respectant la liste officielle des médicaments dans l'ordonnancier de la gratuité conformément aux normes et protocoles ;
 - o renseigne tous les items mentionnés sur l'ordonnance: l'entête sans omettre le contact ou l'adresse, le corps de l'ordonnance, le nom et prénom (s) du prestataire précédés de sa signature, et le cachet du service sur les deux souches ;
 - o inscrit dans le corps de l'ordonnance les noms des médicaments selon la DCI dans la partie « désignation » et précise le nombre de boîtes prescrits par molécule et en face de chaque molécule, sous la rubrique « Quantité » ;

- détache les deux feuillets qu'il remet au bénéficiaire ou à son accompagnant tout en lui expliquant le traitement et le reste du circuit ;
- oriente le bénéficiaire ou son accompagnant vers le dépôt pharmaceutique et la caisse tout en prenant soin de l'informer ou lui rappeler qu'il ne doit rien payer car, TOUT EST GRATUIT ;
- Si des actes ont été réalisés, le prestataire :
 - précise en bas de l'ordonnance et en face de l'item « Acte », la nature de la prestation. Il mentionne par exemple « consultation » ou « dépistage cancer du col»
 - reporte le numéro d'enregistrement du registre d'admission sur l'ordonnance, détache, remet aux accompagnants les deux feuillets oriente le malade/l'accompagnant vers la caisse.

⚡ Précautions à prendre

- Renseigner dès que possible les fiches de pharmacovigilance et de matériovigilance
- Communiquer sur la gratuité dès le contact avec les utilisateurs
- Veiller à mettre le nom, prénom, la signature du prescripteur et le cachet du service sur les ordonnances
- Veiller à la conformité du numéro (unique) entre le registre, les ordonnances et les bulletins d'examens
- Veiller à respecter les mesures de la prévention des infections et de tri des déchets biomédicaux.
- Prendre les dispositions pour que le tri et la prise en charge des urgences soient immédiats et facilités.

3.4.2. Circuit du bénéficiaire en hospitalisation/mise en observation

- En cas d'hospitalisation, le prestataire remplit la fiche individuelle de prise en charge en reportant le même numéro d'enregistrement du registre d'admission.
- Il prescrit, au besoin, les examens para cliniques nécessaires sur la fiche individuelle de prise en charge et les médicaments en DCI en respectant la liste officielle des médicaments dans la fiche individuelle de prise en charge.
- Le suivi se fait à travers les visites médicales, en plus de la notification régulière des actes, des médicaments et examens para cliniques prescrits dans la fiche individuelle de prise en charge.

Nota bene

- *La fiche individuelle de prise en charge accompagne le malade pour chaque prestation (dépôt, caisse, service de laboratoire ou d'imagerie, transfert inter-unité) jusqu'à sa sortie. Pour tout besoin complémentaire en médicaments, consommables ou examen au bénéfice des malades hospitalisés le prestataire prescrit sur la fiche individuelle de prise en charge*
- *Pour le cas spécifique de l'accouchement, le bébé qui a un problème de santé est enregistré avec son numéro, accompagné de celui de la maman selon le registre d'accouchement, terminé par /BB X. (Ex : si le bébé porte le numéro 102 selon l'ordre d'enregistrement et la mère qui se nommerait OUEDRAOGO Adèle et porte le numéro 237 dans le registre d'accouchement, on inscrira dans la colonne « nom et prénom » (enfant) alors: 102/237/BB OUEDRAOGO Adèle. Si ce sont des triplets par exemple, on ajoute le chiffre 1 ; 2 ou 3 à « BB ».*
- *Le clinicien utilise l'ordonnancier à deux souches ou la fiche individuelle de prise en charge pour le nouveau-né selon qu'il juge d'un traitement en ambulatoire ou en hospitalisation (même si la mère est traitée en hospitalisation) ;*
- *Le clinicien reporte le numéro d'enregistrement de la parturiente dans le carnet CPN afin de conserver et d'utiliser le même numéro dans le post-partum jusqu'au 42e jour ;*
- *Si la femme revient dans les 42 jours pour son pansement, le prestataire veille à ce que le numéro d'enregistrement soit le même numéro que celui que le service post opéré a transmis. Le prestataire de soins prescrit l'ordonnance de pansement sur l'ordonnancier de la gratuité ;*
- *Si elle revient pour un autre épisode de maladie dans les 42 jours, elle est considérée comme nouvelle consultante avec un nouveau numéro.*
- *Si la césarienne n'a pas été effectuée dans le service, le clinicien enregistre la femme comme « nouvelle » et procède à sa prise en charge selon le mode « ambulatoire » ou « hospitalisation ».*

- **En cas de nécessité d'intervention de plus d'une unité de soins sur le malade hospitalisé, deux possibilités se présentent :**
 - o la première unité d'hospitalisation n'a pas fini ses interventions sur le malade. Dans ce cas, elle fait appel à l'autre unité de soins pour consulter le malade.

- la première unité d'hospitalisation a fini ses interventions sur le malade. Dans ce cas, elle clôt le dossier du malade à son niveau et le transfère dans l'autre unité de soins avec sa fiche individuelle de prise en charge.
- Une fois **la décision de sortie du patient prise**, le prestataire transmet la fiche individuelle au service de la gestion administrative du patient (GAP), oriente le malade/accompagnant vers le service de la GAP.
- Au niveau du service de la GAP, l'agent vérifie l'exhaustivité des renseignements devant figurer sur la fiche individuelle de PEC.
- Il remplit le billet de sortie
- écrit son nom dans la partie réservée à cet effet sur la fiche individuelle de prise en charge et le billet de sortie et appose sa signature et le cachet de la caisse.
- invite le malade/accompagnant à apposer le nom, prénom et sa signature/empreinte digitale dans la partie réservée à cet effet sur le billet de sortie.
- oriente le malade/accompagnant vers la caisse avec les deux feuillets du billet de sortie ainsi que la FIPEC.
- **En cas d'évacuation :**
 - le prestataire remplit la fiche d'évacuation en double exemplaire
 - transmet la fiche d'évacuation à la Direction des services généraux et logistiques (DSGL).
 - prépare ensuite le patient pour l'évacuation et identifie l'agent de santé qui assistera le patient pendant l'évacuation.
 - la DSGL établit l'ordre de mission après avoir identifié le chauffeur et ravitaillé l'ambulance en carburant.
 - le chauffeur récupère la fiche d'évacuation et conduit le patient jusqu'à la structure de référence où il doit remettre la fiche d'évacuation. Il fait ensuite viser l'ordre de mission.
 - De retour de la mission, il transmet l'ordre de mission visé, la fiche d'évacuation visée et le reçu de carburant à la DSGL..

⚠ **Précautions spécifiques :**

- Prendre les dispositions pour que la prise en charge et les évacuations des urgences soient immédiates et facilitées ;
- Renseigner dès que applicable les fiches de pharmacovigilance, de matériovigilance et de suivi transfusionnelle ;
- Communiquer sur la gratuité dès le contact avec les utilisateurs
- Veiller à mettre le nom, prénom, la signature du prescripteur et le cachet du service sur la fiche individuelle de PEC;
- Veiller à la conformité du numéro (unique) entre le registre et fiche individuelle
- Utiliser la fiche individuelle de prise en charge comme seul support de prescription des ordonnances et des examens complémentaires.

3.4.3. Le circuit du bénéficiaire dans les autres unités de prestations

3.4.3.1. Au niveau du laboratoire/imagerie médicale

- Dès l'arrivée au laboratoire ou au service d'imagerie médicale, l'agent récupère le feuillet de bulletin d'examen ou la fiche individuelle sur lequel des examens complémentaires sont demandés.
- Il vérifie que l'accompagnant détient le reçu gratuité de la caisse pour les patients en ambulatoire
- Il reporte dans le registre le nom et le numéro d'enregistrement figurant sur le feuillet du bulletin d'examen ainsi que les examens demandés et récupère le reçu de gratuité de la caisse.
- Après réalisation de l'examen, le prestataire reporte les résultats sur le registre et les bulletins et remet les résultats au service concerné si le patient est hospitalisé ou à l'accompagnant.

3.4.3.2. Au niveau du dépôt MEG

En ambulatoire :

- Dès l'arrivée au dépôt MEG, le gérant récupère les deux feuillets de l'ordonnance et vérifie que les informations sur les feuillets de l'ordonnance sont complètes

- Il marque les coûts par médicaments et le coût total sur les feuillets de l'ordonnancier
- Il remet les feuillets d'ordonnance renseignés au malade/accompagnant et l'oriente vers la caisse tout en lui expliquant la procédure à suivre
- De retour de la caisse, le gérant vérifie que les reçus de caisse portent la mention « exonération gratuité ».
- Il délivre les médicaments au malade/accompagnant.
- Il l'oriente ensuite celui-ci vers le laboratoire si des examens sont demandés sinon le diriger vers le service de soins.

En hospitalisation :

- Dès l'arrivée au dépôt MEG, le gérant récupère la FIPEC et vérifie que les informations sont complètes
- Il marque les coûts par médicaments et le coût total sur la FIPEC
- Il délivre les médicaments au malade/accompagnant et remet la FIPEC renseignés au malade/accompagnant
- Il l'oriente ensuite celui-ci vers le service de soins.
- **Dispensation à la sortie**
- Après la décision de sortie par les prestataires, le gérant récupère la fiche individuelle et vérifie que les informations sont complètes
- Il marque les coûts par produit et le coût total sur la fiche individuelle et sert les médicaments à l'accompagnant
- Il fait le point de tous les produits servis au cours du séjour du malade et marque le coût total
- Il remet ensuite la fiche individuelle renseignée à l'accompagnant et l'oriente vers l'unité de soins.

3.4.3.3. A la caisse

En ambulatoire :

- Le caissier récupère les deux feuillets de l'ordonnance, les bulletins d'examen et vérifie que les informations qui y figurent sont complètes
- Il marque les coûts par acte et par examen complémentaire puis le coût total sur les feuillets des bulletins d'examen et des ordonnances
- Il délivre un reçu sur lequel il est marqué « exonération gratuité ».

- Si l'ordonnance comporte une prescription de médicaments, il remet les deux feuillets à l'accompagnant et le dirige vers le dépôt.

Si l'ordonnance comporte uniquement des actes, il retire et archive le deuxième feuillet et oriente l'accompagnant.

En hospitalisation :

Le malade/accompagnant ne passe à la caisse qu'à la sortie du malade. Après la décision de sortie par les prestataires, le caissier :

- récupère la fiche individuelle de PEC ainsi que le billet de sortie rempli par le service de la GAP ; vérifie que les informations qui y figurent sont complètes.
- délivre un reçu sur lequel il est marqué « exonération gratuité ».
- oriente ensuite le malade/l'accompagnant



ANNEXES



Annexe 1 : Maquette de la fiche individuelle de prise en charge

MINISTERE DE LA SANTE

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE DU....

DIRECTION PROVINCIALE DE LA SANTE DU.....

HOPITAL DE.....

BURKINA FASO

Unité – Progrès - Justice

DOSSIER N° :

FICHE INDIVIDUELLE DE PRISE EN CHARGE
Hospitalisations

1. INFORMATIONS GENERALES

NOM et PRENOMS DU PATIENT :N° enregistrement :

2. ACTES

DATE	PRESTATIONS	MONTANT	OBSERVATIONS
TOTAL 1			

3. MEDICAMENTS PRESCRITS

4. EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Date	Nom/prénom prescripteurs/signature	Examens demandés	Montant	Observations
TOTAL 3				

5. HOSPITALISATION

Entré le :..... Sortie le :.....Durée :.....jours Montant total :.....FCFA

6. MODE DE SORTIE : Guéri/___/ Décédé/___/ Référé/___/ Décharge/___/ Transféré/___/ Evadé /___/

7. RECAPITULATIF

Désignation	Montant
1. Acte (= T1)	
2. Médicaments et consommables (=T2)	
3. Examens complémentaires (=T3)	
4. Hospitalisation	
5. Carburant	
TOTAL dépensé par la FS	

Visa du responsable des guichets de paiement

Annexe 2 : Maquette bulletin d'examen gratuit

DRS DE :
FS/Unité de soins :

Burkina Faso
Unité – Progrès – Justice

BULLETIN D'EXAMEN

Nom, prénom (s) : Age : Sexe : Profession :

N° dossier :

Nature de l'examen	Résultats de l'examen
Date : Identité, visa du prescripteur	Date : Identité, visa du spécialiste



Annexe 3 : Maquette de l'ordonnancier gratuité

Date :

N°

(série).....

DRS :

FS :

UNITE DE SOINS :

Nom & Prénom :Village/secteur.....

Enfant<5ans / / Femme enceinte / Accouchement / Dépistage lésions pré cancer (Col de l'utérus) /

Age : Sexe : M / F /

N° (sur le Registre de consultation).....

Nom du père/mère (pour enfants<5 ans)Téléphone

ORDONNANCE MEDICALE

Désignation	Quantité	Montant
Actes (préciser)		
Mise en observation (niveau CSPS)		
Total		

Nom & Prénom du Gérant
Signature et cachet

Nom & Prénom du prescripteur
Signature et cachet

Annexe 4 : Maquette du billet de sortie hôpital

MINISTERE DE LA SANTE

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE DE.....

HOPITAL DE

BURKINA FASO
UNITE - PROGRES - JUSTICE

Date :

BILLET DE SORTIE N°.....

Nom & Prénom : Village/secteur.....
 Enfant<5ans / Femme enceinte / Accouchement / Dépistage du cancer (Col de l'utérus et du sein) /
 Age : Sexe : M / F / N° (sur le Registre hospitalisation).....
 Nom du père/mère (pour enfants<5 ans) Téléphone :

Date d'entrée : Date de sortie : Durée de séjour :
 Mode de sortie : guéri / décédé / évacué / référé / SCAM (Sortie Contre Avis Médical) /

RECAPITULATIF DES PRESTATIONS OFFERTES

Désignation	Montant
1- Consultation	
2- Hospitalisation	
3- Médicaments	
4- Examens complémentaires	
5- Carburant évacuation	
Montant total	

NB : Ce billet est établi à titre d'information pour le bénéficiaire et pour des besoins de suivi et de contrôle.

<i>Etabli par la caisse, Nom Prénom, signature et cachet</i>	<i>Le Bénéficiaire ou son représentant, Nom Prénom et signature</i>

Annexe 5 : Maquette du carnet de dispensation gratuite de médicaments par les ASBC

Date :

N° (série).....

Commune :

Formation sanitaire :

Nom & Prénom(s) : Village.....

Age (en mois): /_____/

Sexe : M / F /

N° (sur le Registre ou cahier de consultation de l'ASBC).....

Nom du père/mère :

Contact

Carnet de dispensation gratuite de médicaments et consommables médicaux

Désignation	Cocher si servi	Quantité	Coût unitaire	Montant total
1. KIT SRO_ZINC				
2. Amoxicilline dispersible				
3. Artémether + Luméfantrine (AL)				
4. Amodiaquine + artésunate (ASAQ)				
5. Dihydroartémisinine + Pipéraquline (DH-PPQ)				
6. Artésunate suppositoire				
7. Paracétamol				
8. TDR paludisme				
9. Préservatifs				
10. Pilules				
11. Sayana Press				
Total				

Nom & Prénom de l'ASBC

Signature

Annexe 6 : Maquette du TLOH gratuité

Région:..... Formation sanitaire :.....

Unité de soins:

RAPPORT HEBDOMADAIRE DE MISE EN ŒUVRE DE LA GRATUITE DES SOINS

SEMAINE : ___/___/ DU ___/___/201... AU ___/___/201...

Items	Nombre	Observations
1. Nombre d'enfants de 0 à 5 ans traité médicalement		
2. Nombre d'enfants de 0 à 5 ans opérés		
3. Nombre de nouveau-nés pris en charge		
4. Nombre d'accouchements par voie basse		
5. Nombre de césariennes réalisées		
6 .Nombre de femmes soignées pendant la grossesse		
7. Rupture d'au moins un médicament au DMEG (1 = OUI ou 0 = NON)		
8. Nombre total d'examens de laboratoire réalisés		
9. Nombre total d'examens d'imagerie réalisés		

Commentaires, difficultés, solutions:

Annexe 7 : Canevas du rapport mensuel d'activités (RMA) gratuité

MINISTERE DE LA SANTE

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE DE

DISTRICT DE

CSPS DE

Date d'établissement du rapport :

BURKINA FASO

UNITE - PROGRES - JUSTICE

RAPPORT MENSUEL D'ACTIVITES SUR LA GRATUITE DES SOINS

Mois de : Année :

PRESTATIONS	QUANTITE	COUT
I. Gratuité des accouchements et des interventions obstétricales majeures		
I.1. Prestations		
I.1.1. Accouchements eutociques		
I.1.2. Accouchements dystociques par voie basse		
I.1.3. Césariennes		
I.1.4. Soins obstétricaux d'urgence		
I.1.5. Soins curatifs du post partum		
I.1.6. Soins d'urgence aux nouveau-nés		
I.1.7. Laparotomie pour rupture utérine		
I.1.8. Laparotomie pour GEU		
I.1.9. Cure de fistules obstétricales		
Sous-total I.1.		
I.2. Biens et services		
I.2.1. Carburant évacuation		
I.2.2. Montant total des médicaments et consommables médicaux		
I.2.3. Examens complémentaires		
I.2.4. Actes (Consultation, accouchement)		
I.2.5. Mise en observation/Hospitalisation		
Sous-total I.2.		
II. Gratuité des soins pendant la grossesse		
II.1. Prestations		
II.1.1. Soins préventifs		
II.1.2. Soins curatifs en ambulatoire		
II.1.3. Soins curatifs en interne		
Sous-total II.1.		
II.2. Biens et services		
II.2.1. Carburant évacuation		
II.2.2. Montant total des médicaments et consommables		



médicaux		
I.2.3. Examens complémentaires		
II.2.4. Actes (consultations)		
II.2.5. Mise en observation/Hospitalisation		
Sous-total II.2.		
III. Gratuité de la Planification Familiale		
III.1 Prestations		
III.1.1 Personnes vues pour PF		
Sous-total III.1		
III.2 Biens et services		
III.2.1 Montant total des médicaments et consommables médicaux		
III.2.2 Examens complémentaires		
III.2.3 Actes (consultation, pose/retrait implant, pose/retrait DIU)		
Sous-total III.2		
IV. Gratuité des soins chez les enfants de moins de 5 ans		
IV.1. Prestations		
IV.1.1. Soins curatifs en ambulatoire		
IV.1.2. Soins curatifs en observation		
Sous-total IV.1.		
IV.2. Biens et services		
IV. 2.1. Carburant évacuation		
IV. 2.2. Montant total des médicaments et consommables médicaux		
IV. 2.3. Examens complémentaires		
IV.2.4. Actes (consultations, chirurgies)		
IV.2.5. Mise en observation/Hospitalisation		
Sous-total IV.2.		
V. Gratuité du dépistage et du traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus		
V.1. Prestations		
V.1.1. Dépistage par IVA/IVL		
V.1.2. Cryothérapie		
V.1.3. Résection à l'Anse Diathermique (RAD)		
Sous-total V.1.		
V.2. Biens et services		
V.2.1. Montant total des médicaments		
V.2.2. Examens complémentaires		
V.2.2. Actes (consultations, mise en observation)		
Sous-total V.2.		
Total formation sanitaire		
VI. Gratuité des soins ASBC		
VI.1. Soins curatifs contre la diarrhée		
VI.2. Soins curatifs contre la pneumonie		
VI.3. Soins curatifs contre le paludisme simple		

VI.4. Soins pré-transfert du paludisme grave		
VI.5. TDR paludisme		
VI.6. Planification familiale		
Total ASBC		
TOTAL GENERAL (Formation sanitaire + ASBC)		

Le responsable du poste

Annexe 8 : Guide de remplissage du rapport mensuel d'activités

1. Qu'entendre par la quantité dans le RMA gratuité?

Deux situations sont à distinguer :

- La quantité des prestations de soins = nombre de patients (cas, épisodes de maladie) pris en charge durant le mois ,
- La quantité de biens et services = somme de tous les examens complémentaires, somme de tous les actes de consultations et/ou d'interventions, somme de toutes les hospitalisations, somme de tous les cas d'évacuation.

Cette quantité ne correspond pas forcément à la quantité de prestations ou de patients pris en charge car pour un seul patient il peut être prescrit plusieurs examens ou être posé plusieurs actes.

2. Qu'entendre par le coût ?

- Le coût = montant total de prise en charge de chaque patient. Ce montant comprend le montant de chaque bien ou service rendu au patient. Les biens et services correspondent à tout ou partie des cinq éléments suivants :
 - o les actes de consultation ou d'intervention,
 - o les médicaments et consommables médicaux,
 - o les examens complémentaires,
 - o les hospitalisations,
 - o le carburant pour les évacuations sanitaires.
- Le coût total des prestations est strictement égal au coût total des biens et services car ce sont ces biens et services éligibles qui constituent la prise en charge totale de chaque patient.

3. Quelles sont les grandes rubriques du RMA gratuité ?

Dans le RMA, les soins sont regroupés au niveau de la formation sanitaire et au niveau de l'ASBC.

- **Au niveau de la formation sanitaire**, on distingue 4 sous-groupes de gratuité. Chaque sous-groupe est subdivisé en deux parties : prestations d'une part, biens et services d'autre part comme indiqué dans le tableau ci-dessous.

1.	Gratuité des accouchements et des interventions obstétricales majeures	Prestations = accouchements, soins obstétricaux d'urgence, laparotomie, etc.	Biens et services = actes, examens, hospitalisations, médicaments, carburant
2.	Gratuité des soins pendant la grossesse	Prestations = soins préventifs, curatifs ambulatoires et internes	Biens et services = actes, examens, hospitalisations, médicaments,
3.	Gratuité des soins chez les enfants de moins de 5 ans	Prestations = soins curatifs ambulatoires et internes	Biens et services = actes, examens, hospitalisations, médicaments,
4.	Gratuité du dépistage et du traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus	Prestations = dépistage et traitement	Biens et services = actes, examens, hospitalisations, médicaments,

- **Au niveau des ASBC**, comme il s'agit d'une distribution d'un seul bien ou service à savoir les médicaments et consommables médicaux, une subdivision en deux parties n'est pas nécessaire. En effet, le coût de la prestation est égal au coût des médicaments et consommables médicaux.

Par contre, la quantité de soins correspond au nombre de personnes prises en charge sur le même principe que dans la formation sanitaire.

4. Etude de cas d'un CSPS

Au cours du mois de mars 2018, le CSPS de Dandougou (DS de Mangodara, Région des Cascades) a réalisé au titre de la gratuité des soins, les prestations contenues dans le tableau suivant :

Bénéficiaire	Diagnostic consultation	Médicaments	Actes	Examens	Hospitalisation	Carburant	TOTAL	Type de soins
Dame 1	Paludisme au cours de la grossesse	1 000	200	500	00	00	1 700	Soin curatif en ambulatoire au cours de la grossesse
Dame 2	Femme à terme évacuée au CMA (après des soins)	500	200	00	1000	2 500	4 200	Grossesse hospitalisation/MEO
Dame 3	CPN	1 000	100	00	00	00	1 100	Soins préventifs
Dame 4	CPN	1 000	100	00	00	00	1 100	Soins préventifs
Total Gratuité des soins pendant la grossesse		3 500	600	500	1 000	2 500	8 100	
Dame 5	Accouchement eutocique	3 000	1 000	00	500	00	4 500	Accouchement eutocique
Nouveau-né de dame 5	Coliques	2 000	200	00	00	00	2 200	Soins aux nouveaux nés
Dame 6	Infection vaginale après accouchement	1 500	200	00	00	00	1 700	Soins curatifs du post partum
Total Gratuité des accouchements et des interventions obstétricales		6 500	1 400	-	500	-	8 400	
Enfant 1	Angine	2 000	200	00	00	00	2 200	Soins curatifs enfant ambulatoire
Enfant 2	Diarrhée	3 000	200	00	00	00	3 200	Soins curatifs enfant ambulatoire
Total Gratuité des soins chez les enfants de moins de 5 ans		5 000	400	-	-	-	5 400	
Enfant 3	Paludisme simple, ASBC	1 000	00	500	00	00	1 500	Soins curatifs contre le paludisme simple
Enfant 4	Paludisme grave, ASBC	500	00	500	00	00	1000	Soins pré-transfert du paludisme grave
Total Gratuité des soins ASBC		1 500	-	-	-	-	2500	
Total général							24 400	

18

Le rapport mensuel gratuité du mois concerné s'établira comme suit :

PRESTATIONS	QUANTITE	COUT	PRESTATIONS	QUANTITE	COUT
I. Gratuité des accouchements et des interventions obstétricales			III. Gratuité des soins chez les enfants de moins de 5 ans		
I.1. Prestations			III.1. Prestations		
I.1.1. Accouchements eutociques	1	4 500	III.1.1. Soins curatifs en ambulatoire	2	5 400
I.1.2. Accouchements dystociques par voie basse	0	0	III.1.2. Soins curatifs en observation	0	0
I.1.3. Césariennes	0	0	Sous-total III.1.	2	5 400
I.1.4. Soins obstétricaux d'urgence	0	0	III.2. Biens et services		
I.1.5. Soins curatifs du post partum	1	1 700	III. 2.1. Carburant évacuation		0
I.1.6. Soins d'urgence aux nouveau-nés	1	2 200	III. 2.2. Montant total des médicaments		5 000
I.1.7. Laparotomie pour rupture utérine	0	0	III. 2.3. Examens complémentaires	0	0
I.1.8. Laparotomie pour GEU	0	0	III.2.4. Actes (consultations, chirurgies)	2	400
I.1.9. Cure de fistules obstétricales	0	0	III.2.5. Mise en observation/Hospitalisation	0	0
Sous-total I.1.		8 400	Sous-total III.2.	2	5 400
I.2. Biens et services			IV. Gratuité du dépistage et du traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus		
I.2.1. Carburant évacuation		0	IV.1. Prestations		
I.2.2. Montant total des médicaments		6 500	IV.1.1. Dépistage par IVA/IVL	0	0
I.2.3. Examens complémentaires			IV.1.2. Cryothérapie	0	0
I.2.4. Actes (Consultation, accouchement)	4 (3 consultations + 1 accouchement)	1 400	IV.1.3. Résection à l'Anse Diathermique (RAD)	0	0
I.2.5. Mise en observation/Hospitalisation	1	500	Sous-total IV.1.	0	0
Sous-total I.2.		8 400	IV.2. Biens et services		

II. Gratuité des soins pendant la grossesse			IV.2.1. Montant total des médicaments	0	0
II.1. Prestations			IV.2.2. Examens complémentaires	0	0
II.1.1. Soins préventifs	2	2 200	IV.2.2. Actes (consultations, mise en observation)	0	0
II.1.2. Soins curatifs en ambulatoire	1	1 700	Sous-total IV.2.	0	0
II.1.3. Soins curatifs en interne	1	4 200	Total formation sanitaire	10	21 900
Sous-total II.1.		8 100	I. Gratuité des soins ASBC		
II.2. Biens et services			V.1. Soins curatifs contre la diarrhée	0	0
II.2.1. Carburant évacuation	1	2 500	V.2. Soins curatifs contre la pneumonie	0	0
II.2.2. Montant total des médicaments		3 500	V.3. Soins curatifs contre le paludisme simple	1	1000
II.2.3. Examens complémentaires	1	500	V.4. Soins pré-transfert du paludisme grave	1	500
II.2.4. Actes (consultations)	4 (4 consultations)	600	V.4. TDR paludisme	2	1000
II.2.5. Mise en observation/Hospitalisation		1 000	Total ASBC		2500
Sous-total II.2.		8 100	TOTAL GENERAL (Formation sanitaire+ASBC)		24 400