

Achats stratégiques pour la santé au Kenya

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.

Régimes de financement de la santé au Kenya

Le Kenya, pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, s'est engagé à atteindre la couverture sanitaire universelle (CSU) et à améliorer les achats stratégiques de santé, comme le prévoit la feuille de route CSU du Kenya 2018-2022. La feuille de route définit des stratégies pour atteindre ces objectifs, notamment un ensemble de prestations de santé, un système national d'accréditation des prestataires et un paiement des prestataires fondé sur les performances.

Les principaux types d'accords de financement de la santé au Kenya sont les suivants :

► **LE FINANCEMENT PAR LE BUDGET DE L'ÉTAT PAR LE BIAIS DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ (Mds) ET DES DIRECTIONS DE LA SANTÉ DES COMTÉS (DSC).**

Le gouvernement garantit à l'ensemble de la population l'accès aux services de santé et aux médicaments essentiels, tels que définis dans le paquet de prestations essentielles pour la santé au Kenya (Kenya Essential Package for Health – KEPH). Le financement provient essentiellement des impôts et des taxes au niveau national. Les DSC sont responsables de la prestation de services, tandis que le Ministère de la Santé est responsable de la politique et du transfert des fonds aux agences gouvernementales semi-autonomes (AGSA) liées à la santé, telles que les hôpitaux tertiaires et les institutions de recherche.

► **LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE-HOSPITALISATION (NHIF).** Le NHIF est le régime national d'assurance maladie du pays, et il couvre environ 20 % de la population. Il comporte huit régimes majeurs, avec de multiples sous-régimes. Chaque régime a un paquet de prestations différent, et les paquets de prestations varient entre les sous-régimes. Les recettes du NHIF proviennent à 95 % des primes des assurés (obligatoires pour les travailleurs du secteur formel et facultatives pour tous les autres) et à 5 % des versements du gouvernement pour des régimes spéciaux qui fournissent des soins gratuits ou subventionnés à des populations spécifiques, comme les orphelins et les enfants vulnérables, les élèves de l'enseignement secondaire, les femmes enceintes, les personnes âgées et les personnes en situation de handicap.

LE KENYA EN QUELQUES CHIFFRES

- Population (2019) : **52,6 millions d'habitants**
- PIB par habitant (2019) : **1 817 \$ US**
- Taux de pauvreté à 1,90 \$/jour (2016) : **37 %**
- Espérance de vie (2018) : **66 ans**
- Dépenses courantes de santé (DCS) par tête d'habitant (2018) : **88 \$ US**
- Dépenses publiques intérieures en % des DCS (2018) : **42 %**
- Dépenses personnelles en % des DCS (2018) : **24 %**
- Dépenses extérieures en % des DCS (2018) : **16 %**

Source: Banque de données de la Banque mondiale

Le Kenya dispose également d'une assurance volontaire privée et de régimes d'assurance maladie communautaires qui, ensemble, couvrent moins de 3 % de la population.

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

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

	Ministère de la Santé (Mds)	Directions de la santé des comtés (DSC)	National Hospital Insurance Fund (NHIF)
% des dépenses totales de santé (2015/16)*	18,7 %	18,2 %	4,6 %
Acheteur(s) principal(aux)	Ministère des Finances (MdF), Mds	Trésors publics des comtés, DSC	NHIF
Gouvernance	Le Mds et le MdF sont des entités du gouvernement central dirigées par des secrétaires de cabinet. Le MdF collecte les recettes fiscales et les achemine vers le ministère de la Santé, dont le mandat est la politique et la supervision des hôpitaux tertiaires, qui sont des AGSA. Le Ministère de la Santé définit l'ensemble des prestations et transfère les ressources aux AGSA. Le Ministère de la Santé ne joue pas de rôle dans la prestation de services au niveau des comtés. Les AGSA disposent d'une autonomie financière pour utiliser les fonds selon les directives de gestion des finances publiques du Ministère des Finances (MdF) concernant l'utilisation des fonds publics.	Les comtés sont dirigés par un membre du comité exécutif du comté (rôle politique) et un directeur de la santé du comté (rôle technique). Les comtés ont un mandat constitutionnel pour fournir des services de santé au niveau du comté sous la direction du Mds. La plupart des établissements publics des comtés n'ont pas d'autonomie financière.	Le NHIF est une AGSA dépendant du Mds. Il est dirigé par un conseil représentatif des principales parties prenantes qui prend des décisions stratégiques sur l'ensemble des prestations, les contrats et le paiement des prestataires. Les établissements privés ont le pouvoir d'utiliser les revenus du NHIF, mais la plupart des établissements publics des comtés n'ont pas un tel pouvoir. Les AGSA et certains établissements publics des comtés ont un pouvoir limité d'affecter des fonds conformément aux directives du MdF pour l'utilisation des fonds publics.
Gestion financière	Le budget annuel est basé sur la circulaire du Ministère des Finances qui fournit des orientations sur la préparation du budget du Ministère de la Santé et le calendrier de formulation du budget, sur le Cadre des dépenses à moyen terme et sur l'historique des dépenses, et il est approuvé par le Parlement. Les dépassements de budget sont corrigés par des budgets supplémentaires approuvés par le Parlement.	Le budget annuel est basé sur une circulaire du membre du Conseil exécutif du comté pour les finances, qui fournit des conseils sur la formulation du budget et le calendrier de formulation du budget, le plan de développement annuel du comté et l'historique des dépenses. Le budget est approuvé par l'Assemblée du comté. Les dépassements budgétaires sont corrigés par des budgets supplémentaires adoptés par l'assemblée législative du comté.	Le budget annuel est basé sur les recettes consistant en cotisations prévues des membres. Les dépassements budgétaires sont couverts par les excédents accumulés au fil des ans.
Spécification des prestations	Le KEPH (le paquet principal de prestations) comprend un large éventail de services de santé individuels et pour l'ensemble de la population, et il est appliqué avec une liste de médicaments, de fournitures et de diagnostics essentiels. L'ensemble des prestations pour la CSU est axé sur les services de soins de santé primaires.	Le KEPH comprend un large éventail de services de santé individuels et pour l'ensemble de la population, et il est appliqué avec une liste de médicaments, de fournitures et de diagnostics essentiels.	Les différentes catégories de régimes offrent des prestations variées, qui comprennent généralement un large éventail de services ambulatoires, de services d'hospitalisation, de services spécialisés (par exemple, la dialyse, les diagnostics spécialisés) et le traitement en dehors du Kenya.
Dispositions contractuelles	Accords informels avec des prestataires publics ; protocoles d'accord (PdA) avec des prestataires privés	Accords informels avec des prestataires publics ; protocoles d'accord avec des prestataires privés dans certains comtés	Passation de contrats sélectifs avec des prestataires privés ; tous les prestataires publics sont inclus
Paiement des prestataires	Transferts budgétaires globaux aux hôpitaux tertiaires par les AGSA ; apports en nature (par exemple, produits de base, ressources humaines) aux établissements privés	Budgets par poste, salaires pour les établissements publics et apports en nature (par exemple, produits de base, ressources humaines) pour les établissements privés	Capitation pour les services ambulatoires, indemnités journalières pour les services aux patients hospitalisés, paiement à l'acte et paiement au cas par cas pour certains services
Suivi des performances	Rapports mensuels d'activité des établissements avec le logiciel d'information sanitaire du district (DHIS2) ; gestion des performances du Mds	Rapports mensuels d'activité des établissements sur DHIS2, supervision de soutien par les DSC, gestion des performances des DSC	Responsables de l'assurance qualité, audits médicaux de la soumission des demandes de remboursement et rapports financiers par le NHIF

* Comptes nationaux de la santé 2015/16

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

Les progrès réalisés par le Kenya en matière d'achats stratégiques de services de santé comprennent l'élaboration de critères pour l'examen des paquets de prestations, le renforcement des liens entre les ressources financières et les services reçus, ainsi qu'un examen du NHIF visant à repositionner l'institution en tant qu'acheteur stratégique. Des systèmes de paiement basés sur les résultats ont été introduits, notamment au NHIF, mais le manque d'autonomie financière des prestataires publics ne leur permet pas de répondre efficacement aux incitations financières et qualitatives.

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

GOVERNANCE. Tous les régimes disposent d'agences désignées chargées d'assurer la plupart ou la totalité des fonctions d'achat, mais leurs capacités, en particulier au niveau du comté, doivent être renforcées. Le MdS et les DSC ont des mandats attribués par la constitution du Kenya, qui définit les rôles du gouvernement central et des comtés. Des mesures initiales ont été prises pour améliorer les achats stratégiques au niveau des comtés, notamment par des subventions conditionnelles et une assistance technique intégrée. Le NHIF et l'Agence Kenyane de Fournitures Médicales (Kenya Medical Supplies Agency (KEMSA) ont des mandats attribués par des lois votées par le Parlement. Le NHIF et la KEMSA ont récemment fait l'objet d'un examen complet visant à améliorer leurs performances et à repositionner le NHIF en tant qu'acheteur stratégique de services de santé. Bien que le NHIF ait augmenté ses activités de sensibilisation des bénéficiaires, des efforts supplémentaires sont nécessaires pour informer les Kenyans sur les droits et sur les processus clés. Le Ministère de la Santé et les comtés manquent également d'approches de communication efficaces, ce qui a entravé les progrès des projets pilotes de soins de santé primaires récemment lancés.

GESTION FINANCIÈRE. Tous les régimes ont un processus défini pour fixer le budget de l'acheteur. Ils disposent également de mécanismes de suivi de l'exécution et des dépenses budgétaires, qui sont appliqués, mais les dépassements de budget sont fréquents. Le NHIF puise dans les excédents des années précédentes, tandis que le Ministère de la Santé et les DSC utilisent les budgets supplémentaires votés par le Parlement et les assemblées des comtés pour ajuster le budget.

SPÉCIFICATION DES PRESTATIONS. Des paquets de prestations sont définis pour tous les régimes et reflètent les priorités en matière de santé, mais il existe une fragmentation importante, avec différents paquets proposés par les différents régimes. Un examen récent des paquets de prestations au Kenya a conduit à l'élaboration d'un paquet de prestations pour la CSU, qui a renforcé les liens avec la charge de morbidité, les objectifs d'équité, les ressources financières et les services reçus. Le panier de prestations pour la CSU devrait être le panier de prestations minimum offert par tous les régimes, et il est testé dans les projets pilotes de CSU. Entre-temps, le KEPH reste le paquet de prestations dominant et couvre une série de services et de médicaments de base qui devraient être fournis à tous les niveaux du système de santé. Le NHIF dispose de plusieurs régimes avec différents paquets de prestations ciblant différents segments de la population. La plupart des membres du NHIF ont accès à Supa Cover, qui offre un large éventail de services ambulatoires, hospitaliers et spécialisés, ainsi que des traitements hors du Kenya. Les processus utilisés par le NHIF pour déterminer les paquets de prestations manquent de transparence et ne sont pas suffisamment fondés sur des preuves.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES. Tous les régimes utilisent des accords informels avec les prestataires publics, et seul le NHIF a passé des contrats sélectifs avec des prestataires privés sur la base d'une certaine définition des normes de qualité. Le Ministère de la Santé et les DSC mettent à l'essai de nouveaux réseaux de soins primaires en tant qu'unités contractantes, dans lesquels l'hôpital de comté agit comme centre clinique et administratif pour un ensemble géographiquement défini de prestataires de soins primaires, quel que soit le type de structure de propriété. Les réseaux de soins primaires visent à mettre davantage l'accent sur les soins primaires et sur des soins plus intégrés.

L'engagement des prestataires privés, notamment du gouvernement national et des autorités au niveau des comtés, reste faible. Le NHIF publie une liste de prestataires publics et privés chez lesquels les bénéficiaires peuvent accéder aux services de santé. Le NHIF utilise une liste de contrôle qui comprend des critères de qualité pour l'accréditation et la contractualisation, mais cette liste de contrôle est principalement basée sur les intrants.

PAIEMENT DES PRESTATAIRES. Le Ministère de la Santé utilise un mélange de paiements basés sur les résultats et de budgets basés sur les objets des dépenses, le NHIF utilise des paiements basés sur les résultats et les DSC utilisent des budgets basés sur les objets des dépenses. Les méthodes de paiement utilisées par les DSC n'incitent pas à la qualité et à l'efficacité, et il leur manque des mécanismes qui leur permettraient de surveiller le comportement des prestataires. Le NHIF utilise un mélange de paiement basé sur les résultats, de paiement par capitation, de paiement d'indemnités journalières, de paiement de groupe basé sur les cas et de paiement à l'acte pour les procédures de diagnostic. Ces mécanismes de paiement ne sont toutefois pas bien harmonisés, et il semble que le recours à la capitation avec paiement non plafonné aux niveaux de soins supérieurs ait augmenté les admissions, les prestataires déplaçant les patients d'un niveau de soins à l'autre pour éviter les coûts. Les mécanismes de révision et d'adaptation des systèmes de paiement font défaut au Ministère de la Santé, aux DSC et au NHIF.

SUIVI DES PERFORMANCES. Chaque régime dispose d'un système de suivi de l'activité des prestataires, mais en raison de la fragmentation des systèmes, ces informations ne peuvent être utilisées de manière cohérente pour éclairer les décisions d'achat. Tous les établissements publics et privés sont censés rendre compte de leurs activités en utilisant les registres du MdS. Toutefois, la qualité et l'exactitude des rapports varient considérablement. Le MdS et les DSC disposent de systèmes de budgétisation, de suivi, d'établissement de rapports et de gestion des performances au niveau des établissements et des systèmes de santé. Le NHIF utilise des systèmes d'information distincts pour la soumission des demandes de remboursement, le suivi et les rapports financiers. Les divers systèmes d'information ont des exigences différentes en matière de rapports, ce qui alourdit la tâche des établissements et entraîne des retards dans l'élaboration des rapports, une faible précision et un manque de données cohérentes pour éclairer les achats stratégiques.

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 Kenya. (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 Kenya

Fonction d'achat	Indicateurs d'achats stratégiques	MdS	DSC	NHIF
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.	○	○	●●

* Les établissements privés et les hôpitaux AGSA disposent d'une autonomie financière, mais pas la plupart des établissements publics des comtés.

Les accords d'achat de produits de santé au Kenya présentent des faiblesses et des limites qui freinent les progrès vers l'achat stratégique. Les trois régimes gèrent environ 42 % des fonds de santé et, bien que le NHIF se positionne comme l'acheteur stratégique, il gère moins de 5 % des fonds de santé, ce qui réduit sa capacité à créer des incitations efficaces pour les prestataires. Les politiques et les lois à l'appui des achats stratégiques font défaut malgré l'existence de plans, de feuilles de route et de documents stratégiques clés. Certains de ces documents ont un contenu mal aligné ou sont encore à l'état de projet. Dans d'autres cas, les difficultés de mise en œuvre ont entravé les progrès. L'absence de séparation acheteur-prestataire entrave les achats stratégiques des autorités au niveau des comtés, car elles possèdent et gèrent les établissements de santé auprès desquels elles effectuent leurs achats. Les exigences rigides en matière de gestion des finances publiques (GFP) et le manque d'autonomie des établissements de santé publique dans les décisions de dépenses (à l'exception des AGSA) aggravent ce problème.

Possibilités d'améliorer les achats de produits de santé

Le Président du Kenya a appelé à la réalisation de la CSU d'ici 2022 dans le cadre de son programme « Big 4 », qui a inspiré l'élaboration d'une feuille de route pour la CSU par le ministère de la Santé. Les achats stratégiques peuvent être un levier puissant pour progresser vers cet objectif si un certain nombre d'actions critiques sont entreprises.

En termes de gouvernance, les rôles du Ministère de la Santé, des DSC et du NHIF, tels qu'ils sont envisagés dans la feuille de route sur les soins de santé primaires, devraient être mieux harmonisés afin de réduire la fragmentation et de consolider le pouvoir d'achat. Les structures de gouvernance globales doivent être renforcées, et les établissements publics pourraient se voir accorder une plus grande autonomie financière pour améliorer leur réactivité aux incitations. Certains comtés ont accordé l'autonomie financière à certains ou à tous les établissements de santé publics, mais la plupart des établissements publics restent limités par les rigidités de la GFP. Des mécanismes sont nécessaires pour que les citoyens et les autres parties prenantes puissent fournir un retour d'information et participer à la gouvernance et à la supervision du système de santé. Le NHIF est très fragmenté, avec plus de 85 régimes différents et de nombreux paquets de prestations, ce qui accroît la charge administrative liée à la gestion de ces régimes. Certaines fonctions sont décentralisées dans les 90 branches, avec des chevauchements et des doubles emplois dans des domaines tels que l'accréditation, la passation de marchés, l'autorisation, le paiement des demandes de remboursement et les processus de rapprochement, ce qui entraîne une augmentation des coûts administratifs et une réduction de l'efficacité des opérations. Ces processus nécessitent une harmonisation entre le siège et les succursales.

Le processus d'élaboration de l'ensemble des prestations de la CSU sur la base de critères explicites liés aux besoins de la population et aux objectifs du système de santé pourrait être formalisé, les révisions futures étant effectuées selon un processus transparent. Le déploiement de ce paquet unifié à l'échelle nationale, avec une communication claire aux bénéficiaires et aux prestataires sur leurs droits et obligations, renforcerait cette importante pierre angulaire des achats stratégiques.

À l'avenir, les achats stratégiques peuvent être renforcés par des normes de prestation de services claires pour la passation de contrats avec tous les types de prestataires et des mécanismes d'application solides. Les systèmes et méthodes de paiement peuvent être mieux coordonnés et alignés sur les objectifs du système de santé, avec des mécanismes d'examen et de révision qui sont transparents et favorisent la redevabilité. Les taux de paiement des prestataires peuvent être alignés sur les besoins du système et les ressources disponibles en utilisant des preuves actuarielles et les coûts connus, en tenant compte des différentes structures de coûts des établissements publics et privés pour créer de meilleures incitations à l'efficacité et à la qualité. Le NHIF peut envisager de fixer un plafond budgétaire à un certain niveau (par exemple, l'établissement ou la zone géographique) pour les mécanismes de paiement des prestataires à durée indéterminée (indemnités journalières, paiement au cas par cas et rémunération à l'acte) et exiger une autorisation préalable pour dépasser ces plafonds, afin de gérer les coûts et d'améliorer la viabilité financière.

Les achats stratégiques peuvent également être améliorés en renforçant les systèmes d'information et le suivi des performances des prestataires à tous les niveaux de soins et en liant étroitement les décisions d'achat à la qualité des services. Des données normalisées sur les patients dans tous les établissements et régimes de santé peuvent permettre une meilleure prise de décisions cliniques, un suivi des performances au niveau des établissements et des systèmes, et des politiques d'achat fondées sur des données probantes pour tous les régimes.

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 Kenya – Programme de Recherche KEMRI Wellcome Trust (KEMRI Wellcome Trust Research Program) – validera les conclusions de SPARC avec les parties prenantes au Kenya et ils détermineront ensemble les actions appropriées pour faire de nouveaux progrès dans les achats stratégiques comme moyen de réaliser la CSU au Kenya.

Cette note de synthèse est basée sur une évaluation de l'avancement des achats stratégiques dont les détails sont présentés dans la publication suivante : Kazungu J, Kabia E, Munge K, Barasa E. Assessing the progress and gaps in strategic health purchasing in Kenya. Wellcome Open Research. Vol 6. Numéro 81. <https://wellcomeopenresearch.org/articles/6-81>

Strategic Purchasing Africa Resource Center (SPARC)

Amref Wilson Airport, Lang'ata Road
Nairobi, Kenya

info@sparc.africa
www.sparc.africa



KEMRI | Wellcome Trust

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.