



# Nigéria : Financement basé sur les résultats

Étude de cas axée sur les connaissances et l'apprentissage

# Acronymes

## **BHCPF –**

Fonds de prestation des soins de santé de base

## **CRF—**

Fonds du revenue consolidé

## **PDSS—**

Plan de développement du système de santé

## **NHAct –**

Loi Nationale sur la Santé

## **NCDC—**

Nigeria Centre for Disease Control

## **DFF –**

Financement décentralisé des établissements

## **MOF—**

Ministère des finances

## **NHIS—**

Régime national d'assurance maladie

## **FBP –**

Financement basé sur la performance

## **FBR—**

Financement basé sur les résultats

## **GoN—**

Gouvernement du Nigéria

## **FMoH—**

Ministère Fédéral de la Santé

## **NSHDP –**

Plan stratégique national de développement sanitaire

## **NPHCDA—**

Agence nationale de développement des soins de santé primaires

## **SRMNEA-N---**

Santé reproductive, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, et nutrition

## **PHCUOR—**

SSP intégrés sous une seule autorité

## **SSP—**

Soins de santé primaires

## **BM—**

Banque mondiale

## **WDC—**

Comité de développement des circonscriptions

# Avant de commencer

## But et objectifs de l'étude de cas

L'objectif d'une étude de cas de connaissances et d'apprentissage est de transmettre les expériences d'un pays quant au processus du GFF, pour que d'autres pays puissent en tirer des enseignements.

L'équipe du Nigéria a réfléchi à son expérience du GFF, en vue de partager leurs réussites, leurs défis et les enseignements tirés. Nous espérons que vous utiliserez et adapterez ces connaissances dans votre propre pays pour :

- **Obtenir** une idée de l'approche et du processus du GFF dans le contexte d'expériences réelles.
- **Identifier** les défis ou les obstacles auxquels vous pourriez être confrontés en entreprenant des processus ou des projets similaires.
- **Prendre en compte** de nouvelles idées et perspectives.
- **Développer** des compétences autour d'un sujet technique.
- **Encourager** des discussions entre les membres de votre équipe nationale.
- **Identifier les similitudes et les différences** entre le contexte du Nigéria et celui de votre propre pays.

## Questions d'orientation

Pensez à ces questions lorsque vous examinez l'étude de cas. Après avoir examiné l'étude de cas, vous aurez l'occasion de discuter de ces questions, parmi d'autres, avec votre équipe nationale.

- **Quelles stratégies** le Nigéria a-t-il utilisées pour institutionnaliser le FBR?
- Quels sont les **défis** particuliers auxquels ils ont été confrontés?
- Quelles ont été les **clés de leur réussite**?
- Comment certaines parties prenantes principales sont-elles **passées** de la résistance au FBR à la promotion du FBR?

# Table of Contents

**1** Introduction

**2** Contexte

**3** Institutionalisation

**4** Défis et processus fondamentaux pour  
l'institutionnalisation du FBR au Nigéria

**5** Discussion et conclusion





Nigéria : Financement basé sur les résultats

# INTRODUCTION

# Conceptualisation du NSHIP

- Entre 1990 et 2010, le Nigéria a enregistré de légères améliorations au niveau des indicateurs clés de la Santé, malgré la mise en œuvre de nombreuses réformes dans le secteur de la Santé, notamment la création du régime national d'assurance maladie (National Health Insurance Scheme - NHIS). De même, la première politique nationale de santé, dont les soins de santé primaires constituent la pierre angulaire, a été introduite en 1988. Compte tenu de la nécessité d'intensifier les interventions dans le but d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement, le Nigéria a élaboré le Plan stratégique national de développement sanitaire (National Strategic Health Development Plan - NSHDP, 2010-2015) et le modèle de mise en œuvre de la politique de SSP intégrés sous une seule autorité (Primary Health Care Under One Roof, PHCUOR), validé par le Conseil national de la santé en 2010.
- Toutes les interventions et tous les projets réalisés au Nigéria étaient basés sur des intrants et leurs effets sur le secteur de la santé furent marginaux, malgré les ressources fournies. Durant cette même période, des résultats encourageants ont été obtenus grâce à la mise en œuvre du financement basé sur les résultats (FBR) au Rwanda. La Banque mondiale, en soutien au gouvernement du Nigéria (GoN), a proposé l'introduction d'un projet de FBR, en commençant par un projet de quatre ans et demi intitulé « Nigeria States Health Investment Project » (projet d'investissement de la Banque mondiale dans le secteur de la santé du Nigéria, NSHIP).
- L'introduction d'approches de financement basé sur les résultats a marqué un changement radical par rapport au financement basé sur les intrants, qui servait précédemment de modèle pour la mise en œuvre des interventions dans le secteur de la santé. Plusieurs innovations ont été introduites, telles que la rémunération aux résultats ou aux extrants, la séparation des fonctions, l'autonomie des formations sanitaires, des dispositions de gouvernance clairement définies, ainsi que le renforcement des capacités. Le projet a été développé en consultation avec divers acteurs aux niveaux fédéral et étatique et un consensus a été atteint quant aux éléments du projet et à sa mise en œuvre, en conformité avec les meilleures pratiques mondiales en matière de FBR.
- La mise en œuvre d'un projet de financement basé sur les résultats a été conçue en tant que projet pilote, en vue de proposer des options de politique au Nigéria, dans la quête d'un moyen durable de fournir des soins de santé au pays. Les PHCUOR et le NSHDP ont créé un environnement propice à la conceptualisation et à la "commercialisation" du financement basé sur les résultats auprès des parties prenantes internes et externes. La conceptualisation du NSHIP en tant que projet dépendant de politiques a permis d'obtenir du soutien pour le projet. Par ailleurs, le financement basé sur les résultats a été mis en œuvre à l'aide des systèmes et des structures existants, renforçant et réformant ainsi le cadre opérationnel des systèmes de santé nationaux, pour permettre la mise en œuvre de tout modèle de FBR que le pays choisirait d'adopter une fois que le projet pilote ait été réalisé.

# Aperçu du NSHIP

Le NSHIP a été lancé en 2011 par la Banque mondiale, en réponse à l'appel lancé par le ministère fédéral de la Santé (FMoH) au Nigéria, à travers sa proposition de dossier d'investissement de 2010, en faveur d'un investissement dans le système de santé du Nigéria. L'objectif du NSHIP était "d'accroître le taux de prestation de services et d'utilisation d'interventions à fort impact en matière de santé de la mère et de l'enfant et d'améliorer la qualité des soins dispensés dans des formations sanitaires sélectionnées parmi les États participants". Les efforts ont porté sur l'augmentation de la proportion et du nombre d'enfants de 12 à 23 mois étant complètement vaccinés, la proportion et le nombre de naissances assistées par des prestataires de services de santé qualifiés, le résultat moyen de la qualité des soins dans les formations sanitaires, le nombre de visites ambulatoires par des enfants de moins de cinq ans, ainsi que le nombre et la proportion de femmes faisant partie des bénéficiaires directs du projet. En fin d'année 2016, le gouvernement du Nigéria (GoN) avait généré des preuves montrant l'impact potentiel du FBR sur la prestation de services de santé au Nigéria, à l'aide d'un examen à mi-parcours du projet de NSHIP. Ce dernier a été mené dans 757 formations sanitaires dans 27 zones de gouvernement local, dans trois États du Nigéria, et dans des formations sanitaires situées dans 91 zones de gouvernement local, dans cinq États du Nord-Est bénéficiant d'un financement supplémentaire.



# L'état du système de santé au Nigéria avant l'introduction du NSHIP

- Les indices de santé étaient mauvais : le Nigéria avait réalisé très peu de progrès dans la mise en œuvre des principales interventions sanitaires, malgré plusieurs décennies de financement du système de santé basé sur les intrants et des investissements en capital humain. Avec 545 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2008, le Nigéria était responsable de 10% des décès maternels dans le monde. Le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans était de 157 pour 1 000 naissances vivantes en 2008 et le taux de mortalité diminuait trop lentement pour atteindre la cible de l'OMD 4, à savoir, moins de 67 pour 1 000 naissances vivantes pour l'année 2015. Cela malgré des niveaux de dépenses de santé relativement élevés, par rapport à d'autres régions d'Afrique : les dépenses totales de santé au Nigéria étaient estimées à environ 30 dollars américains par habitant, soit environ 6.5% à 7.4% du PIB.
- L'offre de services de soins de santé était inadéquate. La couverture des interventions clés était faible, même par rapport aux normes de l'Afrique subsaharienne. Bien qu'il y avait 33 303 hôpitaux généraux, 20 278 centres et postes de soins de santé primaires et 59 hôpitaux universitaires et centres médicaux fédéraux, les services étaient insuffisants, de mauvaise qualité et non accessibles aux pauvres. En matière de santé, les disparités interrégionales, intrarégionales et interétatiques étaient considérables et les résultats de santé des pauvres étaient bien pires que ceux des riches. Le déblocage des fonds opérationnels était imprévisible, ce qui rendait les établissements dépendants des frais d'utilisation pour leur fonctionnement. Le Nigéria a l'un des taux les plus élevés de paiements directs des ménages en matière de santé dans le monde, avec une moyenne d'environ 69% au cours de la dernière décennie.
- La demande de services de soins en établissement était faible, en grande partie parce que le système de prestation des soins de santé ne répondait pas aux besoins des communautés. Moins de 50% des naissances sont assistées par des sages-femmes qualifiées au Nigéria, une tendance qui reste à peu près la même depuis 2003. La couverture vaccinale complète restait aussi faible que 1% à Jigawa, 1,5% à Yobe, 1,6% à Zamfara et 8,3% à Katsina en 2003.
- Le système de prestation des SSP était fragmenté et déstructuré : alors que le gouvernement fédéral, l'État et les autorités locales étaient tous responsables du financement des éléments du système de prestation de soins de santé primaires (SSP), le système était extrêmement mal financé et opérationnalisé. De nombreux services de SSP ont été fermés, d'autres étaient en sureffectif avec une productivité extrêmement faible, et ceux gérés par des fonctionnaires n'étaient que des pharmacies.



# Conception du projet de FBR financé par la Banque mondiale au Nigéria, I

Le NSHIP a été conçu comme une étude en trois volets.

- **Le volet du financement basé sur la performance (FBP):** les formations sanitaires des zones de gouvernement local bénéficiant du FBP ont reçu des paiements trimestriels basés sur la quantité et la qualité des services fournis. Plusieurs mécanismes ont été mis en place pour réaliser ceci, ainsi que pour garantir l'intégrité et la séparation des fonctions. Les Conseils de soins de santé primaires des Etats, jouant le rôle d'acheteur, ont signé des contrats avec des formations sanitaires primaires et secondaires sélectionnées, pour la fourniture d'une quantité définie de services de santé de la mère et de l'enfant. Chaque type de service avait un tarif et les paiements représentaient le nombre de services fournis qui avaient fait l'objet d'un rapport mensuel. La quantité de services fut vérifiée ex ante par des vérificateurs locaux et ex post par une agence externe, l'assistant technique pour le financement basé sur les résultats (ATFBR).
- Le FBR a également mis en place des mécanismes pour améliorer la qualité des services. Le département des SSP du gouvernement local a entrepris une supervision trimestrielle à l'aide d'une liste de contrôle de supervision quantitative couvrant 15 domaines. L'ATFBR a vérifié les rapports de qualité du département des SSP des gouvernements locaux. Les scores de la qualité ont été utilisés pour calculer la prime de la qualité qui avait été ajoutée à la somme obtenue à partir de la quantité de services.
- Les paiements avaient été transférés électroniquement sur les comptes bancaires des établissements, avec l'officier responsable et le président du Comité de développement de la circonscription. Les établissements pouvaient utiliser jusqu'à 50% des revenus pour couvrir les coûts opérationnels et jusqu'à 50% pour les primes de performance du personnel.
- Par ailleurs, l'objectif du FBR était de renforcer les structures de gouvernance existantes. Le ministère fédéral et les ministères de la Santé des États avaient assuré la supervision, tandis que l'Agence nationale de développement des soins de santé primaires a fourni une assistance technique aux Conseils des SSP des États. Le ministère de la Santé de l'État et les gouvernements locaux ont reçu des incitations pour atteindre des objectifs spécifiques.

# La conception du projet de FBR financé par la Banque mondiale au Nigéria, II

- **Le volet du financement décentralisé des établissements (DFF)** consistait à verser des fonds sur les comptes bancaires des formations sanitaires, pour répondre à leurs besoins opérationnels. Pour pouvoir en bénéficier, l'établissement devait préparer un plan opérationnel trimestriel et obtenir son approbation auprès du coordinateur des SSP de l'administration locale; le Conseil des soins de santé primaires de l'État, agissant en tant qu'acheteur de services, rémunère l'établissement. Ces fonds ne sont pas soumis à une approbation préalable ou à un audit préalable des transactions; la redevabilité pour les dépenses dépend plutôt du budget et du contrôle des dépenses dans le cadre du processus de liquidation. L'allocation budgétaire dépendait des revenus des sites de FBP dans chaque État. Les sites de DFF se sont vus attribuer les 50% restants des revenus des sites de FBP. Les formations sanitaires chargées de la mise en œuvre du FBP et du DFF avaient l'autonomie de déterminer comment les fonds reçus seraient utilisés.
- **Les formations sanitaires dans les États observés** (Taraba pour Adamawa, Benue pour Nassarawa et Ogun pour Ondo) représentaient le troisième volet. Ces établissements fonctionnaient selon le modèle de financement basé sur les intrants, dans lequel le financement des opérations de la formation sanitaire dépendait des débloqués de fonds par le gouvernement: la priorité était donnée aux dépenses d'administration de la santé plutôt qu'à la prestation de services par les établissements - il y avait peu ou pas d'appropriation des activités de l'établissement au niveau local, et toutes les décisions financières étaient contrôlées au niveau central. De plus, le manque de fiabilité du soutien opérationnel a entraîné une vaste gamme de régimes de frais d'utilisation, de faibles niveaux de redevabilité et parfois des obstacles à l'accès à des conditions prioritaires telles que les soins de maternité.



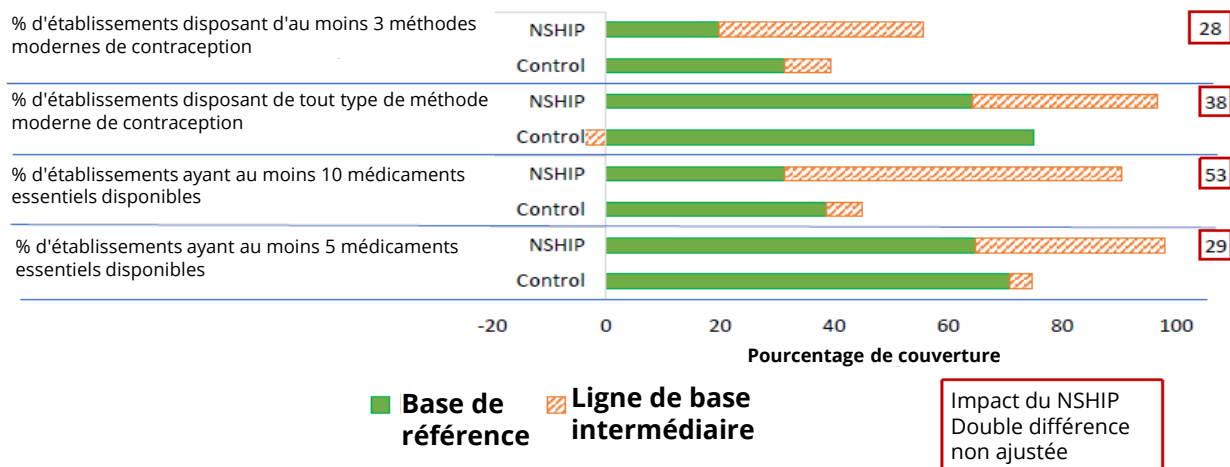
# Structure de mise en œuvre du NSHIP au Nigéria, par niveau

- L'un des objectifs du NSHIP était de renforcer le système de santé. Par conséquent, le projet s'est accroché aux structures existantes, engageant cinq niveaux d'acteurs et les rendant fonctionnels.
- Dans un premier temps, les acteurs du **niveau fédéral** - le ministère fédéral des Finances, le FMoH et l'Agence nationale de développement des soins de santé primaires (NPHCDA) - ont été impliqués. Ces acteurs ont assuré l'orientation financière, la gestion et la direction technique du projet. Plus précisément, le ministère fédéral des Finances, en tant qu'emprunteur au nom du GoN, a assuré la redevabilité et la transparence financière ; le FMoH a joué le rôle de régulateur et de gardien de la gestion du projet, tandis que l'Agence de développement des soins de santé primaires fut l'acheteur des services.
- Les acteurs au **niveau de l'État** : le ministère de la Santé de l'État a assumé la supervision et le contrôle, tandis que l'Agence/le Conseil national de développement des soins de santé primaires fut l'acheteur des services. L'Agence/le Conseil national de développement des soins de santé primaires a collaboré avec le gouvernement local à travers l'unité de mise en œuvre du projet, en vue de faciliter la mise en œuvre du projet.
- Le Comité de pilotage du FBR composé d'acteurs du **gouvernement local** fut une nouvelle structure introduite pour gérer le FBR et le DFF au niveau du gouvernement local.
- Les acteurs au **niveau des établissements** furent les prestataires de services des établissements. Ils dispensèrent des services de santé de la mère et de l'enfant et des services de sensibilisation aux communautés mal desservies.
- Les acteurs au **niveau des circonscriptions** furent les Comités de développement des circonscriptions (Ward Development Committees - WDC), composés de représentants des groupes communautaires qui avaient soutenu les activités de mobilisation des clients et qui étaient représentés dans le Comité de FBR de la formation sanitaire. Leur représentation a permis à la communauté de participer à la gestion de l'établissement. En outre, le WDC a tenu des réunions régulières avec la formation sanitaire, afin d'obtenir des rapports d'état d'avancement et de faciliter des relations cordiales avec les bénéficiaires des services.

# L'impact du projet de NSHIP : rapport de l'examen à mi-parcours du projet

En 2017, les parties prenantes du NSHIP ont réalisé un examen interne à mi-parcours. L'examen a démontré l'impact potentiel et la durabilité du FBR au Nigéria, ainsi que les contributions du FBR à l'amélioration des indicateurs clés de la santé reproductive, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et nutrition (SRMNEA-N) et du système de santé. Le rapport a montré que même si les États du projet de NSHIP ont enregistré des résultats nettement meilleurs que les États observés, il n'y avait pas une grande différence dans les résultats du FBP et du DFF au niveau des gouvernements locaux. Le coût de la mise en œuvre du DFF a été estimé à environ 40-45% inférieur à celui du FBP. Ces résultats ont fourni au FMOH des preuves justifiant l'utilisation du DFF comme option politique pour la mise en œuvre du Fonds de prestation des soins de santé de base (Basic Health Care Provision Fund, BHCPF).

## Impact du NSHIP sur les stocks de médicaments essentiels et de produits contraceptifs





Nigéria : Financement basé sur les résultats

# INSTITUTIONALISATION: NSHIP

# Institutionnalisation du FBR au Nigéria

- **L'institutionnalisation** est un continuum qui comprend des éléments de base qui sont compatibles avec les systèmes politiques et d'administration publique. L'institutionnalisation du NSHIP exige :

## Principaux éléments

Intégration des principes de FBR relatifs à la séparation des fonctions, à la décentralisation fiscale, à l'autonomie et à la rémunération aux résultats, dans les politiques et les systèmes de soins de santé, y compris les initiatives budgétaires, par des audiences internes et externes.

- Législation mise en place par le gouvernement central pour soutenir la mise en œuvre du FBR et exiger des évaluations utilisant des méthodologies bien définies, largement acceptées et comprises.
- Veiller à ce que les réformes des systèmes de gestion des finances publiques prévoient la rémunération aux résultats (financement basé sur les résultats).
- Mise à l'échelle progressive du FBR à tous les niveaux du système de santé, de la communauté jusqu'au niveau de l'hôpital général.
- Dispositions financières adéquates pour le FBR dans le budget.
- Planification délibérée et mise en place de structures pour soutenir le FBR.
- Dispositions pour la génération de connaissances, l'apprentissage et l'adaptation.

## Facteurs clés de réussite



- Piloté ou géré par le pays.
- Réception d'une forte acceptation et adhésion des parties prenantes, des décideurs, des responsables de la mise en œuvre et des bailleurs de fonds.
- Transparence et redevabilité des systèmes de santé et des niveaux local, de district et national pour développer des évaluations impartiales et partager les résultats avec les parties prenantes et les bailleurs de fonds.
- Définitions claires des rôles et responsabilités des acteurs clés du gouvernement, des organisations de la société civile et des partenaires de développement.
- Soutien du ministère des Finances et du Bureau du budget.

# Fonds de prestation des soins de santé de base du Nigéria – I (1/2)

- En octobre 2014, suite à une décennie d'intenses négociations entre divers groupes d'intérêts, le GoN a signé la loi nationale sur la santé (NHAct). Cette loi fournit, pour la première fois, un cadre juridique pour la prestation des soins de santé à tous les Nigériens et pour l'organisation et la gestion du système de santé. La nouvelle NHAct vise à apporter une structure au système de santé, à augmenter les revenus de manière considérable et à améliorer les services de soins de santé primaires (SSP).
- Les structures de gouvernance du fonds de prestation des soins de santé de base (BHCPF) sont définies dans la NHAct. La loi exigeait que le BHCPF soit géré par un groupe de travail technique, et les fonds étaient alloués directement à l'Agence nationale de développement des soins de santé primaires (NPHCDA), au Régime national d'assurance maladie (NHIS) et à certains coûts opérationnels. Le ministère fédéral de la Santé (FMoH) a institué un Comité national de pilotage, dirigé par le Ministre de la santé, pour superviser le programme; et le Secrétariat du BHCPF, accueilli par la Division de la planification et des statistiques du FMoH, pour faciliter le suivi du programme.
- La NHAct stipule le déboursement des fonds à travers les points d'accès suivants : la NPHCDA recevra 45% du BHCPF pour les activités liées à l'offre, à travers les Conseils de soins de santé primaires des États. Le NHIS mettra en œuvre des services de création de la demande, en recevant 50% du BHCPF ; et 5% du financement a été alloué au Centre de contrôle des maladies du Nigéria (Nigeria Centre for Disease Control, NCDC) pour les activités de préparation aux urgences - 2,5% pour les urgences médicales et 2,5% pour d'autres urgences.

# Fonds de prestation des soins de santé de base du Nigéria - I (2/2)

- Le BHCPF est décrit comme un élément tonifiant permettant de revitaliser le système de santé du Nigéria. Il s'agit d'un financement catalytique visant à encourager les gouvernements infranationaux et d'autres partenaires à investir dans la Santé, en mutualisant les fonds destinés aux interventions sanitaires, notamment au niveau des SSP. Diverses dispositions de la loi exigent une transformation institutionnelle pour améliorer l'efficacité du système. Par ailleurs, le BHCPF a servi de levier politique en influençant les États à créer des structures telles que les agences de soins de santé primaires et les régimes d'assurance maladie sociale des États comme conditions préalables à l'accès au BHCPF.
- Le financement initial pour le déploiement du BHCPF a été fourni dans l'allocation statutaire de 2018, avec un montant de 55,1 milliards de nairas. Les États devaient fournir un fonds de contrepartie de 25%. Sur les 55,1 milliards de nairas, 50 % de l'allocation - 27,55 milliards de nairas - ont été débloqués. Il n'y a pas eu de décaissement en 2019 et 2020. En 2021, la provision budgétaire pour le BHCPF était de 35 milliards de nairas. En outre, le GFF a versé 1,4 milliard de nairas et la Fondation Gates a promis 2 millions de dollars américains.
- Diverses dispositions de la loi exigent une transformation institutionnelle pour améliorer l'efficacité du système. En outre, le BHCPF a servi de levier politique, en influençant les États à mettre en place des structures telles que les Agences de soins de santé primaires des États et les Régimes d'assurance maladie sociale des États comme conditions préalables à l'accès au BHCPF.





# Fonds de prestation des soins de santé de base du Nigéria - II

- Le BHCPF est le mécanisme d'investissement annuel du Gouvernement pour soutenir les SSP. Il s'agit du plus grand investissement gouvernemental dans la Santé qui ait été réalisé au Nigéria et en Afrique. Il assurera la continuité et la cohérence des investissements du gouvernement dans le système national de la santé.
- Les SSP sont perçus comme étant la base permettant d'avoir accès aux services de soins de santé pour la majorité des Nigériens. Le BHCPF garantit que les SSP reçoivent un financement direct du gouvernement national. Le fonds est ensuite complété par des fonds de contrepartie provenant de l'État et du gouvernement local qui n'ont pas donné la priorité aux soins de santé dans leurs allocations budgétaires.
- Le Fonds de prestation des soins de santé de base (Basic Health Care Provision Fund, BHCPF) est un fonds affecté, financé par au moins 1% du Fonds du revenu consolidé (Consolidated Revenue Fund, CRF) du gouvernement fédéral et d'autres sources, y compris les contributions des bailleurs de fonds. Le BHCPF gère un fonds commun pour la prestation de services de santé au Nigéria. Les fonds sont directement versés aux établissements de SSP par la Banque centrale, ce qui permet l'indépendance opérationnelle des SSP.
- Les régimes d'assurance maladie sociale des États et les Conseils de soins de santé primaires des États sont chargés de la gestion des fonds. Au niveau étatique, il existe un accord de cofinancement dans lequel le gouvernement fédéral contribue aux subventions.
- Le BHCPF avait un Secrétariat opérationnel qui coordonnait les opérations du Fonds, effectuait des visites de suivi et de supervision auprès des établissements de SSP, vérifiait les demandes de remboursement, soutenait les documents appropriés et servait de chambre de compensation pour toutes les informations liées aux opérations du BHCPF. Aucune structure du programme de mise en œuvre du BHCPF ne manipulait d'argent physique. Les opérations du Secrétariat ont permis à tous les partenaires qui ont contribué aux fonds communs d'effectuer des audits.

# Évolution du BHCPF : dispositions organisationnelles et institutionnelles pour les opérations (1/2)

- **Inauguration d'un Comité de pilotage** avec une supervision ministérielle. Ceci fut essentiel pour assurer la redevabilité du programme. La supervision ministérielle du BHCPF a envoyé des signaux positifs aux parties prenantes et aux bailleurs de fonds, quant à la redevabilité du BHCPF.
- **Délimitation des rôles et des fonctions des différents acteurs** du système de santé. Le BHCPF exigeait des États qu'ils mettent en place des structures telles que les agences de soins de santé primaires et les régimes d'assurance maladie sociale des États comme conditions préalables à l'accès au BHCPF. Ces institutions représentent des structures de gouvernance essentielles qui jouent un rôle clé dans le soutien du fonctionnement des SSP pour stimuler la demande de services. Des modèles du processus de démarrage et de la délimitation des rôles ont été institués dans les trois États pilotes du FBR encadrés par le NSHIP.
- **Allocation directe de fonds aux SSP** par la Banque centrale, sur la base du plan d'affaires élaboré par l'établissement et validé par le gouvernement local et l'Agence/le Conseil de développement des SSP de l'État. Ce processus a fait en sorte que les formations sanitaires reçoivent des fonds opérationnels de manière régulière, sur la base d'un budget approuvé pour les coûts opérationnels de formation sanitaire, l'entretien et les réparations, les médicaments et les consommables, la sensibilisation et d'autres mesures d'amélioration de la qualité basées sur le plan de travail financé.

# Évolution du BHCPF : dispositions organisationnelles et institutionnelles pour les opérations (2/2)

- Le point d'accès au BHCPF à travers la NPHCDA : le DFF s'est avéré être le point d'accès le plus approprié pour rendre opérationnel le côté offre du service à offrir à travers la NPHCDA. Il ne nécessitait pas le capital humain et financier intense requis par le FBP. En outre, les rapports coût-efficacité différentiels de 296 dollars américains par QALY gagnée ont rendu le DFF rentable et le FBR plus efficace que le FBP pour le Nigéria (Zeng et al, 2020).
- **Institutionnalisation des systèmes opérationnels du FBR** : l'adoption du DFF a permis la mise à l'échelle des modèles de mise en œuvre du DFF du NSHIP dans d'autres États, institutionnalisant ainsi le FBR dans le système financier des SSP au Nigéria. Dans les États où le NSHIP a été mis en œuvre, les États ont continué à mettre en œuvre le DFF.
- **Le plan du BHCPF visant à réaliser une mise à l'échelle en plusieurs phases**. Le BHCPF a appris du NSHIP qu'il fallait une mise à l'échelle en phases. Les enseignements tirés des projets HSDP1 et II sur 10 ans renforcent cette nécessité. Le BHCPF a d'abord été déployé dans trois États, mis à l'échelle dans 15 États et il est prévu de le mettre à l'échelle dans d'autres États qui remplissent les conditions de mise en œuvre. Par ailleurs, le BHCPF passera également du DFF au FBP à moyen terme, afin d'améliorer les performances des établissements de SSP. Bien que le FBP coûte près de deux fois plus cher que le DFF, il permet de sauver plus d'années de vie que le DFF et il est plus efficace que le DFF. Le FBP a surpassé le DFF en matière d'accouchements en institution et la proportion des accouchements en institution dans les zones de FBP avait augmenté de 10% (Yeng et al 2020).



Nigéria : Financement basé sur les résultats

# DISCUSSION - Principaux succès

# Enseignements tirés de l'institutionnalisation du NSHIP au Nigéria



# Le succès de l'institutionnalisation dépend de la gestion efficace de la Santé.

- **Leadership engagé** : le leadership a été le principal facteur d'influence de l'institutionnalisation du NSHIP. Le fort engagement du leadership du FMOH, de la NPHCDA et du NHIS, ainsi que l'émergence de "champions" aux niveaux fédéral et étatique tout au long de la période de planification et de création de structures, ont été essentiels au succès du processus d'institutionnalisation. Les ministères de la Santé ont joué le rôle de gestion de la Santé en résolvant les questions de responsabilités et de tâches délimitées pour la gestion stratégique du système de santé. Ils ont aussi joué le rôle de gestion de la Santé en contextualisant les réformes de Santé dans le cadre plus large de l'environnement social, politique et économique dans lequel le système de santé fonctionne.
- La décision d'institutionnaliser un modèle de FBR pour la prestation des soins de santé au Nigéria a nécessité plusieurs années de planification. De la période de conceptualisation en 2010, à la période d'expérimentation de 4,5 ans menant à l'adoption du FBR comme modèle de prestation de services de santé en 2016. Cette période a inclus des transitions de la conceptualisation du NSHIP/BHCPF à travers la gestion de trois Ministres de la santé. L'engagement de ces trois leaders à mener à terme un processus était également essentiel à l'institutionnalisation du NSHIP au Nigéria.
- **L'engagement du leadership** à travers le gouvernement fédéral a permis aux différents Ministères, aux États et aux autres agences d'établir des systèmes et des structures qui ont facilité le soutien des parties prenantes et des bailleurs de fonds, le renforcement des capacités, le plaidoyer, la communication, le financement, la redevabilité et la transparence.

# Le succès de l'institutionnalisation dépend du soutien des parties prenantes et des bailleurs de fonds

## Soutien des parties prenantes / bailleurs de fonds

- L'institutionnalisation du programme du BHCPF a été pilotée par un grand nombre de parties prenantes, notamment les organisations de la société civile et les médias d'information, qui ont exercé une pression qui a conduit à la première allocation budgétaire au BHCPF en 2018, quatre ans après la signature du cadre juridique qui a permis la mise en place le BHCPF.
- La mobilisation des législateurs pour soutenir la mise en œuvre du BHCPF a donné naissance au Réseau législatif pour les soins de santé universels (Legislative Network for Universal Health Care). Cet organe a exploité et aligné les fonctions d'appropriation des législateurs pour faire pression en faveur d'une provision budgétaire pour le BHCPF en 2018.
- L'implication personnelle du Ministre dans la gouvernance du BHCPF a stimulé la confiance des bailleurs de fonds, ce qui a conduit à des engagements de financement de la part du BMGF, de la Banque mondiale et du DFID pour augmenter l'engagement de N55 milliards pris par le GoN envers le BHCPF.



# Succès de l'institutionnalisation, renforcement des compétences et financement

## Renforcement des capacités et adaptation

- Le programme du BHCPF a bénéficié des efforts de renforcement des capacités du NSHIP. Le renforcement des capacités a fait partie intégrante du succès du NSHIP, car le FBR fut un concept entièrement nouveau pour le système de santé du Nigéria. Le processus de renforcement des capacités a consisté en une formation en personne, dispensée par trois consultants rwandais expérimentés et en des visites sur le terrain par les principales parties prenantes dans des pays où le FBR était en cours de mise en œuvre, comme le Rwanda. Le pilotage du projet NSHIP et du programme du BHCPF a permis d'adapter les programmes et d'en assurer leur succès.

## Plaidoyer et communication

- Des compétences interpersonnelles et de persuasion ont été nécessaires pour obtenir l'adhésion des principales parties prenantes, tant pour le NSHIP que pour le BHCPF. Des messages ont été adaptés à des parties prenantes et à des audiences particulières. Le NSHIP a été moins difficile à "vendre", car le financement provenait de la Banque mondiale et il ne fallait aucun financement de contrepartie pour l'État. La structure de mise en œuvre du BHCPF a été beaucoup plus difficile à "vendre" aux technocrates, qui avaient l'impression que le FMOH privait la NPHCDA et le NHIS du contrôle des fonds alloués au BHCPF, comme le stipule la NHAct.



# Succès de l'institutionnalisation, renforcement des compétences et financement

## Financement

- Le financement direct des établissements de SSP a constitué un tournant majeur dans le modèle de prestation des soins de santé, ce qui a stimulé des changements quantitatifs et qualitatifs au niveau de l'offre de services de soins de santé et de l'amélioration du taux d'utilisation des établissements de SSP.
- Le mécanisme de financement commun du programme du BHCPF était censé éliminer la duplication des projets et favoriser une utilisation efficace des ressources. Les préoccupations concernant l'attribution des investissements réalisés par les bailleurs de fonds ont été résolues par des processus de documentation centralisés par le secrétariat du BHCPF ; un enseignement tiré du NSHIP.

## Redevabilité et transparence

- Le financement de la prestation des soins de santé au Nigéria nécessite toujours l'investissement des bailleurs de fonds. La mise en place de systèmes fiables et transparents favorisera ces investissements. Le BHCPF a tiré les enseignements du NSHIP en ce qui concerne la manière d'exploiter les systèmes qui garantissent une documentation adéquate et le suivi des dépenses, afin de mettre en place des systèmes fiables qui soutiennent les investissements des bailleurs de fonds dans le secteur de la santé.



Nigéria : Financement basé sur les résultats

## **DISCUSSION – Défis**

# Défis de l'institutionnalisation et gestion efficace de la Santé - I

- **Engagement multisectoriel** : les réponses efficaces en matière de soins de santé nécessitent l'engagement d'autres parties prenantes essentielles, au-delà du système de santé, pour que tout impact significatif soit obtenu au niveau des indicateurs sanitaires nationaux. Il s'agit notamment du contrôle de l'éducation, de l'environnement, de l'agriculture, de l'emploi et du commerce, de la spécification et de l'application des droits de propriété, des niveaux de corruption et de l'accès aux médias de masse. Ces facteurs se situent clairement en dehors des limites du système de santé mais ils peuvent influencer sa performance considérablement (OMS, 2002).
- Bien que l'engagement multisectoriel conduise à une réponse solide, ce processus d'engagement laborieux nécessitera une réflexion stratégique permettant un engagement progressif des secteurs dans un pays où les plans de développement nationaux structurent leurs programmes de développement autour de la Santé. Il faudra ce niveau de planification laborieuse de l'engagement multisectoriel pour pouvoir réaliser les progrès souhaités en ce qui concerne les indices sanitaires nationaux sur le long terme. Sinon, le BHCPF actuel, qui est intrinsèquement axé sur le secteur de la Santé, n'apportera qu'une partie du progrès nécessaire à l'amélioration de la santé des citoyens nigériens. Malheureusement, le NSHIP n'a pas orienté le Gouvernement dans ce sens, ce qui limite la capacité d'apprentissage du pays.
- La conception des politiques futures pour le BHCPF dépendra de la capacité à déployer une approche intégrée de réflexion, qui ne compromet pas la rapidité de prestation de services, tout en essayant d'impliquer largement les parties prenantes.

# Défis de l'institutionnalisation et gestion efficace de la Santé - II

- **Systèmes sociaux de soutien** : la paix et la sécurité, la continuité des politiques de santé, le personnel et les dispositions institutionnelles dans les ministères de la Santé, la participation de la société civile à l'amélioration de la conception et de la mise en œuvre des programmes, et la prise de décision basée sur des preuves sont nécessaires pour avoir un impact mesurable du FBR institutionnalisé (OMS, 2002). Le pays a été confronté à plusieurs crises qui compromettent la paix et la sécurité, notamment le terrorisme de Boko Haram, Ebola, le choléra, la fièvre de Lassa et la pandémie de la COVID-19.
- **Respect des délais** : le retard dans l'accord sur le programme du BHCPF par les acteurs clés des institutions de santé fédérales a entraîné un retard de 2 ans. Les changements de leadership au ministère fédéral de la Santé et à l'Assemblée nationale en 2017 ont retardé le déploiement du BHCPF, car un nouveau consensus a dû être trouvé entre les parties prenantes avant que le projet puisse être déployé en 2019. Pendant ce temps, le Fonds consolidé de 1% avait été épuisé, passant de 55 milliards de nairas à 35 milliards de nairas, en raison d'une faible croissance économique. Le coût des marchandises a également miné la valeur du naira. Rétrospectivement, la recherche d'un consensus sur le fonctionnement du programme du BHCPF aurait pu se faire parallèlement aux efforts pour obtenir le déblocage des fonds. Le temps était essentiel car la transition des visionnaires du BHCPF à sa phase préliminaire a fait capoter le programme du BHCPF. Deux années de prise en charge du projet par les visionnaires auraient pu faciliter l'institutionnalisation du BHCPF sur une base solide et réduire le risque de renversement du projet, d'un système de financement de la santé basé sur les résultats à un système basé sur les intrants.

# Défis de l'institutionnalisation et gestion efficace de la Santé - III

- **Contraintes en matière de ressources et dévaluation du naira** : la diminution de la base de revenus du gouvernement fédéral a entraîné la réduction de la valeur absolue de l'allocation de 1% du CRF au BHCPF - de 55 milliards de naira en 2018 à 35 milliards de naira en 2021. L'inflation et la dépréciation du naira ont encore diminué le pouvoir d'achat du naira. Par conséquent, il était impératif pour les parties prenantes de réexaminer de manière critique le mécanisme de financement du BHCPF et de profiter de l'amendement actuel de la NHAct pour instituer des mécanismes stables à long terme pour le financement de la Santé. Il s'agit notamment d'explorer l'imposition de taxes sanitaires sur la consommation d'aliments et d'articles malsains tels que le tabac, l'alcool, les boissons à base de sucre raffiné comme ressources supplémentaires pour le BHCPF; et/ou de taxer les transferts de fonds de la diaspora. Le Nigéria a l'un des taux les plus élevés de transferts de fonds en tant que part du produit intérieur brut, et les transferts de fonds sont trois fois plus élevés que toute Aide officielle pour le développement au Nigéria (Banque mondiale, 2019). Parmi les autres instruments à explorer qui ne sont pas actuellement utilisés au Nigéria, on peut citer les taxes sur les billets d'avion ou les télécommunications, les obligations et garanties gouvernementales - qui sont des unités de dette qu'un gouvernement, peut vendre pour lever des fonds (elles constituent actuellement 65% du marché IF, non pas parce qu'elles sont innovantes en soi, mais parce qu'elles sont rarement utilisées par les gouvernements pour la Santé et le Développement). Les permis d'émission (chaque gouvernement est censé allouer une quantité déterminée de permis d'émission pour chaque émission nocive) peuvent être mis aux enchères ou vendus puisque les pays peuvent commercialiser (vendre ou acheter) ces permis à ceux qui en ont le plus besoin, levant ainsi des fonds qui peuvent être utilisés pour le développement. En outre, le Nigéria pourrait échanger les droits de tirage spéciaux alloués par le Fonds monétaire international contre des fonds normaux destinés à être investis dans la Santé (Aregbeshola et Folayan, 2021).

# Défis de l'institutionnalisation et gestion efficace de la Santé - IV

- **Corruption** : le Nigéria a un énorme problème de corruption (Indice de perception de la corruption 2020). La corruption constitue une menace pour les mécanismes de transparence et de redevabilité institutionnalisés pour le programme du BHCPF. La conceptualisation du FBR et l'institutionnalisation du NSHIP dans le BHCPF ont été gérées par trois ministres de la Santé différents. Le déploiement du BHCPF est actuellement géré par un nouveau ministre. En 2019, lorsque le programme du BHCPF était en cours de déploiement après avoir reçu la première subvention du gouvernement, le Comité de pilotage national et le Secrétariat du BHCPF avaient été dissous, et les fonds avaient été alloués directement aux agences, leur permettant ainsi de contrôler directement les ressources. Le programme du BHCPF ne fait pas non plus de grand effort pour impliquer la société civile. La gestion fiscale indépendante de leurs ressources par les agences constitue non seulement une menace pour la redevabilité et la transparence du programme du BHCPF et rend le programme peu attrayant pour les investisseurs des bailleurs de fonds, mais elle risque également de ramener le système de santé basé sur les résultats à un système de santé basé sur les intrants.
- **Faible engagement de certains organismes de réglementation** : le NSHIP et le BHCPF s'étaient axés sur le renforcement des capacités des SSP, de l'Agence/du Conseil de développement des soins de santé primaires des États et du département des SSP des gouvernements locaux - l'engagement de l'agence de réglementation de l'État (MoH) et de l'unité de trésorerie du ministère des Finances a été faible. Cela augmente le risque d'une mauvaise gestion des fonds. De même, le BHCPF a investi des efforts dans la mise en place d'un système transparent et fiable, sans réviser la NHAct pour institutionnaliser le système réglementaire.
- **Gouvernance** : le GoN donne la priorité au développement des infrastructures. La Santé ne constitue pas une priorité. La faible priorité nationale accordée à la Santé augmente le risque de miner l'allocation budgétaire de 1% du CRF pour le BHCPF. Sans financement direct de la Santé par le gouvernement, les réformes de la Santé ne peuvent pas survivre. Néanmoins, le BHCPF a consacré des efforts à la mise en place d'un système transparent et redevable, en s'inspirant des exemples du FBR.

# Conclusion

Le projet pilote de FBR au Nigéria a facilité le développement de systèmes et de structures pour la réalisation du programme de réforme de la Santé le plus ambitieux en Afrique - le BHCPF. Avec une durée de quatre ans et demi, le programme a contribué à la création de l'environnement politique et stratégique nécessaire à l'institutionnalisation d'un modèle de FBR (DFF pour le court terme et FBP pour le moyen et long terme), comme modèle opérationnel pour améliorer la performance des SSP. Le projet a également contribué à la création d'une réserve de personnel formé, compétent et expérimenté, capable de soutenir le processus de mise à l'échelle du FBR au Nigéria lors de la mise en œuvre progressive du BHCPF. Les systèmes de gouvernance solides institués par le NSHIP ont soutenu la redevabilité et la transparence des opérations de la NPHCDA ; et le système de rapport rigoureux avec des mécanismes de vérification et de contre-vérification intégrés a réduit le risque de pratiques corrompues discréditant le programme du BHCPF. Alors que le BHCPF continue à être déployé progressivement en tant que programme de réforme de la santé au Nigéria, l'ancrage du FBR en tant que mécanisme de renforcement des systèmes pour la prestation future des SSP au Nigéria sera institutionnalisé. Le pays peut seulement continuer à s'appuyer sur les enseignements tirés du NSHIP. Le NSHIP a définitivement marqué de son empreinte le cœur des mécanismes de prestation des soins de santé au Nigéria.

# Questions d'orientation

- Quel aspect du dossier national vous a semblé le plus intéressant ? Pourquoi ?
- Quelles nouvelles connaissances avez-vous acquises ?
- Ce dossier a-t-il élargi votre perspective sur une question ou un sujet particulier ? Lequel ?
- Quel rôle, si tel est le cas, pensez-vous que la corruption joue dans la mise en place des programmes de réforme de la Santé ? Comment cet impact peut-il être atténué ?
- Parmi les défis décrits, quels sont ceux auxquels vous vous identifiez le plus ?
- Qu'est-ce qui diffère de votre propre situation ?
- Parmi les stratégies utilisées, lesquelles vous ont paru les plus innovantes ?
- Quelles stratégies pourraient être expérimentées dans votre pays ? Comment devraient-elles être adaptées ?
- Selon vous, comment les principales parties prenantes influencent-elles la conceptualisation, la conception, la planification et la mise en œuvre des programmes nationaux de FBR ?
- Selon vous, quels processus pourraient faciliter la transition des projets pilotes de FBR vers des programmes nationaux ?