

# Achats stratégiques pour la santé au Nigeria

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



JUN 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 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.*

## Régimes de financement de la santé au Nigeria

Le Nigeria est un pays à revenu moyen, tranche inférieure, et c'est le pays le plus peuplé d'Afrique. Il dispose d'un système de gouvernance décentralisé, avec 36 États et un territoire pour la capitale fédérale. Les trois niveaux de gouvernement – gouvernement fédéral, gouvernements des États et collectivités locales – ont tous un rôle à jouer dans le financement et la fourniture des services de santé. La Loi nationale sur la santé de 2014 constitue le cadre législatif du secteur de la santé et vise à faire progresser la couverture sanitaire universelle (CSU) en affirmant les droits des citoyens à un ensemble minimal de services de santé de base. Les priorités stratégiques en matière d'achat décrites dans la Politique nationale de santé de 2016 et dans la Politique nationale de financement de la santé de 2016 visent à optimiser les ressources en achetant des services à fort impact et rentables qui sont essentiels pour atteindre les Objectifs de développement durable liés à la santé et respecter les priorités nationales. Les dépenses publiques en matière de santé sont toutefois faibles, puisqu'elles ne représentent que 15 % des dépenses de santé actuelles. Les dépenses à la charge des patients constituent 76,6 % des dépenses de santé actuelles, tandis que seuls 23,4 % des coûts sont regroupés dans des systèmes de financement de la santé fragmentés.

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

### ► FINANCEMENT DU BUDGET DE L'ÉTAT AU NIVEAU FÉDÉRAL ET AU NIVEAU SOUS-NATIONAL

- » Les Nigériens sont censés avoir un certain niveau d'accès aux services de soins de santé dans les établissements de santé publics primaires, secondaires et tertiaires qui sont financés par les recettes fiscales fédérales. Les États contribuent en utilisant leurs recettes fiscales, en fonction de leurs capacités et de leurs priorités.
- » Le Fonds de fourniture de soins de santé de base (Basic Health Care Provision Fund – BHCPF), financé par 1 % des recettes fiscales générales consolidées, permet d'accéder à un ensemble minimal de services de santé axés sur la santé maternelle et infantile. Les fonds du BHCPF sont acheminés par trois passerelles, selon les pourcentages suivants :

## LE NIGERIA EN QUELQUES CHIFFRES

- Population (2019):  
**200,9 millions  
d'habitants**
- PIB par habitant (2019) :  
**2 230 USD**
- Taux de pauvreté à 1,90 \$/jour  
(2016) : **39,1 %**
- Espérance de vie (2018) :  
**54 ans**
- Dépenses courantes de santé (DCS)  
par tête d'habitant (2018) :  
**84 USD**
- Dépenses publiques intérieures  
en % des DCS (2018) : **15 %**
- Dépenses personnelles en %  
des DCS (2018) : **76,6 %**
- Dépenses extérieures en % des  
DCS (2018) : **8 %**

Source: Banque de données de la Banque mondiale

- ◊ 45 % à l'Agence nationale de développement des soins de santé primaires (National Primary Health Care Development Agency – NPHCDA) pour financer les services de soins de santé primaires (SSP) par le biais des Agences de développement des soins de santé primaires des États (State Primary Health Care Development Agencies – SPHCDA).
- ◊ 50 % au régime national d'assurance maladie (National Health Insurance Scheme – NHIS) pour la couverture des groupes vulnérables par les régimes d'assurance maladie des États (State Health Insurance Schemes – SHIS).
- ◊ 5 % pour les services médicaux d'urgence, répartis à parts égales entre le comité national d'experts supervisé par le département des services hospitaliers du Ministère fédéral de la Santé (MFS) et le Centre national de contrôle des maladies (National Centre for Disease Control – NCDC).

► **LES RÉGIMES D'ASSURANCE MALADIE NATIONAUX ET SOUS-NATIONAUX.** Il s'agit des régimes d'assurance au niveau fédéral et au niveau des États.

- » Le NHIS gère un certain nombre de régimes contributifs au niveau fédéral, le Programme obligatoire d'assurance maladie sociale du secteur formel (Formal Sector Social Health Insurance Programme – FSSHIP) étant le principal régime. La couverture sociale de l'assurance maladie reste faible, avec moins de 4 % de la population.
  - ◊ Le FSSHIP est obligatoire pour tous les employés du Gouvernement fédéral, et il vise également les employés du secteur privé organisé et les membres des forces armées. Les entreprises de plus de 10 employés peuvent adhérer volontairement à ce programme.
  - ◊ Le programme d'assurance maladie sociale des cotisants volontaires s'adresse aux entreprises de moins de 10 employés, aux employés du secteur informel, aux travailleurs indépendants, aux retraités, aux résidents légaux et aux personnes désireuses de cotiser au régime.
  - ◊ Le Programme d'assurance maladie sociale à base communautaire est un programme contributif à but non lucratif destiné à des groupes de ménages ou d'individus, ou à des groupements professionnels comptant au moins 1 000 membres.
  - ◊ Le Programme d'assurance maladie sociale pour les groupes vulnérables comprend des programmes subventionnés par le gouvernement et destinés aux groupes vulnérables, tels que le Programme d'assurance maladie sociale pour les personnes handicapées, le Programme d'assurance maladie sociale pour les détenus et le Programme d'assurance maladie sociale pour les réfugiés, les victimes de la traite des êtres humains, les personnes déplacées à l'intérieur du pays et les immigrants.
  - ◊ Le Programme public d'assurance maladie des élèves du primaire (Public Primary Pupils Social Health Insurance Program – PPPSHIP) et le Programme d'assurance maladie des institutions tertiaires (Tertiary Institutions Social Health Insurance Program – TISHIP) sont destinés aux élèves des écoles primaires publiques et aux étudiants des universités, respectivement. Le PPPSHIP est subventionné par le gouvernement, tandis que le TISHIP est contributif.
  - ◊ Le Programme d'assurance maladie sociale pour les enfants de moins de 5 ans offre des services de santé spécifiques aux enfants.
- » Les SHIS au niveau sous-national sont principalement de type contributif. Ils couvrent les employés du secteur formel au niveau des États et offrent une couverture à des populations spécifiques, telles que les personnes pauvres et indigentes, par le biais du BHCPF. Certains États ont utilisé le BHCPF pour financer le lancement d'un programme au niveau de l'État.

► **PROJETS FINANCÉS PAR DES BAILLEURS.** Le Nigeria a de multiples projets dans le secteur de la santé qui sont financés par des bailleurs extérieurs. Les domaines d'intervention de ces projets comprennent le VIH/sida, le paludisme, la tuberculose, la santé maternelle et néonatale, les services de reproduction et les soins de santé au niveau communautaire. La plupart des projets financés par les bailleurs sont mis en œuvre au niveau de l'État, mais certains couvrent plusieurs États.

Le Nigeria dispose également de régimes d'assurance maladie privés et communautaires, dont la couverture est faible.

Le Tableau 1 compare les fonctions d'achat des régimes fédéraux de financement de la santé au Nigeria ainsi que le régime d'assurance maladie de l'État d'Anambra, à titre d'illustration d'un SHIS.

Tableau 1. **Fonctions d'achat dans les régimes de financement de la santé par le Gouvernement fédéral et les États au Nigeria**

	Financement fédéral Financement par le budget du gouvernement	Fonds pour la fourniture de soins de santé de base (Basic Healthcare Provision Fund – BHCPF)	Financement par le budget des États	État d'Anambra – Régime d'assurance maladie	Régime national d'assurance maladie (National Health Insurance Scheme – NHIS)
<b>% des dépenses totales de santé (2015/16)*</b>	14,3 %				0,5 %
<b>Acheteur(s) principal(aux)</b>	Ministère fédéral de la santé (MFS)  Santé primaire au niveau national  Soins de santé Agence de développement (NPHCDA)	Régimes d'assurance maladie d'État (SHIS), Agence de développement des soins de santé primaires d'État (SPHCDA), MFS, Centre national de contrôle des maladies (NCDC)	Ministère de la santé de l'État (MSE)  State Primary Health Care Development Agency (SPHCDA)	Agence d'assurance maladie de l'État d'Anambra (ASHIA)	NHIS, organisations de maintien de la santé (OMS)
<b>Gouvernance</b>	Le Ministère fédéral des Finances (MFF) et le Ministère du Plan et du budget (MPB) affectent des ressources au MFS et à ses départements et agences, à la NPHCDA, aux États et aux collectivités locales. Le MFS est responsable de l'orientation politique et des établissements au niveau fédéral. La NPHCDA est responsable de la fourniture de services de SSP. Les établissements de santé ont une autonomie financière limitée pour l'utilisation de ces fonds, selon les directives du MFF sur l'affectation des fonds publics	La Loi nationale sur la santé de 2014 prévoit le cadre législatif pour le BHCPF. Les établissements de santé ont une certaine autonomie financière sur l'utilisation des fonds du BHCPF, selon les directives du MFF sur l'affectation des fonds publics.	Le MFF et le Ministère du Plan et du Budget affectent des ressources aux États et aux collectivités locales. Le MSE est responsable pour les établissements de santé au niveau des États. La SPHCDA est responsable de la fourniture des SSP. Les établissements de santé ont une autonomie financière limitée sur l'utilisation de ces fonds, selon les directives du MFF sur l'affectation des fonds publics.	L'ASHIA a été créée en 2018 par la Loi sur la Santé de l'État d'Anambra. Elle dispose d'un Conseil d'assurance maladie de l'État qui supervise la gestion de l'ASHIA, qui est dirigé par le Secrétaire exécutif. L'ASHIA reçoit des ressources du NHIS par le biais du portail d'assurance du BHCPF et perçoit des cotisations d'assurance. Les établissements de santé ont une certaine autonomie financière sur l'utilisation des fonds de l'ASHIA selon les directives du MFF sur l'utilisation des fonds publics.	Le NHIS, créé en 1999 par une Loi du Parlement, a un conseil de gouvernance qui supervise la gestion du NHIS et qui est dirigé par un président-directeur général. Le NHIS contrôle les fonctions d'achat. Les OMS passent des contrats avec les prestataires et les paient pour le compte du NHIS. Les établissements privés ont une autonomie financière. Les établissements publics ont une certaine autonomie financière sur l'utilisation des fonds du NHIS selon les directives du MFF sur l'affectation des fonds publics.
<b>Gestion financière</b>	Le MPB fournit une enveloppe budgétaire pour la planification et la budgétisation au MFS, qui affecte alors les budgets aux départements bénéficiaires en fonction de l'enveloppe budgétaire et du Cadre de dépenses à moyen terme (Medium Term Expenditure Framework – MTEF). Les budgets sont approuvés par l'Assemblée nationale. Des dépassements du budget se produisent et peuvent être corrigés par des suppléments budgétaires approuvés par l'Assemblée nationale.	Le MFF alloue au moins 1 % des revenus consolidés en fonction de la Loi nationale sur la santé de 2014 au NHIS (50 %), à la NPHCDA (45 %), et au MFS et au NCDC (5 %). La NPHCDA affecte des fonds aux SPHCDA pour améliorer les infrastructures et pour se procurer des équipements et des médicaments. Le NHIS affecte des fonds aux SHIS pour couvrir les groupes vulnérables.	Les États consolident leur affectation du FAAC (Federation Account Allocation Committee) dans le cadre des revenus obtenus en interne par les États et ils affectent des budgets annuels aux MSE, aux SPHCDA et à d'autres départements en fonction des budgets de santé au niveau de l'État. Les budgets sont approuvés par l'Assemblée de l'État. Des dépassements du budget se produisent et sont corrigés par des suppléments budgétaires approuvés par l'Assemblée de l'État.	Les budgets sont fixés par la direction de l'ASHIA en fonction du nombre des adhésions et des recettes prévues. Des dépassements du budget se produisent et des budgets supplémentaires doivent être approuvés par le Conseil d'assurance maladie de l'État.	Les budgets sont fixés par la direction du NHIS en fonction du nombre des adhésions et des recettes prévues. Des dépassements du budget se produisent et des budgets supplémentaires doivent être approuvés par le conseil de gouvernance du NHIS.

<b>Spécification des prestations</b>	Absence d'un panier de prestations explicites, à l'exception des programmes de contrôle des maladies et des programmes financés par des bailleurs, qui ont des paniers de prestations explicites.	Paniers de prestations explicites avec un accent sur les soins maternels, néonataux et pour les enfants (SMNE) ainsi que des maladies spécifiques.	Pas de paniers de prestations explicites au niveau de l'État, sauf dans le cas du contrôle des maladies et le programme de SMNE gratuits.	Paniers de prestations explicites qui couvrent les services essentiels de base, les services de SMNE de base et le traitement des maladies courantes des adultes et des enfants. Des services de santé secondaires et tertiaires sont également couverts.	Paniers de prestations explicites chiffrés, qui comprennent les services approuvés et le coût des médicaments pour les soins primaires, secondaires et tertiaires. Le NHIS définit la politique de partage des coûts pour les services de santé et les médicaments pour les bénéficiaires.
<b>Dispositions contractuelles</b>	La plupart des régimes ont des accords informels avec les prestataires publics et des contrats sélectifs avec les prestataires privés.	Les régimes ont des accords sélectifs avec les prestataires sur les services à fournir.	Les régimes ont des accords informels avec les prestataires publics et des contrats sélectifs avec les prestataires privés.	L'ASHIA passe des contrats sélectifs avec les établissements de santé.	Le NHIS accrédite les établissements de santé. Les OMS passent des contrats sélectifs avec les prestataires au nom du NHIS.
<b>Paiement des prestataires</b>	Budgets par postes basés sur les intrants	Capitation et rémunération à l'acte	Budgets par postes basés sur les intrants	Capitation et rémunération à l'acte	Capitation et rémunération à l'acte
<b>Suivi des performances</b>	Rapport mensuel d'activité des établissements sur DHIS2 ; visites ponctuelles de l'équipe de supervision	Rapport mensuel d'activité des établissements sur DHIS2 ; visites ponctuelles de l'équipe de supervision	Rapport mensuel d'activité des établissements sur DHIS2 ; visites ponctuelles de l'équipe de supervision du MSE	Assurance qualité ASHIA, visites ponctuelles de supervision du MSE	Processus d'accréditation (NHIS) ; visites de supervision (NHIS et OMS)

\* Comptes nationaux de santé de 2017

## Progrès et défis concernant les achats stratégiques pour la santé

Certains progrès vers l'achat stratégique ont été réalisés dans les programmes de financement au niveau fédéral et au niveau des États au Nigeria. Le NHIS et les SHIS ont des paniers de prestations bien définis et utilisent des méthodes de paiement des prestataires basées sur les résultats. Le BHCPF, qui est financé par le budget du gouvernement, se concentre principalement sur les services de santé maternelle et infantile afin de lutter contre la forte mortalité maternelle et infantile au Nigeria. La budgétisation du financement public est liée à un cadre de dépenses à moyen terme, qui garantit que les budgets reflètent les priorités sociales et économiques du gouvernement.

Les points saillants des progrès réalisés et des défis restants sont décrits ci-dessous.

**GOVERNANCE.** Les rôles et responsabilités institutionnels en matière d'achats sont clairs, bien qu'ils soient complexes. La Loi sur la santé nationale définit les rôles des trois niveaux de gouvernement dans la fourniture de soins de santé, tandis que la Loi 35 de la Constitution de 1999 a créé le NHIS. Les prestataires publics disposent d'une autonomie financière limitée dans le cadre du financement budgétaire au niveau fédéral et au niveau des États, mais d'une autonomie financière plus large pour la budgétisation et l'exécution dans le cadre du NHIS, des SHIS et du BHCPF.

**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 dans les régimes de financement, mais des dépassements du budget se produisent. Les dépassements dans les programmes financés par le gouvernement ainsi que par le budget fédéral et celui des États sont parfois gérés par des affectations additionnelles dans les budgets supplémentaires. Les dépassements de budget du NHIS et du SHIS nécessitent une approbation budgétaire supplémentaire par le conseil de gouvernance et par le conseil d'assurance.

**SPÉCIFICATION DES PRESTATIONS.** Les paniers de prestations disponibles – BHCPF, NHIS et SHIS – reflètent les priorités en matière de santé mais il n'existe pas de processus systématiques de spécification et de révision des prestations. Les directives cliniques définies par le MFS sont utilisées comme normes de prestation de services par les régimes fédéraux et des États, mais elles ne sont pas appliquées par le biais de contrats. Lorsqu'il sera pleinement opérationnel, le BHCPF couvrira la fourniture du panier minimum de services de santé de base (BMPHS), financera les dépenses opérationnelles pour les SSP dans tout le Nigeria, et financera la fourniture des traitements médicaux d'urgence de base et les urgences de santé publique. Les paniers de prestations du NHIS et du SHIS sont conçus pour chaque population cible, avec des procédures de partage des coûts bien définies. Le NHIS et les SHIS ont approuvé les tarifs des services et des médicaments qui définissent les droits des personnes inscrites dans le cadre des différents régimes.

**DISPOSITIONS CONTRACTUELLES.** Le NHIS et les SHIS ont des accords formels d'agrément et de contractualisation avec des prestataires publics et privés, tandis que le BHCPF, le MFS et les MSE utilisent des accords souples avec des prestataires publics et des contrats sélectifs avec des prestataires privés pour certains programmes de contrôle des maladies. Le NHIS accrédite les prestataires, qui signent des contrats avec les organisations de maintien de la santé (OMS) – les tiers payeurs du NHIS. Les contrats du NHIS et des SHIS précisent les services attendus et les méthodes de paiement des prestataires. Cependant, l'expérience montre que les prestataires n'adhèrent pas aux contrats et que le NHIS et les SHIS sont incapables de faire respecter les obligations contractuelles.

**PAIEMENT DES PRESTATAIRES.** Le BHCPF, le NHIS et les SHIS utilisent un paiement basé sur les résultats, tandis que le budget fédéral et le budget des États utilisent un paiement basé sur les intrants. Le MFS et les MSE versent des salaires mensuels à leurs prestataires individuels. Le NHIS et les SHIS rémunèrent les prestataires avec des paiements par capitation pour les soins primaires et par paiement à l'acte pour les soins hospitaliers. Ces mécanismes de paiement ne sont pas bien harmonisés, et le NHIS a connu des orientations de patients excessives dues à la capitation et une demande induite par les prestataires due à la rémunération à l'acte.

**SUIVI DES PERFORMANCES.** Le suivi des performances des régimes fédéraux et des États au niveau des prestataires et des systèmes se fait essentiellement sur papier et n'est pas bien coordonné. Toutefois, la qualité et l'exactitude des rapports varient considérablement. Les systèmes de suivi des performances n'éclairent pas 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 de la santé au Nigeria. (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 Nigeria

Fonction d'achat	Indicateurs d'achats stratégiques	Financement par le budget du gouvernement fédéral	BHCPF	Financement par le budget des gouvernements des États	SHIS	NHIS
<b>Gouvernance</b>	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.	○	●●	○	●●	●●
<b>Gestion financière</b>	Les accords d'achat intègrent des mécanismes visant à garantir le contrôle budgétaire.	●●	●●	●●	●●	●●
<b>Spécification des prestations</b>	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.	●●	●●	○	●●	●●
<b>Dispositions contractuelles</b>	Des contrats sont en place et sont utilisés pour atteindre les objectifs.	○	●●	○	●●	●●
	Les contrats sélectifs spécifient les normes de qualité des services.	○	●●	○	●●	●●
<b>Paiement des prestataires</b>	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.	○	●●	○	●●	●●
<b>Suivi des performances</b>	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 achats stratégiques sont limités au Nigeria en raison de la faible part des dépenses totales de santé qui transite par les mécanismes d'achats stratégiques, et cette faible part de financement est en outre fragmentée entre de multiples régimes. Seulement 15 % des dépenses de santé transitent par les budgets du gouvernement fédéral et des gouvernements des États, le BHCPF, le NHIS et les SHIS. Les dépenses de santé élevées à la charge des patients (76,6 % des dépenses de santé actuelles) exposent potentiellement les ménages à des dépenses de santé catastrophiques et entravent les efforts d'achat stratégique. Le haut niveau de fragmentation et la faible proportion de fonds qui transitent par le NHIS réduisent l'effet de levier pour améliorer les fonctions d'achat et fournir des incitations adéquates aux prestataires. Au Nigeria, les OMS représentent un coût administratif supplémentaire pour le NHIS. Les SHIS offrent la possibilité d'améliorer certaines des faiblesses du NHIS en créant des directives claires en matière d'agrément, de conclusion de contrats avec les établissements directement plutôt que par l'intermédiaire des OMS, d'utilisation de mécanismes basés sur les résultats et d'amélioration de la gestion des performances. Toutefois, ces mécanismes n'en sont qu'à leurs débuts et sont actuellement peu appliqués.

## Opportunités d'amélioration des achats pour la santé

D'une manière générale, la capacité à entreprendre des achats stratégiques est inadéquate et les achats stratégiques en matière de santé ne sont pas bien ancrés dans les programmes fédéraux et des États. La Politique nationale de financement de la santé préconise de mettre l'accent sur les interventions à fort impact et d'un bon rapport coût-efficacité, d'intégrer les achats stratégiques au niveau fédéral et au niveau des États, d'utiliser les achats stratégiques dans la mise en œuvre du BHCPF et d'établir des mécanismes de paiement des prestataires axés sur les résultats et une prise de décisions fondée sur des données probantes. Le Nigeria prévoit que la mise en œuvre complète du BHCPF et des régimes d'assurance sociale décentralisés accélérera les progrès du pays vers la réalisation de la CSU en réduisant les obstacles financiers à l'accès aux services de santé pour tous les Nigériens.

Le BHCPF a augmenté les ressources publiques pour le secteur de la santé et, par le biais d'approches d'achat stratégiques, a donné la priorité aux groupes vulnérables dans le paquet de prestations et le paiement basé sur les résultats liés aux objectifs de prestation de services. Cependant, la mise en œuvre du BHCPF a été lente et n'a pas donné lieu aux améliorations attendues. La fragmentation des paniers de prestations entre les régimes et au sein des régimes contribue à l'inefficacité de l'allocation et de l'utilisation des ressources.

Pour améliorer les achats stratégiques en matière de santé au Nigeria, il faut réduire les paiements directs et les canaliser vers des fonds communs de financement prépayés, et les regrouper entre les régimes pour augmenter le pouvoir d'achat. Le renforcement de la capacité d'achat stratégique du MFS et des MSE peut améliorer le lien entre le budget, le CDMT et les plans opérationnels des États, ainsi que la réalisation des buts et objectifs du Nigeria en matière de santé. Le MFS peut diriger la mise en œuvre des stratégies nationales afin de garantir que les achats de santé soient plus cohérents et que les objectifs politiques soient atteints. Le MFS et le NHIS peuvent également soutenir le renforcement des capacités des États en matière d'achats stratégiques lorsqu'ils mettent en place des régimes d'assurance maladie publics.

Le MFS et le NPHCDA peuvent surveiller la mise en œuvre du BHCPF afin de garantir le déblocage complet et en temps voulu des fonds du BHCPF. L'apprentissage de la mise en œuvre peut soutenir la prise de décisions fondée sur des preuves pour améliorer les méthodes de paiement des prestataires. Une décision stratégique est nécessaire pour le rôle continu des OMS dans le NHIS et la meilleure façon de répondre aux lacunes de capacité du NHIS pour en faire un acheteur plus transparent et responsable. Le NHIS peut bénéficier d'une réduction de la fragmentation de ses nombreux régimes et d'un renforcement du contrôle des prestataires pour garantir le respect des obligations contractuelles et surveiller les comportements indésirables des prestataires. Le renforcement de la gestion des performances des prestataires et des régimes aux niveaux fédéral et des États, et l'utilisation de ces informations pour prendre des décisions d'achat qui fournissent des incitations appropriées aux établissements de santé favoriseront une prestation de services de meilleure qualité et plus efficace et contribueront à la progression vers la CSU.

*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 Nigeria – le Health Policy Research Group de l'Université du Nigeria – validera les conclusions de SPARC avec les parties prenantes au Nigeria et détermineront les actions appropriées pour faire de nouveaux progrès dans les achats stratégiques comme moyen de réaliser la CSU au Nigeria.*

### Strategic Purchasing Africa Resource Center (SPARC)

Amref Wilson Airport, Lang'ata Road  
Nairobi, Kenya

info@sparc.africa

www.sparc.africa



UNIVERSITY OF NIGERIA



## 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).	
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.