

Achats stratégiques pour la santé au Bénin

*Un résumé des progrès, des défis et
des opportunités*



JUN 2021

LES ACHATS STRATÉGIQUES POUR LA SANTÉ DANS LE CADRE DE LA
COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Le Centre de ressources pour les achats stratégiques en Afrique (Strategic Purchasing Africa Resource Center – SPARC), un centre de ressources hébergé par Amref Health Africa avec le soutien technique de Results for Development (R4D), vise à générer des preuves et à renforcer les achats stratégiques en matière de santé en Afrique subsaharienne pour une meilleure utilisation des ressources pour la santé. SPARC et ses partenaires techniques ont créé un cadre de suivi des progrès en matière d'achats stratégiques pour la santé et l'appliquent dans des pays d'Afrique subsaharienne afin de faciliter le dialogue sur les facteurs de progrès et de promouvoir l'apprentissage régional

Régimes de financement de la santé au Bénin

Depuis l'adoption en 1990 d'une constitution qui prévoit l'égalité d'accès aux soins de santé pour tous les citoyens, le Bénin a lancé plusieurs programmes de financement de la santé aux niveaux national et communautaire. Plus récemment, le Gouvernement béninois a remanié les systèmes de protection sociale du pays afin de faciliter l'accès aux soins de santé et d'accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle (CSU). Ce programme, actuellement en phase pilote, est mis en œuvre dans le cadre du programme phare du Président, Assurance pour le Renforcement du Capital Humain (ARCH), qui comprend un régime d'assurance maladie (AM-ARCH) ciblant les pauvres.

Le Bénin dispose de quatre principaux régimes de financement de la santé :

- ▶ **DES RÉGIMES DE SOINS DE SANTÉ GRATUITS FINANCÉS PAR LE BUDGET DE L'ÉTAT.** Il s'agit notamment de programmes qui fournissent des soins gratuits contre le paludisme pour les petits enfants et les femmes enceintes, des césariennes gratuites et des services de diagnostic et de traitement COVID-19 gratuits, ainsi que le Fonds de santé pour les personnes démunies.
- ▶ **DES RÉGIMES PUBLICS D'ASSURANCE MALADIE.** ☒ Il existe deux types de régimes publics d'assurance
 - ▶ maladie. Les régimes subventionnés par l'État comprennent le régime d'assurance maladie des étudiants du secteur public et l'AM-ARCH. Les régimes contributifs obligatoires comprennent le Régime Spécial des Fonctionnaires en Activité, la Caisse Nationale de Sécurité Sociale et la Caisse Nationale de Retraite du Bénin.
- ▶ **DES PROGRAMMES FINANCÉS PAR DES BAILLEURS.** Il s'agit de programmes de santé financés principalement par des bailleurs de fonds externes, avec ou sans financement du budget de l'État. Il s'agit notamment des soins gratuits pour les patients atteints du VIH et de la tuberculose (TB), et du Programme élargi de vaccination.
- ▶ **DES RÉGIMES D'ASSURANCE VOLONTAIRE.** Les régimes à cotisations volontaires comprennent le Fonds mutuel de la sécurité sociale du Bénin, les mutuelles de santé et les régimes d'assurance privés.

Le Tableau 1 compare les fonctions d'achat dans ces différents régimes.

LE BÉNIN EN QUELQUES CHIFFRES

- ▶ Population (2019) :
11,8 millions d'habitants
- ▶ PIB par habitant (2019) :
1 219 \$ US
- ▶ Taux de pauvreté à 1,90 \$/jour
(2015) : **50 %**
- ▶ Espérance de vie (2018) :
61 ans
- ▶ Dépenses courantes de santé (DCS)
par tête d'habitant (2018) :
31 \$ US
- ▶ Dépenses publiques intérieures
en % des DCS (2018) : **20 %**
- ▶ Dépenses personnelles en % des
DCS (2018) : **45 %**
- ▶ Dépenses extérieures en % des
DCS (2018) : **30 %**

Source: Banque de données de la Banque mondiale

Tableau 1. Fonctions d'achat dans les régimes de financement de la santé au Bénin

	Gratuité de la Césarienne (Programme de césarienne gratuite)	Assurance Maladie du Projet d'Assurance pour le Renforcement du Capital Humain (AM-ARCH)	Régime Spécial des Fonctionnaires en Activité	Mutuelles de Santé	Assurance maladie privée
% des dépenses totales de santé (2015)*	39 % (tous les régimes à financement public)			5% (Régimes privés d'assurance volontaire)	
Acheteur principal / Acheteurs principaux	L'Agence Nationale pour la Gratuité de la Césarienne (ANGC)	Unité de Gestion du Projet ARCH (UGP-ARCH); Agence Nationale de Protection Sociale (ANPS) remplacera l'UGP-ARCH à l'avenir	Ministère de l'Economie et des Finances (MDEF) (Direction du budget)	Mutuelles de santé	Assureurs privés
Gouvernance	L'ANGC, créée par décret, exerce des fonctions d'achat et est supervisée par le Ministère de la Santé (Mds). Les établissements publics ont le pouvoir d'affecter les fonds de Gratuité conformément aux directives du MDEF relatives à l'utilisation des fonds publics.	ARCH est dirigé par l'UGP-ARCH, qui rend compte au bureau du président mais est supervisée par le Ministère des Affaires sociales et de la Microfinance. L'UGP-ARCH est l'unité de gestion qui supervise les fonctions d'achat. Les établissements publics ont le pouvoir d'affecter les fonds de l'AM-ARCH conformément aux directives du MDEF pour l'utilisation des fonds publics.	Le MDEF collecte les cotisations et les transfère au Trésor public, qui règle les demandes de remboursement des prestataires. Les établissements publics ont le pouvoir d'affecter les fonds conformément aux directives du MDEF pour l'utilisation des fonds publics.	Chaque mutuelle élabore ses propres règles et règlements en utilisant les documents de l'Union économique et monétaire ouest-africaine comme documents d'orientation. Le comité des mutuelles, le Conseil National des Structures d'Appui aux Mutuelles Sociales du Bénin (COSAMUS), fournit un soutien et un renforcement des capacités pour les fonctions des mutuelles. Le COSAMUS mobilise les ressources des bailleurs et les alloue aux mutuelles. Les établissements publics disposent d'une autonomie limitée pour allouer les fonds des mutuelles, conformément aux directives du MDEF.	La Conférence Inter-africaine des Marchés d'Assurances fixe la politique des assurances privées. Les assureurs privés sont autonomes et effectuent toutes les fonctions d'achat. Les établissements publics disposent d'une autonomie limitée pour allouer les fonds des assurances privées, conformément aux directives du MDEF.
Gestion financière	Le budget annuel est basé sur le nombre de services prévus et sur l'historique des dépenses. Des dépassements de budget se produisent. Les déficits sont reportés sur les exercices suivants, ce qui retarde le paiement aux prestataires et accumule les arriérés.	Le budget annuel est basé sur les prévisions de recettes provenant des subventions de l'État pour les membres subventionnés ; à l'avenir, il comprendra également les recettes prévues provenant des contributions des membres. Pas encore de dépassement de budget dans la phase pilote.	Le budget annuel est basé sur les cotisations prévues des membres. Des dépassements de budget se produisent et entraînent des retards dans le paiement des prestataires.	Le budget annuel est basé sur les cotisations prévues des membres. Des dépassements de budget se produisent et sont couverts par des emprunts auprès d'autres mutuelles.	Le budget annuel est basé sur les cotisations prévues des membres. Les dépassements de budget, qui se produisent rarement, affectent la rentabilité et sont compensés par d'autres bénéfices provenant des autres branches d'activité de la compagnie d'assurances.
Spécification des prestations	Forfait explicite qui couvre les frais médicaux et de transport pour l'accouchement par césarienne (avec des directives de traitement et des exigences de contrôle) spécifiées)	Ensemble explicite de 26 interventions, comprenant des soins primaires et des soins hospitaliers et mettant l'accent sur les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes	Services hospitaliers uniquement ; à l'exclusion des médicaments	Forfait implicite qui se limite aux services offerts dans les centres de santé, certaines mutuelles couvrant également les soins hospitaliers, et avec des accords de partage des coûts clairement définis	Différentes formules de prestations comprenant des soins primaires et des soins hospitaliers
Dispositions contractuelles	Contrats sélectifs avec certains prestataires publics et privés	Contrats sélectifs avec les établissements publics uniquement pendant la phase pilote	Accords informels avec les prestataires publics seulement	Passation de contrats avec des prestataires essentiellement publics	Passation de contrats avec des prestataires publics et privés
Paiement des prestataires	Paiement basé sur les cas	Paiement à l'acte	Paiement à l'acte	Paiement à l'acte	Paiement à l'acte
Suivi des performances	Suivi régulier des demandes de paiement par les médecins et suivi des services sur place	Contrôle régulier des demandes de paiement par le conseil médical et contrôle des services sur place	Pas de système de suivi défini ; « bulletins de santé » mensuels envoyés par les prestataires au Ministère de la Santé, qui résume les soins fournis aux bénéficiaires	Pas de système de suivi défini	Audits cliniques, visites de supervision, mécanismes de plainte des clients

* Comptes nationaux de la santé 2015/16

Progrès et défis en matière d'achats stratégiques pour la santé

Le Bénin a fait des progrès en matière d'achats stratégiques de produits de santé par le biais de ses régimes de financement de la santé en donnant la priorité aux services et en ciblant les pauvres et les personnes vulnérables dans le nouveau programme AM-ARCH et en développant des paquets de prestations qui répondent à leurs besoins de santé les plus urgents. Le programme Gratuité de la Césarienne utilise également un paiement basé sur les résultats, lié à l'objectif de prestation de services et visant à accroître l'accès à des prestataires qualifiés pour les accouchements compliqués.

Les points saillants des progrès et des défis restants dans chacune des fonctions d'achat sont décrits ci-dessous.

GOVERNANCE. Dans tous les régimes, les fonctions d'achat ont un cadre institutionnel dont le mandat pour les fonctions d'achats est clair. Les prestataires publics ont une autonomie financière limitée, et toutes les recettes provenant des frais d'utilisation et des remboursements des régimes privés et publics sont consolidées au niveau de l'établissement et utilisées conformément aux directives du Ministère de l'Économie et des Finances. Ces directives stipulent que les revenus doivent être utilisés de la manière suivante : 50 % pour les médicaments, 35 % pour le fonctionnement de l'établissement, 10 % pour le district et le bureau régional de la santé et 5 % pour les équipements et l'amélioration de l'infrastructure des établissements. Les prestataires publics ont peu d'autonomie pour négocier des contrats ; ils acceptent souvent des taux de remboursement faibles et facturent aux patients des frais informels, même dans le cadre de programmes subventionnés tels que le programme de césarienne gratuite.

GESTION FINANCIÈRE. Dans tous les systèmes, les accords d'achat intègrent des mécanismes visant à garantir le contrôle budgétaire, mais ceux-ci ne sont pas bien appliqués et les dépassements de budget sont fréquents. Les régimes publics sont soumis à des contraintes financières car leurs budgets dépendent des allocations de l'État et peuvent varier en fonction des priorités gouvernementales. Le régime de la Gratuité de la Césarienne et le Régime Spécial des Fonctionnaires en Activité reportent les déficits sur l'exercice suivant. Les dépassements de budget affectent la durabilité des mutuelles de santé et la rentabilité des assureurs privés. Les mutuelles de santé sont soutenues par la fédération des mutuelles de santé, qui mobilise les ressources des bailleurs et les affecte aux mutuelles. Les assureurs privés sont en mesure de compenser les pertes par le biais d'autres branches d'assurance.

SPÉCIFICATION DES PRESTATIONS. Les régimes financés par l'État ont des prestations définies qui reflètent généralement les besoins de la population en matière de santé, mais ils ne sont pas bien alignés sur les mécanismes d'achat. Les paquets de prestations varient d'un régime public à l'autre, mais ils sont souvent fondés sur les priorités sanitaires nationales (telles que le paludisme et la tuberculose), les lacunes dans la couverture des services de santé et/ou le coût des services. Les directives de traitement et les critères de contrôle d'accès précisent l'accès aux services de la Gratuité de la Césarienne. Le Régime Spécial des Fonctionnaires en Activité et les mutuelles de santé définissent des paquets de prestations explicites avec des directives claires sur le partage des coûts et l'accès aux soins. Les mutuelles de santé établissent des directives et des critères de contrôle pour chaque niveau de soins (primaire, secondaire, tertiaire) afin de maîtriser les coûts ainsi que l'offre et la demande de soins.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES. Les dispositions contractuelles varient entre les prestataires publics et privés, mais la plupart des régimes utilisent des contrats sélectifs avec les prestataires qui sont liés à la réalisation d'objectifs spécifiques. La Gratuité de la Césarienne utilise des critères tels que le type d'établissement de santé, l'emplacement géographique, l'infrastructure et les équipements, et le coût pour sélectionner les prestataires. Les mutuelles de santé passent le plus souvent des contrats avec des prestataires privés et utilisent des critères tels que le type d'établissement de santé, l'emplacement géographique et le coût pour sélectionner les prestataires.

PAIEMENT DES PRESTATAIRES. Les régimes utilisent un paiement basé sur les résultats, mais seul le régime de la Gratuité de la Césarienne lie le paiement à des objectifs de prestation de services. Le paiement à l'acte est le système de paiement le plus couramment utilisé dans les régimes. Dans le cadre de la Gratuité de la Césarienne, les prestataires sont rémunérés selon un système de paiement basé sur les cas – une somme forfaitaire pour chaque césarienne pratiquée. Cela permet de regrouper les services pour améliorer l'efficacité et gérer les coûts. Les assureurs privés fixent des plafonds de paiement pour éviter la production excessive de services ; les bénéficiaires doivent également obtenir une autorisation préalable de l'assureur pour certains services. Les mécanismes ouverts de paiement à l'acte et basé sur les cas par cas contribuent aux déficits budgétaires et menacent la viabilité financière, en particulier dans les régimes publics.

SUIVI DES PERFORMANCES. Le suivi des performances est généralement faible dans tous les systèmes, avec peu d'automatisation et une analyse minimale au niveau du prestataire et du système. La plupart des régimes utilisent leur propre système d'information sanitaire sur papier, ce qui entraîne une fragmentation de l'information et contribue considérablement à leur inefficacité. Les systèmes d'information actuels ne permettent pas de lier le paiement à la qualité des soins fournis. Le programme AM-ARCH utilise un système d'identification numérique qui facilite l'inscription et le suivi de la prestation de services et contribue à produire des informations favorables à l'amélioration des services.

Le Tableau 2 résume les progrès réalisés dans les fonctions d'achat stratégique selon les dimensions de progrès définies par SPARC pour les principaux régimes au Bénin. (Voir l'annexe pour une explication détaillée de la manière dont les niveaux de progrès sont indiqués à l'aide de ○, ●, ●●, et ●●●.)

Tableau 2. **Progrès réalisés dans les fonctions d'achat au Bénin**

Fonction d'achat	Indicateurs d'achats stratégiques	Gratuité de la Césarienne	Programme AM-ARCH	Un Régime Spécial des Fonctionnaires en Activité	Mutuelles de Santé	Assureurs privés
Gouvernance	Les fonctions d'achat ont un cadre institutionnel dont le mandat et la répartition des fonctions sont clairs.	●●	●●	○	●●	●●
	Les prestataires ont le pouvoir de prendre des décisions de gestion et des décisions financières, et ils en sont tenus responsables.	●●	●●	●●	●●	●●
Gestion financière	Les accords d'achat intègrent des mécanismes visant à garantir le contrôle budgétaire.	○	●●*	○	●●	●●
Spécification des prestations	Un paquet de prestations est spécifié et aligné sur les accords d'achat.	●●●	●●	○	●●	○
	L'organisme acheteur définit en outre les normes de prestation de services lorsqu'il conclut un contrat avec des prestataires.	●●●	●●	○	●●	○
Dispositions contractuelles	Des contrats sont en place et sont utilisés pour atteindre les objectifs.	●●	●●	○	●●	●●
	Les contrats sélectifs spécifient les normes de qualité des services.	●●	●●	○	●●	●●
Paiement des prestataires	Les systèmes de paiement des prestataires sont liés aux objectifs du système de santé.	●●	●●	●●	●●	●●
	Les tarifs de rémunération sont basés sur une combinaison d'informations sur les coûts, les ressources disponibles, les priorités politiques et la négociation.	●●	○	○	●●	●●
Suivi des performances	Les informations de suivi sont générées et utilisées à l'échelle des prestataires.	○	○	○	○	○
	Les informations et les analyses sont utilisées pour la surveillance du système dans son ensemble et en liaison avec les décisions d'achat.	○	○	○	○	○

* Le programme AM-ARCH est en phase pilote et n'a pas connu de dépassement de budget jusqu'à présent.

Les accords d'achat de produits de santé au Bénin présentent des faiblesses et des limites qui freinent les progrès vers l'achat stratégique. Les multiples systèmes de financement de la santé ne sont pas toujours complémentaires et reflètent des stratégies et des objectifs différents. La fragmentation limite le pouvoir d'achat des régimes individuels, entraîne des chevauchements et des lacunes importantes dans la couverture, favorise les inégalités dans l'accès aux soins et conduit à une utilisation inefficace des ressources. Le Bénin ne dispose pas d'un cadre stratégique d'achat de produits de santé, et les lois et règlements régissant la mise en œuvre des régimes d'assurance maladie sont fragmentés. Les problèmes communs à tous les régimes sont les retards de paiement et les incitations faibles ou incohérentes des prestataires. La faiblesse du contrôle et du système d'orientation permet aux patients de se faire soigner à n'importe quel niveau, ce qui conduit à contourner les soins primaires. Les systèmes d'information sur la santé sont fragmentés et ne soutiennent pas les décisions d'achat.

Possibilités d'améliorer les achats de produits de santé

Grâce au programme AM-ARCH, le Bénin aspire à passer de l'achat passif à l'achat stratégique en matière de santé et à atteindre la couverture sanitaire universelle et un système de santé plus efficace. S'il est pleinement mis en œuvre, le programme AM-ARCH élargira l'accès à des services de santé de qualité, assurera une protection contre les risques financiers pour la population et réduira la fragmentation du système de financement de la santé. Cela permettra de consolider les fonctions d'achat pour une meilleure allocation des ressources et une meilleure gestion de l'information, ce qui conduira à une plus grande efficacité grâce à des paniers de prestations plus harmonisés et au paiement des prestataires dans tous les régimes. Les stratégies permettant d'atteindre cet objectif comprennent des primes subventionnées pour les personnes et les familles à faible revenu et, éventuellement, un écosystème d'assurance maladie mixte public/privé.

Le Bénin vise également à améliorer les systèmes d'information et à intégrer plusieurs programmes existants dans le cadre de l'AM-ARCH, ainsi qu'à créer un système d'information intégré fournissant des données en temps utile. Cette intégration se fera progressivement, en commençant par les régimes publics dont les prestations se recoupent avec celles de l'AM-ARCH.

SPARC et ses partenaires techniques considèrent les achats stratégiques comme un moyen d'améliorer l'affectation des ressources, de fournir des incitations cohérentes aux prestataires et d'améliorer la redevabilité pour l'utilisation des ressources de santé. Comme prochaines étapes, les partenaires de SPARC au Bénin – le Centre de Recherche en Reproduction Humaine et en Démographie (CERRHUD) – validera les conclusions de SPARC avec les parties prenantes du Bénin et ils détermineront ensemble les actions appropriées pour faire de nouveaux progrès dans les achats stratégiques comme moyen de réaliser la CSU au Bénin.

Strategic Purchasing Africa Resource Center (SPARC)

Amref Wilson Airport, Lang'ata Road
Nairobi, Kenya

info@sparc.africa

www.sparc.africa



Annexe. Indicateurs de progrès en matière d'achats

Gouvernance	Les fonctions d'achat ont un cadre institutionnel doté d'un mandat clair et d'un système tout aussi clair de répartition des fonctions.	○	Une ou plusieurs agences sont chargées de remplir une ou plusieurs fonctions d'achat, mais les mandats ne sont pas clairement définis et les capacités sont faibles.
		●●	Une ou plusieurs agences sont chargées d'assurer la plupart ou la totalité des fonctions d'achat et les capacités s'améliorent, mais il subsiste des chevauchements et des lacunes dans les responsabilités. Des mécanismes sont en place pour l'engagement des parties prenantes.
		●●●	Une ou plusieurs agences sont chargées d'assumer toutes les fonctions d'achat ; la capacité est forte et il n'y a pas de chevauchements ou de lacunes dans les responsabilités. Il existe un engagement inclusif et significatif des parties prenantes.
	Les prestataires ont le pouvoir de prendre des décisions de gestion et des décisions financières, et ils en sont tenus responsables.	○	Les prestataires publics ne disposent d'aucune autonomie ou d'une autonomie extrêmement limitée pour exercer des fonctions financières et de gestion, et leur capacité à réagir aux incitations financières créées par les systèmes de paiement des prestataires est limitée.
		●●	Les prestataires publics bénéficient de plus d'autonomie de gestion et en matière financière, mais les mécanismes de redevabilité sont faibles.
		●●●	Les prestataires publics bénéficient d'une grande autonomie financière et de gestion, et les mécanismes de redevabilité sont efficaces.
Gestion financière	Les accords d'achat intègrent des mécanismes visant à garantir le contrôle budgétaire.	○	Un processus défini est utilisé pour établir le budget de l'acheteur, et des mécanismes sont en place pour suivre l'exécution du budget et les dépenses.
		●●	Un processus défini est utilisé pour établir le budget de l'acheteur, et des mécanismes sont en place pour suivre l'exécution du budget et les dépenses. Ces mécanismes sont appliqués, mais les dépassements de budget sont monnaie courante.
		●●●	Un processus défini est utilisé pour établir le budget de l'acheteur, et des mécanismes sont en place pour suivre l'exécution du budget et les dépenses. Ces mécanismes sont rigoureusement appliqués, et les dépassements de budget sont rares.
Spécification des prestations	Un paquet de prestations est spécifié et aligné sur les accords d'achat.	○	Un paquet de prestations ou de services est défini et reflète les priorités en matière de santé, mais il n'est pas bien spécifié, il ne constitue pas un engagement et/ou il n'est pas aligné sur les mécanismes d'achat.
		●●	Un paquet de prestations ou de services est défini, il reflète les priorités en matière de santé et il constitue un engagement, mais il n'est pas bien spécifié et/ou n'est pas aligné sur les mécanismes d'achat.
		●●●	Un paquet de prestations ou de services est défini, il reflète les priorités en matière de santé, il constitue un engagement, il est bien spécifié et il est aligné sur les mécanismes d'achat, et un processus transparent de révision est spécifié.
	L'organisme acheteur définit en outre les normes de prestation de services lorsqu'il conclut un contrat avec des prestataires.	○	L'acheteur définit certaines normes générales de prestation de services (par exemple, pour le contrôle d'accès), mais leur application contractuelle est faible.
		●●	L'acheteur définit certaines normes générales de prestation de services et certaines normes spécifiques de prestation de services (par exemple, le nombre de visites de soins prénataux) qui sont appliquées par le biais de contrats.
		●●●	L'acheteur définit des normes générales de prestation de services et des normes spécifiques de prestation de services conformément aux politiques nationales de prestation de services et aux protocoles cliniques, et les normes de prestation de services sont appliquées par le biais de contrats.
Dispositions contractuelles	Des contrats sont en place et sont utilisés pour atteindre les objectifs.	○	Des accords de principe sont définis entre l'acheteur et les prestataires publics pour des services spécifiques en échange d'un paiement à la place ou en plus des budgets basés sur les intrants. Des contrats formels peuvent être conclus avec certains prestataires privés.
		●●	Des contrats formels sont conclus entre l'acheteur et les prestataires publics pour des services spécifiques en échange d'un paiement à la place ou en plus des budgets basés sur les intrants. Des contrats formels peuvent être conclus avec certains prestataires privés.
		●●●	Des accords formels sont conclus entre l'acheteur et les prestataires publics et privés pour aider à atteindre des objectifs spécifiques, et ils sont liés aux performances.
	Les contrats sélectifs spécifient les normes de qualité des services.	○	L'acheteur a des accords ou des contrats de principe et non sélectifs avec tous les prestataires publics et des contrats sélectifs avec certains prestataires privés sur la base d'une certaine définition des normes de qualité.
		●●	L'acheteur conclut des contrats, au moins de manière assez sélective, avec des prestataires publics et privés sur la base d'une accréditation ou d'une autre définition des normes de qualité.
		●●●	L'acheteur conclut des contrats sélectifs avec des prestataires publics et privés sur la base de normes de qualité appliquées de manière uniforme.
Paiement des prestataires	Les systèmes de paiement des prestataires sont liés aux objectifs du système de santé.	○	Un système de paiement basé sur les résultats est utilisé.
		●●	Le paiement est basé sur les résultats et les systèmes de paiement sont liés à des objectifs spécifiques de prestation de services.
		●●●	Le paiement est basé sur les résultats, et les systèmes de paiement sont liés à des objectifs spécifiques de prestation de services, à une répartition efficace entre les niveaux de soins et à la gestion du budget de l'acheteur.
	Les tarifs de rémunération sont basés sur une combinaison d'informations sur les coûts, les ressources disponibles, les priorités politiques et la négociation.	○	Les tarifs de rémunération des prestataires sont déterminés en fonction du budget disponible de l'acheteur.
●●		Les tarifs de rémunération des prestataires sont déterminés en fonction du budget disponible de l'acheteur et d'au moins un autre facteur (par exemple, les informations sur les coûts, les priorités ou les négociations avec les prestataires).	
●●●		Les tarifs de rémunération sont basés sur une combinaison d'informations sur les coûts, les ressources disponibles, les priorités politiques et la négociation.	
Suivi des performances	Les informations de suivi sont générées et utilisées à l'échelle des prestataires.	○	Une certaine forme de suivi a lieu au niveau des prestataires de santé (par exemple, des visites de supervision, des rapports d'activité mensuels, des audits de réclamation, des audits de qualité).
		●●	Le suivi des prestataires est au moins partiellement automatisé et est utilisé pour les décisions d'achat.
		●●●	Les informations des prestataires sont automatisées, renvoyées aux prestataires et utilisées pour les décisions d'achat.
	Les informations et les analyses sont utilisées pour la surveillance du système et en liaison avec les décisions d'achat.	○	Une certaine forme d'analyse du système est effectuée (par exemple, l'utilisation des services, les médicaments prescrits, le total des demandes par type de service).
		●●	L'analyse du système est automatisée et effectuée de façon routinière.
		●●●	Les informations et les analyses sont utilisées pour la surveillance du système dans son ensemble et en liaison avec les décisions d'achat.