

COMMENTARY

Experiences with Universal Health Coverage of Maternal Health Care in Ondo State, Nigeria, 2009-2017

Olusegun Mimiko

Former Governor, Ondo State, Nigeria (2009-2017). 1, Mimiko Street, Ondo City, Ondo State, Nigeria

*For Correspondence: E-mail: segunmimiko@gmail.com

I am pleased that the theme of this maiden conference of the Association of Feto-Maternal Medicine Specialists of Nigeria (AFEMSON) is the reduction of maternal and perinatal mortality. Practising in our setting can be particularly challenging due to the weak health system which leads to frustrating outcomes, with high rates of avoidable maternal and perinatal morbidity and mortality. For practitioners of fetomaternal medicine to deal with this as a major public health concern, the focus should not just be some cold statistics, but rather it must be addressed as a true everyday human story and societal tragedy.

In a recent publication¹, Elliot Main, a Stanford Professor of Obstetrics and Gynaecology, and founder of California Maternal Quality Care Collaborative was reported as saying: “When you’ve had a maternal death, you remember it for the rest of your life - all the details” Perhaps, practicing in our setting (like in most low and middle income countries) you may not remember “all the details” because of regularity of occurrence. However, I am sure that each of you, frontline practitioners here gathered, has had a few unfortunate human angle stories - details of which get imprinted in your memory for the rest of your life.

In my practice, I also had my own experiences, which were part of the reasons that I decided to temporarily set aside the practice of clinical medicine to get involved in top policy formulation for health and overall societal development.

As reported by Olu Obafemi² in his recent publication of my experiences:

“Those days I will tell people that I could never forget the cry of a woman when she loses her child at night, because at a stage, I was living within my clinic. It was harrowing, especially at night, between 1-2am.”

As Governor of Ondo State, southwest Nigeria for 8 years (2009-2017), working with other stakeholders, we proved that even in resource-restricted settings like Nigeria, it is possible to achieve positive outcomes in terms of systematic reduction in maternal and perinatal

death mortality. The Centre for Strategic and International Studies (CSIS), in its publication on the first year of ABIYE³, succinctly encapsulated this by saying “With leadership, progress is possible.”

Specifically, under my leadership as Governor of Ondo State, we commenced a unique *Abiye* maternal health program that offered *free* maternal and child health services to pregnant mothers and children less than five years old (including sophisticated referral care) that brought maternal and child health care to the doorstep of every citizen in the state. The consequence was a significant reduction in maternal mortality in the state, enabling the state to achieve the target of Goal-5 of the Millennium Development Goals. But this was not achieved without some noteworthy challenges. The purpose of this presentation therefore is to describe the philosophy that led us to focus on the delivery of free maternal health care, to summarize the methods and challenges in its implementation and to make recommendations on ways to build political will for improved delivery of maternal health care and the reduction of maternal and perinatal mortality in Nigeria. I believe that the recommendations made will be useful for policymakers elsewhere to understand the social context of health care and to prioritize the delivery of maternal health care as a social justice and human rights requirement of citizens.

Introduction

From the onset, let me make it clear that I am a firm believer in Universal Health Coverage (UHC). According to the World Health Organization⁴, UHC implies that “all people and communities can use the promotive, preventive, curative, rehabilitative, and palliative health services they need of sufficient quality to be effective, while also ensuring that the use of these services does not expose the user to financial hardship”. This is based on the principle that everybody should receive the health that he or she needs (not what he/she can afford) without catastrophic spending.

For me, UHC is a moral, socio-economic and political imperative, and is in line with the United Nations

constitution of 1948 which spells out clearly that ***“the enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of human beings.”***

The 58th World Health Assembly of 2005 encouraged countries to embrace a transition to UHC. The immediate past Director General of the World Health Organization (WHO), Dr Margaret Chan put it succinctly when she said that “Universal Health Coverage is the ultimate expression of fairness”⁵. The first African Director-General of the WHO, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, has also pledged to put UHC at the “center stage” of his administration.

In Nigeria, a Presidential Summit on UHC was convened in 2014, which recommended the acceleration of work towards attainment of UHC. However, UHC as a goal cannot be achieved overnight. It requires considerable financial commitment and political will. The UK National Health Service budgeted more than £100 billion for the purpose in 2015. In a recent Chatham House roundtable discussion on *The Political Economy of Universal Health Coverage*⁶, the point was made that from experience, it is healthy citizens that create the wealth of nations and not the other way around. It is evident therefore that we cannot wait until we become “prosperous” as a nation before we implement UHC. It has to be part of our developmental aspiration to achieve UHC in order to move towards national and global prosperity. Movement towards UHC must be incremental and strategic for its full effects to be attained.

Since matching resources with health needs will always be a continuous exercise, setting priority becomes unavoidable. Every nation moving towards UHC will require an irreducible minimum of health benefit package. Most will start from the most cost-effective interventions like immunization and the need of the most vulnerable groups such as maternal and child health.

Imperative of maternal health for universal coverage

Maternal health is doubtlessly a cost-effective intervention. Beyond the economic dictates of investment in it, maternal health is a moral imperative. Giving birth is a process of perpetuating the human race. It is a divine instruction. **Genesis 1:28** states: “... ***be fruitful and multiply and replenish the earth...***”

Our shared humanity and fundamental interest makes it incumbent on society to consider maternal health as a shared responsibility of all. Women should

not be allowed to die while giving life, or as one of the popular anecdotes of ABIYE, ***“Pregnancy should never again be a death sentence.”*** Put differently, the renowned founder of Safe Motherhood Initiative, former FIGO President, Professor Mahmoud Fathalla⁷ once said:

“Maternity is not a disease; it is a means by which the human species is populated. Society has more of an obligation to prevent maternal deaths than to prevent deaths from diseases...Maternal mortality should not be lumped together with, and ranked against other disease problems”.

Clearly, this was an eloquent case made for the prioritization of maternal health and for public funding of maternal healthcare. It is critical that increased public expenditure is emphasized as a veritable form of universal health coverage.

A recent publication titled *“Thinking Public”* by the WHO⁸ concluded that “public financing is central to making progress towards Universal Health Coverage (UHC).” Prof. David Heyman, Head of Global Health Security, Chatham House succinctly captured this by saying “by its very nature, Universal Health Coverage creates a larger role for the state in ensuring a free health financing system that market alone cannot provide. Markets cannot be effective drivers of health care.” Unfortunately, this is what the United States is learning the hard way by the controversies currently surrounding its healthcare system. This is perhaps why the United States is the only high income country in which maternal mortality rate has been on the increase. Maternal mortality rate is reported to have risen by approximately 26.6% in the USA from 2000 to 2014¹.

The important question is whether this dismal picture could be the consequence of the promotion of market forces over public funding of health care? This is yet to be ascertained, but more comparative analysis in the coming years will resolve the question.

The situation in Nigeria has equally been depressing. While there was a decline in global maternal mortality rate (MMR) between 2000 and 2015 with many countries meeting the MDG 5 target, it is evident that MMR may have increased in the country. The WHO estimated Nigeria’s MMR as 814 per 100,000 live births in 2015⁹, an increase of 30% from the 2010 figure of 630 per 100,000 live births. In contrast, the 2014 Nigeria Demographic and Health Survey (NDHS) reported a figure of 576 per 100,000 live births¹¹, an increase from the 545/100,000 live

births reported in 2008¹². Whichever figure is used, maternal mortality rate is extremely high in Nigeria when compared with other countries.

Since the landmark Zaria Maternity Survey in 1985¹³, successive Nigerian governments at both the national and sub-national levels have adopted the major international recommendations on prevention of maternal mortality. These include the Safe Motherhood Initiative, Millennium Development Goals (MDGs), the Sustainable Development Goals (SDGs), and the Midwives Services Scheme¹⁴, among several others.

Unfortunately, these programs have had limited success in the country due to multiple factors including health system weakness, the lack of consistent and sustained political will to address the multiple problems of the health system, inappropriate deployment of available human and financial resources as well as poor monitoring and evaluation. The consequence has been that Nigerian women continue to die in child birth essentially from preventable causes. Some who are likely to make it are held hostage or “prisoners” in hospitals (including government hospitals) for inability to settle bills.

In Ondo State, we decided on assumption of our administration in February 2009 to do things differently. We met a poorly funded, inadequately equipped, and poorly staffed health infrastructure. It was therefore not surprising that the NDHS report of 2008¹¹ showed that Ondo state had the worst maternal and child health indices in the south-western zone of the country. It was also the only state in the zone and one of the few nationwide without a state-owned teaching hospital for undergraduate and post-graduate training of health workers.

Therefore, we decided from the onset to overhaul the healthcare system and remove financial barriers that limit the access of pregnant women and children under 5 to evidence-based health care. We therefore put in place the ABIYE programme (Safe Motherhood Programme) which was essentially about:

- (i) Improving the supply and demand side of services;
- (ii) Removing financial barriers completely; and
- (iii) Tracking every pregnant woman from conception until delivery

Eight years down the line, with all sense of modesty, ABIYE remains arguably one of the most successful healthcare initiatives in the developing world.

The Gains of ABIYE

Hospital utilization and effects on maternal mortality

ABIYE was piloted in Ifedore Local Government of Ondo state in October 2009. Within the first year, there was a phenomenal increase in the number of registrations for antenatal care and hospital deliveries. After the first year, the programme was scaled up to cover the entire 18 Local Government Areas of the State.

After two years of the programme, an Impact Evaluation conducted by the Institute of Public Health, Obafemi Awolowo University (OAU), Ile Ife, in partnership with the Bill and Melinda Gate Foundation¹⁵ noted the following findings: 1) increased facility utilization by 69.6%; 2) increased proportion of deliveries taken by skilled attendants from 43.3% to 69.6%; and 3) reduced maternal mortality rate by 31%.

The Mother and Child Hospitals located in the cities of Akure and Ondo were commissioned in February 2010 and November 2012 respectively. To date, they remain among the busiest and most impactful maternity centres in the country. The identical mission statements of the two hospitals at inception was “to run integrated maternal and child care facilities fully poised to offer qualitative and critical interventions when required, free of charge irrespective of ethnicity or social status of patients”. Data collection was in-built into the processes of monitoring the performances of the hospitals from the very beginning.

As at mid-2016, the Mother and Child Hospital Akure (MCHA) had registered a total of 139,368 patients. Out of this figure, 59,478 were antenatal patients, while 79,890 were children under 5 years of age. Total deliveries were 36,713 out of which 30,193 were vaginal, while 6,520 (17.75%) were by Caesarian operation. A facility-based 5-year audit of maternal mortality ratios at the MCHA showed a reduction from 708 per 100,000 live births in 2010 to 208 in 2014 – a decline by nearly 70%¹⁶. What was perhaps most impressive was that contrary to what is generally believed, the average cost of care per patient was reduced by almost 50% during the same period, due to the cost saving methods that were put in place. This finding suggests that providing affordable and qualitative care for women would enable them access care before complications set in, thereby reducing the

cost that would otherwise have been attributable to the management of severe complications.

The Mother and Child Hospital in Ondo City also witnessed similar salutary experiences. An assessment in mid-2016 showed that the hospital recorded a total registration of 47,032 pregnant women, out of which 19,842 were women attending antenatal care, while 25,190 were children under 5 years of age. Total deliveries were 11,600 comprising 8,872 vaginal births and 2,728 (23.5%) caesarian sections. The Hospital was also accredited for post-graduate residency training in Obstetrics and Gynaecology by the National Postgraduate Medical College of Nigeria and the West African College of Surgeons.

In efforts to build greater accountability for maternal health implementation throughout the state, we established Maternal Death Surveillance and Response (MDSR), while the Confidential Enquiry into Maternal Deaths in Ondo State (CEMDOS) was signed into law in May 2010. It mandated the reporting and compulsory investigation of circumstances surrounding all maternal deaths, irrespective of where they occur. According to the 2015/2016 preliminary report of CEMDOS, Ondo State witnessed a 70% reduction in maternal mortality rate from a baseline of 545 per 100,000 women of reproductive age (NDHS 2008) to a verifiable 170 per 100,000 in May 2016.

Health systems strengthening

The improved health care system in Ondo state has been eloquently summarized by Richard Downie, Deputy Director and Fellow with the Center for Strategies and International Studies (CSIS) Washington Africa Programme and a consultant for the CSIS Global Health Policy Center, when he said "Ondo State has established a functional and efficient health system that is responsive to the needs of its population"¹⁷. Apart from the improved maternal health outcome, free maternal services in Ondo state resulted in overall health systems strengthening. All the major elements of the building blocks of health system recommended by the WHO were improved during the period. These include infrastructure development; human resources for health; information management; medicines, vaccines and commodities; financing; and leadership and governance.

Infrastructural development

A number of Primary Health Centres and 18 secondary health facilities were renovated and made functional, while the Mother and Child Hospitals in Ondo City and

Akure were built and equipped to provide tertiary level care.

Additionally, an edict establishing the University of Medical Sciences was passed into law in December 2014. This became the first full-fledged University of Medical Sciences in Nigeria, approved by the National Universities Commission for the training of health personnel in April 2015. This was to take advantage of the other facilities put in place in the same location at the Medical Village in Ondo City, including the Mother and Child Hospital, Trauma and Surgical Center, the Gani Fawehinmi Diagnostic Centre and the Kidney Centre. The facilities in the Medical Village were later accredited for Postgraduate training in General Surgery, Orthopedic Surgery, Anesthesiology and Radiology even before the take-off of the University. Our aim was to ensure the sustenance of human resources for health in the state for the effective running of the health institutions in perpetuity.

Human resources for health

Hundreds of Doctors, Nurses and Midwives were recruited into the State workforce. The number of consultants in the state increased from 4 in 2007 to more than 70 (including eight consultants in Obstetrics and Gynecology). High quality and consistent delivery of effective services were assured through proper incentivization, the use of appropriate protocols and algorithms, and task shifting. Emphasis was also placed on staff training and re-training both locally, and internationally through partnership with Iowa State University.

Health information management

Improved data consciousness (for proper planning and in-built accountability) due to our intervention has positively impacted the health system leading to a very robust digitally-driven health management information system. This has enabled the development and implementation of policies based on evidence. As an example, the first CEMDOS report in 2012 showed that over 90% of maternal deaths were linked to mismanagement or delayed referrals by unskilled faith-based or traditional birth attendants (TBAs). This led to the development of AGBEBIYE (Safe Birth Attendant) programme designed to incentivize through cash, training in uptake of alternative vocation, with and start-up microfinance for TBAs to refer pregnant women to designated public facilities and ensure delivery at such facilities. The TBAs are therefore given dignified exit out of the trade in provision of

maternity services. The programme started in February 2014. By December 2015, there had been 14,802 referrals of pregnant women by TBAs to Public Health facilities. Out of these, there were 29 sets of twins, 13 sets of triplets and one set of quadruplets.

Medicines, vaccines and commodities

We also established a policy on transparent procurement and drug package system, which ensured accountability, cost control and reduction of waste. Essential drug list now includes generic drugs, which are regularly updated.

In Nigeria, the use of modern methods of contraceptives is still very low. In 2012 for example, while in the developing world, 57% of married women use modern contraceptives, only about 10% of women used contraceptives in Nigeria. By contrast, in Ondo State, the contraceptive prevalence rate rose from 15% in 2009 to 31% in 2012.

Similarly, there has been increased immunization coverage in the State since 2009. Indeed, Ondo State won the only two editions (2013 and 2014) of the Bill and Melinda Gates Leaderships Award on Polio Eradication by States in the country. Primary health care received a new fillip which resulted in the State ranking first in 2014 under the assessment of the Primary Health Care Under One Roof (PHCUOR) policy established by the Federal Ministry of Health. It's on record that the proportion of deliveries in Ondo State has shown progressive increase in patronage of Primary Care facilities from 57.3% in 2013 to 68.7% in 2015.

Financing

The commitment of Ondo State to public financing and our drive towards Universal health coverage ensured an increase in percentage of budget allocated to health from 2.9% in 2009 to 11% in 2014 (just a few points less than the prescription of Abuja declaration of 15%). We have also built an accountability mechanism that enables the tracking of expenditure and the efficient application of Results Based Financing mechanism in partnership with the World Bank.

It is clearly evident that sickness is one the most frequent causes of poverty in many developing countries. In turn poverty is one of the greatest health risks, and the most profound perpetuator of poverty. Van Gupta *et al.*,¹⁸ reported in a study of six emerging economies - Chile, Mexico, China, Thailand, Turkey, and Indonesia – that the adoption of universal health coverage accounted for the increase in economic

growth in all the six countries in the early to mid-2000. WHO has estimated that every year more than 150 million individuals in 44 million households face catastrophic health expenditure as a direct result of health problems. About 25 million households or more than 100 million people are impoverished due to medical expenses.

It is important at the juncture to state categorically that health care financial protection generally precedes national prosperity. Indeed, only healthy citizens can engender national development.

Leadership and governance

As aptly stated by Dr Tedro Adhanom Ghebreyesus, the Director General of the World Health Organization in June 2017 “Universal health coverage is ultimately a political choice ...” The modest success in Ondo State has earned us recognitions and accolades both nationally and internationally. These include the Olikoye Ransome-Kuti Award for Excellence in Public Health, Olatokunbo Lucas Institute of Public Health Gold Medal Award, the Bill and Melinda Gates Leadership Challenge Award, and several accolades from the World Bank, Centre for Strategic and International Studies (CSIS), and Chatham House, UK which strengthened our political will and commitment to do more in health governance. The documentation of comprehensive social safety and legislative framework currently being put together in partnership with UNICEF will also strengthen further governance and sustainability issues going forward.

Challenges

In view of our modest achievement in the maternal health sector during the period, we were often inundated with questions as to how we were able to overcome the associated challenges. The major challenges can be grouped essentially into three: 1) availability and management of financial resources, 2) attitude to public provision of health care, and 3) the persistence of harmful socio-cultural practices.

Funding challenge

Despite our gradual increase in health financing as percentage of total budget from 2.9% of total budget in 2009 to 11% in 2014, we still had substantial funding challenges. However, I wish to emphasise that funding is always a challenge in a bid to satisfy human needs. However, for me governance is about choices. The choice made is what informs prioritization. Moving

towards achieving proper financing of Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals, referred to in a recent WHO publication as “*the SDG health price tag*”⁴, will continue to demand political will, increased public funding, taxation, social health insurance reforms, and robust accountability mechanisms. Putting cost to care and institutionalising results based financing mechanisms helped us to mitigate some of the financial challenges in the State. It was of note that due to our cost saving measures, the cost of care (drugs and medical consumables) of the average pregnant woman from conception to delivery, irrespective of mode of delivery was about 5,000 naira (USD\$16.6). When some overhead costs and exigencies are added, the total cost to care for 40,000 pregnant women per year was about 480 million naira (USD\$1,594,685) (i.e. approximately 12,000 naira or USD\$39.9 per parturient). This meant that one million taxable adults in Ondo State, out of a population of 4 million, were only required to pay about 40 naira (USD\$0.13) each per month as additional tax or earmarked social insurance fee to enjoy quality maternal care. This is much less than what an average Nigerian spends on recharge card daily. This of course does not consider salary and emoluments of workers and capital expenditures like building etc. which in any case government is obligated to continue to provide. Thus, the reason for this simple computation (which will require elucidation in a more detailed form) is to let people know that we did not have to spend much in running the highly successful free safe motherhood program in Ondo State, and that opportunities exist for creative, continued funding initiatives using diverse mechanisms.

The national health bill 2014 prescribes the earmarking of 1% of Federal Government’s consolidated revenue for primary health care which will essentially be expended through the National Health Insurance Scheme (NHIS). We do not wish to go into the merit and demerit or the performance or non-performance of the NHIS in this paper. Our point of interest is that the law requires government to come up with “essential health services” to be covered under the funding scheme. It is critical to point out that maternal and under-5 health care service delivery must be part of the package.

Incessant industrial actions

One worrisome trend that really gave the State nightmares was the incessant strike actions embarked upon by different cadre of health professionals. Each time public hospitals close down those who cannot

afford the use of private health facilities suffer the dire consequences. One strategy we developed to mitigate the negative impact of this challenge was to formally co-opt some private sector practitioners to offer free or highly subsidized care, after which they are reimbursed by the state government. One can understand the need (and compulsion) to stand up against injustice like inadequate emolument, irregular payment, and occasional insensitivity of government etc. However, as a medical practitioner, I passionately believe that each time we turn our backs on our patients, we take something away from the dignity of our profession. We must think deep and come up with some innovative ways to seek redress. We must also for the sake of our patients and the dignity of our profession, think of ways to redress the malignant issue of inter-professional squabbles and rivalry in the health sector.

Harmful socio-cultural and traditional practices

Although, we were able to increase the demand for maternal health services through efficient and cost-effective service delivery, some of our people still continued to patronize traditional birth attendants, faith-based attendants and all manners of unskilled workers. Our *Agbebiye* programme has been able to largely address this challenge, but much more remains to be done.

Recommendations

Arising from this presentation, I posit that maternal health must be a shared responsibility as epitomised by the theme of this conference, if what we achieved in Ondo State is to be scaled up for effective implementation throughout the country. The shared responsibility mantra is in line with the Global Strategy for Women, Children and Adolescent Health (2016-2030) which specifically prescribes “a multi-sectorial approach” and facilitation of “cross sector collaboration” for the implementation of effective maternal health care. Reducing preventable deaths of our women and children surely requires all hands to be on deck. Governments, political leaders, health care providers, civil society and non-governmental organizations, professional Associations, academics, nutritionists, climate change experts and social advocates and all must be involved.

Yes, climate change. Researchers at the Johns Hopkins School of Public Health¹⁹ report that by choosing one fewer child (improved maternal and child care ultimately lead to smaller families), an individual would reduce his or her annual carbon footprint by 58.6

metric tons. This is a much higher impact than getting rid of cars which would only reduce a person's annual carbon footprint by 2.4 metric ton (Global Health Now, John Hopkins).

Finally, I would like to reiterate that investment in maternal health care (and indeed Universal Health Coverage) must be driven by strong political will and commitment. We must all learn to hold our political leaders to account. Let's move away from the mortar and brick approach as the hallmark of performance; let the benchmark performance of our political leaders in health outcomes be the ultimate indicator of success in social governance. Let's think of effective ways to make these indices resonate with the grassroots. With time, electoral appeal will carry with it evidence of ability to implement strategic health policies and programmes. Then and only then will we be able to get more commitments from our political leaders.

Conclusion

I wish to conclude this paper by drawing attention to the four key messages of Universal Health Coverage Initiative as recommended by the Elders chaired by Kofi Annan. These include that:

- Universal Health Coverage UHC is the best way to achieve the health Sustainable Development Goals;
- Universal Health Coverage delivers substantial health, economic and political benefits across populations;
- Women, Children and Adolescents must be covered by Universal Health Coverage as a matter of priority; and
- Public financing is the key to achieving Universal Health Coverage.

Our experiences in Ondo State suggest that universal health coverage of maternal health can be achieved through delivery of free health services, and that this is a feasible approach even in resource-poor settings. I commend this to advocates and health policy implementers at national and sub-national levels in sub-Saharan Africa.

Acknowledgement

This keynote address was delivered by Dr. Olusegun Mimiko at the Maiden Scientific Conference of the Association of Feto-maternal Specialists of Nigeria (AFEMSON) on the theme "Reduction of Maternal and Perinatal Mortality" in Lagos on July 22., 2017. Dr. Mimiko is a medical doctor and is the immediate past

Governor of Ondo State, one of the 37 States in Nigeria.

References

1. ProPublica. The last person you'd expect to die in childbirth – based on the experiences of Elliot Main. May 12, 2017. <https://www.propublica.org/.../die-in-childbirth-maternal-death-rate-health-care-system>
2. Mimiko's Odyssey, A Biography of Revelations, Olu Obafemi, 2017.
3. Centre for Strategic and International Studies (CSIS), in its publication on the first year of ABIYE
4. WHO. What is universal coverage? Accessed from www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/. August 17, 2017.
5. Chan Margaret: My decade at the WHO: dirty fights and steps toward universal coverage. <https://www.statnews.com/2017/06/20margaret-chan-who-director-general/>.
6. Chatham House. The political economy of universal health coverage. Centre on Global Health Security, Universal Coverage Policy Forum, June 6, 2017. <http://www.chathamhouse.org/event/political-economy-universal-health-coverage>. Accessed July 31, 2017.
7. Fathala M. On safe motherhood at 25 years: Looking back, looking forward. Published by Hands on for Mothers and Babies. www.handsonformothersandbabies.org 2012. www.birmingham.ac.uk/Documents/heroos/on-safe-motherhood-fathalla.pdf.
8. WHO. Towards UHC: thinking public. www.who.int/health_financing/documents/towards-uhc/en/
9. World Health Organisation. *Trends in maternal mortality: 1990 to 2015. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2015.
10. National Population Commission [Nigeria]. *Nigeria Demographic and Health Survey 2008*. Abuja, Nigeria: National Population Commission, Federal Republic of Nigeria and MEASURE DHS+ ORC Macro.2009
11. National Population Commission [Nigeria]. *Nigeria Demographic and Health Survey 2008*. Abuja, Nigeria: National Population Commission, Federal Republic of Nigeria and MEASURE DHS+ ORC Macro.2009
12. Harrison K. Childbearing, health and social priorities: a survey of 22,774 consecutive hospital births in Zaria, northern Nigeria. *BJOG* 1985; 92 Supplement 5, 1-119.
13. National Primary Health Care Development Agency. *The MDG-DRG funded Midwives Services Scheme: Concept, Process and Progress*. 2nd edition. Abuja: NPHCDA, 2012.
14. Mimiko O. Mobilising resources for achieving MDG-5: the Ondo state example. Paper presented at the 2nd Annual Safe motherhood lecture organized by the Women's Health and Action Research Centre (WHARC), Abuja. FCT. 2010.
15. OAU evaluation of Abiye program
16. Oyenyin LO, Akintan AL, Aderoba AK and Owa OO.

Maternal mortality ratio in a tertiary hospital offering free maternity services in South-west Nigeria: A five-year review. *Trop J Obstet Gynaecol* 2017; 34: 112-5.

17. Downie R. US Centre for Strategic and Int'l studies lauds Ondo government for functional health care system. Accessed: <http://www.richievoice.com/2016/09/us-centre-for-strategic-and-int-studies-html>. August 25, 2017.
18. Gupta V, Kerry VB, Goosby E and Yates RN. Politics and universal health coverage – the post-2015 Global Health Agenda. *New Engl J Med*. 2015 (Sep 3); 373: 885-889.
19. John Hopkins University. Climate change and measurable impact. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Global Health Programn2016. Accessed from: <https://www.globalhealthnow.org/topics/climate-change>. August 27, 2017.

COMMENTAIRE

Expériences avec la couverture universelle de soins de santé maternelle dans l'Etat d'Ondo, Nigéria, 2009-2017

Olusegun Mimiko

Ancien Gouverneur, Etat d'Ondo, Nigéria (2009-2017). 1 Mimiko Street, Ondo City, Ondo State, Nigéria

* Courriel: segunmimiko@gmail.com

Je suis heureux que le thème de cette première conférence de l'Association des spécialistes en médecine d'Feto-Maternal AFEMSON (Nigéria) est la réduction de la mortalité maternelle et périnatale. Dans notre pratique de réglage peut être particulièrement difficile en raison de la faiblesse du système de santé qui mène à des résultats frustrants, avec un taux élevé de mortalité et de la morbidité maternelles et périnatales. Pour les praticiens de médecine fœto-maternelle de traiter cela comme une préoccupation majeure de santé publique, l'accent ne devrait pas être simplement certaines statistiques, mais il doit être abordé comme une véritable histoire humaine quotidienne et de la société tragédie.

Dans une publication récente¹, principal Elliot, un professeur de Stanford de l'Obstétrique-gynécologie, et fondateur de la Californie de collaboration des soins de qualité maternelle aurait déclaré : "Quand vous avez eu un décès maternel, vous en rappeler pour le reste de votre vie - tous les détails", peut-être pratique dans notre propre paramètre (comme dans la plupart des pays à revenu faible et moyen) vous ne vous souvenez peut-être "tous les détails" en raison de la régularité de l'occurrence. Cependant, je suis sûr que chacun de vous, praticiens de première ligne ici réunis, a eu quelques histoires d'angle des malheureux - détails de qui obtenir imprimé dans votre mémoire pour le reste de votre vie.

Dans ma pratique, j'ai également eu mes propres expériences, qui faisaient partie des raisons pour lesquelles j'ai décidé de mettre temporairement de côté la pratique de la médecine clinique à s'impliquer dans la formulation des politiques pour

la santé haut et l'ensemble de développement de la société.

Tel que rapporté par Olu Obafemi² dans sa récente publication de mes expériences:

"Ces jours je vais dire aux gens que je ne pourrais jamais oublier le cri d'une femme lorsqu'elle perd son enfant à la nuit, parce qu'à un stade, je vivais dans ma clinique. Il a été pénible, surtout la nuit, entre 1-2h."

En tant que gouverneur de l'Etat d'Ondo, au sud-ouest du Nigeria pour 8 ans (2009-2017), en collaboration avec d'autres intervenants, nous avons pu prouver que même dans les pays à ressources limitées les réglages comme le Nigéria, il est possible d'atteindre des résultats positifs en termes de réduction systématique de la mortalité maternelle et périnatale. Le Centre d'études stratégiques et internationales (CSIS), dans sa publication sur la première année d'ABIYE³, encapsulé succinctement ce en disant "avec le leadership, des progrès sont possibles."

Plus précisément, sous ma direction en tant que gouverneur de l'Etat d'Ondo, nous avons commencé un programme de santé maternelle Abiye unique qui offre gratuitement des services de santé maternelle et infantile à des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans (y compris les soins d'aiguillage complexes) qui ont apporté des soins de santé maternelle et infantile, à la porte de chaque citoyen dans l'état. La conséquence a été une réduction significative de la mortalité maternelle dans l'État, permettant à l'état d'atteindre la cible de l'objectif 5 des Objectifs du Millénaire pour le développement. Mais ce n'était

pas possible sans certains défis dignes de mention. Le but de cette présentation est donc de décrire la philosophie qui nous a conduit à se concentrer sur la prestation de soins de santé maternelle, de résumer les méthodes et défis dans sa mise en œuvre et à faire des recommandations sur les moyens de renforcer la volonté politique pour l'amélioration de la prestation des soins de santé maternelle et la réduction de la mortalité maternelle et périnatale au Nigéria. Je crois que les recommandations seront utiles pour les décideurs d'ailleurs de comprendre le contexte social de soins de santé et à donner la priorité à la prestation des soins de santé maternelle en tant que la justice sociale et des droits de l'exigence des citoyens.

Introduction

D'entrée de jeu, permettez-moi de préciser que je suis un croyant ferme dans la Couverture Maladie Universelle (CMU). Selon l'Organisation mondiale de la santé⁴, UHC implique que "toutes les personnes et les communautés peuvent utiliser les services de promotion, de prévention, de traitement, de réadaptation, de soins palliatifs et des services de santé dont ils ont besoin d'une qualité suffisante pour être efficace, tout en veillant à ce que l'utilisation de ces services n'expose pas l'utilisateur de difficultés financières". C'est fondée sur le principe que tout le monde devrait recevoir la santé qu'il ou elle a besoin (pas ce qu'il/elle peut se permettre) sans dépenses catastrophiques.

Pour moi, la CMU est un droit moral, socio-économiques et politiques, et elle est conforme à la constitution de l'Organisation des Nations Unies de 1948 qui énonce clairement que "la possession du meilleur état de santé est un des droits fondamentaux de l'être humain."

La 58e Assemblée mondiale de la santé de 2005 a encouragé les pays à adopter une transition à la CMU. L'ancien directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le Dr Margaret Chan a bien résumé quand elle dit que "la couverture santé universelle est l'expression ultime de la justice"⁵. Le premier directeur général de l'OMS, le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, a également

promis de mettre la CMU au "centre" de son administration.

Au Nigeria, un sommet présidentiel sur la CMU a été convoquée en 2014, qui a recommandé l'accélération des travaux en vue de la réalisation de la CMU. Cependant, la CMU comme un objectif ne peut être atteint du jour au lendemain. Il exige beaucoup d'engagement financier et de volonté politique. Le UK National Health Service prévu plus de €100 milliards pour l'objectif en 2015. Lors d'une récente table ronde de Chatham House sur l'économie politique de la Couverture Maladie Universelle⁶, on a fait valoir qu'à partir de l'expérience, c'est la santé des citoyens qui créent la richesse des nations et non l'inverse. Il est donc évident que nous ne pouvons pas attendre jusqu'à ce que nous devenons "prospérité" en tant que nation avant la mise en œuvre de la CMU. Il doit faire partie de l'affectation de notre aspiration à atteindre la CMU pour aller vers la prospérité nationale et mondiale. Mouvement vers la CMU doit être progressif et stratégiques pour tous ses effets à atteindre.

Depuis l'association des ressources avec les besoins de santé sera toujours un exercice continu, la priorité devient inévitable. Chaque nation vers la CMU exigera un minimum irréductible de l'ensemble des prestations de santé. La plupart sera au départ de l'interventions les plus rentables comme l'immunisation et la nécessité des groupes les plus vulnérables tels que la santé maternelle et infantile.

Impératif de la santé maternelle pour une couverture universelle de la

Santé maternelle est sans doute une intervention efficace. Au-delà des exigences de l'investissement dans l'économie, de la santé maternelle est un impératif moral. Donner la vie est un processus de perpétuer la race humaine. C'est une instruction divine. Genèse 1:28 dit : "... Soyez féconds, multipliez et remplissez la terre..."

Notre humanité commune et l'intérêt fondamental, il incombe à la société d'envisager la santé maternelle une responsabilité partagée de tous. Les femmes ne devraient pas être autorisés à

mourir en donnant la vie, ou comme l'une des anecdotes populaires d'ABIYE, "La grossesse ne devrait plus jamais être une condamnation à mort." Autrement dit, le célèbre fondateur de l'Initiative Maternité sans risques, ancien président de la FIGO, le Professeur Mahmoud Fathalla⁷ a dit:

"La maternité n'est pas une maladie, c'est un moyen par lequel l'espèce humaine est rempli. La société a plus d'obligation de prévenir les décès maternels qu'empêcher les décès causés par des maladies... la mortalité maternelle ne devraient pas être regroupés et classés avec les problèmes de la maladie à d'autres."

De toute évidence, c'est une éloquente affaire faite pour la détermination de la santé maternelle et de financement public de soins de santé maternelle. Il est essentiel que l'augmentation des dépenses publiques est souligné comme une véritable forme de couverture santé universelle.

Une récente publication intitulée "Penser Public" par l'OMS⁸ a conclu que "le financement public est essentiel pour progresser vers la couverture universelle (CMU)." Le professeur David Heyman, chef de la sécurité sanitaire mondiale, Chatham House cet exposé brièvement en disant "par sa nature même, la couverture santé universelle crée un plus grand rôle pour l'État à assurer un système de financement de la santé de ce marché ne peut à elle seule fournir. Les marchés ne peuvent pas être des moteurs efficaces de soins de santé." Malheureusement, c'est ce que les États-Unis est l'apprentissage à la dure par les controverses entourant actuellement son système de santé. C'est peut-être pourquoi les États-Unis sont le seul pays à revenu élevé où la mortalité maternelle est en augmentation. Taux de mortalité maternelle a augmenté d'environ 26,6% aux États-Unis de 2000 à 2014.

La question importante est de savoir si ce sombre tableau pourrait être la conséquence de la promotion des forces du marché sur le financement public des soins de santé ? Ce n'est pas encore assuré, mais plus d'analyses comparatives dans les années à venir permettra de résoudre la question.

La situation au Nigeria a également été déprimant. Bien qu'il y a eu un déclin dans les taux de mortalité maternelle entre 2000 et 2015 avec de nombreux pays, la réunion de l'OMD 5, cible RMM peuvent avoir augmenté dans le pays. L'OMS estimait que ROR du Nigeria 814 pour 100 000 naissances vivantes en 2015⁹, soit une augmentation de 30 % de la chiffre de 2010 630 pour 100 000 naissances vivantes. En revanche, le Nigeria 2014 enquête démographique et de santé (NDHS) ont fait état d'un chiffre de 576 pour 100 000 naissances vivantes¹¹, une augmentation de la 545/100.000 naissances vivantes déclarées en 2008¹². Quel que soit le chiffre est utilisé, le taux de mortalité maternelle est très élevé dans le Nigeria en comparaison avec d'autres pays.

Depuis le sondage en maternité Zaria, Nigeria 1985¹³ successives des gouvernements aux niveaux national et sous-national ont adopté les principales recommandations internationales sur la prévention de la mortalité maternelle. Il s'agit notamment de l'Initiative Maternité sans risques, Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), les objectifs de développement durable (ODD), et le Régime des services de sages-femmes¹⁴, entre autres.

Malheureusement, ces programmes ont eu un succès limité dans le pays en raison de plusieurs facteurs, notamment la faiblesse du système de santé, l'absence de cohérence et d'une volonté politique soutenue pour répondre aux multiples problèmes du système de santé, d'un déploiement inapproprié de ressources humaines et financières disponibles ainsi qu'un contrôle et d'évaluation. La conséquence a été que les femmes continuent de mourir à la naissance de l'enfant essentiellement de causes évitables. Certains de ceux qui sont susceptibles de le faire sont tenus en otage ou "prisonniers" dans les hôpitaux (y compris les hôpitaux gouvernementaux) pour l'incapacité de régler les factures.

Dans l'Etat d'Ondo, nous avons décidé sur l'hypothèse de notre administration en février 2009 pour faire les choses différemment. Nous avons rencontré un mal financés, mal équipés et mal dotés d'infrastructures de santé. Il n'est donc pas

surprenant que le rapport de 200811 NDHS a montré que l'Etat d'Ondo avait les pires indicateurs de santé maternelle et infantile dans le sud-ouest du pays. Il a également été le seul état de la zone et l'un des rares pays sans un hôpital d'enseignement appartenant à l'état de premier, deuxième et troisième cycles la formation des agents de santé. Par conséquent, nous avons décidé dès le début de la révision du système de santé et de supprimer les obstacles financiers qui limitent l'accès des femmes enceintes et les enfants de moins de 5 soins de santé fondés sur des preuves. Nous avons donc mis en place le programme d'ABIYE (Programme de la maternité sans risque) qui a été essentiellement sur:

- (i) l'amélioration de l'offre et la demande de services ;
- (ii) l'élimination des obstacles financiers complètement ; et
- (iii) le suivi de chaque femme enceinte, de la conception jusqu'à la livraison de

Huit ans, avec tous les sens de la modestie, ABIYE reste sans doute l'un des plus grands succès des initiatives de soins de santé dans le monde en développement.

Les gains d'ABIYE

Utilisation de l'hôpital et les effets sur la mortalité maternelle

ABIYE a été expérimentée en Ifedore l'administration locale de l'Etat d'Ondo, en octobre 2009. Au cours de la première année, il y a eu une augmentation phénoménale du nombre d'enregistrements pour des soins prénatals et de livraisons à l'hôpital. Après la première année, le programme a été élargi pour couvrir l'ensemble de 18 zones de gouvernement local de l'État.

Après deux années du programme, une évaluation de l'impact effectuées par l'Institut de la santé publique, de l'Université Obafemi Awolowo (OUA), Ile Ife, en partenariat avec la Fondation Bill et Melinda Gate15 a noté les conclusions suivantes: 1) augmentation de l'utilisation des

installations par 69,6 % ; 2) augmentation de la proportion des accouchements pris par du personnel qualifié de 43,3 % à 69,6 % ; et 3) une réduction des taux de mortalité maternelle de 31%.

La mère et l'enfant hôpitaux situés dans les villes de Segou et Ondo ont été commandées en février 2010 et en novembre 2012 respectivement. À ce jour, ils restent parmi les plus occupés et plus d'impact des centres de maternité dans le pays. Les énoncés de mission identique des deux hôpitaux à l'entrée en vigueur a été intégrée à la section "Exécution d'établissements de soins de santé maternelle et infantile sur le point d'offrir pleinement et qualitative des interventions critiques lorsque nécessaire, gratuitement, indépendamment de l'appartenance ethnique ou le statut social des patients". La collecte des données était en-intégrés dans les processus de suivi de la performance des hôpitaux dès le début.

À la mi-2016, l'hôpital de la mère et de l'enfant (Akure MCHA) avait enregistré un total de 139 368 patients. Sur ce chiffre, 59 478 consultations prénatales ont été patients, tandis que 79 890 étaient des enfants de moins de 5 ans. Les livraisons totales ont été 36 713, dont 30 193 ont été, tandis que 6 520 vaginale (17,75 %) étaient par opération césarienne. Un des 5 ans de vérification des taux de mortalité maternelle au MCHA a montré une réduction de 708 pour 100 000 naissances vivantes en 2010 à 208 en 2014 - une baisse de près de 70%¹⁶. Ce qui est peut-être plus impressionnant est que, contrairement à ce qu'on le croit généralement, le coût moyen des soins par patient a été réduit de près de 50 % au cours de la même période, en raison du coût des méthodes qui ont été mises en place. Cette constatation suggère que la fourniture de logements abordables et la qualité des soins prodigués aux femmes leur permettant accès aux soins avant que les complications en jeu, réduisant ainsi le coût qui aurait autrement été attribuables à la gestion des complications graves.

La mère et l'enfant dans l'hôpital Ondo City a également été témoin d'expériences. salutare similaire Une évaluation à la mi-2016 a montré que l'hôpital a enregistré un total de 47 032

d'inscription des femmes enceintes, dont 19 842 étaient des femmes qui fréquentent les consultations prénatales, tandis que 25 190 étaient des enfants de moins de 5 ans. Les livraisons totales étaient 11 600 8 872 accouchements vaginaux et comprenant 2 728 (23,5%) des césariennes. L'hôpital a également été accrédité pour diplôme de résidence en obstétrique et gynécologie par le National Postgraduate Medical College du Nigeria et l'Afrique de l'Ouest le collège des chirurgiens.

Dans les efforts visant à construire une plus grande responsabilisation pour la santé maternelle à la mise en œuvre au cours de l'état, nous avons mis en place et de surveillance de la mortalité maternelle (Réponse), le MDSR enquête confidentielle sur les décès maternels dans l'Etat d'Ondo (CEMDOS) a été promulguée en mai 2010. Il a chargé le rapport et enquête obligatoire des circonstances entourant tous les décès maternels, indépendamment du lieu où ils se produisent. Selon le rapport préliminaire de l'CEMDOS 2015-2016, l'Etat d'Ondo a assisté à une réduction de 70 % des taux de mortalité maternelle d'un point de départ de 545 pour 100 000 femmes en âge de reproduction (NDHS 2008) à un pour 100 000 170 vérifiable en mai 2016.

Le renforcement des systèmes de santé,

L'amélioration du système de soins dans l'Etat d'Ondo a été bien résumé par Richard Downie, Directeur adjoint et chercheur associé au Centre de stratégies et de l'International Studies (CSIS), Washington Programme Afrique et un consultant pour le centre de la politique de santé mondiale du SCRS, quand il a dit "l'Etat d'Ondo a mis sur pied un système de santé fonctionnel et efficace qui répond aux besoins de la population"17.

En dehors de l'amélioration de la santé maternelle, résultat des services maternels dans l'Etat d'Ondo a entraîné le renforcement des systèmes de santé en général. Tous les principaux éléments des composantes de système de santé recommandées par l'OMS ont été améliorées au cours de la période. Il s'agit notamment de

La couverture universelle des soins maternels

l'élaboration de l'infrastructure, les ressources humaines pour la santé, la gestion de l'information, médicaments, vaccins et produits de base; le financement; et le leadership et la gouvernance.

Le développement des infrastructures

Un certain nombre de centres de santé primaire et secondaire, 18 établissements de santé ont été rénovés et rendu fonctionnel, tandis que la mère et l'enfant dans les hôpitaux de la ville et d'Ondo Segou ont été construits et équipés pour fournir des soins de niveau tertiaire.

En outre, un décret instituant l'Université des Sciences médicales a été adoptée en décembre 2014. C'est devenue la première université à part entière des Sciences médicales au Nigeria, approuvé par la Commission nationale des universités pour la formation du personnel de santé en avril 2015. Cela a été de profiter des autres installations mises en place au même endroit à la Medical Village de Ondo City, y compris l'hôpital de la mère et de l'enfant, traumatisme et centre de chirurgie, le Centre de Diagnostic Gani Fawehinmi et le centre du rein. Les installations dans le village médical ont été accrédités pour la formation universitaire supérieure en chirurgie générale, chirurgie orthopédique, l'anesthésiologie et de radiologie avant même le décollage de l'université. Notre objectif était d'assurer la subsistance des ressources humaines pour la santé dans l'état pour le bon fonctionnement des établissements de santé à perpétuité.

Les ressources humaines pour la santé

Des centaines de médecins, infirmières et sages-femmes ont été recrutés dans l'état du travail. Le nombre de consultants dans l'État a augmenté, passant de 4 en 2007 à plus de 70 (y compris huit consultants en obstétrique et gynécologie). La haute qualité et l'exécution cohérente de services efficaces ont été assurées grâce à une incitivation, utilisation de protocoles appropriés et des algorithmes, et la délégation des tâches. L'accent a été mis également sur la

formation du personnel et de la formation à la fois localement et au niveau international par le biais d'un partenariat avec l'Université d'Iowa.

Amélioration de la gestion de l'information sur la santé (conscience des données pour une bonne planification et de responsabilisation intégrée) en raison de notre intervention a eu un effet positif sur le système de santé menant à une gestion de la santé axée sur les numérique système d'information. Cela a permis l'élaboration et la mise en œuvre des politiques fondées sur des données probantes. Par exemple, le premier rapport en 2012 CEMDOS ont montré que plus de 90 % des décès maternels sont liés à la mauvaise gestion ou retardé les renvois par des non qualifiés ou des accoucheuses traditionnelles. Cela a conduit à l'élaboration d'AGBEBIYE (Accoucheuse sécuritaire) programme conçu pour inciter au moyen des flux de trésorerie, la formation dans l'utilisation de l'autre vocation, avec des start-up et la microfinance pour les accoucheuses traditionnelles pour orienter les femmes enceintes à des installations publiques et assurer la livraison à ces installations. Les accoucheuses traditionnelles sont donc sortie digne du commerce de fourniture de services de maternité. Le programme a débuté en février 2014. En décembre 2015, il y a eu 14 802 cas de femmes enceintes par les accoucheuses traditionnelles pour les établissements de santé publique. En dehors de ces, il y avait 29 paires de jumeaux, 13 ensembles de triplés et un jeu de quadruplés.

Médicaments, vaccins et produits de base

Nous avons également établi une politique sur la transparence de l'approvisionnement et le système de paquets, qui assure la reddition de comptes, le contrôle des coûts et la réduction des déchets. Liste de médicaments essentiels comprend maintenant des médicaments génériques, qui sont régulièrement mis à jour.

Au Nigeria, l'utilisation de méthodes modernes de contraception est encore très faible. En 2012 par exemple, alors que dans le monde en développement, 57% des femmes mariées utilisent les contraceptifs modernes, seulement 10% des

femmes utilisaient des contraceptifs au Nigeria. En revanche, dans l'Etat d'Ondo, le taux de prévalence de la contraception est passée de 15% en 2009 à 31% en 2012.

De même, il y a eu une augmentation de la couverture vaccinale en l'État depuis 2009. En effet, l'Etat d'Ondo a remporté les deux éditions (2013 et 2014) de la Fondation Bill et Melinda Gates Prix de leadership sur l'éradication de la poliomyélite par les États dans le pays. Soins de santé primaire a reçu un nouvel élan qui a abouti à l'État s'est classé premier en 2014 en vertu de l'évaluation des soins de santé primaires sous un même toit (PHCUOR) politique établie par le ministère fédéral de la santé. C'est publiquement que la proportion des accouchements dans l'Etat d'Ondo a montré une augmentation progressive de patronage d'installations de soins primaires de 57,3% en 2013 à 68,7% en 2015.

Le financement de

L'engagement de l'Etat d'Ondo au financement public et notre route vers la couverture santé universelle a permis une augmentation de pourcentage du budget alloué à la santé de 2,9 % en 2009 à 11% en 2014 (à quelques points de moins que l'ordonnance de déclaration d'Abuja de 15%). Nous avons aussi construit un mécanisme de reddition de comptes qui permet le suivi des dépenses et l'efficacité d'application des résultats mécanisme de financement en partenariat avec la Banque mondiale, il est évident que la maladie est l'une des plus fréquentes causes de la pauvreté dans de nombreux pays en développement. À son tour, la pauvreté est l'un des plus grands risques pour la santé, et l'auteur de la plus profonde pauvreté. Van Gupta et al,¹⁸ signale une étude de six économies émergentes - le Chili, le Mexique, la Chine, la Thaïlande, la Turquie et l'Indonésie - que l'adoption de la couverture santé universelle à l'origine de l'augmentation de la croissance économique dans tous les six pays au début et au milieu de 2000. L'OMS a estimé que chaque année plus de 150 millions de personnes dans 44 millions

Mimiko

de foyers font face à des dépenses de santé catastrophiques en conséquence directe de problèmes de santé. Environ 25 millions de ménages ou plus de 100 millions de personnes sont pauvres en raison de frais médicaux.

Il est important, à la jonction de déclarer catégoriquement que les soins de la protection financière précède généralement la prospérité nationale. En effet, seulement des citoyens en bonne santé peuvent engendrer le développement national.

Le leadership et la gouvernance

Comme bien dit par le Dr Tedro Adhanom Ghebreyesus, le directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé en juin 2017 "La couverture santé universelle est en fin de compte un choix politique..." Le succès modeste dans l'Etat d'Ondo nous a valu distinctions et récompenses à l'échelle nationale et internationale. Il s'agit notamment de l'Olikoye Ransome-Kuti Prix d'excellence en matière de santé publique, Olatokunbo Lucas Institut de santé publique, le prix de la médaille d'or de Bill et Melinda Gates Défi de Leadership Award, et plusieurs prix de la Banque mondiale, Centre d'études stratégiques et internationales (CSIS), et Chatham House, UK, qui a renforcé notre volonté politique et l'engagement de faire plus en matière de gouvernance de la santé. La documentation complète de la sécurité sociale et du cadre législatif en ce moment on est en train de mettre au point en partenariat avec l'UNICEF renforcera également la gouvernance et d'autres questions de développement durable à l'avenir.

Défis

En vue de notre modeste dans le secteur de la santé maternelle au cours de la période, nous avons souvent été inondés avec des questions sur la manière dont nous avons été en mesure de surmonter les défis connexes. Les principaux problèmes peuvent être regroupés essentiellement en trois: 1) la disponibilité et la gestion des ressources financières, 2) attitude à l'égard de la

La couverture universelle des soins maternels

prestation publique des soins de santé, et 3) la persistance de pratiques socio-culturelles nocives.

Défi du financement

Malgré notre augmentation graduelle en matière de financement de la santé en tant que pourcentage du budget total de 2.9% du budget total en 2009 à 11% en 2014, nous avons encore d'importants défis de financement. Cependant, je tiens à souligner que le financement est toujours un défi dans le but de satisfaire les besoins humains. Cependant, pour moi, la gouvernance est une question de choix. Le choix fait est ce qui informe l'établissement de priorités. Déménagement en vue d'atteindre le bon financement de la couverture maladie universelle et les objectifs de développement durable, mentionné dans une publication récente de l'OMS comme "l'étiquette de prix santé ODD"⁴, continuera d'avoir besoin de volonté politique, un financement public accru, la fiscalité, l'assurance sociale de santé, réformes et robuste des mécanismes de responsabilisation. Coût des soins et de mettre à l'institutionnalisation de mécanismes de financement axé sur les résultats nous ont permis d'atténuer certaines des difficultés financières de l'État. C'est de noter qu'en raison de nos mesures d'économie de coûts, le coût des soins (médicaments et consommables médicaux) de la moyenne de femme enceinte, de la conception à la diffusion, quel que soit le mode d'accouchement était d'environ 5000 naira (USD\$16.6). Lorsque certains frais généraux et exigences sont ajoutées, le coût total pour s'occuper de 40 000 femmes enceintes par an était d'environ 480 millions de nairas (1 594 685 \$ (USD) (c.-à-d. environ 12 000 naira ou USD\$39,9 pour parturiente). Cela signifiait qu'un million d'adultes en imposable Ondo State, sur une population de 4 millions, n'étaient tenues de payer environ 40 nairas (0,13 \$ US) par mois que d'autres taxes ou frais d'assurance sociale destiné à profiter des soins maternels de qualité. C'est beaucoup moins que ce qu'un Nigérian moyen passe sur carte de recharge tous les jours. Bien sûr, cela ne tient pas compte des salaires et

Mimiko

émoluments des travailleurs et des dépenses en capital comme construire etc. ce qui, de toute façon, le gouvernement est obligé de continuer de fournir. Ainsi, la raison de ce simple calcul (qui nécessitera l'élucidation dans une forme plus détaillée) est de laisser les gens savent que nous n'avons pas eu à passer une grande partie dans l'exécution de la très réussie du programme de maternité sans risque libre dans l'Etat d'Ondo, et qu'il existe des possibilités de création, d'initiatives de financement continu à l'aide de divers mécanismes.

Le projet de loi sur la santé nationale 2014 prévoit l'affectation de 1 % du trésor du gouvernement fédéral pour les soins de santé primaires qui seront essentiellement utilisés dans le cadre du Programme national d'assurance maladie (NHIS). Nous ne voulons pas toucher le mérite et de démerite ou l'exécution ou la non-exécution de la sini dans ce document. Notre point d'intérêt est que la loi oblige le gouvernement à trouver des "services de santé essentiels" à être couverts par le régime de financement. Il est essentiel de souligner que la santé maternelle et les enfants de moins de 5 Prestation de services de soins de santé doivent faire partie de l'emballage.

Actions industrielles incessantes

Une tendance inquiétante que l'État a donné des cauchemars était la grève incessants lancés par différents corps de professionnels de la santé. Chaque fois qu'hôpitaux publics fermer ceux qui ne peuvent pas se permettre l'utilisation d'établissements de santé privés en subir les terribles conséquences. Nous avons mis au point une stratégie pour atténuer l'impact négatif de ce défi était de coopter officiellement certains des praticiens du secteur privé d'offrir des soins gratuits ou fortement subventionnés, après quoi ils sont remboursés par le gouvernement de l'état. On peut comprendre la nécessité (et sous la contrainte) de se lever contre l'injustice comme l'insuffisance des émoluments, paiement irrégulier et, occasionnellement, de l'insensibilité de gouvernement etc. Cependant, comme un médecin, je crois fermement que chaque fois que

La couverture universelle des soins marternels

nous tournons le dos à nos patients, nous enlever quelque chose de la dignité de notre profession. Nous devons réfléchir profondément et trouver des façons novatrices d'obtenir réparation. Nous devons également pour le bien de nos patients et la dignité de notre profession, pensez à des moyens de remédier à la question de la rivalité des querelles et professionnelle dans le secteur de la santé.

Socio-culturelles nocives et les pratiques traditionnelles

, bien que nous avons été en mesure d'accroître la demande de services de santé maternelle à travers l'efficacité et la prestation de services rentables, certains de nos gens continuent à fréquenter les accoucheuses traditionnelles, les agents de bord et toutes sortes de travailleurs non qualifiés.

Notre Agbebiye programme a été en mesure de relever ce défi, en grande partie, mais il reste encore beaucoup à faire.

Les recommandations

Qui découlent de cette présentation, j'avancerais que la santé maternelle doit être une responsabilité partagée, comme illustré par le thème de cette conférence, si ce que nous avons accompli dans l'Etat d'Ondo est à mettre à l'échelle jusqu'à la mise en œuvre efficace dans tout le pays. La responsabilité partagée Le mantra est en ligne avec la Stratégie mondiale pour les femmes, les enfants et la santé des adolescents (2016-2030) qui prévoit expressément "une approche multi-sectorielle" et la facilitation de la collaboration dans le secteur "croix" pour la mise en œuvre de soins de santé maternelle. Réduire les décès évitables de nos femmes et enfants sûrement exige que tous les mains pour être sur le pont. Les gouvernements, les responsables politiques, les fournisseurs de soins de santé, la société civile et des organisations non gouvernementales, des associations professionnelles, des universitaires, des nutritionnistes, des experts du changement climatique et de militants sociaux et tous doivent être impliqués.

Mimiko

Oui, le changement climatique. Des chercheurs de la Johns Hopkins School of Public Health¹⁹ rapportent qu'en choisissant un enfant (moins de l'amélioration de la santé maternelle et infantile en fin de compte à des familles plus petites), un individu pourrait réduire son empreinte carbone annuelle par 58,6 tonnes métriques. C'est un impact beaucoup plus grand que de se débarrasser des voitures qui ne ferait que réduire l'empreinte carbone annuelle de 2,4 tonne métrique (Global santé maintenant, John Hopkins).

Enfin, je tiens à réaffirmer que l'investissement dans les soins de santé maternelle (et, en fait, la couverture santé universelle) doit être tirée par une forte volonté politique et l'engagement. Nous devons tous apprendre à tenir compte de nos dirigeants politiques. Passons à l'écart de la brique et mortier approche comme la marque de la performance; laissez le rendement de référence de nos dirigeants politiques dans les résultats de santé sera l'ultime indicateur de réussite dans la gouvernance sociale. Pensons de moyens efficaces de faire de ces indices en résonance avec la base. Avec le temps, l'appel électoral avec lui la preuve de la capacité de mettre en œuvre des politiques et des programmes de santé. Alors et alors seulement, nous serons en mesure d'obtenir plus d'engagements de la part de nos dirigeants politiques.

Conclusion

Je voudrais conclure cet article en attirant l'attention sur les quatre messages clés de la couverture santé universelle Initiative comme recommandé par les anciens présidé par Kofi Annan. Il s'agit notamment que:

- la couverture maladie universelle la CMU est la meilleure façon d'atteindre les objectifs de développement durable;
- couverture santé universelle offre de santé importants, avantages économiques et politiques entre les populations;
- les femmes, les enfants et les adolescents doivent être couverts par la couverture

La couverture universelle des soins maternels

maladie universelle en priorité ; et le

- financement public est la clé de la réalisation d'une couverture santé universelle.

Nos expériences dans l'Etat d'Ondo suggèrent que la couverture universelle de santé maternelle peuvent être atteinte grâce à la prestation de services de santé, et que c'est une approche possible même dans des milieux pauvres en ressources. Je recommande ce à des partisans et de la politique de santé mise en œuvre au niveau national et sous-national en Afrique subsaharienne.

Remerciements

Ce discours liminaire a été prononcé par le Dr Olusegun Mimiko de jeune fille à la conférence scientifique de l'Association des spécialistes de la foeto-maternelle du Nigéria (AFEMSON) sur le thème "Réduction de la mortalité maternelle et périnatale" à Lagos le 22 juillet 2017. Le Dr Mimiko est médecin et est l'ancien gouverneur de l'Etat d'Ondo, l'un des 37 États du Nigeria.

Références

1. ProPublica. La dernière personne que vous vous attendriez à mourir en couches - basé sur l'expérience d'Elliot Main. Le 12 mai 2017. <https://www.propublica.org/.../die-in-childbirth-maternal-death-rate-health-care-system>
2. Mimiko's Odyssey, une biographie de révélations, Olu Obafemi, 2017.
3. Centre d'études stratégiques et internationales (CSIS), dans sa publication sur la première année d'ABIYE
4. L'OMS. Quelle est la couverture universelle? Consulté à www.who.int/health_financing/universal_coverag_e_definition/en/. 17 août, 2017.
5. Margaret Chan: Mes années au sein de l'OMS: combat sale et les étapes vers la couverture universelle. <https://www.statnews.com/2017/06/20margaret-chan-who-director-general/>.
6. Chatham House. L'économie politique de la couverture santé universelle. Centre sur la sécurité sanitaire mondiale, la couverture universelle Policy Forum, le 6 juin 2017. <http://www.chathamhouse.org/event/political-economy-universal-health-coverage>. Consulté le 31 juillet 2017.

7. M. Fathala sur la maternité sans risque à 25 ans: Regard sur le passé et l'avenir. Publié par les mains sur des mères et des bébés. www.handsonformothersandbabies.org 2012. www.birmingham.ac.uk/Documents/heroes/sur-safe-mère-fathalla.pdf.
8. L'OMS. Vers la CMU: penser public. www.who.int/health_financing/documents/towards-uhc/en/
9. Organisation mondiale de la santé. Tendances de la mortalité maternelle: de 1990 à 2015. Estimations de l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP, la Banque mondiale et la Division de la population des Nations Unies. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la Santé, 2015.
10. Commission nationale de la population [Nigeria]. Le Nigeria enquête démographique et de santé 2008. Abuja, Nigéria: Commission nationale de la population, la République fédérale du Nigéria et ORC Macro MEASURE DHS.200911
11. Commission nationale de la population [Nigeria]. Le Nigeria enquête démographique et de santé 2008. Abuja, Nigéria: Commission nationale de la population, la République fédérale du Nigéria et ORC Macro MEASURE DHS.200912
12. Harrison K. de la procréation, la santé et des priorités sociales: une enquête menée auprès de 22 774 naissances à l'hôpital consécutif à Zaria, au nord du Nigeria. *BJOG* 1985; 92 Supplément 5, 1-119.
13. Des soins de santé primaires nationaux Agence de développement. L'OMD-DRG Services de sages-femmes financés par Scheme: Concept, processus et progrès. 2e édition. Abuja: NPHCDA, 2012.
14. Mimiko O. La mobilisation des ressources pour la réalisation de l'OMD-5: l'exemple de l'état d'Ondo. Document présenté à la 2e conférence organisée par la maternité sans risque pour la santé des femmes Le Centre de recherche et d'action (WHARC), Abuja. FCT. 2010.
15. Évaluation de l'OUA d'Abiye programme
16. Oyeneyin LO, AL Aderoba Akintan, AK et OWA OO. Taux de mortalité maternelle dans un hôpital tertiaire offrant gratuitement des services d'obstétrique dans le sud-ouest du Nigeria: une révision quinquennale. *Trop J Obstet Gynaecol* 2017; 34: 112-5.
17. Downie R. US Center for Strategic and International Studies laudes Ondo gouvernement pour le système de soins de santé fonctionnelle. Accès: le <http://www.richievoice.com/2016/09/us-center-for-strategic-and-int-studies-html>. Le 25 août 2017.
18. Gupta V, Kerry VB, Goosby E et Yates RN. La politique et la couverture santé universelle - le Programme mondial de la santé après 2015. *New Engl J Med*. 2015 (3 sept.); 373 : 885-889.
19. l'Université John Hopkins. Le changement climatique et l'impact mesurable. École de santé publique Johns Hopkins Bloomberg de Santé mondiale Programmen2016. Accessible à partir de <https://www.globalhealthnow.org/topics/climate-change>. 27 août, 2017.