

Achats stratégiques pour la santé au Ghana

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



MAI 2021

LES ACHATS STRATÉGIQUES DE 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.

Schémas de financement de la santé au Ghana

Le Ghana est un pays à revenu intermédiaire de la moyenne (tranche inférieure) qui s'est engagé à améliorer la santé de sa population et à atteindre la couverture sanitaire universelle (CSU) dans le Plan de développement à moyen terme 2018-2021. Le Cadre de dépenses à moyen terme 2018-2021 (CDMT) donne la priorité au renforcement de la mise en œuvre du programme de protection sociale et d'inclusion du pays.

Il s'agit notamment de renforcer le Schéma Régime national d'assurance maladie (National Health Insurance Scheme – NHIS) et de le rendre durable, d'augmenter les dépenses publiques en matière de santé et d'accroître la proportion des dépenses totales de santé provenant de sources nationales. Il s'agit aussi, de cofinancer les programmes de lutte contre le VIH/sida et les programmes de vaccination, et de veiller à la pérennisation des produits de santé publique pendant alors que le Ghana passe au statut de pays à revenu intermédiaire.

Le Ghana dispose de trois principaux types de schémas de financement du système de la santé :

- **LE PROGRAMME NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE (NHIS).** Ce schéma basé sur des cotisations offre une couverture d'assurance maladie à la population active, y compris aux travailleurs des secteurs formel et informel. Le NHIS est financé par la combinaison d'une partie de la taxe sur la valeur ajoutée, connue sous le nom de Taxe Nationale d'Assurance Maladie (National Health Insurance Levy (NHIL), d'une partie de la cotisation d'assurance sociale des travailleurs du secteur formel, et du paiement des primes par les souscripteurs non exemptés. La prime est subventionnée par le NHIL pour les populations exemptées – personnes âgées de moins de 18 ans et de plus de 70 ans, bénéficiaires du Programme d'Autonomisation des Moyens d'Existence contre la Pauvreté (Livelihood Empowerment Program Against Poverty (LEAP), femmes enceintes et personnes indigentes. Le programme est géré par l'Autorité Nationale d'Assurance Maladie (National Health Insurance Authority (NHIA). Bien que le NHIS soit un régime basé sur des cotisations, plus de 60 % des bénéficiaires sont exemptés du paiement d'une prime.

LE GHANA EN QUELQUES CHIFFRES

- Population (2019):
30,4 millions d'habitants
- PIB par habitant (2019) :
2 202 \$ US
- Taux de pauvreté à 1,90 \$/jour
(2016) : **13 %**
- Espérance de vie (2018) :
64 ans
- Dépenses courantes de santé (DCS)
par tête d'habitant (2018) :
78 \$ US
- Dépenses publiques intérieures
en % des DCS (2018) : **39 %**
- Dépenses personnelles en %
des DCS (2018) : **37 %**
- Dépenses extérieures en % des
DCS (2018) : **12 %**

Source: Banque de données de la Banque mondiale

- **FINANCEMENT PAR LE BUDGET DE L'ÉTAT.** Le Gouvernement ghanéen affecte chaque année au secteur de la santé des fonds provenant des recettes publiques, sur la base du CDMT. Ces fonds sont utilisés pour le financement basé sur les intrants, principalement pour les programmes prioritaires et pour le paiement des salaires des agents de santé.
- **ASSURANCE PRIVÉE.** Le Ghana dispose d'un petit secteur d'assurance privé, comprenant des compagnies d'assurances privées à but lucratif et des régimes d'assurance communautaires.

Les projets du secteur de la santé financés par des bailleurs externes se concentrent sur des priorités telles que le VIH/sida, le paludisme, la tuberculose, la santé maternelle et néonatale, et les services de reproduction.

Le Tableau 1 compare les fonctions d'achat dans les principaux schémas de financement de la santé.

Tableau 1. **Fonctions d'achat dans les schémas de financement de la santé au Ghana**

	National Health Insurance Scheme (NHIS)	Financement par le budget de l'État	Assurance privée
% des dépenses totales de santé (2015/16)*	52 %		1 %
Acheteur(s) principal(aux)	National Health Insurance Authority (NHIA)	MdS Ministère de la Santé	Compagnies d'assurances privées
Gouvernance	Le NHIS et son organe directeur, la NHIA, ont été créés par la loi sur le NHIS de 2003 (loi 650). Cette loi a été révisée pour devenir la loi NHIS de 2012 (loi 852). La NHIA rend compte au Ministère de la Santé par l'intermédiaire d'un conseil dont les membres sont nommés par le Président et qui comprend un large éventail de représentants institutionnels. Le Ministère des Finances (MdF) perçoit les fonds de la taxe NHIL et les reverse à la NHIA. La NHIA perçoit également les cotisations directement auprès des membres contributeurs. Les prestataires disposent d'une certaine autonomie financière en ce qui concerne les revenus générés en interne (RGI) provenant des frais à la charge des usagers et des paiements de la NHIA.	Le Ministère de la Santé est dirigé par un ministre qui est soutenu par des chefs de département qui fournissent une orientation en matière de politiques, et le Service de Santé du Ghana (Ghana Health Service (GHS) est responsable des établissements de santé publique. L'Agence de Réglementation des Etablissements de Santé (Health Facility Regulatory Agency (HEFRA) assure la gouvernance pour la qualité des services et est responsable de l'octroi des licences et de l'inspection de tous les prestataires. Le MdF alloue des ressources, en se référant au CDMT, au MdS, aux magasins médicaux nationaux et aux collectivités locales. Les établissements publics reçoivent des budgets pour le fonctionnement et l'entretien, et ils élaborent des plans et des budgets. Les établissements publics ont une autonomie financière limitée en ce qui concerne le contrôle des fonds budgétaires.	Les compagnies d'assurances privées ont été créées en vertu de la loi sur les assurances de 2008 et sont également régies par la loi 852. La NHIA a une autorité de contrôle sur les compagnies d'assurances privées de santé. Chaque entreprise est dotée d'un conseil d'administration et est dirigée par une équipe de direction. Les assureurs privés perçoivent des cotisations et disposent d'une autonomie financière et de gestion. Les prestataires disposent d'une autonomie financière par rapport aux recettes provenant des assureurs privés.
Gestion financière	Les budgets sont fixés par la direction de la NHIA en fonction du nombre d'adhésions et des recettes prévues. Les dépassements se produisent lorsque les demandes d'indemnisation dépassent les recettes ou lorsque les transferts du MdF à la NHIA sont retardés. Les dépassements sont couverts par des excédents antérieurs ou des affectations supplémentaires du MdF lorsque le fonds de réserve est épuisé.	Le processus annuel d'affectation budgétaire est dirigé par le MdF et se base sur le CDMT et les affectations historiques. Des dépassements de budget se produisent, et ils sont financés par des budgets supplémentaires.	Les budgets sont fixés par la direction sur la base du nombre des adhésions et des recettes prévues. Les dépassements de budget se produisent lorsque les demandes d'indemnisation dépassent les primes perçues. Ils sont déclarés comme des pertes et peuvent être couverts par des bénéfices provenant des autres branches d'activité de la compagnie d'assurances.

Spécification des prestations	Un ensemble de prestations a été fixé par la loi 852 et comprend certains soins préventifs, mais surtout des soins curatifs, dans les établissements primaires, secondaires et tertiaires. Le Ministère de la Santé définit la liste des médicaments approuvés et les directives de traitement standard.	Le gouvernement propose des programmes spécifiques pour les services de santé préventifs, promotionnels et curatifs, tels que le programme de planification et de services de santé communautaires (Community-based Health Planning and Services – CHPS), le programme de soins aux nouveau-nés, le programme de santé reproductive et le programme de santé et de développement des adolescents. Le Ministère de la Santé dispose également d'une liste explicite de médicaments essentiels.	Les prestations explicites varient selon le régime d'assurance et comprennent généralement les soins primaires et hospitaliers, avec certaines exclusions.
Dispositions contractuelles	L'obtention de la licence HEFRA est une condition préalable à l'accréditation par la NHIA et à la conclusion de contrats avec les établissements de santé. Tous les établissements publics sont inclus. La NHIA conclut des contrats sélectifs avec des établissements privés. Le GHS signe des contrats au nom des établissements publics. L'Association Chrétienne de la Santé du Ghana (Christian Health Association of Ghana (CHAG) signe des contrats au nom des établissements de santé confessionnels. D'autres prestataires privés, notamment les prestataires à but lucratif, signent des contrats directement avec la NHIA lorsqu'ils sont accrédités.	Des accords sont en place pour le financement des intrants des établissements publics. Un protocole d'accord avec la CHAG régit le financement des établissements de santé confessionnels basé sur les intrants.	La licence HEFRA est une condition préalable à la conclusion de contrats avec des établissements de santé. Les entreprises ont recours à des contrats sélectifs avec des établissements publics et privés.
Paiement des prestataires	Paiement par le Ghana Diagnosis-Related Group (G-DRG) pour la plupart des services ambulatoires et hospitaliers, et paiement à l'acte pour les médicaments et les services non groupés	Budgets basés sur les intrants pour les salaires et autres postes du budget	Paiement à l'acte
Suivi des performances	Le cadre de qualité du ministère de la Santé est utilisé pour le suivi conjoint du ministère de la Santé et de la NHIA en matière de prestation de services. La licence HEFRA et l'accréditation annuelle par la NHIA sont appliquées. La NHIA effectue des audits cliniques ad hoc. Des enquêtes du type « client mystère » et des formulaires de commentaires des clients sont également utilisés.	Rapports mensuels d'activité des établissements (DHIS2) ; le cadre de qualité du ministère de la Santé est utilisé pour le suivi conjoint de la prestation de services par le Ministère de la Santé et la NHIA.	Les audits cliniques des données de demandes de remboursements sont utilisés.

* Base de données des dépenses mondiales de santé en 2015

Progrès et défis des achats stratégiques pour la santé

Le Ghana a fait d'importants progrès en matière d'achats stratégiques, notamment par le biais du NHIS. La création du NHIS a permis de réduire la fragmentation en fusionnant les régimes de financement de la santé à base communautaire dans le cadre du NHIS. Le financement budgétaire du gouvernement a également été utilisé pour renforcer le NHIS en canalisant le financement vers les intrants et en couvrant les services préventifs, de promotion et curatifs qui ne sont pas entièrement couverts par le NHIS. Le NHIS dispose d'un ensemble de prestations définies par la loi, qui énumère les droits de la population et utilise des méthodes de paiement des prestataires basées sur les résultats. Le suivi des performances est partiellement automatisé et comprend plusieurs mécanismes de contrôle des performances au niveau des prestataires et au niveau du système.

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

GOVERNANCE. Les rôles et responsabilités institutionnels en matière d'achats sont clairs, et les établissements de santé disposent d'un certain degré d'autonomie financière pour répondre aux incitations à l'achat. Le NHIS a été créé par la loi sur le NHIS de 2003 (loi 650), qui a été révisée pour devenir la loi sur le NHIS de 2012 (loi 852). Ces deux lois détaillent la gouvernance, l'adhésion, l'ensemble des prestations et tous les droits et obligations de la NHIA et de ses bénéficiaires. La NHIA a un conseil d'administration nommé par le Président du Ghana, et elle est gérée par un directeur général et une équipe de direction. Le Ghana Health Service (GHS) est responsable des établissements de santé publique. La Health Facility Regulatory Agency (HEFRA) inspecte tous les prestataires et leur octroie des licences. Il y a quelques chevauchements et doubles emplois dans l'inspection et le suivi des établissements de santé par la HEFRA et la NHIA, ce qui entraîne un gaspillage de ressources, mais des discussions sont en cours pour améliorer la situation.

GESTION FINANCIÈRE. Un processus défini est utilisé pour établir le budget de l'acheteur, et il existe des mécanismes de suivi pour l'exécution du budget et des dépenses du NHIS ainsi que pour le financement budgétaire, mais il arrive que des dépassements du budget se produisent. Ces dépassements sont gérés par un fonds de réserve affectés au NHIS et des affectations complémentaires dans des budgets supplémentaires. Le NHIS a enregistré des déficits depuis 2012 et n'a plus d'excédent pour faire face aux dépassements budgétaires grâce au fonds de réserve, ce qui menace sa pérennité. Il en résulte des retards de paiement aux prestataires et des dettes accumulées pendant des années. Les prestataires facturent aux bénéficiaires du NHIS des paiements informels en raison de ces retards de paiements. Le NHIS s'attaque aux causes de ces dépassements, qui comprennent à la fois des retards dans les transferts du MdF et des systèmes de paiement des prestataires sans dates limites imposées.

SPÉCIFICATION DES PRESTATIONS. Le paquet de prestations du NHIS est spécifié dans la législation, et on estime qu'il couvre 95 % du fardeau de la morbidité au Ghana. Les directives cliniques définies par le Ministère de la Santé sont utilisées comme les normes de prestation de services, et le NHIS fait respecter ces directives par le biais de contrats. Le Ministère de la Santé définit les médicaments couverts par l'ensemble des prestations du NHIS. Toutefois, les régimes ne disposent pas d'un processus systématique de passage en revue de l'ensemble des prestations. Un processus d'évaluation des technologies de la santé est en cours d'étude afin de garantir que les décisions d'achat donnent la priorité en fonction des besoins en matière de santé.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES. Le NHIS conclut des contrats avec tous les prestataires publics et de manière sélective avec des prestataires privés sur la base de critères d'accréditation et de normes de qualité définies. L'octroi d'une licence par la HEFRA est une condition préalable à la conclusion de contrats par le NHIS et les compagnies d'assurances privées. Le NHIS conclut des contrats avec des associations de prestataires, dont le Ghana Health Service pour les établissements publics et la Christian Health Association of Ghana pour les établissements confessionnels. Cela améliore l'efficacité du processus de passation des marchés, car le NHIS n'a pas besoin de signer des contrats individuels avec chaque établissement de santé. Les contrats du NHIS précisent les services à fournir, les médicaments, les directives relatives aux services, les exigences de qualité, la durée des contrats, les tarifs et le paiement des prestataires, ainsi que les pénalités en cas de non-respect des obligations contractuelles. Par exemple, les demandes de traitement ou de réadmission pour la même affection dans les trois jours sont rejetées par la NHIA. Le Ministère de la Santé teste également les réseaux de prestataires primaires privilégiés (Primary Provider Networks (PPPN) afin d'améliorer l'efficacité et la qualité des soins de santé. Dans le cadre du système de PPPN, les bénéficiaires du NHIS sélectionnent un prestataire de soins primaires pour accéder aux services pendant six mois. Le PPPN est l'unité contractante du NHIS. Il est responsable de la gestion des bénéficiaires et a accès à leurs dossiers médicaux pour améliorer la qualité des soins. Le système de PPPN incite les prestataires à améliorer la qualité des soins afin de conserver leurs bénéficiaires actuels et d'en attirer éventuellement de nouveaux.

PAIEMENT DES PRESTATAIRES. Le NHIS et les régimes d'assurance privés utilisent un paiement basé sur les résultats, tandis que le budget de l'État utilise un paiement basé sur les intrants. Le NHIS rémunère les prestataires en utilisant les Ghana Diagnosis-Related Groups (G-DRGs) et le paiement à l'acte. Le NHIS utilise des tarifs différenciés pour les différents prestataires. Les établissements publics reçoivent des subventions par le biais du financement budgétaire de l'État, de sorte que leurs tarifs soient inférieurs à ceux des établissements privés. Les G-DRG et le paiement à l'acte ne sont pas bien harmonisés, et ces systèmes de paiement ouverts ont fait grimper les paiements à des niveaux insoutenables, menaçant la viabilité financière du régime.

SUIVI DES PERFORMANCES. Le suivi des performances au niveau des prestataires et du système est partiellement automatisé, et le suivi des performances éclaire les décisions d'achat du NHIS. La NHIA utilise un certain nombre de systèmes de contrôle des performances : accréditation et contractualisation annuelles, vérification des demandes de remboursement, audits cliniques, contrôle conjoint du Ministère de la Santé, enquêtes du type « client mystère » et un centre d'appel pour recueillir les plaintes et les suggestions des membres, avec un suivi des plaintes des dénonciateurs. On estime que le contrôle rigoureux des demandes a permis au régime d'économiser jusqu'à 5 millions de GHc (943 396 USD) en 2019. La NHIA a également introduit des systèmes de demandes de remboursements électroniques pour faciliter le contrôle des paiements. Cela permettra d'économiser les fonds du NHIS et de dissuader les prestataires de soumettre des demandes frauduleuses.

Le Tableau 2 résume les progrès réalisés dans les fonctions d'achat stratégique selon les dimensions de progrès définies par SPARC pour les principaux systèmes de financement de la santé au Ghana. (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 Ghana**

Fonction d'achat	Indicateurs d'achats stratégiques	Programme National d'Assurance Maladie (National Health Insurance Scheme - NHIS)	Financement par le budget de l'État	Compagnies d'assurances privées
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.	●●●	○	●●

Pour renforcer les progrès réalisés à ce jour, le Ghana devra surmonter un certain nombre de faiblesses. Le pouvoir d'achat de la NHIA pourrait être renforcé par la consolidation des financements par les paiements des usagers et des sources publiques intérieures. Le déblocage des fonds du NHIL collectés par le MdF au nom de la NHIA est souvent retardé en raison d'interférences politiques et de la bureaucratie du gouvernement. Cela entrave la capacité de la NHIA à payer les prestataires à temps et menace l'accès aux services et la viabilité financière du NHIS. Cela conduit également les prestataires à justifier des frais informels imposés aux bénéficiaires et décourage les nouvelles inscriptions et les renouvellements. La viabilité financière du NHIS est également menacée par les systèmes de paiement des prestataires, notamment les paiements à l'acte non contrôlés pour les médicaments, qui ont entraîné des déficits persistants et plusieurs renflouements du NHIS par le Ministère des Finances.

Possibilités d'améliorer les achats de produits de santé

Le Ghana est l'un des rares exemples africains couronnés de succès en matière d'achats stratégiques. Au fil du temps, le nombre d'adhérents au NHIS a augmenté, et le Ghana a apporté des améliorations, notamment en ce qui concerne la spécification des prestations, les contrats et le suivi des performances. Les autres pays africains peuvent tirer de nombreux enseignements de l'expérience ghanéenne dans ces domaines, mais il reste encore beaucoup à faire pour progresser vers un système de santé universel. Par exemple, le taux d'adhésion au NHIS se maintient à environ 40 % de la population, et la croissance des demandes de paiements a dépassé les recettes perçues, ce qui menace la viabilité financière du régime.

Pour progresser, le Ghana pourrait envisager de renforcer le rôle de la NHIA en tant qu'acheteur stratégique en faisant un meilleur usage du paiement des prestataires pour atteindre les objectifs de prestation de services et de viabilité financière. Par exemple, les G-DRG ne regroupent pas les services de manière adéquate, ce qui donne lieu à une longue liste de services et de tarifs qui sont lourds à gérer et qui sont presque équivalents au paiement à l'acte. Un meilleur équilibre est nécessaire entre le niveau de regroupement (pour créer de meilleures incitations à l'efficacité et à la qualité grâce à un système de paiement plus facile à gérer au niveau des établissements de santé et de la NHIA) et la réduction de la charge d'audit et de vérification des demandes de paiements. Le paiement par capitation a été expérimenté au Ghana, avec des résultats mitigés, et la réintroduction de la capitation est en cours de discussion. Le Ghana pourrait envisager des méthodes de paiement mixtes afin de minimiser les incitations et les conséquences involontaires des mécanismes de paiement individuels.

Au niveau du Ministère de la Santé, un meilleur alignement des politiques de santé pourrait permettre à la NHIA de mettre en œuvre des politiques d'achat stratégiques essentielles telles qu'un système de référence pour le contrôle d'accès, des politiques de contrôle qualité et une concentration sur les interventions prioritaires. La NHIA pourrait mettre en place des systèmes et des outils d'information appropriés pour développer l'expertise et les capacités nécessaires. Les processus automatisés, tels que les demandes de paiements électroniques, peuvent rationaliser des processus comme l'examen des demandes et permettre ainsi d'économiser du temps et des ressources.

Le MdF peut évaluer et réviser ses processus de gestion financière afin de garantir le déblocage rapide des fonds à la NHIA et ainsi faciliter le remboursement rapide des prestataires. L'amélioration de la gestion financière peut aider la NHIA à mieux prévoir les recettes et les paiements, et à gérer les recettes pour faciliter le paiement aux établissements de santé et permettre le paiement en temps voulu des prestataires.

Enfin, l'autonomisation des bénéficiaires du NHIS peut contribuer à renforcer le rôle d'intendance de la NHIA et des établissements de santé dans l'utilisation des ressources. La NHIA pourrait offrir des incitations pour signaler le comportement des prestataires qui s'écartent de la réglementation, notamment en matière de qualité des soins et de facturation de frais informels. Les bénéficiaires peuvent être inclus dans la gouvernance afin d'imposer la redevabilité de l'acheteur et une législation explicite sur les droits des patients, y compris un paquet de prestations explicites.

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, le partenaire de SPARC au Ghana – l'Université de Science et de Technologie Kwamé Nkrumah (Kwame Nkrumah University of Science and Technology) – validera les conclusions de SPARC avec les parties prenantes ghanéennes et ils détermineront ensemble les actions appropriées pour faire de nouveaux progrès dans les achats stratégiques comme moyen de réaliser la CSU au Ghana.

Strategic Purchasing Africa Resource Center (SPARC)

Amref Wilson Airport, Lang'ata Road
Nairobi, Kenya

info@sparc.africa

www.sparc.africa



Kwame Nkrumah
University of Science
and Technology

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.