



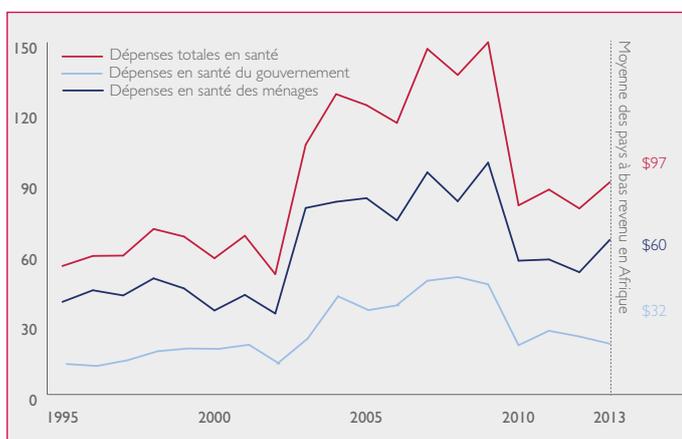
PROFIL DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ: NIGERIA

Indicateurs-clés pour les pays

Indicateurs de développement*	
Population totale	173 615 000
Taux de fertilité total (naissances par femme)	6
Revenu brut national par habitant (PPA)	5 360
Indicateurs de dépenses en santé**	
Ratio de dépenses	
Dépenses totales en santé en % du PIB	3,7% ↓ moyenne des pays à bas revenu (5%) ↓ moyenne globale (9,2%)
Niveau de dépenses	
Dépenses générales du gouvernement en santé en % des dépenses totales du gouvernement	6,5% ↓ cibles déterminées par la Déclaration Abuja (15%)
Indicateurs par habitant sélectionnés	
Dépenses totales en santé par habitant (PPA int.\$)	207
Dépenses en santé du gouvernement par habitant au taux d'échange moyen (US\$)	26
Dépenses en santé du gouvernement par habitant (PPA int.\$)	49
Sources de fonds	
Dépenses générales en santé du gouvernement en % des dépenses totales en santé	23,9%
Dépenses en santé privées en % des dépenses totales en santé	76,1%
Ressources externes en santé en % des dépenses totales en santé	5,5%
Dépenses personnelles en % des dépenses privées en santé	95,8%

Note: L'OMS regroupe des données et effectue des calculs en utilisant les montants absolus en unités de devises nationales converties en équivalents de Parité des pouvoirs d'achat (PPA)

Dépenses par habitant en US\$ (constant 2013 US\$)**



*Observatoire Global de la Santé, Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2013
**Base de donnée des dépenses globales en santé, OMS, 2013

Facteurs contextuels

Le sommet présidentiel 2014 sur la Couverture Universelle de la Santé (CUS) a réaffirmé l'engagement du Nigeria au niveau fédéral et au niveau des états afin de s'attaquer aux faiblesses qui ralentissent l'atteinte de la couverture universelle des services de santé, incluant la distribution inéquitable des ressources, la décadence des infrastructures, une gestion déficiente des ressources humaines reliées à la santé, et des systèmes de référencement faibles. L'implémentation d'initiatives de financement incluant les transferts conditionnels d'argent, les soins gratuits pour les groupes les plus vulnérables, l'assurance-maladie pour le secteur formel, ainsi que les programmes d'assurance-maladie basés sur les communautés (AMBC) pour le secteur non-formel, peut aider à répondre aux disparités géographiques et socioéconomiques dans l'accès aux soins de santé à travers le pays.¹

Même si c'est le cas, les changements dans le systèmes de santé requièrent une implication des régulateurs aux niveaux locaux, des états et fédéraux ainsi qu'une collaboration entre ces différents niveaux.² Au niveau des états, le niveau de mobilisation financière pour la santé par le secteur public varient grandement et dépendent du rôle qu'elles occupent dans l'offre de soins. Dans le Nigeria du Nord, le secteur public fournit plus de 90% de l'ensemble des services de santé, par rapport au Nigeria du Sud, où le secteur privé fournit plus de 70% des services de santé, principalement sous forme de service avec frais.³

Des données provenant d'une révision des dépenses publiques dans le secteur de la santé et des comptes de santé nationaux (CSN) suggèrent qu'en moyenne, la plupart des provinces dépensent moins de 5% des dépenses totales en soins de santé. Les dépenses de l'ensemble des niveaux de gouvernement représentent des sommes de moins de 6% des dépenses gouvernementales et moins de 25% du total des dépenses en santé à travers le pays. Le secteur privé représente le reste des 75% des dépenses en santé, avec 90% venant des dépenses personnelles.³ Combiné avec l'absence de mécanismes de protection efficace contre les risques tels que l'exemption de frais, l'assurance-maladie, le coût d'obtention de soins de santé n'est pas abordable pour plusieurs personnes au Nigeria.

L'espace idéal pour augmenter la part fiscale de la santé est la mobilisation des ressources, l'augmentation de l'assistance officielle au développement visant les programmes de protection sociale, et par le biais d'améliorations à la gestion financière des dépenses publiques.⁴

Fonctions de Financement de la Santé

- **Contribution et collection des revenus:** Le financement des dépenses reliées à la santé est demeuré faible principalement à cause du fait que le financement de la santé par le biais des impôts et des taxes est limité. Considérant le présent Produit Intérieur Brut (PIB) d'environ US\$300 milliards, une augmentation des revenus de taxation à 15% du PIB résulterait en un gain d'environ US\$21 milliards. Une allocation de 10% du revenu additionnel résulterait en US\$2,1 milliards pour le secteur de la santé.³ Une telle collection de revenu peut représenter un grand pas en avant pour le secteur de la santé.

Les subventions d'aide au développement et au soulagement de la dette ont été utilisées pour lancer le Programme National d'Assurance-Maladie (PNAM).⁵ La Loi Nationale sur la Santé du Nigeria de 2014 (loi NSN) vise à augmenter de manière

importante les revenus et améliorer les services de soins de santé primaires par le biais du Fonds de Réserve pour les Soins de Santé de Base (FRSSB). Cependant, il est essentiel de responsabiliser les acteurs à différents niveaux du gouvernement concernant les entrées de revenus afin que ceux-ci soient redirigés vers les services de soins de santé primaires.⁶

■ **Partage:** Le PNAM nigérien organise le partage de risques sous trois principaux programmes. Le Programme du Secteur Formel d'Assurance-Maladie Sociale (PSFAMS) couvre les employés publics et le secteur privé organisé, et est implémenté par le biais d'un modèle de gestion des soins financé par une contribution en pourcentage de salaire des employés et des employeurs. Le PNAM partage les fonds au niveau fédéral, en les allouant aux organisations de gestion de la santé (OGS) afin d'effectuer des paiements reliés aux services et rembourser les fournisseurs au nom des bénéficiaires couverts par ces OGS. Six années après le lancement du PSFAMS, seuls le gouvernement fédéral et trois des 36 états du Nigeria ont adopté le programme, malgré une défense active par le PNAM et les OGS.⁷

Les deux autres programmes, le Programme Urbain pour Auto-Entrepreneurs d'Assurance-Maladie Sociale (PUAEAMS) et le Programme Rural Communautaire d'Assurance-Maladie Sociale (PRCAMS) servent le secteur non-formel (près de 70% de la population) et sont des programmes sans buts lucratifs et optionnels basés sur le modèle AMBC. Les revenus générés par le PUAEAMS viennent sous forme de paiements mensuels à taux constants avec des contributions qui dépendent du type de bénéficiaires choisis, alors que les membres du PRCAMS acquièrent une accréditation selon leurs besoins en soins de santé et choisissent par la suite les bénéficiaires, avec des contributions en argent effectuées sous forme de paiements mensuels à taux constants ou remboursements étalés.⁸ Les fournisseurs de soins de santé offrent des services aux membres de programme et sont payés sous la forme de salaires. Bien que les inscriptions aux trois programmes ne représentent que 3% de la population, divers pilotes AMBC ont montré des augmentations prometteuses de l'utilisation des soins de santé.⁸

■ **Achat:** Deux mécanismes d'achat opèrent au Nigeria afin de déterminer quels services de santé doivent être achetés, comment augmenter la valeur des services, et comment assurer une durabilité financière à long terme⁹:

1. Services de santé généraux financés par les taxes: Les revenus de taxation sont regroupés au niveau fédéral et partagés entre les trois tiers du gouvernement. Les états génèrent des taxes par le biais des revenus générés à l'interne, et les allocations à la santé sont utilisées par le Ministère d'État de la Santé (MEdS) afin d'acheter des services de santé pour les citoyens. Les fonds partagés au niveau de l'état sont utilisés, avec les contributions des fonds nationaux, pour les services financés par le public. La population entière est couverte en utilisant les budgets gouvernementaux au niveau de l'état, et les MEdS occupent le rôle d'organisation achetant les services afin d'allouer les budgets aux fournisseurs des établissements de santé. Les fonds sont transférés aux établissements de santé principalement sous la forme de produits et de budgets globaux.

2. PNAM: Un fonds unique représentant 3% de la population employée dans le secteur formel utilise les contributions de taxes provenant des salaires par employés (5% des salaires de base) et des employeurs (10% des salaires de base) afin de payer pour les services de santé. Les organisations de soins de santé privés achètent des services de santé en leur nom, et les OGS utilisent le paiement par services primaires rendus au niveau des fournisseurs, et paient sur une base de frais-par-service pour les soins secondaires et tertiaires.

Rencontrer les Objectifs de Couverture Universelle de la Santé (CUS)

La CUS ne peut être atteinte que si les services de santé et la protection contre les risques financiers sont équitablement distribués. La protection financière équitable signifie que toute personne, indépendamment de leur niveau de revenu, a accès aux services de santé dont elle a besoin sans que ceux-ci ne causent de difficultés financières importantes.

Protection financière & équité dans le financement et l'utilisation

Les dépenses personnelles constituent près de 90% des dépenses totales privées en santé, ce qui représente un poids économique important sur les ménages.

Des études effectuées dans le sud-est et sud-ouest du Nigeria montrent que respectivement 23% et 11% de l'ensemble des ménages sondés ont expérimenté des paiements catastrophiques pour les soins de santé. L'estimation était plus élevée pour les personnes inscrites à l'assurance-maladie dans les ménages les plus pauvres, ainsi que dans les quartiers ruraux - et encore plus élevée parmi les gens non-inscrits.^{10,11} Parmi les personnes du quintile le plus riche du Nigeria du Sud-est, seulement 8% des ménages ont vécu des coûts catastrophiques.¹⁰

Les objectifs du PNAM concernant la réduction du poids économique des dépenses en soins de santé ne seront pas atteints si les personnes pauvres ne reçoivent pas une considération particulière sous le forme de soins de santé abordables ou gratuits. Les soins de santé au Nigeria devraient réduire leur dépendance aux paiements individuels à l'établissement de traitement et permettre une plus grande protection et un plus grand partage des risques, particulièrement pour les populations les plus pauvres. L'étendue de la couverture et des bénéfices du PNAM peut être obtenue par le ciblage de subventions ou de paiements afin d'atteindre les personnes les plus pauvres pourrait accélérer l'atteinte des objectifs de CUS.

Notes

1. [L'avancement des partenariats pour la Couverture Universelle de la Santé](#). Rapport d'atelier du 8-9 juillet 2015 au Kenya, Nairobi. HANSHEP et Health Systems Hub
2. Atim C & Bhatnagar A. [Vers une synergie et une collaboration afin d'étendre l'offre de service et renforcer les soins de santé primaires dans le contexte fédéral du Nigeria, avec références spéciales à l'État de l'Ondo](#). Série d'études sur la Couverture Universelle de la Santé (UNICO) No. 3. La Banque Mondiale. Washington DC, janvier 2013
3. Ichoku H & Okoli CI. [Espace fiscal pour le financement de la santé au Nigeria](#). *Journal africain de l'économie de la santé*, 2015 (E-publication avant l'impression)
4. Zanker JH & Tavakoli H. [Une analyse de l'espace fiscal pour la protection sociale au Nigeria](#). Institut de Développement Outre-mer (IDO). Londres, Royaume-Uni. Février 2012.
5. Usoroh EE. [Atteindre la Couverture Universelle de la Santé au Nigeria: Le Programme National d'Assurance-Maladie comme outil](#). 48e Cours International en Développement de la Santé. KIT (Institut Tropical Royal). Amsterdam, Pays-Bas. Septembre 19, 2011-Septembre 7, 2012
6. Uzochukwu B et al. [L'implémentation du fonds de réserve pour soins de santé de base du Nigeria](#). Groupe de Recherche en Politique de Santé, Collège de Médecine, Université du Nigeria & RESYST (Systèmes de santé et de Réponse Résilients) Consortium de Recherche à la London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres (UK). Mars 2015.
7. Onoka CA et al. [La promotion de la protection financière universelle: contraintes et facteurs contribuant à l'étendue de la couverture par le biais de l'assurance-maladie sociale du Nigeria](#). Systèmes et Politiques de Recherche en Santé. 2013, 11:20.
8. Odeyemi IAO. [Programmes Communautaires d'Assurance-Maladie et le programme national de santé du Nigeria: défis et intégration](#). *Journal International pour l'Équité en Santé* 2014, 13:20.
9. [Feuille de données des achats stratégiques](#). Observatoire de l'Asie Pacifique des Systèmes et Politiques de la Santé et RESYST. Octobre 2014.
10. Onwujekwe O, Hanson K, Uzochukwu B (2012) [Étudier les inégalités dans l'incidence des dépenses catastrophiques sur différents services de santé et établissements de santé du Nigeria](#). PLoS ONE 7(7): e40811.
11. Ilesanmi OS, Adebiji AO, Fatiregun AA. [Programme National d'Assurance-Maladie: comment les ménages de l'État de l'Oyo, Nigeria, sont-ils protégés des dépenses catastrophiques en santé?](#) *Journal International de Gestion des Politiques de Santé*. 2014, 2(4), 175-180

Des informations additionnelles peuvent être obtenues à l'adresse suivante:

African Strategies for Health 4301 N Fairfax Drive, Arlington, VA 22203 • +1.703.524.6575 • AS4H-Info@as4h.org

www.africanstrategies4health.org