

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

SECRETARIAT GENERAL



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

SECRETARIAT GENERAL

Manuel opérationnel de **gestion** de la **Politique d'élimination** du **paiement** des **frais** **directs** par les **PvVIH**

Edition 2020

■ PRÉFACE



Depuis avril 2019, le Gouvernement Camerounais a pris l'engagement d'améliorer la riposte à l'infection à VIH par la suppression du paiement direct des frais liés au service VIH. Cette initiative vient s'ajouter à l'ensemble des mesures qui permettent un accès à des services et soins essentiels pour une meilleure protection sociale en santé, de toutes personnes vivant avec le VIH/SIDA sur le territoire national. Cette mesure est cohérente avec la stratégie de financement de la santé qui se propose entre autres, d'assurer à tous les camerounais, un accès équitable à des soins de santé de qualité ; afin de réaliser la vision de la Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2030 à savoir : « ***Le Cameroun, un pays où l'accès universel aux services de santé de qualité est assuré pour toutes les couches sociales à l'horizon 2035*** ».

L'un des principaux défis actuels de notre système de santé est sa faible couverture par un mécanisme de pré-paiement et de mutualisation des fonds pour le financement, qui représente dès lors la seule alternative rassurante pour garantir un accès équitable aux soins de santé. Ce serait également un gage de protection contre les risques financiers et les dépenses exorbitantes de santé dues à la maladie. De ce fait, la suppression du paiement des frais directs pour les patients VIH est une mesure de politique publique prise par le Chef de l'Etat, SE Paul BIYA, visant à assurer l'accès équitable aux services de santé, garantir la protection financière des usagers et la disponibilité des services de qualité dans les formations sanitaires, avec une augmentation de la fréquentation. Tout ceci conduisant à accélérer les progrès vers les objectifs de la riposte au VIH.

Le Gouvernement a notamment pris de nombreux engagements en faveur du secteur de la santé parmi lesquels la mise en place de la Couverture Santé Universelle. L'intégration de cette politique d'exemption des frais directs liés à la prise en charge du VIH aux autres stratégies de financement de la santé comme le financement basé sur les performances (PBF), le Chèque Santé ainsi que le soutien qu'elle apporte à la demande de soins et des services de santé, constituent une opportunité pour une progression vers la Couverture Santé Universelle.

Au plan historique, le Gouvernement a mis en place de nombreuses initiatives de gratuité et de subventions de certains soins de santé. La mise en œuvre de tous ces engagements nécessite d'importantes ressources financières et humaines que le pays tarde à mettre à la disposition du secteur santé de façon satisfaisante.

Il devient alors impératif d'assurer une mobilisation financière et humaine pour une implémentation durable de cette politique d'exemption du paiement des frais directs des services liés au VIH dans les formations sanitaires et Organisations à Base Communautaires affiliées.

Le présent document vise ainsi à présenter les différentes actions, les acteurs et leurs rôles, y compris le périmètre de la mesure d'exemption du paiement direct des frais de service liés au VIH, conformément à la décision **N°0498/D/MINSANTE/SG/CNLS/GTC/SP du 04 avril 2019**. À ce titre, j'exhorte toutes les parties prenantes, tous les acteurs nationaux et internationaux, étatiques et non étatiques, à s'appropriier ce manuel de procédures et à s'engager pour la mise en œuvre optimale de cette politique qui a vocation à supprimer le paiement direct des frais liés au VIH pour le bien-être des familles, conformément à la volonté de Monsieur le Président de la République.



Dr MANAOUDA MALACHIE

Ministre de la Santé Publique

■ TABLE DES MATIÈRES

Préface	5
I. Introduction	7
I.1. Contexte et justificatif	11
I.2. Situation épidémiologique	12
I.3. Présentation du manuel opérationnel de gestion de la mesure d'exemption du paiement direct des frais de services liés au VIH/SIDA	13
II. La mesure d'exemption du paiement des frais directs des services VIH et ancrage dans la stratégie globale de riposte épidémiologie	14
II.1. Les acteurs de la riposte épidémiologique contre le VIH	14
II.2. La stratégie de l'exemption des frais de paiement direct	15
II.2.1. Cadre institutionnel	15
II.2.2. Objectifs	16
III. Périmètre de la mesure d'exemption des frais de paiement direct	17
III.1. Le paquet de services	17
III.2. Les coûts des services	21
IV. Mise en œuvre de l'exemption des frais directs	22
IV.1. Chaîne d'approvisionnement en intrants	23
IV.1.1. La distribution	23
IV.1.2. La dispensation	24
IV.1.3. La réalisation des examens	24
IV.2. Principaux outils de mise en œuvre de la mesure d'exemption de paiements de frais directs	24
V. Mécanismes de facturation VIH USER FEES et vérification et contrôle aligné avec le système PBF1	27
V.1. Mécanisme d'élaboration des factures et suivi des prestations au niveau des prestataires	27
V.2. Mécanisme de vérification et contrôle en ligne avec PBF	29

V.3.	Mécanisme de gestion des données VIH UF et paiement au niveau du fonds régional	30
V.4.	Mécanisme de suivi et d'ajustement des mémoires de dépenses pour les VIH UF	31
V.5.	Satisfaction des services offerts aux PVVIH	33
VI.	Circuit et délai de remboursement	34
VI.1.	Mécanisme de remboursement	34
VI.2.	La procédure	34
VI.1.1.	L'engagement juridique	34
VI.1.2.	L'engagement comptable	35
•	L'ordonnateur	36
•	Le contrôleur financier	36
•	Le comptable public	36
•	Le tiers payant	37
•	Les bénéficiaires	37
VI.2.	Les délais et supports de la procédure	38
VII.	Les mesures de Contrôle, suivi et évaluation et Contre-Vérification	39
VII.1.	Les processus de contrôle et de suivi évaluation	39
VII.2.	Les mesures de Contrôle et Contre Vérification	40
VII.3.	Les mesures prises après constat de malversation	42
VII.4.	Les sanctions	43
VII.5.	Régulation des conflits entre le tiers payant et les prestataires	43

LISTE DES SIGLES & ABRÉVIATIONS

SIGLES	DÉSIGNATIONS
ACV	Agence de Contractualisation et de Vérification
ASC	Agent de Santé Communautaire
CNSHAS	Conseil National de la santé, de l'Hygiène et des Affaires Sociales
CENAME	Centre National d'Approvisionnement en Médicaments et consommables médicaux Essentiels
CMA	Centre Médical d'Arrondissement
CNLS	Comité National de Lutte contre le Sida
COGE	Comité de Gestion
COGEDI	Comité de Gestion du District
COSADI	Comité de Santé du District
CPN	Consultation Périnatale
CSI	Centre de Santé Intégré
CSU	Couverture Santé Universelle
CV	Charge Virale
DAJC	Division des Affaires Juridiques et du Contentieux
DEP	Division des Etudes et des Projets
DCOOP	Division de la Coopération et du Partenariat
DHIS	District Health Information System
DLMEP	Direction de la Lutte contre la Maladie, les Epidémies et les Pandémies
DPML	Direction de la Pharmacie, du Médicament et du Laboratoire
DPS	Direction de la Promotion de la Santé
DRFP	Direction des Ressources Financières et du Patrimoine
DRSP	Délégation Régionale de la Santé Publique
DS	District de Santé
DSF	Direction de la Santé Familiale
ECD	Equipe Cadre du District
FEC	Femmes Enceintes
FOSA	Formation Sanitaire
FRPS	Fonds Régional pour la Promotion de la Santé

GTR	Groupe Technique Régional
HD	Hôpital de District
HR	Hôpital Régional
MINSANTE	Ministère de la Santé Publique
OBC	Organisations à Base Communautaire
PBF	Performance Based Financing
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PTF	Partenaire Technique Financier
PvVIH	Personne vivant avec le VIH
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SSD	Services de Santé de District
TARV	Traitement AntiRétroviral
UF	User Fees
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine

I. INTRODUCTION

I.1. Contexte et justificatif

Le Cameroun a pris l'engagement au plan national et international d'améliorer la riposte à l'infection à VIH et de réduire considérablement cette pandémie.

En effet, depuis des années, il a mis en œuvre un ensemble de mesures qui visent à améliorer la prise en charge du VIH SIDA y compris la prévention, ceci dans le but ultime de l'atteinte des objectifs 95-95-95, souscrits pour l'année 2030. Parmi ces mesures, on peut citer (i) la gratuité des antirétroviraux (2007), du dépistage précoce du VIH chez les enfants exposés, et dépistage du VIH chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans, (ii) l'adoption de la stratégie « tester et traiter » (Juin 2016) et (iii) la réorganisation des structures de prise en charge globale avec intégration des FOSA de 5^e et 6^e catégories (Juillet 2018).

A titre de rappel, la file active des PVVIH, au 31 Décembre 2020, se chiffre à 350 818 (CNLS 2020) pour une performance de 84,9% PVVIH Identifié et mis sous traitement ARV. Cette performance est en grande partie due au faible accès des patients atteints du VIH aux services de prise en charge et notamment de suivi biologique, en raison de la barrière financière que rencontre cette population vulnérable. Dans le but de résoudre ce déficit d'accès aux services, le Gouvernement, par le biais du Ministère de la Santé Publique a décidé de l'exemption du paiement direct des frais y relatif à la faveur de la décision N°0498/D/MINSANTE/SG/CNLS/GTC/SP du 04 avril 2019 fixant les modalités d'accès et de suivi des populations aux services de dépistage et de prise en charge du VIH dans les FOSA publiques et leur organisation à base communautaire (OBC) affiliées. De même, le Cameroun s'est engagé vers la Couverture Santé Universelle (CSU)¹.

La suppression du paiement direct pour les patients est une mesure politique audacieuse qui contribue à l'amélioration de la couverture avec augmentation de la fréquentation des services et de l'équité des services permettant ainsi d'accélérer les progrès vers les objectifs de la riposte au VIH. Cette mesure de soutien à la demande en soins et services de santé, apparaît comme une **véritable opportunité pour la bonne mise en œuvre de la CSU car**, l'application de cette décision permettra d'obtenir des leçons qui seront utiles pour la progression vers la CSU concernant les autres services et populations du pays.

1 - Discours du Chef de l'État, le 31 décembre 2017

Par conséquent, toute mauvaise compréhension du paradigme de cette mesure d'exemption du paiement des frais directs de services ainsi qu'une préparation insuffisante rendront difficile son application.

L'objectif de ce manuel est donc de sortir de ces impasses et d'assurer la pérennité de la politique d'exemption du paiement direct des frais de services liés au VIH dans les formations sanitaires et organisations à base communautaires affiliées.

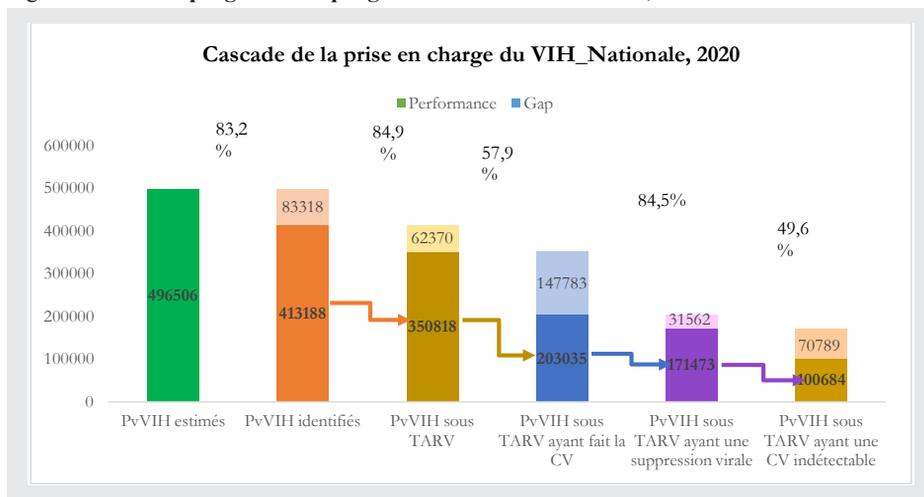
■ I.2 Situation épidémiologique

Le Cameroun fait face à une épidémie mixte, généralisée au sein de la population générale et concentrée au sein des populations clés. En effet, au Cameroun :

- 496 506 personnes vivaient avec le VIH (SPECTRUM 2020).
- L'incidence du VIH, était de 1,02 %, toutes tranches d'âge confondues.
- La prévalence du VIH : 2,7% chez les 15 et 49 ans (EDS, 2018).
- La prévalence au sein des populations clés : 20,7% chez les HSH à 24,3% % chez TS (2017).
- Le nombre de décès liés au sida : **14 140** (2020).
- Le nombre de nouvelles infections : 15 038 (2020).

Les résultats programmatiques selon les objectifs 95-95-95 obtenus sont représentés dans la figure ci-dessous.

Figure 1: Cascade programmatique globale du suivi des PVVIH, 2020.



SOURCE : BASE DE DONNÉES DHIS 2, 2020.

Les résultats programmatiques de 2020 illustrent que 83,2% (413 188/496 506) des PvVIH estimées (Spectrum 2021) connaissaient leur statut. Parmi lesquels, 84,9% (350 818/413 188) recevaient un traitement antirétroviral. La couverture en test de charge virale chez les PvVIH sous TARV était de 57,9% (203 905/350 818) contre 34,4% (107 506/312 214) en 2019. Parmi les personnes sous TARV ayant réalisé un examen de charge virale, 84,5% (172 212/203 905) ont présenté une suppression virale (< 1000 copies/ml) et 49,6% (100 998/203 905) étaient indétectables (< 50 copies/ml).

Ces résultats traduisent un gap relativement à l'atteinte des cibles 90-90-90 plus particulièrement le troisième 90 en termes de couverture de l'examen de la CV.

■ I.3. Présentation du manuel opérationnel de gestion de la mesure d'exemption du paiement direct des frais de services liés au VIH/SIDA

Le présent manuel de gestion a vocation à présenter les différentes actions, les acteurs et leurs rôles, le périmètre de la mesure d'exemption du paiement direct des frais de service liés au VIH/SIDA, conformément à la décision citée en référence.

Il s'articule autour de deux grandes parties :

- La première étant la description de la mesure d'exemption des User Fees et son ancrage dans la stratégie globale de riposte épidémiologique.
- La seconde portant sur la mise en œuvre de ladite mesure, aussi bien en ce qui concerne son périmètre que les processus et les mécanismes de contrôle, suivi et évaluation.

II. LA MESURE D'EXEMPTION DU PAIEMENT DES FRAIS DIRECTS DES SERVICES VIH ET ANCRAGE DANS LA STRATÉGIE GLOBALE DE RIPOSTE ÉPIDÉMIOLOGIE

II.1. Les acteurs de la riposte épidémiologique contre le VIH

L'organisation du système de santé comporte trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique.

Tableau 1: **Pyramide sanitaire**

Niveau	Participants	Rôles
Central	Services centraux du Ministère de la Santé Publique et apparentés.	<p>Conception, élaboration des politiques et normes sanitaires nationales et de la planification stratégique de santé.</p> <p>Régulation et coordination du système de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hôpitaux Généraux (5) • Hôpitaux Centraux (7) • Structure de dialogue : Conseil National de la Santé, de l'Hygiène et des Affaires Sociales (CNSHAS)
Intermédiaire	10 Délégations Régionales de la Santé Publique (DRSP) et les Groupe Techniques Régionaux (GTR)	<p>Apporte un appui technique aux districts de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hôpitaux régionaux et assimilés • Fonds Régional pour la Promotion de la Santé (FRPS) en constitue la structure communautaire.
Périphérique	190 District de santé environ 1500 Aires de santé (AS)	<p>Chargé de la mise en œuvre des programmes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hôpitaux de district (HD) et assimilés, • Centres Médicaux d'Arrondissement (CMA), • Cliniques et • Centres de Santé Intégrés (CSI). • Structures de dialogue sont les comités de santé et les comités de gestion.

A côté de ces acteurs du secteur public, il convient d'indiquer la présence et l'implication efficiente du **secteur privé, notamment confessionnel** dans l'offre de service de prise en charge des PvVIH y compris la prévention. L'action communautaire, constitue également un des maillons essentiels en matière de lutte contre le VIH.

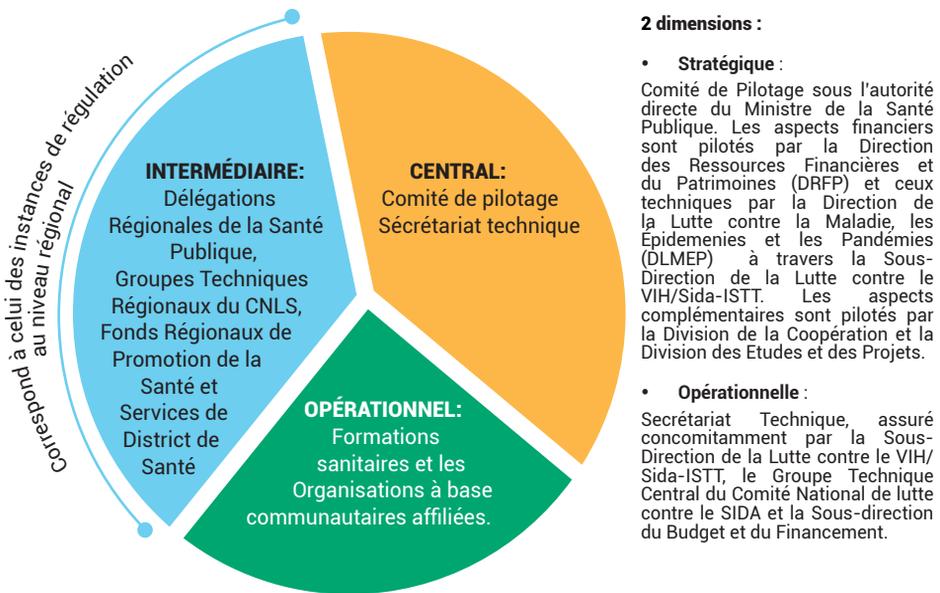
La participation du système communautaire est fondée sur sa capacité à offrir les services de proximité. Il est caractérisé par deux mécanismes principaux :

- La participation des communautés dans les structures de dialogue suivant la pyramide sanitaire :
 - Comités de Santé du District (**COSADI**) et les Comités de Gestion du District (**COGEDI**) au niveau des Districts Sanitaires et les Comités de Santé (**COSA**) et
 - Comités de Gestion (**COGE**) au niveau des Centres de Santé ;
- La mobilisation communautaire à travers les ONG, les OBC, les organisations confessionnelles.

II.2. La stratégie de l'exemption des frais de paiement direct

II.2.1. Cadre institutionnel

La mise en œuvre du plan stratégique de la mesure d'exemption du paiement des frais directs des services liés au VIH, s'articule autour de trois niveaux :



Ces acteurs institutionnels seront accompagnés par les Partenaires Techniques et Financiers, les Organisations de la Société Civile et les différentes structures de dialogue.

II.2.2. Objectifs

De manière générale, l'élimination du paiement direct des frais de services liés au VIH SIDA vise les objectifs ci-après :

- Améliorer la riposte épidémiologique contre le VIH/SIDA
- Améliorer les indicateurs de prise en charge (dépistage, mise sous traitement, et charge virale) ;
- Améliorer la solvabilité des patients vivant avec le VIH
- Garantir l'équité et l'accès aux soins pour les PVVIH
- Mettre en œuvre les premiers éléments de la Couverture Santé Universelle.

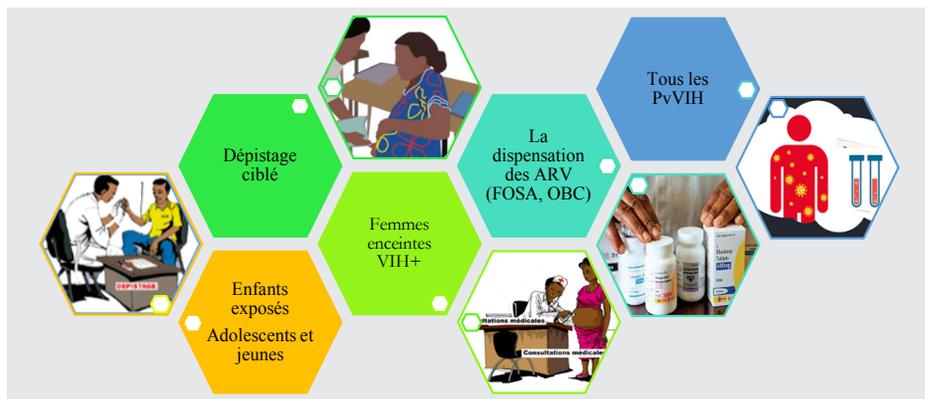
III. PÉRIMÈTRE DE LA MESURE D'EXEMPTION DES FRAIS DE PAIEMENT DIRECT

III.1. Le paquet de services

Le paquet de services est l'ensemble d'actes médicaux et paramédicaux, chirurgicaux, de produits pharmaceutiques et consommables disponibles et servis aux bénéficiaires des soins de santé.

Pour ce qui est de la décision d'exemption de frais directs pour les PvVIH, le paquet de services concerne le dépistage du VIH, la consultation de routine, le suivi biologique ainsi que la dispensation des ARV et des MOI (médicaments des infections opportunistes). Cela signifie que les formations sanitaires (FOSA) et les organisations à base communautaire (OBC) concernées n'auront plus besoin de faire payer les PvVIH sur ce paquet de services.

Le choix des stratégies de mise en place de l'exemption des frais de services devrait être guidé par une analyse de la situation locale des données en répondant aux questions telles que : **la cible, le contenu, les prestataires, les processus.**



La cible

La décision d'exemption des frais directs concerne TOUS les patients infectés par le VIH. Cependant, concernant spécifiquement les femmes enceintes (FEC), le test VIH est déjà gratuit, l'identification des femmes enceintes infectées par le VIH passe par la consultation CPN où un paquet de services est offert.

Par conséquent les femmes enceintes sont concernées uniquement pour la 1^{ère} Consultation Prénatale (CPN).

Ce sont : ➤

- *Toutes les Personnes Vivant avec le VIH*
- *Les Femmes enceintes attendues (en 1^{ère} CPN)*



Les services offerts

L'exemption du paiement des frais direct ne concerne que les services liés au VIH. En effet, l'infection à VIH étant une maladie chronique, une PvVIH pourra présenter plusieurs pathologies indépendamment de son infection VIH. Par conséquent, conformément à la décision ministérielle et aux différents gaps identifiés les services ci-dessous seront exemptés.

Ce sont : ➤

- *Dépistage ciblé,*
- *Dépistage de la tuberculose*
- *Consultations y compris la CPN, ARV et prophylaxie par INH (Isoniazide) ou CTX (Cotrimoxazole)*
- *Le bilan de suivi (Charge virale et CD4)*
- *Bilan biologique chez les FEC VIH+ (NFS, glycémie et créatininémie/ albuminurie)*



Le dépistage permet aux personnes de connaître leur statut et par conséquent de bénéficier des soins. Cependant, devant la baisse de la prévalence du VIH, ce dépistage doit être ciblé aux populations les plus vulnérables et à risque en utilisant des stratégies telles que index case testing, dépistage familial,

- Femmes enceintes
- Adolescents et jeunes
- Tuberculose
- Réfugiés
- Prisonniers
- Populations clés (HSH, TS, UDI)





Le bilan de suivi permet de s'assurer de l'efficacité du traitement ARV et par conséquent de la bonne qualité de vie des PvVIH. Ces examens comme tout le paquet de services devront se faire selon les directives nationales. En effet, l'examen standard pour le suivi du traitement ARV est la charge virale qui sera réalisée en fonction du type de patients (nouveau ou ancien) et de sa catégorie (stable ou pas, femmes enceintes). **Afin de réduire les risques de doublons, les FOSA qui ne réaliseront pas d'examens seront affiliées à un laboratoire.** Ne pas oublier que les CD4 seront réalisés uniquement qu'en cas de maladie avancée ou en cas d'indisponibilité de CV.



Le bilan biologique a été ajouté uniquement chez les femmes enceintes qui seront identifiées VIH+. Ce bilan pourra dépendre du type de la FOSA avec disponibilité du plateau technique. En effet, certains examens tels que la créatininémie ne sont pas disponibles dans toutes les FOSA, par conséquent une albuminurie pourra être effectuée à la place.



La consultation de routine y compris la dispensation des ARV sera exempté de frais et selon le coût qui sera fixé par la décision ministérielle.



La consultation prénatale offre un paquet de service qui ne devra pas être modifié. Cependant, selon la décision, au sein du paquet de soins seul le bilan biologique précédemment cité sera remboursé chez les femmes VIH+. De même, le nombre de CPN varie entre 4 et 8. La décision prendra en compte les 4 CPN obligatoires pour toutes les FEC VIH+ alors que la 1^{ère} CPN est remboursée pour toutes les FEC.



La tuberculose est la maladie opportuniste la plus fréquente chez les PvVIH. Elle peut être évitable par la prise d'INH. Sa recherche est systématique chez tout PvVIH avec la recherche de signes ou symptômes à l'interrogatoire. En présence d'un signe un **examen de crachats** à la recherche de BK sera réalisé.



Le carnet de santé est celui développé par la FOSA mais sera remboursé sur la base d'un forfait préalablement défini alors que le **dossier médical** est spécifique pour le PvVIH. Auparavant distribués dans les FOSA, ils seront produits par ces dernières sur la base d'un forfait. Bien que le carnet de santé puisse être évalué à un par an, le dossier médical à une durée de 2 voire 3 ans.

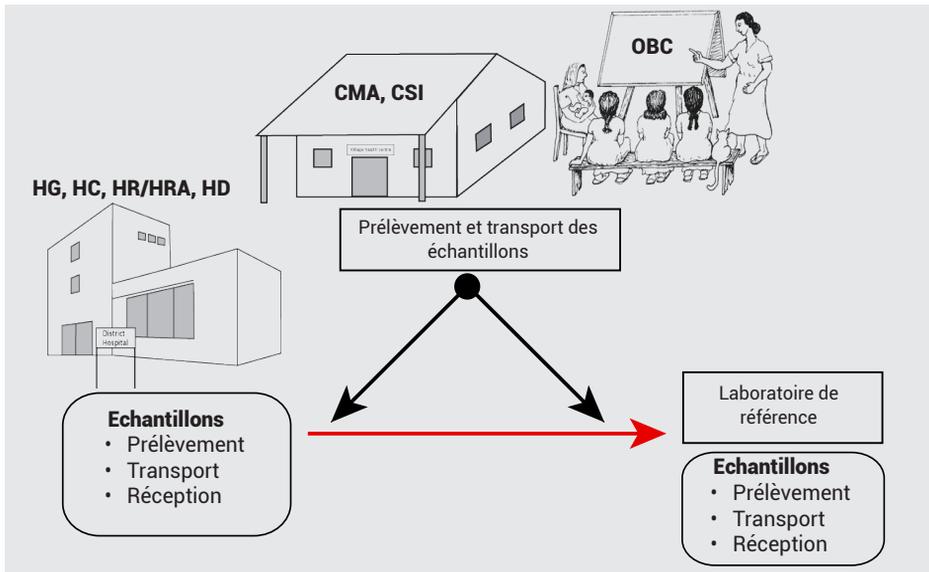


Les prestataires

Les prestataires ici sont les formations sanitaires et les OBC affiliées sans oublier les laboratoires de références qui recevront soit les échantillons des FOSA soit directement les PvVIH.

En fonction du type de la FOSA et de la disponibilité des appareils CV/CD4, certaines FOSA vont faire le prélèvement et assurer le transport des échantillons alors que d'autres vont en plus recevoir et analyser les échantillons. Par conséquent, les FOSA et laboratoires qui prélèveront les échantillons pour analyse seront remboursés par la FOSA où le prélèvement a été effectué.

- Formations Sanitaires Publiques
- Formations sanitaires privées confessionnelles
- Formations sanitaires privées laïques
- Organisations à Base Communautaire (OBC) affiliées auprès des FOSA ;
- Laboratoires de Référence de suivi biologique



Comment ?

Il y aura 2 types de mécanismes

- Remboursement des frais aux FOSA en fonction du nombre de consultation
- Approvisionnement des prestataires en réactifs et médicaments, suivant les modalités fixées par le Ministre de la Santé Publique.

III.2. Les coûts des services

Tableau 3: Coûts des examens exemptés de frais directs

N°	Services	Montant de remboursement
1	Consultation de routine VIH	XAF 600
2	Consultation Prénatale	XAF 600
3	Carnet médical	XAF 500
4	Dossier médical	XAF 1,000
5	Dépistage ciblé du VIH	XAF 0
6	NFS (FEC VIH+)	XAF 4,000
7	Albuminurie ou la créatininémie (FEC VIH+)	XAF 1,000 ou XAF 4,000
8	Glycémie (FEC VIH+)	XAF 1,000
9	Charge Virale	XAF 5,000
10	CD4	XAF 2,500
11	Examen des crachats à la recherche BK	XAF 1,000

Le coût des examens est basé sur des décisions ministérielles (test VIH, CV, CD4). Cependant, certains coûts peuvent varier en fonction du type de FOSA. En effet, cette mesure d'exemption de paiements de frais directs est une étape vers la CSU. Par conséquent, les prix ont été harmonisés, c'est à cet effet qu'il est recommandé à toutes les FOSA d'afficher la décision ainsi que les examens exemptés y compris les coûts.

IV. MISE EN ŒUVRE DE L'EXEMPTION DES FRAIS DIRECTS

Le tableau ci-dessous résume les acteurs ainsi que leurs rôles dans la mise en œuvre de cette mesure.

	Acteurs	Rôles et responsabilités
Renforcement du système de santé : Renforcer les capacités du personnel dans les FOSA afin de maintenir la qualité des services Renforcer le système d'approvisionnement en intrants et s'assurer de leur disponibilité dans les sites		
Renforcement de capacité des prestataires	DLMEP, CNLS, DRSP, GTR, FRPS, PTF	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer les capacités des formateurs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire sur la prise en charge VIH Organiser le tutorat/mentorat des prestataires de soins sur la prise en charge du VIH
Amélioration des conditions de travail du personnel	DRH, DRSP	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place un système de motivation du personnel de santé Faire un répertoire des prestataires formés
Amélioration la qualité des soins dans les services	DRSP, GTR, Société civile	<ul style="list-style-type: none"> Réaliser les enquêtes de satisfaction auprès des PVVIH et des prestataires
Appui au transport des échantillons	DPML, DLMEP, CNLS, DRSP, GTR, DS, FOSA, PTF	<ul style="list-style-type: none"> Identifier les sites de collecte des échantillons Déterminer le circuit des échantillons Rattacher les FOSA aux laboratoires de référence
Redéploiement ou Acquisition d'appareils	DPML, DLMEP, CNLS, DEP, DOSTS, DRFP, PTF	<ul style="list-style-type: none"> Faire une cartographie des appareils existants et un point sur les gaps S'assurer de la maintenance des appareils
Amélioration de l'approvisionnement des formations sanitaires en intrants, ARV et autres MOI	FRPS, CE-NAME, DPML, DLMEP, CNLS, DRSP, GTR, DS, PTF	<ul style="list-style-type: none"> Faire une bonne quantification tenant compte des projections Former les prestataires sur la chaîne d'approvisionnement à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
Définir le mécanisme de remboursement des FRPS aux prestataires		
Identification du mécanisme de remboursement	DRFP, DLMEP, CNLS, MINFI, DEP, PTF	<ul style="list-style-type: none"> Faire le mapping des FOSA en fonction du taux de fréquentation de la CPN, de la FA, de l'existence ou pas d'un appareil à charge virale Assurer la mobilisation et mise à disposition des ressources financières pour la mise en œuvre de l'exemption des frais

Coordination et gouvernance		
Renforcement des réunions de coordination	Comité de pilotage	<ul style="list-style-type: none"> Assurer les réunions de coordination avec toutes les parties prenantes y compris la société civile Faire plaider pour la mobilisation des ressources S'assurer de la mise en œuvre effective de l'exemption des frais
Développement des textes légaux sur la mise en place de la gratuité	DAJC, DCOOP, DLMEP	<ul style="list-style-type: none"> Elaborer les conventions entre FRPS et MINSANTE Elaborer et vulgariser les politiques et textes légaux, règles et normes de mise en œuvre de l'exemption
Renforcement des missions de supervision	Tous les niveaux de la pyramide sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> Compiler et analyser les rapports de supervisions Déterminer les mesures répressives pour les FOSA n'appliquant pas la décision de gratuité ou celles appliquant les frais informels.
Mise en place de système de communication		
Développement des outils de communication/d'information	CellCom, DLMEP, DPS, DSE, CNLS	<ul style="list-style-type: none"> Identifier et diffuser les messages et support pour informer les prestataires ainsi que les clients

■ IV.1 Chaîne d'approvisionnement en intrants

IV.1.1. La distribution

La distribution des médicaments est la mise à disposition des produits à une structure de niveau inférieur dans la pyramide sanitaire. Elle s'effectue à deux niveaux : de la CENAME vers les FRPS ; des FRPS vers les FOSA.

Le comité de réception à chaque niveau s'assure que les médicaments réceptionnés respectent les spécifications du bon de commande. Le livrable est le procès-verbal de réception.

- **De la CENAME vers les FRPS** ↗

Les GTR en coordination avec les administrateurs des FRPS soumettent un bon de commande vers le GTC/CNLS; celui-ci dans les plus brefs délais et en fonction des statistiques des consommations de la région transmet une répartition à la CENAME qui effectue la distribution dans les 10 régions.

- **Des FRPS vers les FOSA** ↗

Les FOSA transmettent leur besoin à travers le bon de commande aux GTR/CNLS de sa région, ceux-ci après analyse des statistiques de consommation

transmettent une répartition au niveau des FRPS qui effectuent une distribution au niveau des FOSA. Le livrable est le bon de livraison visé par le responsable de la FOSA

IV.1.2. La dispensation

C'est le processus qui inclue la réception de la prescription médicale, la vérification de l'identité du bénéficiaire et de l'authenticité de la prescription avant de servir le médicament au patient.

IV.1.3. La réalisation des examens

La réalisation de tous les examens biologiques tels que la NFS, glycémie ou créatininémie chez les femmes enceintes VIH+ se feront tant que possible au niveau de la formation sanitaire. Seuls les examens les plus sophistiqués (CV et CD4) se feront au niveau des laboratoires de référence.

En effet, chaque région à travers les GTR et DRSP établiront le circuit des échantillons en identifiant le hub et spoke afin que les échantillons puissent être acheminés le plus près possible du lieu de prélèvement et en bonne qualité (la distance est un facteur pour la qualité des échantillons). Il est à noter que la réalisation de ces examens se feront selon les directives nationales.

■ IV.2. Principaux outils de mise en œuvre de la mesure d'exemption de paiements de frais directs

1. Outils de gestions comptable et financière

Les outils de gestion comptable et financière sont les mémoires de dépenses et compte d'emploi élaborés conformément au principe de comptabilité publique en collaboration avec la Direction des Ressources Financières et du Patrimoine du Ministère de la Santé Publique.

2. Outils de performance

Les outils de performance sont ceux élaborés et utilisés par le Comité National de Lutte contre le Sida pour le suivi épidémiologique.

3. Indicateurs

N°	Services	Indicateurs de l'offre de services VIH	Moyens de vérification	Montant de remboursement	Descriptions des indicateurs
1	Consultation VIH	Nombre de PVVIH (Enfants, femmes, adultes) reçus en consultation médicale	Registre de consultation ou dossier médical	XAF 600	Une consultation par mois pour les nouveaux patients pendant les 6 premiers mois Les patients stables auront une consultation tous les 3 mois
2	Première Consultation prénatale (CPN 1)	Nombre de femmes enceintes reçues en CPNI	Registre de consultation prénatale	XAF 600	La CPNI est remboursable pour toutes les femmes enceintes reçues
3	Consultation prénatale (CPN 2,3 & 4)	Nombre de FEC VIH + reçues en CPN 2,3 & 4	Registre de consultation prénatale	XAF 600	Les 2e, 3e et 4e CPN sont remboursées seulement pour les femmes enceintes vivant avec le VIH
4	Carnet médical	Nombre des nouveaux cas VIH+ (Enfants, femmes, FEC, adultes) reçus en consultation médicale qui ont bénéficié d'un carnet médical	Fiches de décharge	XAF 500	Uniquement pour les PVVIH
5	Dossier médical	Nombre de nouveaux patients VIH reçus en consultation médicale qui ont bénéficié d'un dossier médical		XAF 1,000	Le dossier médical est ouvert pour chaque PVVIH lors de leur première consultation et est remplie chaque fois que le patient aura une visite.
6	Dépistage du VIH	Nombre de personnes ayant fait un test VIH	Registre de laboratoire	XAF 0	Les tests VIH seront offerts à la FOSA. Le dépistage sera ciblé sur des populations cibles telles que les FEC, Tuberculeux, Populations clés et vulnérables. Dépistage ciblé: cas index, dépistage familial

7	NFS (FEC VIH+)	Nombre de femmes enceintes VIH+ reçues qui ont réalisé leur bilan NFS	Registre de laboratoire des FOSA ou dossier médical	XAF 4,000	La NFS sera prescrite aux femmes enceintes dépistées ou déjà connues VIH dès la CPNI.
8	Albuminurie ou la créatininémie (FEC VIH+)	Nombre de femmes enceintes VIH+ reçues qui ont fait l'albumine ou créatininémie fonction de la disponibilité des examens dans la FOSA	Registre de laboratoire des FOSA ou dossier médical	XAF 1,000 ou XAF 4,000	L'albuminurie ou la créatininémie sera prescrite aux femmes enceintes dépistées ou déjà connues VIH dès la CPNI. Cet examen sera fait en fonction du plateau technique de la Fosa.
9	Glycémie (FEC VIH+)	Nombre de femmes enceintes positives reçues qui ont réalisé une glycémie à jeun	Registre de laboratoire des FOSA ou dossier médical	XAF 1,000	La glycémie sera prescrite aux femmes enceintes dépistées ou déjà connues VIH dès la CPNI.
10	Charge Virale	Nombre de patients VIH (anciens et nouveaux) sous ARV qui ont réalisé leurs examens de CV	Registre de laboratoire ou dossier du patient	XAF 5,000	La réalisation de la charge virale doit se faire selon les directives nationales (i) 2 fois par an à intervalle de 6 mois pour les nouveaux patients (ii) tous les ans pour les patients stables (iii) 3 mois après renforcement de l'observance en cas de CV non supprimée. 1 (1) La CV est remboursée à XAF 5,000 (2) La CV est remboursée à XAF 3,500
11	CD4 NP	Nombre de PsvIH qui ont fait le test CD4	Registre de laboratoire ou dossier du patient	XAF 2,500	Selon les directives les CD4 ne sont plus utilisés pour le suivi des malades. Cependant, cet examen est nécessaire chez les patients ayant un stade avancé ou en l'absence de CV dans le cadre du suivi
12	Test de la tuberculose	Nombre de PsvIH chez qui on a recherché la TB	Registre de consultation/ TARY ou dossier du malade	XAF 1,000	La tuberculose doit être systématiquement recherchée chez les PsvIH. En cas de présence d'un signe et/ou symptôme, un examen cyto bactériologique devra être réalisé.

V. MÉCANISMES DE FACTURATION VIH USER FEES ET VÉRIFICATION ET CONTRÔLE ALIGNÉ AVEC LE SYSTÈME PBF

■ V.1. Mécanisme d'élaboration des factures et suivi des prestations au niveau des prestataires

La FOSA fournit des prestations de services listées dans la **Décision du 04 avril 2019 N°0498/MINSANTE/SG/CNLS/GTC/SP et selon le manuel opérationnel** et les directives nationales de prise en charge du VIH. Par conséquent, le paquet de services pour lequel les frais seront remboursés devra être affiché sur les murs des prestataires principalement les FOSA, à chaque porte d'entrée des services ainsi que les coûts y afférents.

La FOSA enregistre les services fournis au patient dans les **registres et autres outils** de suivi et évaluation utilisés dans le cadre des politiques et manuels opérationnels nationaux pour le VIH/Sida

A la fin de chaque mois, la FOSA fait les comptes pour énumérer le nombre de services fournis et remplit la Fiche de « **Facturation, Suivi et Contrôle des Remboursements des HIV User Fees** » Cette Fiche constitue la déclaration des QUANTITÉS des services/soins HIV fournis par la FOSA au cours du mois.

La fiche reste au niveau de la **FOSA** ou le cas échéant elle est déposée au **District de Santé** en attendant la vérification.

Modèle de fiche VIH UF pour la facturation, le suivi et le contrôle

DRSP / FRPS	
District de Santé	
Aire de Santé	
Nom de la Formation Sanitaire	
Adresse (Téléphone)	
Période (mois)	
Population Totale	
Nombre PVIH de l'Aire /District	
Date de Facturation	

Code/ N°	Services VIH/SIDA gratuits	Quantité Déclarée ¹ par la FOSA	Quantité Validée ² par l'ACV	CU (XAF)	Montant Total ³ pour chaque catégorie de prestation
1	Consultation prénatale (CPN1)			600	
Sous-Total 1					
2	Consultation PVIH			600	
3	Consultation prénatale (CPN 2 ,3 ,4)			600	
4	Carnet médical			500	
5	Dossier médical			1 000	
6	NFS (FEC)			4 000	
7	Examen de l'urine (Albu- mine) (FEC)			1 000	
8	Créatinine (FEC)			4 000	
9	Glycémie (FEC)			1 000	
10 ⁴	A – Prélèvement + Ré- alisation Examen de la Charge Virale (CV)			5 000	
	B – Réalisation Examen de la Charge Virale (CV)			3 500	
	C – Prélèvement +Transport Echantillon de la Charge Virale (CV)			1 500	
11	Test de CD4			2 500	
12	Examen des Crachats (Test TB)			1 000	
Sous-Total 2					
Montant Total en Chiffre :					
Montant Total en Lettre :					

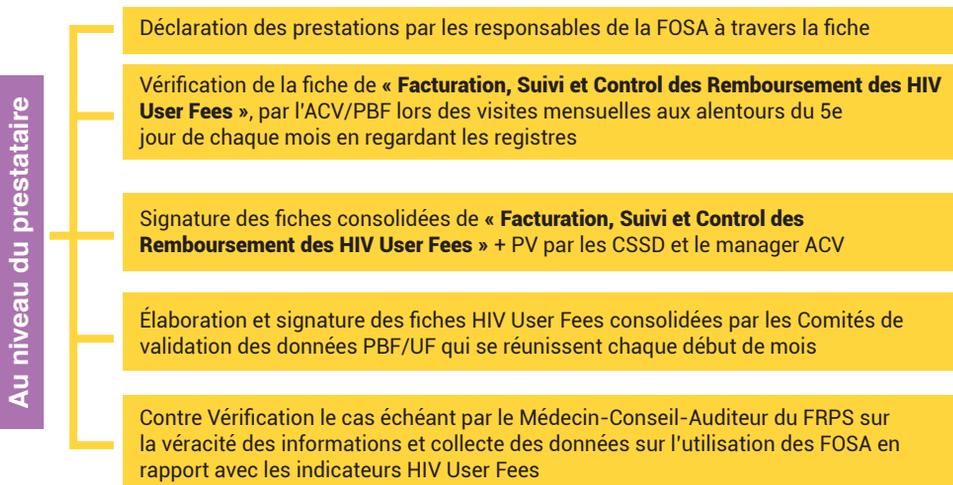
Déclarée à _____ le .../.../20__ Responsable FOSA	Vérifiée à _____ le...../.../20__ Le Vérificateur ACV	Validée le Le Responsable de la FOSA	Le Comité de Validation
--	---	--	------------------------------------

¹ Nombre des services fournis et enregistrés dans le Registre et Autres Outils de suivi-évaluation utilisés par la formation sanitaire dans le cadre des données statistiques relatives au VIH/SIDA. Ce nombre constitue la base pour la vérification de l'ACV, il n'est pas utilisé pour calculer le montant total de la prestation fournie par la FOSA.

² Nombre validé après vérification de la véracité et l'existence des services fournis dans le registre et autres Outils de suivi-évaluation des activités et données statistiques du VIH/SIDA. Ce nombre constitue la base pour le calcul du montant total de la prestation fournie par la FOSA.

V.2. Mécanisme de vérification et contrôle en ligne avec PBF

Le mécanisme de vérification et contrôle se fera au niveau du prestataire (FOSA, OBC ou laboratoire de référence) et aboutira à une signature en cas de validation de la fiche. Les différentes étapes sont les suivantes :



Modèle de la fiche VIH UF consolidée en ligne sur portail PBF

Nom de la FOSA, OBC ou laboratoire de référence :
 District de santé de :
 Mois de :
 Date de registration :

FOSA	Banque	Numéro de Compte	Montant

Vérifiée à.....leVérificateur CSSD	Validée le.....Manager Adjoint de l'ACV
--	---

³ Ce montant total est égal à la quantité validée par le Vérificateur Médical de l'ACV multipliée par le prix ou coût unitaire (CU) en XAF de l'avant dernière colonne du tableau.

⁴ (1) La CV est remboursée à XAF 5,000 si le prélèvement et la réalisation se font sur place dans un même site à l'Hôpital Régional ou dans certains Hôpitaux du District ;

(2) la CV est remboursée à XAF 3,500 pour sa réalisation dans un Laboratoire en dehors du site du prélèvement dans ce cas la FOSA qui fait le Prélèvement est remboursée à XAF 1,500 pour le transport de prélèvement vers le Laboratoire.

V.3. Mécanisme de gestion des données VIH UF et paiement au niveau du fonds régional

Le portail PBF qui est une plateforme de facturation des prestations des différents acteurs et de remontée des informations nécessaires pour le paiement est pleinement accessible à tout le staff du Fonds Régional (ACV, Suivi & Evaluation, Chefs de service et cadres supérieurs). Elle correspond à une combinaison des technologies DHIS2 et Open RBF 2.0



1. La Saisie les données User Fees sur le portail FBP du MSP : Les informations contenues dans les fiches de « **Facturation, Suivi et Contrôle des Remboursements des HIV User Fees** » validées et signées sont ensuite rentrées dans le Portail PBF par le vérificateur/ACV et/ou le cas échéant le médecin-conseil-auditeur du FRPS. Le personnel de l'ACV et/ou le cas échéant le médecin-conseil-auditeur du FRPS, devra régulièrement c'est-à-dire à l'issue de chaque mois de vérification et validation, saisir les données User Fees issues des vérifications quantitatives des formations sanitaires/ autres structures sur le portail FBP en ligne. Une fois les données saisies sont validées par le comité de validation de district, le Manager de l'ACV et le chef de district valide sur le portail pour les transférer à la CTN-FBP.
2. Dans l'impossibilité d'accès à des ordinateurs performants ou/et internet, elles sont transmises au District de Santé en format papier pour saisie dans le Portail PBF.
3. Le Fonds Régional le cas échéant à travers son Médecin-Conseils fait un contrôle ultérieur de conformité des fiches consolidées par District de Santé par rapport aux données enregistrées par chaque FOSA, si nécessaire, sur la base des données contenues dans le portail PBF.

4. Le renforcement de l'intégration des User Fees avec le PBF et le CS et l'intégration du circuit budgétaire des User Fees dans la plate-forme de gestion des données numériques du PBF.
5. La production du rapport d'activités mensuel et trimestriel sur l'élimination des User Fees et transmis avant le 15 du deuxième mois suivant la fin du trimestre au CNLS via le GTR/DRSP.

■ V.4. Mécanisme de suivi et d'ajustement des mémoires de dépenses pour les VIH UF

L'introduction de la mesure d'exemption de paiement des frais directs des services VIH/Sida va certainement entraîner une demande accrue des services. Par conséquent, un suivi régulier de sa mise en œuvre ainsi qu'une évaluation des résultats obtenus y compris les défis devront être fréquemment analysés afin de perfectionner le système au fur et à mesure à travers le territoire national. Au niveau national, un système efficace de surveillance financière de l'élimination des User Fees doit être mis en place, permettant de détecter rapidement les goulots d'étranglement dans le circuit budgétaire. La DRFP, la DLMEP et la DCOOP devraient s'assurer que les données programmatiques et financières sont collectées, vérifiées et validées par l'ACV/FRPS et la DRFP/DEP, puis mises à jour dans les deux bases de données. Ces données sont également transmises aux régions et aux districts pour qu'ils puissent prendre connaissance des progrès réalisés, traiter les goulots d'étranglement et lancer une «saine concurrence». La DRFP va également réévaluer trimestriellement et/ou semestriellement le financement national nécessaire pour remplacer les frais d'utilisation en se basant sur les données et les preuves recueillies sur le terrain.

Au niveau régional, le suivi des données programmatiques et financières est fait mensuellement, trimestriellement, semestriellement et annuellement par le FRPS qui collecte, compile et analyse à travers son Médecin-Conseil-Auditeur et en étroite collaboration avec son ACV les données des tous les 13 indicateurs User Fees et les données financières par FOSAs et par District. Ensuite ces données programmatiques et financières sont agrégées au niveau du FRPS. A la fin de chaque mois et chaque trimestre, le FRPS établit les tendances de ces données programmatiques et financières pour chaque FOSA, District et la région pour le suivi de l'évolution de chaque indicateur VIH User Fees et le suivi budgétaire dans la région. Les FRPS partagent ces données programmatiques et financières sur les User Fees avec les GTRs et les DRPS dans un rapport consolidé pour la région sur la périodicité susmentionnée.

Le FRPS à travers son médecin-conseil et en collaboration avec son ACV collecte également les informations relatives aux problèmes de mise en œuvre de la décision ministérielle ceci pendant la vérification et contre vérification des prestations des FOSAs par les vérificateurs médicaux et communautaires. Par exemple, le FRPS/ACV devrait surveiller l'accès aux services et la consommation des produits de base suite à une augmentation de la demande de services et planifier à l'avance pour éviter les ruptures de stock.



Le FRPS à travers l'ACV et/ou son Médecin-Conseil devrait faire le coaching sur les outils des User Fees. Dans cette perspective, Le Médecin-Conseil du FRPS, Le Manager, le Manager Adjoint ou des vérificateurs capacités feront le coaching de toutes les FOSA / autres structures au moins une fois par semestre. Le coaching sur l'Outil de gestion des User Fees consistera à aider les responsables à : analyser les recettes, identifier et planifier les dépenses de la formation sanitaire, et répartir les bénéfices qui peuvent être reversés sous forme de primes de performance. Chaque trimestre, le FRPS en collaboration avec son ACV établit un plan de coaching sur les outils de gestion des User Fees et les autres sujets jugés opportuns. Ces activités seront validées pendant l'évaluation trimestrielle effectuée par la CTN-FBP, sur base des rapports de coaching (thèmes abordés, recommandations formulées, fiches de présence du personnel).

Pour apporter parfois des solutions durables aux problèmes identifiés, le FRPS en collaboration avec son ACV pourrait organiser des courtes sessions de formation sur les User Fees pour les acteurs de mise en œuvre dans la région (staff ACV, personnel DRS, FRPS, ECD, FOSA, structures de dialogue ou autres structures). Ces formations seront organisées au moins deux fois par an ou selon les besoins identifiés. Le FRPS peut solliciter au besoin des formateurs externes pour l'accompagner lors de ces formations.

Dans le cadre de la mise en œuvre de l'élimination des User Fees, le FRPS devrait assister mensuellement aux réunions du comité de validation des districts. Ces comités valident les résultats quantitatifs de toutes les FOSA ou autres structures, puis évalue les performances des FOSA ou autres structures sur le plan de la qualité technique et de la perception communautaire. Le comité de validation est composé du chef du district (ou son représentant), du manager de l'ACV (ou son adjoint), des vérificateurs du district ou de l'arrondissement, d'un représentant des FOSA ou autres structures. Le comité est convoqué et présidé par le chef du district. Pendant la dernière réunion du trimestre du comité de validation de district, le comité sera renforcé par un représentant de la délégation régionale de santé publique ou autres secteurs, et d'un représentant des associations locales. Le comité devra également arbitrer les éventuels conflits entre les acteurs au niveau local. Les cas de fraudes ainsi que les sanctions prises devront être systématiquement signalées, discutées et documentées par le comité de validation de district / Arrondissement et rapportées à la CTN - FBP. Ces fraudes pourront avoir été identifiées au cours de la vérification quantitative ou pendant la vérification communautaire. Les cas de fraudes seront sanctionnés selon les critères définis dans ce manuel.

■ V.5. Satisfaction des services offerts aux PVIH

La satisfaction des PVIH par rapport aux services offerts sera recueillie à travers plusieurs mécanismes notamment :

1. Suivi de la satisfaction des PVIH (Application mobile)
2. Gestion des plaintes des PVIH (Application mobile)
3. Numéro Vert du MINSANTE
4. Besoin de coordonner avec initiatives financées par PEPFAR pour suivi des frais informelles – Observatoire du Traitement – Positive Génération etc.

VI. CIRCUIT ET DÉLAI DE REMBOURSEMENT

VI.1. Mécanisme de remboursement

Les charges liées à la mesure d'exemption de paiement des frais directs liés à la prise en charge des PvVIH induit une mise à disposition budgétaire des ressources parmi lesquelles, les charges liées à la gestion et celle liées aux dépenses des formations sanitaires. Le mécanisme de remboursement se fera à deux niveaux en fonction des structures bénéficiaires :

- **Au profit des fonds régionaux, les engagements des subventions se feront au niveau central :**

Pièces à fournir par les bénéficiaires de la Subvention :

- ✓ Convention ;
- ✓ Mémoire de dépenses ;
- ✓ RIB.

- **Au profit des prestataires (FOSA), les FRPS procèdent au paiement des factures des FOSA dûment validées**

Pièces à fournir par les formations sanitaires :

- ✓ Etat des prestations fournies ;
- ✓ Factures suivant le modèle présenté à la page 15 ;
- ✓ RIB (le cas échéant).

VI.2. La procédure

Elle comporte deux modalités :

- ✓ L'engagement juridique et,
- ✓ L'engagement comptable.

VI.1.1. L'engagement juridique

Elle comprend trois étapes principales et sont en grande partie le fait de *l'ordonnateur et du contrôleur financier*.

** il est vrai que tenant compte du statut des FRPS et de la mesure envisagée, on pourrait avoir des engagements hors taxes*

Étape 1

- L'ordonnateur prépare, sur la base d'un mémoire de dépense et d'un compte d'emploi le projet de décision autorisant le déblocage d'une somme correspondant au trimestre à payer.
- Mémoire de dépense et au compte d'emploi.

Étape 2

- **Le Contrôleur Financier procède à la vérification la conformité juridique et budgétaire. Il s'assure que :**
 - Le projet de décision est bien préparé, que les calculs des taxes sont bien calculés*,
 - La décision est conforme au mémoire de dépenses,
 - Le compte d'emploi est conforme et permet d'apurer la dépense.
 - En cas de décision conforme, le contrôleur appose son visa budgétaire et retourne pour suite de la procédure à l'ordonnateur.
 - En cas de non-conformité, le contrôleur financier émet un rejet motivé.

Étape 3

- La signature de la décision autorisant le déblocage et le paiement par virement des sommes concernées. Il va sans dire que la signature de cette décision est exclusivement réservée au Ministre de la Santé publique, ordonnateur principal des dépenses du MINSANTE et dépositaire légal du pouvoir réglementaire.

* il est vrai que tenant compte du statut des FRPS et de la mesure envisagée, on pourrait avoir des engagements hors taxes

VI.1.2. L'engagement comptable

La seconde modalité de la procédure est l'engagement comptable

L'**ordonnateur** procède à l'engagement comptable par bon d'engagement, à l'édition du certificat d'engagement et de l'ordonnance puis transmet le dossier au Contrôleur financier.

Le **contrôleur financier** appose son visa sur le bon d'engagement, édite le titre de créance (carton) et transmet les documents au Comptable public

Le **Comptable public** déblocue les fonds par virement au profit du FRPS.

Le Bénéficiaire dresse la facture sur la base des indicateurs d'achat de prestations contenus dans la fiche d'indicateurs, s'assure de leur conformité et soumet cette facture au tiers payant.

Le **FRPS (Tiers payant)**, procède au paiement des factures émises par les FOSA, vérifiées et validées par ses agents vérificateurs.

À la fin de chaque trimestre, le Fonds Régional dresse un compte d'emploi correspondant à au moins 60% des ressources mises à disposition. Il faut noter que pour le trimestre suivant, le précédent compte d'emploi doit être justifié à 100% des ressources mises à disposition.

- Seules les prestations conformes aux indicateurs et leurs règles de validation seront payées.
- Cette exigence met en exergue aussi bien la réalisation quantitative des prestations, que l'administration des soins et services de qualité.
- Il incombe donc aux FOSA de bien tenir les registres et autres sources de collecte et de vérification des prestations effectuées, afin de faciliter la vérification, mais aussi et surtout le paiement avec célérité.

Les acteurs clés et leurs responsabilités

- Cinq acteurs majeurs sont à mettre à l'actif de cette procédure :



- » L'ordonnateur
- » Le contrôleur financier
- » Le comptable public
- » Le tiers payant et,
- » Le bénéficiaire.

■ L'ordonnateur ↗

Il faut entendre ici par ordonnateur, **le Ministre de la Santé publique et ses services compétents** dont le rôle principal est de *préparer et procéder à l'engagement et l'ordonnancement de la dépense*.

■ Le contrôleur financier ↗

Il est le garant de la régularité et la conformité, juridique et budgétaire des opérations de paiement, aussi bien en amont qu'en milieu de chaîne. Il devra :

- S'assurer que les éléments préparés par l'ordonnateur avec une incidence financière sont conforme aux lois et règlements, aux procédures définies dans la circulaire sur l'exécution du budget.
- Entériner l'engagement comptable et assure la liaison entre l'ordonnateur et le comptable public

■ Le comptable public ↗

Dans le cadre de cette mesure et des procédures y afférentes, le **Payeur Spécialisé** auprès du Ministère de la Santé Publique est le comptable public. Sa mission est de payer aux bénéficiaires ou aux mandataires les règles de procédure arrêtées à cet effet.

■ Le tiers payant ↗

Il est l'un des acteurs clés de la mise en œuvre de la mesure d'exemption des frais directs des services liés à la prise en charge des patients vivant avec le VIH. Dans le cadre de cette mesure, les **FRPS ont été choisis comme Tiers Payant** à l'instar de ce qui se fait avec le Chèque Santé. Leur rôle est à la fois celui de **payeur** au profit des bénéficiaires, mais aussi de **comptable** de fait, en ce sens qu'il assure les opérations de paiement au titre des ressources publiques et doit apporter la justification des dépenses mises à sa disposition.

■ Les bénéficiaires ↗

En bout de chaîne il est celui à qui est effectivement destinée la ressource engagée et payée par l'Etat. Les FOSA, les labos de référence et les OBC assurant la prise en charge des PVVIH sont les bénéficiaires qui doivent recevoir leur dû, moyennant le service fait. C'est en effet à ce niveau que la *procédure dérogatoire rejoint la procédure budgétaire et comptable normale* du service fait comme condition préalable au paiement.

Les FOSAs bénéficiaires gèrent leurs recettes des User Fees de façon autonome conformément aux mêmes principes que ceux du PBF. Cependant, il convient de d'attirer l'attention des FOSAs sur la nécessité d'assurer la motivation en termes des primes de performance au personnel. Les primes de performance sont le résultat positif ou le « bénéfice » que la FOSA a réalisé au cours du mois. Elle se calcule en faisant les recettes totales MOINS toutes les autres dépenses. Ainsi, en cas de résultat négatif, le personnel ne reçoit pas de primes de performance. L'opportunité de recevoir les primes de performance crée un esprit de l'équipe, car le personnel sera conscient de l'importance d'augmenter les recettes de la FOSA et d'être efficace dans les dépenses. Cette prise de conscience limite la résurgence des pratiques du recouvrement des coûts directs ou User Fees non officiels ou informels, les vols, les achats d'intrants à des coûts non compétitifs, la mauvaise utilisation des équipements, etc. Les gestionnaires doivent s'assurer que la FOSA génère un bénéfice suffisant pour payer les primes de performance. Il n'existe pas de plafond pour les primes de performance, mais le paiement des primes ne doit pas supprimer les investissements, ni l'établissement de la réserve bancaire ou d'autres dépenses, comme notamment celles pour les médicaments, l'équipement ou le fonctionnement, etc. Les critères pour calculer le montant des primes de performances du personnel peuvent être les suivants : la responsabilité, Les heures additionnelles par mois, le bonus d'absence d'exercice de la pratique privée, la qualité technique des services/soins VIH pour lesquels chaque personnel est responsable, la performance individuelle, le fait de générer des recettes de recouvrement de coûts officiels, les heures perdues par mois, la pénalité sur base des problèmes administratifs, etc.

VI.2. Les délais et supports de la procédure

Au sujet du délai de remboursement, tout dépendra des réalités de chaque région et de la qualité des documents produits par les différents bénéficiaires. Le délai de remboursement sous réserve des préalables évoqués ci-dessus est estimé à un mois après l'émission des justificatifs c'est-à-dire pour le 1^{er} trimestre, 30 avril ; pour le 2^e trimestre, 30 juillet ; pour le 3^e trimestre, le 30 octobre et pour le 4^e trimestre, le 30 janvier.

Les documents ci-après sont importants pour la réussite de cette procédure:

- ✓ La convention de mise en œuvre entre le Ministère et les FRPS
- ✓ Le dossier administratif des FRPS
- ✓ Le mémoire de dépense pour chaque trimestre (remboursement et frais de gestion)
- ✓ Le compte d'emploi
- ✓ Le RIB de chaque FRPS

Bien entendu le principal document support est la décision autorisant le débloqué et le paiement par virement des sommes envisagées.

Janvier (dès le lancement du budget)	<ul style="list-style-type: none"> • Décision transmise au CF pour visa, puis signée par le Ministre
Fin Janvier (si budget exécutoire)	<ul style="list-style-type: none"> • Engagement, ordonnancement des décisions, transmission au CF • Transmission des dossiers à la Paierie
30 avril	<ul style="list-style-type: none"> • Transmission par les FRPS des Mémoires de Dépense T2 et Compte d'emploi T1 (60%)
31 Juillet	<ul style="list-style-type: none"> • Transmission par les FRPS des mémoires de dépenses T3 et Compte d'emploi (T1-100% et T2-60%)
31 Octobre	<ul style="list-style-type: none"> • Transmission par les FRPS des mémoires de dépenses T4 et comptes d'emploi (T2-100% et T3-60%).
31 Janvier	<ul style="list-style-type: none"> • Transmission par les FRPS des mémoires de dépenses T1 (2021) et comptes d'emploi (T3-100% et T4-60%)

VII. LES MESURES DE CONTRÔLE, SUIVI ET ÉVALUATION ET CONTRE-VÉRIFICATION

Le système national de suivi/évaluation servira de dispositif pour collecter, analyser les indicateurs permettant de guider les interventions et renseigner sur l'état de mise en œuvre de la décision. En effet, en collaboration avec le MINFI des outils de monitoring, contrôle et évaluation seront développés ainsi qu'un processus d'alerte et un dispositif de contrôle et de remboursement (suggestion d'utiliser les outils du PBF qui seront pertinents) seront mis en place.

L'activité de suivi/évaluation se fera à différents niveaux :

Central (y compris société civile et PTF) : La mise en place d'un système efficace de surveillance financière de l'élimination des User Fees et la réunion trimestrielle pour évaluer la mise en œuvre du plan dont le but sera de partager les progrès, les principaux défis/challenges et les goulots d'étranglements en vue d'ajuster les interventions et prendre les mesures correctrices dans le circuit budgétaire. La réévaluation trimestriellement et/ou semestriellement le financement national nécessaire pour remplacer les frais d'utilisation en se basant sur les données et les preuves recueillies sur le terrain.

- **Régional** : réunion mensuelle avec les partenaires de mise en œuvre, DRSP et GTR pour faire le point. Le suivi des données programmatiques et financières est fait mensuellement, trimestriellement, semestriellement et annuellement par le FRPS/ACV et le GTR qui collectent, compilent, analysent et agrègent les données des tous les 13 indicateurs User Fees et les données financières par FOSAs et par District. Ils établissent les tendances mensuelles et trimestrielles des données programmatiques et financières pour chaque FOSA, District et la région.

■ VII.1. Les processus de contrôle et de suivi évaluation

Le processus de contrôle revêt plusieurs aspects ;

- ✓ Les supervisions
- ✓ Le contrôle interne

Le contrôle interne poursuit un objectif global, car il permet la maîtrise par le prestataire des activités qu'il doit mener dans notre contexte les services qui sont exemptés. Par conséquent, les objectifs du système de contrôle interne peuvent être résumés comme suit :

- ✓ La mise en œuvre effective de la mesure ;
- ✓ La fiabilité des informations financières transmises au FRPS ;
- ✓ La conformité des services exemptés avec la décision ministérielle.

Compte tenu de l'importance de l'information dans ce système, le contrôle interne devra être régulier au sein de la FOSA.

Le contrôle interne permettra d'évaluer les risques de dérives, de les analyser et de mettre en place des mesures correctrices adaptées. En effet, les mesures de contrôle interne peuvent se subdiviser en des mesures à caractère

- ✓ Préventif (pour obtenir que ...) le plus souvent organisationnel
- ✓ Répressif (pour vérifier que ...) qui vise généralement à constater que les mesures préventives ont bien été appliquées. Elles visent aussi à vérifier l'exactitude des rapports administratifs (inventorisation).

La supervision

Elle se fera en équipe constituée de la DLMEP/DCOOP/DEP/DRFP/CNLS/DRPS/DS pour s'assurer que les bénéficiaires reçoivent les services selon la décision ministérielle et les directives nationales, et qu'ils soient de qualité. Une bonne supervision peut améliorer la performance des prestataires. Le tableau ci-dessous résume les interventions dans le cadre du contrôle et suivi/évaluation.

■ VII.2. Les mesures de Contrôle et Contre Vérification

Le système national de suivi/évaluation servira de dispositif pour collecter, analyser les indicateurs permettant de guider les interventions et renseigner sur l'état de mise en œuvre de la décision. En effet, en collaboration avec le MINFI des outils de monitoring, contrôle et évaluation seront développés ainsi qu'un processus d'alerte et un dispositif de contrôle et de remboursement (suggestion d'utiliser les outils du PBF qui seront pertinents) seront mis en place.

Au niveau régionale, l'organisation des réunions mensuelles avec les partenaires de mise en œuvre, FRPS, ACV, DRSP et GTR pour faire le point. Le suivi des données programmatiques et financières est fait mensuellement, trimestriellement, semestriellement et annuellement par le FRPS/ACV et le

GTR qui collectent, compilent, analysent et agrègent les données des tous les 13 indicateurs User Fees et les données financières par FOSAs et par District. Ils établissent les tendances mensuelles et trimestrielles des données programmatiques et financières pour chaque FOSA, District et la région.

La DRSP et le FRPS sont encouragés à organiser des missions conjointes de vérification indépendante ou contre vérification qui visera à s'assurer de la véracité des données quantitatives déclarées et validées dans le cadre de la gratuité des User Fees. Les objectifs spécifiques de cette mission de contre vérification consistera à :

- Vérifier l'effectivité et la disponibilité des services HIV relatifs à tous les indicateurs dans les FOSA conformément à la décision ministérielle ;
- Vérifier la conformité et l'existence des prestations remboursées par rapport aux prestations déclarées et payées en vue : **(i)** d'identifier des prestations faussement déclarées et facturées par les unités de prestation et **(ii)** d'identifier d'éventuelles prestations de services (services de soins de VIH abusivement déclarées, acceptées comme valides et payées dans le cadre de la gratuité des User Fees;
- Vérifier la véracité des données quantitatives et de l'effectivité de la délivrance des prestations sur un échantillon de bénéficiaires au sein des communautés servies par les centres de santé, les hôpitaux de district ;
- Analyser la performance du système de vérification et validation des données par entités de mise en œuvre à tous les niveaux du système de santé :
 - » Vérifier le respect du système d'évaluation de la performance des unités de prestations et le respect du système de vérification et de validation des prestations déclarées selon les procédures définies dans le manuel des procédures User Fees ;
 - » Identifier les éventuelles sous évaluations ou surévaluations des différentes performances pour les différents niveaux de la pyramide sanitaire ;
 - » Apprécier le respect des procédures User Fees au niveau régional ;
 - » Proposer des mesures correctrices et des solutions adéquates aux problèmes identifiés

Les résultats attendus à la suite de la contre-vérification seront les suivants :

- Conformité de l'effectivité et la disponibilité des services HIV relatifs à tous les indicateurs dans les FOSA conformément à la décision ministérielle ;
- Les éventuelles prestations faussement déclarées et facturées par les unités de prestation seront identifiées ;
- Les éventuelles sous évaluations ou surévaluations des différentes performances seront identifiées pour les différents niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Le respect des procédures User Fees sera assuré au niveau régional ;
- Les mesures correctrices et des solutions adéquates aux problèmes identifiés seront proposées.

■ VII.3. Les mesures prises après constat de malversation

Une fois que la malversation est confirmée par les contrôleurs, différentes étapes de confrontation et de concertation sont organisées par l'équipe - cadre de district:

- La validation du rapport de contrôle par un comité constitué de membres médicaux et administratifs de l'équipe cadre de district. Ce comité est aussi accompagné du contrôleur, membre du tiers payant, qui observe la confrontation.
- La confrontation a lieu dans la formation sanitaire contrôlée et implique tous les membres du personnel de santé ainsi que le directeur. Elle consiste à questionner tous les agents de la formation sanitaire, afin de vérifier la véracité des faits.
- Les entretiens avec le personnel permettent de :
 - ✓ Passer en revue les différents cas de malversations relevées dans le rapport du contrôleur de l'exemption;
 - ✓ Entendre et confronter les différents protagonistes pour confirmer les faits ;
 - ✓ Définir les responsabilités de chaque membre du personnel du centre de santé ;
 - ✓ Déterminer les montants à rembourser pour chaque personne incriminée ;
 - ✓ Relever les facteurs favorisant les malversations.

NB : il est à noter que les ressources mises à la disposition des FRPS, sont les deniers publics et toute distraction devra être sanctionnée selon la réglementation en vigueur.

■ VII.4. Les sanctions

Les équipes-conjointes du MINSANTE (DLMEP/DRFP/DEP/CNLS/DCOOP/DRPS/DS) sont chargées de la gestion du personnel de santé. Le tiers payant a uniquement pour rôle de contrôler et signaler les malversations à l'équipe conjointe.

Les sanctions peuvent être collectives ou individuelles tout dépendra du degré d'implication/responsabilité de chacun dans la malversation.

Les types de sanctions appliquées sont les suivants :

- ✓ Décharge de responsabilité,
- ✓ Remboursement des fonds volés,
- ✓ Affectations punitives,
- ✓ Avertissements écrits,
- ✓ Avertissements verbaux.

■ VII.5. Régulation des conflits entre le tiers payant et les prestataires

Elle est assurée au premier niveau par le DS qui rendra compte au DRSP qui prendra des mesures correctives. Secondairement, en fonction de la gravité du conflit, le DRSP le cas échéant fera un rapport au Gouverneur de la région concernée avec ampliation au Ministre de la Santé.

