

REPUBLIQUE DU SENEGAL

MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE

AGENCE DE LA COUVERTURE MALADIE



MANUEL DES PROCEDURES DE GESTION DES INITIATIVES DE GRATUITE DANS LE CADRE DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

CMU\DAME, JUIN 2017

SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
LEXIQUE.....	5
I. INTRODUCTION.....	6
1.1 Le contexte	6
1.2 L'Agence de la Couverture Maladie Universelle.....	7
II. GENERALITES SUR LE MANUEL	9
2.1 Objectifs du manuel.....	9
2.2 Champs d'application du manuel	9
2.3 Structuration du manuel.....	10
2.4 Mise à jour du manuel	11
III. DISPOSITIF DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN SESAME.....	12
3.1 Justification et objectifs du Plan SESAME	12
3.2 Bénéficiaires du Plan SESAME	12
3.3 Eléments du paquet offert aux bénéficiaires.....	13
3.4 Description de la procédure de demande de remboursement.....	15
3.4.1 Au niveau des postes de santé.....	15
3.4.2 Au niveau des centres de santé.....	15
3.4.3 Au niveau du district sanitaire	16
3.4.4 Au niveau des hôpitaux.....	16
3.5 Outils de gestion du Plan SESAME.....	19
3.5.1 Arrêté N° 2794 MSP/DS/SP du 22 mars 2010 portant la liste des soins exclus du Plan SESAME	19
3.5.2 Facture récapitulative.....	21
3.5.3 FACTURE INDIVIDUELLE	22
3.5.4 BULLETIN DE REFERENCE	23
IV. DISPOSITIF DE MISE EN ŒUVRE DE LA GRATUITE DE LA DIALYSE.....	24
4.1 Justification et objectifs.....	24

4.2	Bénéficiaires de la gratuité de la dialyse.....	24
4.3	Eléments du paquet offert aux bénéficiaires	26
4.3.1	Pour l'hémodialyse.....	26
4.3.2	Pour la dialyse péritonéale (DP).....	27
4.4	Eléments indispensables mais non compris dans le paquet offert	27
4.4.1	Pour l'hémodialyse.....	27
4.4.2	Pour la dialyse péritonéale.....	27
4.4.3	Gestion des kits de dialyse.....	28
4.5	Description de la procédure de demande de remboursement	28
4.1	Outils de gestion de la gratuité de la dialyse	30
4.1.1	Facture récapitulative de la dialyse.....	30
4.1.2	Facture récapitulative de la dialyse péritonéale.....	31
4.1.3	Fiche individuelle d'hémodialyse.....	32
4.1.4	Fiche individuelle de la dialyse péritonéale	33
4.1.5	Rapport mensuel d'activités de la dialyse	34
V.	DISPOSITIF DE MISE EN ŒUVRE DE LA GRATUITE DES CESARIENNES.....	35
5.1	Justification et objectifs.....	35
5.2	Bénéficiaires de la gratuité des césariennes	36
5.3	Eléments du paquet offert aux bénéficiaires	36
5.4	Description de la procédure de demande de remboursement	36
5.1	Outils de gestion de la gratuité des césariennes	37
5.1.1	Situation globale de la prise en charge des césariennes.....	37
5.1.2	Fiche de suivi individuelle prise en charge des césariennes.....	38
5.1.3	Modèle de rapport d'activités du centre SONU / EPS	39
VI.	DISPOSITIF DE MISE EN ŒUVRE DE LA GRATUITE DES SOINS POUR LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ (05) ANS	40
6.1	Justification et objectif	40

6.2	Les bénéficiaires de la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq (05) ans	41
6.3	Eléments du paquet offert aux bénéficiaires	41
6.4	Description de la procédure de demande de remboursement	42
6.5	Outils de gestion de la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq (05) ans	42
6.5.1	Situation globale de prise en charge au niveau poste de santé	43
6.5.2	Fiche de situation globale de prise en charge au niveau centre de santé	44
6.5.3	Fiche individuelle	45
6.5.4	Bulletin de référence	46
6.5.5	Rapport de morbidité	46
6.5.6	Fiche de situation globale de prise en charge niveau hôpital	47
6.5.7	Demande de remboursement niveau hôpital	48
6.5.8	Situation globale prise en charge des enfants de moins de 5 ans au niveau District	49
6.5.9	Situation globale prise en charge des enfants de moins de 5 ans au niveau Régional	50
VII.	PROCEDURES DE TRAITEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT DES STRUCTURES AU NIVEAU DE L'ACMU	51
7.1	Les différents intervenants	51
7.2	Circuit introductif des documents	52
7.3	Processus de traitement des demandes de remboursement	52
7.3.1	Au niveau du service régional de l'ACMU	52
7.3.2	Au niveau de la Direction Générale de l'ACMU	54
VIII.	MESURES D'ACCOMPAGNEMENT	55
IX.	Annexes	57
9.1	Bulletins de référence et de contre référence	57
9.2	Kit de césarienne : composition	57
9.3	Rapport mensuel d'activités du centre SONU / Maternité EPS	57

LEXIQUE

ACMU	Agence de la Couverture Maladie Universelle
ACP	Agent Comptable Particulier
CACMU	Cellule d'Appui à la Couverture Maladie Universelle
CCG	Cellule du Contrôle Général
CCM	Cellule du Contrôle Médical
CEDEAO	Communauté Economique Des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIT	Conférence Internationale du Travail
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNI	Carte Nationale d'Identité
DP	Dialyse péritonéale
DAME	Direction de l'Assistance Médicale
DPAMC	Division de l'Assistance aux personnes Agées et de la prise en charge des Maladies Chroniques
DME	Division de l'Assistance à la Mère et à l'Enfant
EPS	Etablissement Public de Santé
FNR	Fond National de Retraite
HALD	Hôpital Aristide Le Dantec
ICP	Infirmier Chef de Poste
IPRES	Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal
LNMP	Liste Nationale des Médicaments et Produits Essentiels
MCD	Médecin Chef de District
MCR	Médecin Chef de Région
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OOAS	Organisation Ouest Africaine de la Santé
PAF	Personnes à ses Frais
PICME	Prise en Charge Intégré des Maladies de l'Enfance
PNA	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PND	Plan National de Développement Sanitaire
PRA	Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
RM	Région Médicale
RUAME	Responsable de l'Unité de l'Assistance Médicale
SNDES	Stratégie Nationale de Développement Economique et Social
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SOU	Soins Obstétricaux d'Urgence
SR	Service Régional de l'ACMU
UEMOA	Union Economique Monétaire Ouest Africaine

I. INTRODUCTION

1.1 Le contexte

Au Sénégal, la priorité accordée à l'accessibilité financière à des services de santé de qualité s'est manifestée avec les gouvernements qui se sont succédé ces dernières décennies par la mise en œuvre de plusieurs programmes. Cette volonté s'est matérialisée par la mise en œuvre d'une part d'un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009/2018 dont l'une des orientations stratégiques est le renforcement de la couverture du risque maladie en mettant l'accent sur les groupes vulnérables, d'autre part du Plan Sénégal Emergent (PSE), qui consacre le Capital humain, Protection sociale et Développement durable en son axe 2 qui vise une amélioration significative des conditions de vie des populations, une lutte plus soutenue contre les inégalités sociales tout en favorisant l'émergence de territoires viables. D'ailleurs,

Il faut noter que depuis 2012, d'importantes étapes témoignant de l'engagement du Gouvernement vers la couverture maladie universelle, ont été franchies et ont considérablement bouleversé la politique de protection sociale en santé. Il s'agit entre autres :

- de la mise en place de la Cellule d'Appui à la CMU en août 2012 ;
- la création de la Délégation générale à la protection sociale et à la solidarité nationale, rattachée au Cabinet de la Président, en fin 2012 ;
- de l'organisation de concertations nationales par le Ministère de la Santé et de l'Action sociale (MSAS) sur la santé et l'action sociale et la CMU, en janvier 2013 ;
- de l'adoption du Plan Stratégique de Développement de la CMU 2013-2017, en mars 2013 ;
- du lancement officiel, en septembre 2013, du programme national de la Couverture Maladie Universelle par le Président de la République, Son Excellence M. Macky Sall, comme l'une des priorités de son agenda politique avec un objectif intermédiaire de couverture de 75% à l'horizon 2017 ;
- l'adoption en octobre 2013, de la gratuité des soins pour les enfants de 0 à 5 ans ;
- de la tenue du Conseil interministériel sur l'état de mise en œuvre de la CMU, en fin janvier 2014 ;

- de la création du Comité national interministériel de pilotage de la Stratégie nationale en juin 2014
- de la création de l'Agence de la CMU en janvier 2015.

Divers textes réglementaires ont permis d'encadrer la mise en œuvre des initiatives dites de gratuité :

- Le décret n°2008-381 instituant un système d'assistance « Sésame» en faveur des personnes âgées de 60 ans et plus ;
- La lettre circulaire 00122/MSAS/DGS/DSRSE du 06 janvier 2014 portant sur la mise en œuvre et l'extension de la couverture géographique de la gratuité de la césarienne ;
- La note de service N° 00004/MSAS/DGS/SP du 02 janvier 2014 relative à la gratuité de la prise en charge des enfants de moins de cinq ans
- La lettre circulaire N° 02779/MSAS/DGS/DSRSE du 13 mars 2014 relative à la tarification forfaitaire de la prise en charge gratuite des enfants de moins de cinq ans

1.2 L'Agence de la Couverture Maladie Universelle

La création de l'Agence à travers le décret 2015-21 du 07 Janvier 2015, marque un tournant dans l'évolution du dispositif organisationnel de la gestion de la CMU au Sénégal. A côté des services du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale pourvoyeurs de soins, l'Agence est chargée de mettre en œuvre la stratégie nationale de la CMU, dont les orientations majeures gravitent autour du développement des mutuelles de santé, du renforcement des initiatives de gratuité et de la collaboration avec les autres secteurs en vue de la réforme des institutions de prévoyance maladie.

Dans l'état actuel de la mise en œuvre du plan de développement de la couverture du risque maladie, l'ACMU dispose au niveau central de plusieurs directions, dont celle chargée de l'Assistance Médicale et d'une Cellule du Contrôle Médical dont les missions en matière de contrôle sont bien définies. Le traitement des dossiers pour le remboursement implique, conformément à l'organigramme de l'Agence, un contrôle administratif et technique des documents justificatifs du remboursement des prestations par la Direction de l'Assistance Médicale (DAME).

La Cellule du Contrôle Médical (CCM) quant à elle, assure le contrôle de la régularité des factures et vérifie le respect des tarifs, l'effectivité et la qualité des prestations. Elle

conduit également les négociations dans le processus d'élaboration des conventions entre l'ACMU et les structures de santé.

Ces deux (02) missions sont distinctes, mais complémentaires ; elles concourent au contrôle de l'effectivité et de la régularité des actes remboursés par l'ACMU.

Pour faciliter leur conduite, des procédures internes et complémentaires ont été élaborées afin de permettre la mobilisation et l'utilisation des ressources publiques destinées à la mise en œuvre des gratuités. Celles-ci s'inscrivent dans les procédures générales de l'Agence et ne sont pas isolées. Elles s'intègrent dans le mécanisme de remboursement des frais liés aux politiques de gratuité.

Par ailleurs, l'ACMU a mis en place le Service Régional au niveau duquel l'affectation d'agents représentant les différentes directions permet de décentraliser les services et d'accélérer le processus de traitement des factures émanant des structures de santé, sous la tutelle de la région médicale.

II. GENERALITES SUR LE MANUEL

2.1 Objectifs du manuel

Le présent manuel a pour but de définir les procédures opérationnelles à suivre pour la mise en œuvre des initiatives de gratuité dont la gestion est confiée à l'ACMU, notamment la prise en charge :

- Des personnes âgées de 60 ans et plus (Plan SESAME) ;
- De la dialyse ;
- Des césariennes ;
- Des soins de santé des enfants de moins de cinq (05) ans.

Ce manuel constitue un outil de travail pour l'ensemble des personnes impliquées, mais aussi un cadre de référence pour toutes les opérations de gestion de la CMU. Son élaboration contribue à atténuer les dérives et dysfonctionnements qui sont inhérents à la mise en œuvre d'une politique qui, comme la CMU, fait intervenir au niveau national aussi bien qu'au plan local, des agents du secteur public et du secteur privé, avec les populations représentées à travers différentes formes d'organisations communautaires dont les mutuelles de santé.

Les objectifs visés à travers ce manuel de procédures opérationnelles peuvent se résumer comme suit :

1. Donner des gages au personnel, aux partenaires et aux autorités que les ressources affectées aux initiatives de gratuité dans le cadre de la CMU seront gérées conformément aux lois et règlements en vigueur dans le pays ;
2. Mettre en place les règles d'administration et de gestion des gratuités, ainsi que les mécanismes de contrôle pour une gestion efficace et rationnelle des ressources humaines et financières mises en œuvre par l'ACMU au besoin des gratuités.

2.2 Champs d'application du manuel

Le manuel décrit :

- Le dispositif de mise en œuvre des gratuités ;
- Les procédures de traitement et de paiement des demandes de remboursement présentées par les prestataires.

Le manuel complète :

- Les décrets, arrêtés et autres documents réglementaires pris par les autorités de tutelle relativement à l'organisation, au fonctionnement et à la gestion de l'ACMU ;
- Les notes conceptuelles et circulaires relatives à la mise en œuvre des gratuités ;
- les conventions et contrats signés avec les formations sanitaires, les partenaires, les employés et les tiers dans le cadre de la mise en œuvre des activités de l'ACMU.

Le présent manuel ne traite pas les procédures administratives, financières et comptables de l'ACMU qui font l'objet d'un manuel distinct.

2.3 Structuration du manuel

Le manuel décrit les procédures spécifiques à la gestion des initiatives de gratuité, tout en explicitant la place et le rôle de l'ACMU dans l'ensemble du système. Le manuel est divisé en 8 chapitres :

- Chapitre 1 : introduction ;
- Chapitre 2 : généralités sur le manuel ;
- Chapitre 3 : dispositif de mise en œuvre du Plan SESAME ;
- Chapitre 4 : dispositif de mise en œuvre de la gratuité de la dialyse ;
- Chapitre 5 : dispositif de mise en œuvre de la gratuité des césariennes ;
- Chapitre 6 : dispositif de mise en œuvre de la gratuité des soins de santé des enfants de moins de cinq (05) ans ;
- Chapitre 7 : procédures de traitement des demandes de paiement des prestataires au niveau de l'ACMU ;
- Chapitre 8 : mesures d'accompagnement.

Les documents et outils qui servent de support aux différentes procédures sont présentés et décrits à la fin de chacun des chapitres concernés.

2.4 Mise à jour du manuel

Un manuel de procédures opérationnelles est un outil de gestion dynamique. Les utilisateurs devront donc le confronter aux réalités de leur travail pour identifier les besoins de son adaptation au contexte de la CMU, lui-même évolutif. A cet effet, il devra subir des mises à jour, chaque fois que cela sera nécessaire. Cette mise à jour peut porter sur une partie du document ou sur tous les chapitres du document.

La mise à jour du présent manuel sera nécessaire dans les cas suivants :

- Des modifications ont été apportées dans le dispositif de mise en œuvre de l'une des quatre (04) gratuités décrites dans le manuel ;
- lorsque le MSAS aura décidé de confier la gestion d'autres gratuités à l'Agence.

III. DISPOSITIF DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN SESAME

3.1 Justification et objectifs du Plan SESAME

Au Sénégal, les personnes âgées de 60 ans et plus, représentent plus de 5% de la population globale (Statistiques ANSD 2016) Parmi celles-ci, seules 30% bénéficient d'une prise en charge médicale. Il s'agit des anciens salariés qui bénéficient d'une pension de retraite assurée par le Fonds National de Retraite (FNR) et par l'Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal (IPRES).

Ainsi, 70% des sénégalais âgés de 60 ans et plus ne bénéficient d'aucune couverture maladie formelle. Il s'agit des personnes qui n'ont jamais eu un emploi dans le secteur formel, notamment les pêcheurs, les paysans, les éleveurs, les femmes au foyer, les commerçants, les mécaniciens, etc. Leur prise en charge était donc assurée par les familles lors d'événements médicaux.

Par ailleurs, il faut signaler que la prise en charge des bénéficiaires du FNR à travers les imputations budgétaires et les retraités de l'IPRES était incomplète.

La mise en œuvre du Plan SESAME, le 1^{er} septembre 2006, est venue rectifier ces déséquilibres et insuffisances dans la protection sociale des personnes âgées de plus de 60 ans. L'objectif du Plan SESAME étant d'une part, d'instaurer une prise en charge gratuite pour les 70 % de personnes âgées qui n'ont jamais bénéficié de couverture médicale et d'autre part d'assurer la gratuité totale des soins de santé pour les retraités en prenant en charge la quote-part qui leur incombait.

3.2 Bénéficiaires du Plan SESAME

Dans ses grandes lignes, le programme vise à assurer dans toutes les structures de santé publiques des soins gratuits aux personnes âgées de 60 ans et plus (60 ans révolus) Les patients à date de naissance incomplète (**ex: 00/00/1957**) seront considérés comme éligibles à la fin de leur soixantième année (**ex: 31/12/2017**).

Ce Plan s'appuie sur la pyramide sanitaire en place, qui comporte des postes de santé, centres de santé et hôpitaux.

Ces personnes âgées de 60 ans et plus, sont réparties en trois (03) catégories :

- les personnes âgées qui ne bénéficient d'aucune couverture, dites personnes à leurs frais (PAF) ;
- Les retraités du FNR;
- Les retraités de l'IPRES ;

Les fonctionnaires retraités (FNR), bénéficient de la prise en charge, par le Plan SESAME, du 1/5 de leurs frais médicaux qui leur incombait sur imputation budgétaire.

Les retraités non fonctionnaires bénéficient par le canal de l'Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal (IPRES), d'une couverture médicale. Ils ont aussi accès aux Centres Médico-sociaux de l'IPRES.

Aux personnes concernées sans couverture sociale ou personnes à leurs frais (PAF), le Plan SESAME accorde désormais l'accessibilité et la gratuité des soins sous la forme d'une nouvelle couverture maladie, intégralement financée par l'Etat.

Ainsi donc, au Sénégal, pour l'ensemble des personnes âgées de 60 ans et plus (IPRES, FNR, PAF), les prestations éligibles sont gratuites depuis le 1er septembre 2006 sur l'ensemble de la pyramide sanitaire : postes de santé, centres de santé et hôpitaux relevant de l'Etat. En effet, un arrêté ministériel définissant les services éligibles au Plan SESAME, énumère une liste de prestations exclues des actes pris en charge par le plan SESAME. (**Arrêté ministériel n° 2794 MSP-DS-SP en date du 22 mars 2010 en annexes 1**).

De plus, le respect de la pyramide sanitaire, avec recours en première intention aux structures périphériques, est un élément clé de la mise en œuvre des initiatives de gratuité. En effet, il permet de respecter l'organisation du système sanitaire mis en place par le MSAS et une rationalisation des ressources allouées à la CMU.

La carte nationale d'identité numérisée est le document requis pour attester de l'âge du bénéficiaire, en attendant la confection des cartes d'identification biométrique pour la mise en place d'un système d'identification biométrique à l'échelle nationale.

3.3 Eléments du paquet offert aux bénéficiaires

Sont gratuits pour les bénéficiaires du Plan SESAME :

- les consultations ;

- les médicaments et produits essentiels (disponibles dans le cadre de l'initiative de Bamako et conformes à la Liste Nationale des Médicaments et Produits Essentiels) ;
- les examens complémentaires ;
- les actes médicochirurgicaux ;
- les hospitalisations.

Aucune prestation non incluse dans la liste ci-dessus n'est prise en charge par le Plan SESAME. Ainsi, les prestations ou produits suivants sont exclus du Plan SESAME.

- soins de dialyses rénales * ;
- prothèse (dentaires, de hanches, etc...) ;
- implants sauf les implants oculaires ;
- pace maker ;
- évacuations sanitaires pour l'étranger ;
- médicaments de spécialités (des officines privées) ;
- IRM ;
- scanners sauf urgence** ;
- hospitalisations en 1ere et 2eme catégorie ;
- soins de beauté ;
- chirurgie esthétique ;
- bilan systématique***.

Cette liste n'est pas exhaustive.

NB :

* : la dialyse est prise en charge dans le cadre de la politique de gratuité de la dialyse.

** : le scanner doit être prescrit par un médecin qui constate l'urgence, son cachet nominatif faisant foi.

*** : le bilan doit être prescrit par le médecin traitant, dans le cadre de la prise en charge d'une pathologie, et non à la demande du patient.

3.4 Description de la procédure de demande de remboursement

3.4.1 Au niveau des postes de santé

L'Infirmier Chef de Poste (ICP) doit vérifier que le patient qui se présente à lui remplit les conditions préalables pour bénéficier du Plan SESAME, à savoir si ce dernier :

- est âgé de 60 ans révolus ou plus ;
- détient la carte nationale d'identité numérisée (plus photocopie de la CNI) ;
- demande des soins qui entrent dans le cadre du Plan SESAME.

Pour tout patient, une facture individuelle Plan SESAME est établie en deux exemplaires ; le premier, accompagné de la photocopie de la CNI, est joint à l'état récapitulatif de paiement et le deuxième archivé au niveau du poste de santé aux fins d'exploitation statistique et de contrôle.

Tous les mois, l'état récapitulatif de paiement établi avec une double signature de l'ICP et du président comité de santé est adressé au MCD au plus tard le cinq (5) du mois en y joignant tous les justificatifs et la version électronique de l'état récapitulatif.

NB : Pour l'élaboration de l'état récapitulatif utiliser une application garantissant la fiabilité des calculs (Excel...).

Tout dossier incomplet ne fera l'objet de remboursement.

3.4.2 Au niveau des centres de santé

Lorsqu'un patient se présente dans un centre de santé, le Responsable du Plan SESAME s'assure de son éligibilité à bénéficier des gratuités offertes dans le cadre du Plan SESAME, en exigeant la présentation d'une carte d'identité nationale numérisée et en vérifiant que l'intéressé a bien 60 ans **révolus**.

A l'issue de cette formalité de rigueur, il demande ou fait faire au patient une photocopie de sa CNI numérisée.

Pour tout patient, une facture individuelle Plan SESAME est établie en deux exemplaires ; le premier, accompagné de la photocopie de la CNI, sera joint à l'état récapitulatif de paiement mensuel en tenant compte des tarifs prévus par la convention signée entre l'ACMU et la structure de santé concernée. Le double est archivé au niveau du service, aux fins d'exploitation statistique et de contrôle.

Le dossier (factures individuelles, copies CNI) est ensuite transmis aux services chargés du recouvrement de la structure.

Tout dossier incomplet ne fera l'objet de remboursement.

Tous les mois, un état récapitulatif de paiement est établi avec une double signature du responsable du centre de santé et du président comité de santé puis adressé au MCD au plus tard le cinq (5) du mois en y joignant tous les justificatifs et la version électronique de l'état récapitulatif.

NB : Pour l'élaboration de l'état récapitulatif utiliser une application garantissant la fiabilité des calculs (Excel...).

Tout dossier incomplet ne fera l'objet de remboursement.

3.4.3 Au niveau du district sanitaire

Le MCD transmet une demande de remboursement sous Bordereau d'Envoi au plus tard le dix (10) de chaque mois à la Région Médicale, laquelle dispose de deux (02) jours pour la transmettre au Service Régional de l'ACMU. Cette demande est accompagnée des états récapitulatifs de paiement des postes et centres de santé, en y joignant tous les justificatifs et la version électronique des états récapitulatifs.

Le médecin conseil, responsable de l'Unité d'Assistance Médicale (RUAME) au niveau du bureau régional du Service Régional de l'ACMU, travaillera en étroite collaboration avec le Médecin Chef de Région (MCR) sur toutes les mentions et réserves.

3.4.4 Au niveau des hôpitaux

Le responsable de l'Hôpital chargé de la gestion du Plan SESAME (ou l'agent du bureau des entrées) vérifie que le patient qui se présente à lui remplit les conditions préalables pour bénéficier du Plan Sésame, à savoir si ce dernier :

- est âgé de 60 ans révolus ou plus ;
- détient la carte nationale d'identité numérisée ;
- est référé par un centre de santé ou est reçu en urgence ;
- est âgé de 60 ans révolus ou plus ;
- détient la carte nationale d'identité numérisée ;
- demande des soins qui entrent dans le cadre du plan (voir liste des soins exclus).

Si le patient est référé par un centre de santé il demande :

- Une copie de la carte nationale d'identité du patient ;
- Le document de référence du centre de santé ;
- La lettre de garantie délivrée par le MCR, ou par délégation par le médecin chef de district.

Si c'est un retraité de l'IPRES ou un bénéficiaire du FNR, ce dernier lui présente sa carte IPRES ou FNR et il récupère une copie de l'imputation budgétaire ou de la lettre de garantie de l'IPRES.

Si le patient est reçu en urgence :

- Il demande une copie de la carte nationale d'identité ;
- Lui établit un document* (billet d'hôpital, attestation...) justifiant sa réception en urgence, portant le cachet du service des urgences.

Il remettra secondairement ce document aux accompagnants qui devront aller chercher une lettre de garantie à la région médicale ou au district sanitaire dans les 48h.

NB : *Document à confectionner, plutôt que d'envoyer les parents prendre un bulletin de référence à posteriori au centre de santé.

Après la prise en charge du patient, il prépare le support de facturation qui doit obligatoirement être composé :

- Des bulletins d'examen portant la mention qui justifie l'effectivité des examens demandés (numéro d'enregistrement dans le registre des services) ;
- Des fiches de dotation en médicaments ;
- De la fiche d'hospitalisation précisant la durée du séjour ;
- (des) billet (s) de consultation ;
- De la facture individuelle contenant les informations médicales (voir annexes) qui est établi pour chaque patient.

Tout dossier incomplet ne fera l'objet de remboursement.

Il joint à ce support de facturation les documents demandés en procédure d'urgence ou les documents demandés en procédure de référence pour constituer la liasse à envoyer à la facturation.

Il transmet cette liasse au service de la facturation pour chaque patient.

Le responsable de la facturation reçoit la liasse contenant le support de facturation.

Pour les patients bénéficiant d'une couverture médicale (retraités du FNR et de l'IPRES), il prend en compte l'imputation budgétaire ou la lettre de garantie de l'IPRES. Il établit la facture, sur la base du support de facturation.

Pour les patients bénéficiant d'une couverture médicale, il prend en compte la fraction à faire payer au Plan Sésame (1/5 de la facture ou autre).

Le tarif appliqué doit être conforme à l'arrêté interministériel « fixant les valeurs maximales et minimales des tarifs d'hospitalisation, des consultations, des soins externes et des cessions applicables aux établissements publics de santé hospitaliers » ou aux accords entre l'ACMU et l'Hôpital s'il en existe.

Il transmet la liasse et la facture au service de recouvrement de l'hôpital.

Le responsable chargé du recouvrement au niveau de la structure **reçoit** du service de la facturation, pour chaque bénéficiaire du Plan, une liasse, composée :

- Du support de facturation ;
- De la facture du patient ;
- De la copie de la carte nationale d'identité numérisée ;
- document de référence du centre de santé ou du document justifiant la réception en urgence et portant le cachet du service des urgences ;
- de la lettre de garantie;
- d'une copie de la carte FNR ou IPRES, le cas échéant ;
- de la facture individuelle établie pour chaque patient et contenant les informations sur les prestations facturées.

Chaque mois, l'hôpital établit une demande de remboursement. Cette demande est accompagnée d'un état récapitulatif de paiement des factures et des liasses individuelles de facturation des bénéficiaires du Plan.

NB : Pour l'élaboration de l'état récapitulatif utiliser une application garantissant la fiabilité des calculs (Excel...).

Cet état doit être présenté selon le modèle joint en annexe et doit être soumis à l'approbation du Directeur de l'hôpital.

Le Directeur de l'Hôpital approuve la demande de remboursement adressé au Directeur général de l'ACMU.

Il envoie la demande de remboursement ainsi que toute la liasse justificative décrite ci avant et la version électronique de l'état récapitulatif au service régional de l'ACMU au plus tard le dix (10) du mois avec ampliation à la région médicale.

3.5 Outils de gestion du Plan SESAME

3.5.1 Arrêté N° 2794 MSP/DS/SP du 22 mars 2010 portant la liste des soins exclus du Plan SESAME

Arrêté ministériel n° 2794 MSP-DS-SP en date du 22 mars 2010 définissant les services éligibles au Plan SESAME.

Article premier. - Conformément aux dispositions de l'article 2 du décret n° 2008-381 du 7 avril 2008, le présent arrêté définit les prestations médicales dont l'accès est gratuit ou à coût réduit pour les personnes âgées de 60 ans et plus.

Art. 2. - Les actes médicaux dans les structures publiques de santé sont accessibles gratuitement pour les bénéficiaires du Plan SESAME à l'exclusion des prestations suivantes :

- soins de dialyses rénales ;
- prothèse (dentaires, de hanches, etc...) ;
- implants sauf les implants oculaires ;
- pace maker ;
- évacuations sanitaires pour l'étranger ;
- médicaments de spécialités des (officines privées) ;
- IRM ;
- scanners sauf urgence ;
- hospitalisations en 1ere et 2eme catégorie ;
- soins de beauté ;
- chirurgie esthétique ;
- bilan systématique.

Art. 3. - La liste fixant les services offerts aux personnes concernées est révisable à tout moment par arrêté du Ministre en charge de la Santé.

Art. 4. - Le Directeur de la Santé, le Directeur des Etablissements publics de Santé, le Coordonnateur national du Plan SESAME sont chargés de l'exécution du présent arrêté, qui sera enregistré, publié, et communiqué partout où besoin sera.

3.5.2 Facture récapitulative

Entête de la structure de santé

Lieu : , le jour/mois/année

ETAT RECAPITULATIF DU PLAN SESAME

N° : / Période : mois / année

N° d'ordre*	Date Prise en Charge	Prénom(s) et Nom	N°CNI	Sexe (M/F)	N° Tel.	Prestations (hosp., cons., analyse ...)	Service	Prix Unitaire	Prix Total
1									
2									
Sous total (par page)									
TOTAL GENERAL									

* un numéro par patient

Arrêtée la présente facture à la somme de

Responsable du Service Financier

Responsable de la Structure

Page ... / ...

3.5.3 FACTURE INDIVIDUELLE

Entête de la structure de santé

FACTURE INDIVIDUELLE DU PLAN SESAME

Période : *mois / année*

INFORMATIONS SUR LE PATIENT

Code patient :

Prénoms et Nom :

Date et lieu de naissance :

Sexe (M/F) :

N° CNI :

N° Téléphone :

Date	Numéro d'enregistrement dans le registre	Prestations	Montant unitaire	Nbre de jours (hospit.)	Montant total
TOTAL GENERAL					

Le Responsable de la facturation

3.5.4 BULLETIN DE REFERENCE

Se conformer au modèle de bulletin de référence (Manuel national de stratégies sur la référence et la contre référence, MSPM, juin 2016). Un modèle est joint en annexe.

IV. DISPOSITIF DE MISE EN ŒUVRE DE LA GRATUITE DE LA DIALYSE

4.1 Justification et objectifs

Pour soulager les Insuffisants Réniaux Chroniques du fait du coût très élevé de la dialyse, l'Etat du Sénégal a démarré en avril 2010, une prise en charge partielle, réduisant à 10.000 FCFA le coût d'une séance d'hémodialyse. Celle-ci était de l'ordre de 50.000 FCFA ce qui revenait à 650.000 FCFA par mois pour les treize (13) séances habituelles.

En 2012, l'Etat décide d'aller plus loin en déclarant que la séance de dialyse est désormais gratuite pour le patient. Les montants facturés vont être remboursés par le MSAS.

D'autres efforts ont été faits depuis lors, avec l'augmentation des générateurs et l'installation d'unités de traitement.

La concertation entre les différents acteurs publics et privés a été d'un grand apport dans la mise en œuvre de cette politique de gratuité. La subvention de l'Etat prenant en charge les kits a permis aux centres privés de réduire leurs tarifs.

4.2 Bénéficiaires de la gratuité de la dialyse

Tout patient sénégalais souffrant d'une insuffisance rénale chronique au stade terminal ou d'une insuffisance rénale aigue, est éligible au programme de prise en charge gratuite de la dialyse.

Sont également concernés, les sénégalais non-résidents, qui ne bénéficient pas d'une couverture médicale hors de leur pays de résidence. Leur prise en charge se fait sur programmation et dans la limite des places disponibles.

Les étrangers en vacances au Sénégal doivent honorer leur prise en charge, y compris les kits utilisés.

L'identification des patients éligibles est faite par un néphrologue qui pose ou confirme le diagnostic et prescrit la dialyse.

L' enrôlement des patients se fait au niveau des centres de dialyse des Etablissements Publics de Santé (EPS).

Hémodialyse

Le patient, muni de la prescription du néphrologue et du résumé de son dossier médical, se rend à un centre public de dialyse.

Il remplit un formulaire de demande d'inscription sur la liste des patients pris en charge pour la dialyse et y joint une demande manuscrite adressée au directeur de la structure ainsi qu'une photocopie de sa carte nationale d'identité.

L'assistante sociale de la structure mène une enquête sociale puis inscrit le patient sur la liste et lui attribue un numéro.

S'il n'y a pas de place disponible pour ce patient à l'unité d'hémodialyse de la structure, il est inscrit sur la liste d'attente.

Le patient est orienté vers une autre structure publique ou privée offrant le service, pour bénéficier d'une prise en charge en attendant son tour sur la liste d'attente.

Chaque centre de dialyse tient sa propre liste d'attente et les patients peuvent s'inscrire simultanément sur la liste de plusieurs structures, en attendant la mise en place d'une gestion centralisée et informatisée des listes d'attente.

Les places disponibles sont attribuées par ordre d'arrivée à partir de la liste d'attente, par une commission au sein de chaque structure.

Lorsqu'un patient est retenu pour l'hémodialyse, il est informé par téléphone, et convoqué pour la procédure d'inclusion.

Il arrive que le patient retenu soit déjà hémodialysé dans une autre structure publique ou privée. Dans ce cas, il est libre d'accepter la place qui lui est proposée ou non. Il peut également permuter avec un autre patient, en fonction du lieu d'habitation.

Il peut arriver également qu'il soit en dialyse péritonéale, dans l'attente d'une place.

Si le patient accepte la place qui lui est proposée, il prend rendez-vous avec le néphrologue pour faire un bilan.

Il démarre aussitôt après les séances d'hémodialyse à l'aide de cathéters s'il n'a pas encore de fistule artério - veineuse, en attendant de se rendre auprès du coordinateur de la pose des fistules, munie d'une prescription du néphrologue. Le coordonnateur l'oriente vers un service de chirurgie habilité à réaliser la pose de FAV. Originellement, il s'agissait du Service de Chirurgie Thoracique et Cardio- Vasculaire (CTCV) du Centre Hospitalier

Universitaire (CHU) de FANN. Des chirurgiens ont cependant été formés afin que le service soit disponible au niveau des hôpitaux régionaux.

☞ **Dialyse péritonéale (DP)**

Elle n'est actuellement proposée qu'à l'Hôpital Aristide Le Dantec (HALD).

La DP est une technique particulière pour laquelle l'enrôlement se fait sur avis du néphrologue, après vérification des critères d'éligibilité spécifiques (état clinique et conditions environnementales).

Une liste d'attente peut être ouverte pour les patients éligibles du fait de la lourdeur de la prise en charge.

4.3 Eléments du paquet offert aux bénéficiaires

4.3.1 Pour l'hémodialyse

☞ **La pose de la fistule artério - veineuse**

☞ **Les séances d'hémodialyse à raison de 03 séances par semaine**

☞ **Le kit d'hémodialyse fourni par la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) et comprenant :**

- Le dialyseur dit rein artificiel
- Un Set de ligne (artère et veine)
- Un Set de branchement /débranchement
- Un Set aiguille à fistule (une aiguille artérielle une veineuse)
- Une cartouche de bicarbonate
- Une poche d'un litre de sérum salé isotonique 0.9%
- Un bidon de 5 litres d'acide
- Un filtre pour 80 à 100 dialyses
- Un flacon de désinfectant interne chimique (70 à 80 séances)
- Un flacon de désinfectant thermochimique (70 à 80 séances)
- Un désinfectant de surface.

☞ **Le complément du kit d'hémodialyse**

- 2 poches de sérum salé isotonique de 500ml
- 1 poche de sérum glucosé isotonique 5% de 500ml
- 1 anti coagulant.

4.3.2 Pour la dialyse péritonéale (DP)

☞ Le kit de dialyse péritonéale

- Le cathéter de DP
- Le prolongateur du cathéter de DP
- L'adaptateur si nécessaire
- Les poches de DP de types variables
- Les cassettes de dialyse péritonéale automatisée (DPA) si nécessaire
- Le cycleur de DPA si nécessaire
- Les minicaps de Bétadine.

4.4 Eléments indispensables mais non compris dans le paquet offert

4.4.1 Pour l'hémodialyse

☞ Les médicaments

- Erythropoïétine
- Fer injectable
- Furosémide 250 mg injectable
- Furosémide 500 mg comprimé
- Kayexalate

☞ Les cathéters

- Les cathéters jugulaire et fémoral (le premier est gratuit, les suivants sont à la charge du patient)
- Le cathéter tunnelisé.

4.4.2 Pour la dialyse péritonéale

- Alcool
- Flacons de Bétadine

- Compresse
- Pansement adhésif
- Masques chirurgicaux
- Médicaments identiques que pour HD.

Remarque: les éléments indispensables mais non inclus dans les paquets offerts constituent un facteur d'exclusion pour un patient qui ne dispose pas des moyens de les acheter.

4.4.3 Gestion des kits de dialyse

Les bons de commande de kits de dialyse adressés à la PNA via les PRA doivent être visés par le médecin de l'unité d'assistance médicale du service régional de l'ACMU. Secondairement, une copie du Bordereau de livraison et du procès-verbal de réception doit être déposée au SR de l'ACMU, accompagnées du rapport mensuel de gestion du stock de kits, signé par le néphrologue du centre de dialyse.

4.5 Description de la procédure de demande de remboursement

A la fin de chaque mois, le service de néphrologie fait le pointage des patients reçus dans le courant du mois et le nombre de séances réalisées pour chaque patient afin de remplir la fiche individuelle, l'état récapitulatif et le rapport mensuel présentés en annexe. Ces documents sont validés par le néphrologue du centre de dialyse.

Sont transmis mensuellement au service de la facturation :

- Les dossiers constitués pour chaque patient de la fiche individuelle et de la photocopie de la CNI* ;
- L'état récapitulatif (voir annexes) présentant la liste des patients avec le montant total du remboursement demandé pour la période d'un mois ;
- Le rapport mensuel (voir annexes)

NB : Pour l'élaboration de l'état récapitulatif, utiliser une application garantissant la fiabilité des calculs (Excel...).

Le Directeur de l'Etablissement dont dépend le centre de dialyse approuve et signe le bordereau d'envoi de la demande de remboursement.

Il envoie la demande de remboursement ainsi que toute la liasse justificative décrite ci avant et la version électronique de l'état récapitulatif de paiement au service régional de l'ACMU au plus tard le dix (10) du mois avec ampliation à la Région Médicale.

N.B. : *Voir la nécessité de la transmettre chaque mois pour le même patient.

4.1 Outils de gestion de la gratuité de la dialyse

4.1.1 Facture récapitulative de la dialyse

Entête de la structure de santé

Fait à , le jour/mois/année

ETAT RECAPITULATIF DE L'HEMODIALYSE

N° : / Période : mois / année

N°	Prénoms et Nom		N°CNI*	Age	Sexe M/F	Téléphone	Adresse	Nbr. de séances	Prix unitaire	Prix Total
1										
2										
3										
4										
...										
Sous total (par page)										
Total Général										

* CNI de la mère ou du père pour les nouveau-nés et enfants

Arrêtée la présente facture à la somme de

Le Responsable Service Financier

Le Responsable de la structure

Page ... / ...

4.1.2 Facture récapitulative de la dialyse péritonéale

Entête de la structure de santé

Fait à , le jour/mois/année

ETAT RECAPITULATIF DIALYSE PERITONEALE

N° : / Période : mois / année

N°	PRENOMS	NOM	N° CNI*	SEXE (M/F)	AGE	NBRE. DE POCHES	PRIX UNITAIRE	MONTANT TOTAL
1								
2								
3								
4								
...								
Sous total (par page)								
Total Général								

* CNI de la mère ou du père pour les nouveau-nés et enfants

Arrêtée la présente facture à la somme de

Le Service Administratif et Financier

Le Directeur de la structure

Page ... / ...

4.1.3 Fiche individuelle d'hémodialyse

Entête de la structure de santé

FICHE INDIVIDUELLE DE L'HEMODIALYSE

Période : *mois / année*

INFORMATIONS SUR LE PATIENT
Code patient :
Prénoms et Nom :
Date et lieu de naissance :
N° CNI :
N° Téléphone :
Adresse :
Diagnostic (IRC ou IRA) :
Patient de la cohorte de la structure (Oui/Non) :
Structure ou service d'origine (si le patient est d'une autre structure ou service) :

INFORMATIONS SUR LES SEANCES		
N° Ordre	Date	Numéro d'enregistrement
1		
2		
3		
4		
...		

Le Surveillant de service

Le Médecin néphrologue

4.1.4 Fiche individuelle de la dialyse péritonéale

Entête de la structure de santé

FICHE INDIVIDUELLE DE LA DIALYSE PERITONEALE

Période : *mois / année*

INFORMATIONS SUR LE PATIENT

Code patient :

Prénoms et Nom :

Date et lieu de naissance :

N° CNI :

N° Téléphone :

Adresse :

INFORMATIONS SUR LA DIALYSE PERITONEALE

N° enregistrement :

Diagnostic (IRC ou IRA) :

Nombre de poches :

Patient de la cohorte de la structure (Oui/Non) :

Structure ou service d'origine

(si le patient est d'une autre structure ou service) :

Le Surveillant de service

Le Médecin néphrologue

4.1.5 Rapport mensuel d'activités de la dialyse

Entête de la structure de santé

Fait à , le jour/mois/année

RAPPORT MENSUEL D'ACTIVITES DE LA DIALYSE

Période : mois / année

INTITULE	NOMBRE
Nombre de patients bénéficiant de l'hémodialyse	
Nombre de patients bénéficiant de la dialyse péritonéale	
Nombre de patients inscrits sur la liste d'attente	
Nombre de patients décédés	
Nombre de générateurs fonctionnels	
Nombre de générateurs de réserve	
Nombre de générateurs en panne	

Le Médecin néphrologue

Le Major

V. DISPOSITIF DE MISE EN ŒUVRE DE LA GRATUITE DES CESARIENNES

5.1 Justification et objectifs

L'initiative portant sur la gratuité des accouchements par césarienne au Sénégal a été lancée officiellement en décembre 2004, par le Ministre en charge de la Santé. Elle a été effective avec la **lettre circulaire N°07806 /MSPM/DES du 29 Décembre 2004**, cette initiative a démarré en 2005 par les régions de Kolda, Ziguinchor, Fatick, Tambacounda et Matam.

Un stock de démarrage a été mis en place à la PNA avec 2000 kits d'accouchement et 437 kits de césarienne.

En 2006, la gratuité des césariennes a été généralisée à l'ensemble des régions à l'exception de Dakar.

A partir de mars 2011, cette initiative a concerné toutes les régions à l'exception du département de Dakar.

L'extension du programme en 2014 a été effective à l'ensemble des hôpitaux du secteur public et des centres de santé offrant des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU).

Les nouvelles autorités politiques ont clairement exprimé leur volonté d'assurer une couverture maladie universelle (CMU) à au moins 75 % de la population à l'horizon 2017. Cette CMU doit mettre l'accent prioritairement sur les cibles vulnérables en particulier l'assistance au couple mère-enfant d'où la pertinence du renforcement des initiatives de gratuité en appoint au processus de développement des mutuelles de santé.

Une telle perspective justifie l'extension du programme en 2014 à l'ensemble des hôpitaux du secteur public et des centres de santé offrant des SONU.

Le paquet de soins offert aux parturientes est la prise en charge de la césarienne. A cet effet, un niveau de remboursement forfaitaire plus consensuel et une description des procédures de remboursement sont adoptés de façon à garantir une utilisation rationnelle des ressources.

5.2 Bénéficiaires de la gratuité des césariennes

Les bénéficiaires sont les femmes enceintes de nationalité sénégalaise dont l'état de santé ou celui du fœtus nécessite le recours à la césarienne.

5.3 Eléments du paquet offert aux bénéficiaires

Sont gratuits pour les patientes :

- Le bilan pré opératoire ;
- L'acte opératoire ;
- Le kit de médicaments et de produits entrant comme intrants dudit acte ;
- Le séjour hospitalier n'excédant pas cinq (5) jours ;
- Les produits et les médicaments nécessaires à une réanimation éventuelle et le bilan y afférent en post opératoire.

5.4 Description de la procédure de demande de remboursement

Tout cas de césarienne est justifié grâce aux documents suivants :

- Une copie de la carte nationale d'identité de la parturiente, ou à défaut, de celle de son mari ou d'un ascendant direct au premier degré.
- le certificat d'accouchement signé par le gynécologue, le chirurgien, ou le médecin compétent SOU (Soins Obstétricaux d'Urgence), son cachet nominatif faisant foi.

A la fin de chaque mois, au niveau du district, le responsable de la maternité du centre SONU produit et signe la fiche de la situation globale accompagné de la totalité des copies de cartes d'identité nationale et des certificats d'accouchement. Ce dossier est transmis au chef de la formation sanitaire qui doit le viser et l'envoyer au plus tard le cinq (05) du mois, au Médecin Chef de District (MCD).

Le MCD transmet la demande de remboursement au plus tard le dix (10) du mois à la Région Médicale, laquelle dispose de deux (02) jours pour la transmettre au service régional de l'ACMU.

Les EPS transmettent leur demande de remboursement au plus tard le dix (10) de chaque mois au service régional de l'ACMU avec ampliation à la région médicale.

5.1 Outils de gestion de la gratuité des césariennes

5.1.1 Situation globale de la prise en charge des césariennes

Entête de la structure de santé

Fait à , le *jour/mois/année*

ETAT RECAPITULATIF DES CESARIENNES

N° : / Période : *mois / année*

N° Ordre	Prénoms et nom	N° CNI*	Age	Téléphone	Adresse	N° Enregistrement au niveau du registre du bloc opératoire	Diagnostic	Date intervention	Durée hospitalisation (jours)
1									
2									
3									
...									

* de la patiente, du conjoint ou de l'ascendant direct

Chef du Service de la maternité

Le Directeur de la Structure

5.1.2 Fiche de suivi individuelle prise en charge des césariennes

Entête de la structure de santé

FICHE INDIVIDUELLE DE LA CESARIENNE

Période : *mois / année*

INFORMATIONS SUR LE PATIENT

Code patient :
Prénoms et Nom :
Date et lieu de naissance :
N° CNI* :
N° Téléphone :
Adresse :

* de la patiente, du conjoint ou de l'ascendant direct

INFORMATIONS SUR LA CESARIENNE

Date d'entrée :	
Date de sortie :	
Diagnostic/Indication :	
Date d'intervention :	
Observations particulières :	

Le Chef du Service de la maternité

5.1.3 Modèle de rapport d'activités du centre SONU / EPS

Le modèle est conforme à celui du rapport utilisé par les structures selon le Système d'Information sanitaire et le District health information system (DHIS2).

VI. DISPOSITIF DE MISE EN ŒUVRE DE LA GRATUITE DES SOINS POUR LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ (05) ANS

6.1 Justification et objectif

L'initiative pour la gratuité des soins de santé du nouveau-né et de l'enfant de moins de cinq (05) ans s'inscrit dans la volonté du Président de la République de faire de la Couverture Maladie Universelle (CMU) une réalité au Sénégal. Aussi elle constitue l'un des axes stratégiques du Plan de Développement de la Couverture Maladie Universelle 2013-2019.

Le but de l'initiative pour la gratuité des soins du nouveau-né et de l'enfant de moins de cinq (05) ans est de contribuer à l'atteinte des ODD (cible 3).

L'objectif est d'assurer la prise en charge gratuite des affections du nouveau-né et de l'enfant âgé de moins de 5 ans à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. L'essentiel de la mortalité infanto-juvénile est lié aux affections suivantes :

- asphyxie du nouveau-né ;
- affections néonatales ;
- faibles poids à la naissance/prématuré ;
- infections Respiratoires Aigües (IRA) ;
- diarrhée ;
- malnutrition ;
- anémies ;
- paludisme.

La démarche conceptuelle s'est appuyée sur la prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance (PCIME)

La première phase a démarré en octobre 2013 avec comme éléments :

- Au niveau poste de santé : consultation, vaccination ;
- Au niveau centre de santé : consultation, vaccination, et hospitalisation d'une durée maximale de sept jours ;
- Au niveau hôpital : consultation en urgences et des cas référés.

Depuis janvier 2014, la deuxième phase de la gratuité est entamée avec élargissement du paquet aux médicaments génériques (IB) et adoption d'un système de remboursement forfaitaire couvrant l'épisode maladie.

☞ Au niveau poste de santé :

- forfait comprenant la consultation et les médicaments IB,
- la vaccination ;

☞ Au niveau centre de santé :

- forfait comprenant la consultation, l'hospitalisation et les médicaments IB,
- la vaccination ;

☞ Au niveau hôpital :

- consultation en urgence (laissé à l'appréciation du prestataire) et des cas référés.

6.2 Les bénéficiaires de la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq (05) ans

Les bénéficiaires de cette initiative sont les enfants de nationalité sénégalaise âgés de moins de cinq (05) ans. Pour une meilleure identification de la cible, les documents suivants sont exigés : carnet de santé, carnet de vaccination, extrait de naissance ou tout autre acte d'état civil.

6.3 Eléments du paquet offert aux bénéficiaires

Au niveau poste de santé :

- **forfait comprenant la** consultation et les médicaments IB,
- la vaccination ;

Au niveau centre de santé :

- **forfait comprenant la** consultation, l'hospitalisation et les médicaments IB,
- la vaccination ;

Au niveau hôpital : consultation en urgences et des cas référés.

6.4 Description de la procédure de demande de remboursement

A l'arrivée d'un enfant dans une structure quel que soit le niveau (poste, centre de santé et hôpital), le responsable de l'accueil vérifie que l'enfant est éligible à la gratuité, demande la présentation du carnet de santé ou à défaut l'extrait de naissance ou toute autre pièce d'état civil pouvant justifier l'âge de l'enfant.

Pour matérialiser la prise en charge, l'enfant est-orienté vers le service devant s'occuper de son cas, et qui après service fait, fournira au service facturation de la structure, tous les éléments nécessaires à l'établissement de la facture.

Chaque mois, le responsable de la structure (poste de santé, centre de santé) établit la fiche de situation globale de prise en charge des enfants. Il cosigne avec le président du comité de santé la facture récapitulative mensuelle.

Le responsable de la structure envoie au MCD au plus tard le cinq (05) du mois la situation globale de prise en charge accompagnée de toutes les pièces justificatives requises (les fiches individuelles de prise en charge et la facture récapitulative).

Le MCD remplit la fiche de synthèse mensuelle, en y joignant la facture récapitulative (co-signée par le président du comité de santé) et envoie le dossier au plus tard le 10 du mois à la Région Médicale, laquelle dispose de deux (02) jours pour envoyer le dossier au Service Régional de l'ACMU.

Au niveau des EPS, le directeur signe la fiche de situation globale mensuelle accompagnée des fiches individuelles des enfants et d'une facture et envoie le dossier au plus tard le dix (10) du mois au Service Régional de l'ACMU avec ampliation à la Région Médicale.

NB : Pour l'élaboration de la facture utiliser une application garantissant la fiabilité des calculs (Excel...).

6.5 Outils de gestion de la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq (05) ans

6.5.1 Situation globale de prise en charge au niveau poste de santé

Entête de la structure de santé

Fait à , le *jour/mois/année*

SITUATION GLOBALE DE PRISE EN CHARGE AU NIVEAU POSTE DE SANTE

N° : / Période : *mois / année*

N° Ordre	Date	Prénoms et Nom	Age (mois)	Sexe (M/F)	Source d'identification	N° d'ordre registre CPC	N° d'ordre registre PEV	N° d'enreg. pharmacie IB	Montant		COUT TOTAL
									Forfait (cons. et médic) 1.400 F	Ticket Vaccin. 100 F	
1											
2											
3											
...											
		Sous total (par page)									
		TOTAL GENERAL									

Arrêtée la présente facture à la somme de

L'Infirmier Chef de poste

Page ... / ...

6.5.2 Fiche de situation globale de prise en charge au niveau centre de santé

Entête de la structure de santé

Fait à , le jour/mois/année

SITUATION GLOBALE DE PRISE EN CHARGE AU NIVEAU CENTRE DE SANTE

N° : / Période : mois / année

N° Ordre	Date	Prénoms et Nom	Age (mois)	Sexe (M/F)	Source d'identific ation	N° Tel	N° d'ordre registre CPC	N° d'ordre registre PEV	N° d'enreg. pharmacie IB	Nbre jours hospitalisation	Montant		COUT TOTAL
											Forfait (cons. et médic) 4.500 F	Ticket Vaccin. 100 F	
1													
2													
	Sous total (par page)												
	TOTAL GENERAL												

Arrêtée la présente facture à la somme de

Le Médecin Chef du Centre

Page ... / ...

6.5.3 Fiche individuelle

Entête de la structure de santé

FICHE INDIVIDUELLE PRISE EN CHARGE ENFANT (PS/CS)

Période : *mois / année*

INFORMATIONS SUR LE PATIENT

Numéro dans le registre (consultation, hospitalisation) :
Prénoms et Nom :
Date et lieu de naissance :
Sexe (M/F) :
Prénoms et nom de l'accompagnant :
N° Téléphone de l'accompagnant :
Diagnostic :

PRESTATIONS	OUI / NON
Consultation du médecin	
Consultation l'infirmier	
Hospitalisation	
Médicaments	

MEDICAMENTS

Numéro registre de distribution de médicaments :			
N°	DESIGNATION	QUANTITE PRESCRITE	QUANTITE LIVREE
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

Date et signature du prestataire

6.5.4 Bulletin de référence

Le modèle est conforme au bulletin de référence standard (Manuel national de stratégies sur la référence et la contre référence, MSPM , juin 2016). Un modèle est joint en annexe.

6.5.5 Rapport de morbidité

Le modèle est conforme au rapport mensuel nosologique des structures de santé notifié à travers le système d'information sanitaire et le District health information system (DHIS2).

6.5.6 Fiche de situation globale de prise en charge niveau hôpital

Entête de la structure de santé

Fait à , le *jour/mois/année*

SITUATION GLOBALE DE PRISE EN CHARGE AU NIVEAU HOPITAL

N° : / Période : *mois / année*

N° Ordre	Date	Prénoms et Nom	Age (mois)	Sexe (M/F)	Source d'identific ation	N° Tel	N° d'ordre registre de consultation	Structure de santé de provenance	Consultation		COUT TOTAL
									Urgences	Cas référés	
1											
2											
3											
...											
Sous total (par page)											
TOTAL GENERAL											

Arrêtée la présente facture à la somme de

Le Directeur de la Structure Hospitalière

6.5.7 Demande de remboursement niveau hôpital

Entête de la structure de santé

Fait à , le jour/mois/année

FACTURE RECAPITULATIVE DE PRISE EN CHARGE DES ENFANTS AU NIVEAU HOPITAL

N° :

Période facturée (mois / année)	Nombre de consultation en urgence	Nombre de consultation cas référés	Forfait (2.000 FCFA)	Montant Total
Sous total (par page)				
TOTAL GENERAL				

Arrêtée la présente facture à la somme de

Le Service Administratif et Financier

Le Directeur de la structure

Page ... / ...

6.5.8 Situation globale prise en charge des enfants de moins de 5 ans au niveau District

Entête de la structure de santé

Fait à , le jour/mois/année

SITUATION GLOBALE PRISE EN CHARGE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS AU NIVEAU DISTRICT

N° : / Période : mois / année

N° ordre	Date de transmission du rapport	Structure	PRESTATIONS						Montant total
			Prise en charge (Cons., Médi., Hospit.)			Vaccination			Nb. de cas hospitalisation
			Nb. cas	Tarif Unit	Montant	Nb. cas	Tarif Unit	Montant	
1									
2									
3									
...									
Sous total (par page)									
TOTAL GENERAL									

Le Médecin chef de District

Page ... / ...

6.5.9 Situation globale prise en charge des enfants de moins de 5 ans au niveau Régional

Entête de la structure de santé

Fait à , le jour/mois/année

SITUATION GLOBALE PRISE EN CHARGE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS AU NIVEAU REGIONAL

N° : / Période : mois / année

N° ordre	Date de transmission du rapport	District / EPS	PRESTATIONS							Montant total
			Prise en charge			Vaccination			Nb. de cas d'hospitalis ation.	
			Nb. cas	Tarif Unit	Montant	Nb. cas	Tarif Unit	Montant		
1										
2										
3										
...										
Sous total (par page)										
TOTAL GENERAL										

Le Médecin chef de Région

Page. /

VII. PROCEDURES DE TRAITEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT DES STRUCTURES AU NIVEAU DE L'ACMU

7.1 Les différents intervenants

Toutes les initiatives, pilotées par l'Agence CMU sous l'égide du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, font intervenir plusieurs acteurs.

- Les autorités administratives
- Les élus locaux (maire et président du conseil départemental)
- Les Médecins Chefs de Région
- Les chefs de service régional de l'ACMU
- Les responsables des unités d'assistance médicale
- Les Médecins Chefs de District
- Les Directeurs d'Hôpital
- Les prestataires de soins
- Les comités de gestion et comité de santé
- Les mutuelles de santé

Chaque formation sanitaire dépose par initiative de gratuité une demande de paiement pour les prestations de soins effectuées en y joignant les pièces justificatives prévues.

Les demandes de paiement des Postes et Centres de Santé sont adressées au Médecin Chef de District qui doit en faire une compilation pour le District, qu'il transmet au plus tard le dix (10) du mois au Médecin Chef de la Région Médicale, qui dispose de deux (02) jours pour les transmettre au service régional de l'ACMU.

Les demandes de paiement des Etablissements Publics de Santé sont directement transmises au Chef du Service régional de la CMU au plus tard le dix (10) du mois avec une ampliation au Médecin-Chef de Région pour toutes les initiatives (gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans, césariennes, dialyse et Plan SESAME).

7.2 Circuit introductif des documents

Les documents relatifs au remboursement des frais liés aux initiatives de gratuité sont adressés au Directeur Général de l'Agence par les responsables des structures sanitaires. Ils doivent être accompagnés d'un bordereau de transmission et constitués des pièces justificatives requises.

Ces demandes de remboursement sont transmises au Chef du Service régional de l'ACMU par le billet de la Région Médicale pour les districts, et directement par les EPS, avec une ampliation obligatoire au Médecin Chef de la Région Médicale.

Après une première vérification de l'exhaustivité du dossier (états récapitulatifs en version physique et électronique sous format Excel, rangement des dossiers suivant l'ordre de l'état récapitulatif) le mandataire dépose les factures avec un bordereau d'envoi au secrétariat du Service régional qui lui remet une décharge ou accusé de réception.

Ces documents sont transmis par le Chef du service régional aux médecins responsables de l'Unité de l'Assistance Médicale pour une vérification et un contrôle techniques et administratifs.

7.3 Processus de traitement des demandes de remboursement

7.3.1 Au niveau du service régional de l'ACMU

Le traitement de la demande de remboursement est réalisé par le responsable de l'unité de l'assistance médicale.

A ce stade, il vérifie l'éligibilité des bénéficiaires et l'exhaustivité des dossiers avec notamment la présence des différentes pièces requises:

- ☞ Examen de la CNI de la personne requise pour s'assurer de l'éligibilité du patient (personne âgée, femme ayant bénéficiée d'une césarienne ou de son garant, personne sous dialyse) ;
- ☞ Examen des pièces obligatoires pour chaque niveau de la pyramide sanitaire :
 - **poste et centre de santé** : une copie de la fiche individuelle de prise en charge, mentionnant les différents actes dont a bénéficié le patient ;

- **Etablissement public de santé** : une copie de la fiche individuelle de prise en charge, mentionnant les différents actes dont a bénéficié le patient, les preuves de paiement direct par le patient le cas échéant.

L'aboutissement de cette vérification sera de s'assurer de :

- l'existence d'un dossier patient valide, contenant toutes les pièces justificatives individuelles ;
- l'existence d'un rapport technique pour les cas de césarienne et de prise en charge des soins des enfants de moins de 5 ans comportant l'ensemble des informations permettant le traitement du dossier pour le remboursement ;
- La concordance entre les prescriptions et les actes effectués ;
- La concordance entre la facture individuelle du patient et l'état récapitulatif de paiement;
- La conformité des états récapitulatifs avec la version électronique format Excel
- La conformité des tarifs appliqués ;
- La conformité du montant global de la facture.

Après cette première étape de vérification :

- ☞ Les documents de demande de remboursement conformes font l'objet de validation par le responsable de l'unité de l'assistance médicale et d'approbation par le Chef du service régional de l'ACMU.

Une requête de paiement est ensuite adressée au Directeur Général de l'ACMU avec les documents suivants : Demande de paiement, facture synthétique, état récapitulatif de prise en charge et bordereau d'envoi des pièces ;

Les fichiers électroniques des états récapitulatifs de prise en charge sous format Excel sont adressés par le service régional à la Direction de l'Assistance Médicale.

- ☞ en cas de non-conformité, les documents sont renvoyés aux structures d'origine pour correction. Toutefois une concertation entre lesdites structures pour régularisation sera organisée dans tous les cas où cela est nécessaire.

A l'absence d'un consensus, les documents de demande de remboursement non conformes sont transmis à la Direction de l'Assistance Médicale.

- ☞ Après une validation initiale de la requête de paiement, un contrôle aléatoire sera fait au niveau des structures et auprès des bénéficiaires pour confronter les informations transmises aux constats sur l'effectivité des services. Ce contrôle sera fait par l'ACMU en collaboration avec la région médicale.

Ainsi, toute structure appliquant les programmes de la CMU peut faire l'objet d'un contrôle et l'ACMU.

7.3.2 Au niveau de la Direction Générale de l'ACMU

- ☞ ***Pour les demandes de remboursement conformes*** venant du service régional, la Direction de l'Assistance Médicale (DAME) soumet la requête de remboursement au Directeur Général de l'ACMU.

La requête validée est ensuite adressée à la Direction de l'Administration et des Finances (DAF).

La DAF prépare le mandat de la dépense et sa liquidation. Le dossier est ensuite transmis à la Cellule du Contrôle Générale (CCG).

La CCG procède à la vérification des demandes de remboursement et s'assure du respect des procédures financières.

Si le dossier est conforme, elle appose son visa, vérifie la disponibilité des crédits puis, transmet le dossier à la DAF pour enregistrement et envoi à la Direction Générale.

Le Directeur Général valide le mandat et le dossier est transmis à l'Agence Comptable Particulier (ACP) pour paiement.

De la réception de la demande de remboursement conforme au niveau du Service Régional de l'ACMU au paiement à la structure, les délais cumulés ne doivent pas dépasser trente jours ouvrables.

- ☞ ***Pour les demandes de remboursements non conformes***, la DAME, après vérification, les transmet à la Cellule du Contrôle Médicale (CCM), avec un rapport mentionnant les différentes non-conformités recensées.

A ce niveau, un autre aspect du contrôle technique et administratif sera effectué. Après vérification, la CCM établit un rapport avec requête de correction à la structure. Ce même rapport sera envoyé à la DAME et au Service régional.

Le rapport est accompagné des dossiers des patients à régulariser.

Après les corrections apportées par les structures de soins, les dossiers accompagnés d'une facture conforme aux dispositions du rapport de la CCM, sont ramenés au Service régional de l'Agence, qui transmet à la CCM, pour validation. S'il n'y a pas d'objection la CCM transmet à la DAME le dossier pour la poursuite de la procédure de paiement.

En cas d'objection, le dossier est renvoyé à la structure d'origine avec une lettre de notification, dont le Ministre en charge de la santé est ampliatrice en vue d'un arbitrage.

VIII. MESURES D'ACCOMPAGNEMENT

Pour que la CMU soit une réussite, elle devra être accompagnée de plusieurs mesures qui garantiront le succès de sa mise en œuvre. L'augmentation des activités de soins associée à la mise en œuvre des initiatives de gratuité, risque de fragiliser le système de santé existant si elle n'est pas accompagnée de mesures de renforcement:

- ☞ **Renforcer le système d'approvisionnement en médicament** : Les expériences d'exemption de paiement au Sénégal et dans les pays voisins ont montré que le risque majeur rencontré dans la mise en œuvre est la survenue de ruptures de stock en médicaments essentiels dans les formations sanitaires. Ainsi, il est nécessaire de renforcer la chaîne d'approvisionnement;
- ☞ **Assurer l'appropriation des initiatives de gratuités par le personnel soignant** : Les agents de santé sont les premiers à faire face aux attentes des populations. Il est important de développer une stratégie de communication à leur endroit en collaboration avec les régions médicales et les EPS. La réussite de la CMU dépend grandement de leur implication dans la mise en œuvre ;
- ☞ **Assurer une bonne communication auprès de la population** : Les attentes des populations sont grandes vis-à-vis des initiatives de gratuité et il est fondamental qu'un plan de communication précis soit élaboré afin que les populations puissent être au courant de l'étendue de leurs droits mais également de leurs limites. En effet une mauvaise interprétation pourrait entraîner une insatisfaction ;
- ☞ **Assurer la qualité et la sécurité des soins** : L'augmentation de la demande et l'insuffisance du plateau technique peuvent affecter la qualité des soins ;

- ☞ **Mettre en place un mécanisme de suivi et d'évaluation** de la mise en œuvre des initiatives de gratuité. Il sera nécessaire de mettre en place au niveau central, régional et du district un comité de suivi qui aura en charge de coordonner sa mise en œuvre progressive et de suivre son impact réel sur la population ;
- ☞ **Mettre en place un dispositif de gestion des données** permettant la collecte et la remontée régulière des rapports des districts et des EPS vers les régions médicales et services régionaux de la CMU ;
- ☞ **Renforcer au niveau des régions le personnel** chargé de la gestion des initiatives de gratuité : vérification des aspects techniques, qualitatifs, financiers, etc.
- ☞ **Disposer d'un logiciel approprié** pour l'exploitation des données et envisager la mise en réseau de l'ensemble du système pour une gestion optimisée, efficiente et fluide. L'utilisation plateforme DHIS2, permettra un croisement des données déclarées par les structures de santé ;
- ☞ **Saisir l'autorité pour la disponibilité d'une base de données de l'IPRES et du FNR** relative aux agents retraites et /ou de la mise en place d'une entente avec ces deux structures.

IX. Annexes

9.1 Bulletins de référence et de contre référence

9.2 Kit de césarienne : composition

9.3 Rapport mensuel d'activités du centre SONU / Maternité EPS

BULLETIN DE REFERENCE

N° _____

- Date et heure d'arrivée à la structure : le _____
- Date et heure de prise de décision d'évacuation : le _____
- Date et heure d'évacuation : le _____
- Prénoms et Nom du malade : _____
- Age : _____ sexe : _____
- Adresse : _____
- Données cliniques : _____
 - Plaintes : _____
 - Poids : _____ kg ; Taille : _____ T° : _____ °C ; TA : _____ mm Hg
 - Fréquence respiratoire : _____ cycles/min ; Pouls : _____ Puls./min
 - Conscience : _____
 - Déshydratation : _____
 - Muqueuses : _____
- Résumés cliniques et para cliniques (Prendre en compte les spécificités) :

- Traitement reçu :
- Référé vers :

- Centre de Santé _____
 - ☐ Médecine ☐ Maternité ☐
- Hôpital : _____
 - ☐ Médecine ☐ Maternité ☐
 - ☐ Chirurgie ☐ Pédiatrie ☐
 - ☐ Autres services : (à préciser) _____
- Moyens d'évacuation : _____

Identité, qualification et téléphone de l'agent référant : _____

Signature et cachet

- Date et heure d'arrivée dans la structure d'accueil : _____
- Date et heure de prise en charge : _____

Région Médicale de :

District Sanitaire de :

Formation Sanitaire de :

FICHE DE CONTRE REFERENCE

N° _____

- Prénom et Nom du malade : _____
 - Age : _____ Sexe : _____
 - Adresse : _____
 - Résumé du dossier:
 - Diagnostic : _____

 - Traitement : _____

 - Evolution : _____

 - Suite de la Prise en charge : _____

 - Observations : _____

- Identité, Qualification et téléphone du Prestataire : _____
- Nom de la structure destinataire : _____

Date :

Signature et cachet :

Kit de césarienne : composition

Quantité	Produits	Conditionnement	
2	Compresse gazeuses stériles 40 x 40	P/10	
2	Vicryl 5/2	Unité	
1	Vicryl aiguille 30mm Dec 5	Unité	
1	Fil à peau nylon	Unité	
1	Sparadrap 5m x 5 cm ND	Unité	
1	Povidone 10 DR 10 % (Bétadine jaune)	Fl /125 ml	
1	Povidone 10 DR 10 % (Bétadine rouge)	Fl /125 ml	
2	Cathéter court 18 G	Unité	
2	Seringue 5 CC avec aiguille	Unité	
1	Lame de Bistouri N° 20	Unité	
3	Gant latex 7,5	Paire	
1	Perfuseur	Unité	
1	Sonde urinaire CH 18	Unité	
1	Poche à urines 2 L	Unité	
4	Glucose 5 %	Fl /500 ml	
2	Gélatine fluidifiée (Plasma gel)	Fl /500 ml	
4	Sodium chlorure 9 %	Fl /500 ml	
2	Eau pour préparation injectable	Unité	
2	Thiopental 1 g	Ampoule	
2	Céphacidal injectable 1 g	Ampoule	
10	Syntocinon 5 UI	Ampoule	
3	Valium 10 mg/2ml	Ampoule	
3	Atropine 0,25 mg	Ampoule	
3	Perfalgan perfusion	Flacon	
	Autres à préciser		

RAPPORT MENSUEL D'ACTIVITES DU CENTRE SONU / EPS

Période : *mois / année*

INTITULE	NOMBRE
Nombre total de femmes ayant accouchées	
Nombre total de naissances	
Nombre de naissances Vivantes	
Nombre de Mort-nés frais	
Nombre de Mort-nés macérés	
Nombre total de mort-nés	
Pourcentage de parturientes ayant bénéficié de surveillances par partogramme	
Nombre de césariennes enregistrées (fiche d'intervention)	
Nombre de césariennes enregistrés (registre de bloc opératoire)	
<u>COMPLICATION MATERNELLES</u>	
Nombre d'utérus cicatriciels (antécédents de césariennes)	
Nombre d'hémorragies anté-partum (HRP, autre)	
Nombre d'hémorragies post-partum	
Nombre de présentation anormale (front, transverse, épaule)	
Nombre de ruptures utérines	
Nombre de dystocies (DFP, bassin, travail prolongé, arrêt dilatation ligne d'action franchie...)	
Nombre d'hypertension (140/90)	
Nombre de pré-éclampsie (TA 140/90 + protéinurie)	
Nombre d'éclampsie anté-partum	
Nombre d'éclampsie post-partum	
Nombre d'infections amniotiques	
Nombre d'avortements septiques ou compliqués	
<u>DECES MATERNELS</u>	
Nombre total de décès	
Nombre de décès par hémorragie anté-partum	
Nombre de décès par hémorragie post- partum	
Nombre de décès par dystocie	
Nombre de décès par hypertension	
Nombre de décès par infections amniotique	
Nombre de décès par avortement	
Anémie	
Autre cause indirecte	

Le Gynécologue

Le Président de la CME

N° : / Période : *mois* / *année*

FACTURE RECAPITULATIVE DE LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS AGES DE MOINS 5 ANS

N°	STRUCTURES	Montant		TOTAL
		Consultation / Hospitalisation	Vaccination	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
TOTAL				

Arrêtée la présente facture à la somme de : _____

Le président du comité de santé

le Responsable de la structure