

Achats stratégiques pour la santé au Rwanda

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 afin de permettre 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 Rwanda

Le Rwanda est un pays à faible revenu qui est bien connu pour avoir obtenu de bons résultats en matière de santé au cours des deux dernières décennies, avec des niveaux de dépenses de santé bien inférieurs à ceux de nombreux autres pays africains. Le Plan stratégique de financement de la santé 2018-2024 du Rwanda définit la stratégie visant à accélérer les progrès vers la réalisation de la couverture sanitaire universelle (CSU). Il s'agit notamment de l'accès universel à des services de soins de santé de qualité et de l'amélioration de l'efficacité et de l'équité dans l'affectation et l'utilisation des ressources du secteur de la santé. L'objectif est d'accroître la rentabilité des dépenses publiques, notamment en affinant les systèmes de paiement des prestataires, en renégociant les tarifs et en améliorant la qualité des services de santé grâce à des normes d'accréditation. La stratégie prévoit également d'encourager et d'inciter à l'amélioration de la qualité en liant le paiement aux performances des prestataires, en renforçant la participation et l'adhésion de la population aux systèmes de financement de la santé et en améliorant la satisfaction des patients.

Le Rwanda a mis en place les schémas de financement de la santé suivants :

- **FINANCEMENT PAR LE BUDGET DE L'ÉTAT.** Le Gouvernement rwandais affecte un montant annuel au secteur de la santé à partir des recettes publiques. Ces fonds sont utilisés pour le financement basé sur les intrants, principalement les salaires des travailleurs du secteur de la santé. Cela inclut également le soutien budgétaire aux projets du secteur de la santé financés par des bailleurs externes.
- **LE FINANCEMENT BASÉ SUR LA PERFORMANCE (PBF).** Le système de FBP est géré par le Ministère de la Santé (Mds) et fournit des incitations financières aux établissements de santé pour atteindre des objectifs spécifiques. Les paiements du FBP sont utilisés pour compléter les salaires des travailleurs du secteur de la santé. L'objectif du régime de FBP est d'augmenter la quantité et la qualité de services spécifiques, en mettant l'accent sur la santé maternelle et infantile.

LE RWANDA EN QUELQUES CHIFFRES

- Population (2019) : **12,6 millions d'habitants**
- PIB par habitant (2019) : **820 \$ US**
- Taux de pauvreté à 1,90 \$/jour (2016) : **57 %**
- Espérance de vie (2018) : **69 ans**
- Dépenses courantes de santé (DCS) par tête d'habitant (2018) : **58 \$ US**
- Dépenses publiques intérieures en % des DCS (2018) : **31 %**
- Dépenses personnelles en % des DCS (2018) : **10.5 %**
- Dépenses extérieures en % des DCS (2018) : **31 %**

Source: Banque de données de la Banque mondiale

- **ASSURANCE MALADIE COMMUNAUTAIRE (CBHI).** Ce régime contributif couvre la majorité des Rwandais, notamment la population rurale et les travailleurs du secteur informel. Le gouvernement accorde des subventions aux ménages les plus pauvres. Les niveaux de contribution sont fixés par le système Ubudehe, une classification socio-économique des ménages au niveau de la communauté pour déterminer l'admissibilité aux subventions de l'État. Parmi les quatre catégories d'Ubudehe, seuls les ménages de la catégorie des revenus les plus faibles sont entièrement subventionnés par l'État. Ce régime est géré par l'Agence rwandaise de Sécurité sociale (RSSB).
- **RÉGIME MÉDICAL DU RSSB.** Ce régime contributif offre une couverture d'assurance maladie aux travailleurs des secteurs public et privé ainsi qu'aux retraités. Pour les travailleurs du secteur formel, la contribution est partagée entre l'employé et l'employeur ; pour les retraités, le RSSB déduit la contribution de leur pension mensuelle. Le système est géré par le RSSB.

Le Rwanda dispose d'autres régimes de financement de la santé, notamment l'assurance médicale militaire, le régime d'assurance médicale de l'Université du Rwanda et les régimes privés d'assurance maladie, qui ont une faible couverture.

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 Rwanda**

	Financement par le budget de l'État	Financement basé sur la performance (PBF)	Assurance maladie communautaire (CBHI)	Régime médical de l'Agence rwandaise de sécurité sociale (RSSB)
% des dépenses totales de santé (2015/16)*	49 %		8 %	5 %
Acheteur(s) principal(aux)	MdS	MdS	RSSB	RSSB
Gouvernance	Le processus annuel d'affectation budgétaire est dirigé par le Ministère des Finances et de la Planification économique (MINECOFIN). Le Ministère de la Santé est dirigé par le ministre et les chefs de département. Les établissements publics reçoivent des budgets basés sur les données et ne disposent pas de l'autonomie nécessaire pour réaffecter les fonds budgétaires entre les différents postes.	Le processus annuel d'affectation des crédits budgétaires, y compris le soutien budgétaire provenant de sources extérieures, est dirigé par le MINECOFIN. Le département de la planification, du financement de la santé, du suivi et de l'évaluation du Ministère de la Santé supervise les activités quotidiennes liées à la mise en œuvre du PBF à l'échelle nationale. Au niveau du district, les comités directeurs de district assurent une supervision et une vérification directes. Les établissements de santé sont autorisés à utiliser les fonds reçus uniquement pour les incitations du personnel.	Le régime est géré par l'Office rwandais de sécurité sociale (RSSB), une agence gouvernementale sous la tutelle du MINECOFIN. Ce dernier remet la subvention pour <i>Ubudehe</i> catégorie 1 au RSSB ; le RSSB collecte les autres contributions des membres. Le RSSB est dirigé par le Directeur Général et l'équipe de direction. Les établissements publics disposent d'une autonomie financière pour gérer les fonds du CBHI	Le système est géré par le RSSB. Les cotisations des membres sont collectées directement par le RSSB. Les établissements publics disposent d'une autonomie financière pour gérer les fonds de ce système.
Gestion financière	Les budgets sont basés sur les estimations budgétaires du MINECOFIN provenant du Cadre des dépenses à moyen terme (MTEF) et sur l'historique des dépenses. Les dépassements de budget ne sont pas autorisés.	Les budgets du PBF sont basés sur les dépenses de l'année précédente et sur les fonds disponibles provenant de sources intérieures et extérieures. Des dépassements de budget se produisent, et lorsque les fonds du PBF sont épuisés et ne suffisent pas à payer les demandes d'indemnisation des établissements, les établissements de santé financent les déficits grâce aux recettes internes des établissements.	Les budgets sont fixés par la direction sur la base du nombre d'adhésions et des recettes prévues. Des dépassements se produisent, et le MINECOFIN fournit des fonds supplémentaires pour combler les déficits. D'autres systèmes de financement de la santé, tels que le régime médical du RSSB et l'assurance maladie privée, subventionnent de manière croisée le CBHI. Des fonds et des subventions nationaux supplémentaires sont mis à la disposition du CBHI pour améliorer la viabilité du système.	Les budgets sont estimés sur la base des dépenses de l'année précédente, majorées de 15 %. Le budget est approuvé par le MINECOFIN. Le régime n'a pas connu de dépassement de budget. Les excédents sont investis.
Spécification des prestations	Il n'y a pas de paquet de prestations explicites pour le financement du budget.	Le PBF paie pour un ensemble d'indicateurs de santé maternelle et infantile, de malnutrition, de VIH, de tuberculose et de soins oculaires. Le PBF cible les services offerts par les établissements publics et les agents de santé communautaires.	Un paquet de prestations est fixé par arrêté ministériel. Il comprend les services préventifs, curatifs et promotionnels ainsi que les soins curatifs dans les établissements publics, les postes de santé privés et les établissements spécialisés privés. Une liste de médicaments essentiels est définie.	Un paquet de prestations est fixé par arrêté ministériel. Il comprend les services préventifs, curatifs et promotionnels ainsi que les soins curatifs dans les établissements publics et privés. Les médicaments remboursables sont réévalués régulièrement.

Dispositions contractuelles	Des accords sont en place pour le financement des intrants des établissements publics.	Contrats annuels avec des établissements publics uniquement	Accords de principe avec des établissements publics et des contrats sélectifs avec des établissements privés pour quelques services de santé spécialisés (par exemple, dialyse, soins ophtalmologiques, services d'imagerie et appareils orthopédiques et prothétiques)	Accords de principe avec les prestataires publics et contrats sélectifs avec des entreprises et des pharmacies privées
Paiement des prestataires	Les prestataires sont payés par le biais de budgets basés sur les intrants, principalement pour les budgets utilisés pour le paiement des salaires des agents de santé et pour le fonctionnement et l'entretien des installations.	Paiement à l'acte en fonction de la réalisation des objectifs	Paiement à l'acte	Paiement à l'acte
Suivi des performances	Rapports mensuels d'activité des établissements (avec le logiciel d'information sanitaire du district (DHIS2) et le Système intégré d'informations sur la gestion financière (IFMIS), inspections des établissements par le Ministère de la Santé, rapport financier annuel, audits internes et externes, et rapport annuel dans l'Outil de suivi des ressources de santé	Rapport mensuel d'activité de l'établissement (DHIS2), vérification des factures avant paiement, vérification des données au niveau central	Dossiers médicaux électroniques, système de gestion des membres de la Mutuelle (3MS), inspections des installations, rapport financier annuel, inspections et audits des installations	Dossiers médicaux électroniques, base de données de gestion des membres clients, inspections des installations, rapport financier annuel, audits internes et externes

*** Rapport de l'Outil de suivi des ressources de santé pour les exercices 2015/16 et 2016/17*

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

Le Rwanda a été félicité pour son niveau élevé de couverture des citoyens et ses progrès dans la réduction de la fragmentation du financement de la santé en fusionnant les anciennes mutuelles de santé de district en un seul système national : leCBHI. En 2015, le Gouvernement rwandais a transféré la gestion du régime deCBHI du Ministère de la Santé au RSSB dans le but de consolider la gestion, d'améliorer les achats stratégiques et de réduire les coûts administratifs. Cette consolidation des achats au sein d'une seule institution a créé l'opportunité d'augmenter le pouvoir d'achat du RSSB, même si cela n'a pas été pleinement réalisé. Les programmes au Rwanda utilisent des méthodes de paiement des prestataires basées sur les résultats et liées aux services fournis. La passation des marchés est liée aux normes de qualité et au suivi des performances, notamment dans le cadre du PBF. Le suivi des performances est partiellement automatisé et comprend plusieurs mécanismes de contrôle des performances 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'une autonomie financière pour répondre aux incitations à l'achat dans le cadre des programmes deCBHI, du RSSB et du PBF. Il existe toutefois des chevauchements dans les fonctions d'achat. Par exemple, la Caisse nationale de l'assurance maladie (NHIC) est mandatée pour fixer les tarifs de tous les régimes de financement de la santé, mais c'est le Ministère de la Santé qui assume cette fonction. Il y a également des chevauchements entre les régimes pour chaque fonction – avec différents paquets, arrangements contractuels, taux de paiement et systèmes de suivi des performances.

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 dans tous les régimes, mais des dépassements du budget se produisent. Les dépassements de budget sur de nombreuses années ont entraîné des déficits dans le régime deCBHI, menaçant ainsi ses chances de survie à long terme. Pour minimiser cette situation, le Rwanda a introduit un système de subventions croisées à partir d'autres régimes d'assurance, qui versent 5 % des recettes au CBHI, et il a mobilisé des ressources nationales supplémentaires pour subventionner le CBHI. Le Ministère des Finances et de la Planification économique (MINECOFIN) fournit des affectations budgétaires supplémentaires pour combler ces déficits, mais il faut faire davantage pour contrôler les coûts.

SPÉCIFICATION DES PRESTATIONS. Les paquets de prestations ne sont pas bien définis et ne constituent pas un engagement, mais ils reflètent les priorités en matière de santé. Les directives cliniques définies par le Ministère de la Santé sont utilisées comme normes de prestation de services dans les accords contractuels. Le MdS définit les médicaments à inclure. Les régimes ne disposent pas d'un processus systématique de révision des ensembles de prestations, mais le RSSB vise à établir un processus d'évaluation des technologies de la santé fondé sur des données probantes pour réviser les ensembles de prestations afin de répondre aux besoins de la population tout en donnant la priorité à la rentabilité des interventions sélectionnées.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES. Tous les régimes incluent tous les prestataires publics dans des accords de principe mais concluent des contrats sélectifs avec des établissements privés sur la base de normes de qualité définies. Le PBF dispose d'un processus d'accréditation au niveau des hôpitaux et de contrats officiels avec tous les établissements publics. Au cours de la dernière décennie, le lien entre le PBF et le programme d'accréditation mis en œuvre au niveau des hôpitaux a contribué à l'amélioration des résultats en matière de santé, comme la réduction de la mortalité maternelle et infantile, garantissant à la fois une meilleure quantité et une meilleure qualité des services de santé prioritaires.

PAIEMENT DES PRESTATAIRES. Les régimes utilisent un paiement basé sur les résultats liés aux objectifs de prestation de services, avec paiement à l'acte dans tous les cas, tandis que le budget de l'État utilise un paiement basé sur les intrants. Les tarifs de la rémunération à l'acte sont fixés par le Ministère de la Santé mais varient selon les régimes. Le paiement à l'acte est un système de paiement mal encadré qui menace la viabilité financière des régimes. Il comporte également un processus fastidieux de traitement des demandes de remboursement sur papier, et les procédures de remboursement sont administrativement compliquées et prennent beaucoup de temps, tant pour le prestataire de services que pour le personnel de l'assurance maladie. Le PBF est versé trimestriellement comme paiement supplémentaire aux établissements et est utilisé pour compléter les salaires des agents de santé. La séparation entre les paiements du PBF et du RSSB aux établissements de santé est une occasion manquée d'utiliser ces deux sources de paiement pour améliorer la qualité des soins et faire des achats stratégiques dans tous les schémas de financement de la santé. Les établissements de santé élaborent des plans d'établissement et des budgets destinés à être financés par le budget de l'État. Ces budgets par postes n'encouragent pas l'efficacité car les établissements de santé ont des règles rigides qui ne permettent pas les réaffectations, et toute économie se traduit par une réduction des budgets l'année suivante. Les établissements publics disposent d'une autonomie financière pour les revenus générés en interne et sont responsables de leur gestion conformément aux directives du MINECOFIN.

SUIVI DES PERFORMANCES. Le suivi au niveau des prestataires et le suivi des performances au niveau du système sont partiellement automatisés. Le suivi de la performance du système de PBF permet d'éclairer les décisions d'achat dudit système. Le financement par le budget de l'État et les régimes de PBF utilisent le logiciel DHIS2 pour suivre la prestation de services. LeCBHI utilise un système de dossiers médicaux électroniques pour la gestion des cas et un système électronique de gestion des membres de la Mutuelle (3MS) pour la collecte des contributions et la gestion des inscriptions et des adhésions. Le système 3MS est lié au système Ubudehe et aux bases de données d'identification nationales. Ces systèmes automatisés ont permis d'améliorer considérablement la gestion et l'administration duCBHI, et le 3MS a réduit les coûts administratifs du processus d'inscription. Les informations produites par le PBF n'ont été utilisées que pour sa mise en œuvre ; elles pourraient être utilisées pour améliorer les accords contractuels entre tous les acheteurs et les établissements de santé et renforcer la capacité d'achat stratégique de santé de ces acheteurs. Ces différents systèmes de gestion des performances utilisés dans les divers régimes pourraient être unifiés pour soutenir les fonctions et les décisions d'achat.

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 de financement au Rwanda. (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 Rwanda**

Fonction d'achat	Indicateurs d'achats stratégiques	Financement par le budget de l'État	PBF	CBHI	Régime médical RSSB
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.	●●	●●	●●	●●

Malgré ces progrès, un certain nombre de facteurs affaiblissent les achats stratégiques au Rwanda. Bien que le pouvoir d'achat soit consolidé sous l'égide du RSSB, cette organisation n'a pas utilisé cette autorité pour créer les bonnes incitations à l'amélioration des performances des prestataires. Le RSSB administre le CBHI et le RSSB séparément, avec des équipes de gestion et d'administration différentes. Il n'y a pas d'harmonisation des flux de financement vers les prestataires de la part du RSSB et des différents régimes qu'il gère – le CBHI et le Régime médical du RSSB – ce qui entraîne des incitations incohérentes pour les prestataires. En outre, il n'y a pas eu d'alignement entre les régimes du RSSB et le PBF. Il s'agit d'une occasion manquée de s'appuyer sur le système de PBF pour l'accréditation, l'assurance et l'amélioration de la qualité, ainsi que le contrôle des performances des prestataires. Les incitations financières du PBF pourraient compléter les paiements du RSSB afin de renforcer les incitations et d'éviter la duplication des paiements. Chaque régime du RSSB a son propre ensemble de prestations et ses propres tarifs, ce qui rend le suivi et la gestion administrative difficiles. Ces ensembles de prestations sont implicites et ne disposent pas d'un processus d'examen bien défini.

Opportunités d'amélioration des achats pour la santé

Le Rwanda est un exemple africain en matière d'achats stratégiques, mais il reste encore beaucoup de progrès à faire. Plus de 90 % de la population est couverte par une assurance maladie, et les faibles dépenses à la charge des usagers indiquent un bon niveau de protection financière. Les améliorations des résultats en matière de santé peuvent être attribuées aux systèmes de financement de la santé qui réduisent les obstacles financiers et garantissent l'accès à des services de santé de qualité. Le Rwanda a consolidé le pouvoir d'achat dans le RSSB, mais l'administration reste fragmentée ; l'harmonisation de l'administration des régimes pourrait réduire les coûts administratifs. Il reste encore beaucoup à faire pour harmoniser les fonctions d'achat entre le CBHI et le Régime médical du RSSB, pour faire du CBHI un régime viable et pour réduire les différences d'accès aux soins entre les régimes gérés par le RSSB. Le PBF pourrait être mieux harmonisé ou intégré avec les paiements du CBHI et du Régime médical du RSSB afin d'aligner et de renforcer les incitations des prestataires à atteindre les objectifs du système de santé.

Le Rwanda pourrait bénéficier d'une révision des rôles du MdS, du NHIC et du RSSB afin de réduire la duplication des efforts dans la spécification des prestations, la passation des contrats, le paiement des prestataires, la fixation des tarifs et l'assurance qualité.

En outre, il serait utile de mieux aligner les prestations entre les différents régimes, mais aussi de mettre en place un processus régulier et systématique de mise à jour et de révision de l'ensemble des prestations afin de refléter les données probantes actuelles, l'évolution des contextes, ainsi que les besoins et les préférences de la population. La combinaison actuelle des méthodes de paiement n'apporte pas d'avantages significatifs au système de santé. Le paiement à l'acte à durée indéterminée aggrave l'escalade des coûts et menace la viabilité financière des régimes. Un meilleur alignement des systèmes de paiement des prestataires sur les objectifs et l'introduction de mécanismes de gestion des coûts pourraient contribuer à résoudre ces problèmes.

Le régime du PBF a été crucial pour l'atteinte par le Rwanda des objectifs du Millénaire pour le développement des Nations Unies. Le Rwanda peut choisir de conserver les éléments positifs du PBF, tels que le processus d'accréditation, et de lier l'amélioration de la qualité aux incitations financières.

Il pourrait également renforcer l'accréditation afin de garantir que des normes uniformes soient appliquées à tous les établissements publics et privés. Pour garantir l'équité, il pourrait apporter un soutien aux établissements de santé des zones rurales et difficiles à atteindre afin d'améliorer leurs performances et de satisfaire aux normes d'accréditation. Le lien des paiements du RSSB avec les progrès réalisés pour atteindre les normes d'accréditation et les indicateurs du système de PBF pourrait favoriser la durabilité et augmenter la réactivité du système. La viabilité financière de ce système reste un défi car il dépend fortement de sources externes. L'harmonisation du PBF avec les régimes du RSSB existants pourrait maintenir les éléments positifs au-delà du financement actuel des bailleurs et mieux positionner le PBF comme un élément complémentaire aux méthodes de paiement du RSSB.

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 Rwanda – L'École de Santé publique de l'Université du Rwanda (University of Rwanda School of Public Health) – validera les conclusions de SPARC avec les parties prenantes rwandaises et ils détermineront ensemble les actions appropriées pour faire de nouveaux progrès dans les achats stratégiques comme moyen de réaliser la CSU au Rwanda.

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.