

GUEST EDITORIAL

Saving one million lives programme for results and implementation in Nigeria: A report

DOI: 10.29063/ajrh2022/v26i11s.2

Isaac F. Adewole^{1*} and Olusoji Adeyi²

College of Medicine, University of Ibadan, Ibadan, Nigeria¹; Resilient Health Systems, Washington DC, USA and John Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, USA²

*For Correspondence: Email: ifadewole@gmail.com

Introduction

In 2012, the Federal Government of Nigeria (FGoN) under President Goodluck Ebele Jonathan, GCFR, launched the Saving One Million Lives (SOML) initiative to address the poor state of Maternal, New-born and Child Health (MNCH) indices in the country with the view to improving services^{1,2}. At inception, the programme was operational in 13 states focusing on provision of technical assistance to state governments to develop a robust data generation and a mechanism to utilize data for policy and programming.

In order to fast-track implementation of the programme and attract additional funding for quick results, the FGoN under President Muhammadu Buhari, GCFR, obtained a credit facility of Five Hundred Million United States Dollars (\$500M) from the World Bank. The programme was therefore repackaged in 2015 using the World Bank's instrument, Programme for Results (PforR) to implement the SOML¹. The new programme, Saving One Million Lives Programme for Results (SOML-PforR) was the first PforR in Nigeria and the largest in the world, at the time. It was designed to compel change in the health sector through transparency and a result-oriented governance³. Therefore, the SOML-PforR was a FGoN programme, supported by the World Bank, which provided incentives to government, based on achievement of results (health outcomes) and which helped to drive institutional processes needed to achieve the results³.

Although maternal and child health interventions are not new in Nigeria, the PforR was an innovation in SOML. The PforR involves paying for results (outputs) rather than financing inputs for

the Government's own programs. Before the commencement of the programme, stakeholders including the leadership of the Federal Ministry of Health, state governments, and the World Bank agreed on results that would be assessed and these were defined as key performance indicators. Albeit, state SOML managers were allowed to design and fund health related programs of their choice that could quickly achieve improvement of their key health indicators.

Programmatic approach

SOML-PforR focused on six significant aspects of MNCH known as "pillars"^{4,5}, with the specific objectives to: i) improve maternal newborn and child health; ii) improve routine immunization and achieve Polio eradication; iii) prevent HIV/AIDS transmission from mother to child; iv) improve access to essential drugs and commodities; v) achieve high malaria control; and vi) improve child health and nutrition. These pillars were driven by two enablers: i) Strengthen logistics and supply chain system; and ii) Innovation/use of technology in delivering health services^{3,6}.

Implementation was guided by a Program Implementation Manual (PIM) that described the program and operational guidelines. The manual contained guidelines and procedures relating to disbursements and fund flows, institutional arrangements, financial management, Monitoring and Evaluation (M&E) with clear definition of the roles and responsibilities of all stakeholders⁵. It was based on the Program Appraisal Document (PAD), Legal Agreement, and Disbursement Letter negotiated between the Federal Government of Nigeria and the World Bank.

Programme development objectives

Broad objectives and indicators were identified, in partnership with all the States, aimed at addressing the main causes of morbidity and mortality amongst pregnant women and children under the age of five. Interestingly, the Federal Government does not own any Primary Health Centre. The local and state governments are responsible for employing healthcare workers and providing infrastructure for the delivery of primary healthcare. However, the FGoN took on the challenge of making basic healthcare services available to people by supporting state governments to revitalize their primary healthcare services. Poor investments in primary healthcare by state governments had impacted negatively on the performance of this level of healthcare, thus, putting a huge burden on tertiary healthcare facilities. The FGoN with support of the World Bank disbursed SOML grants to states to enable them to focus on improving the following six (6) key indicators^{3,4,6}:

- i. Children under the age of five vaccinated with Pentavalent vaccine 3
- ii. Children under the age of five sleeping under Insecticide Treated Nets
- iii. Women of reproductive age using Modern Contraceptives
- iv. Pregnant women delivered by Skilled health workers
- v. HIV Counselling and testing during antenatal care, and
- vi. Vitamin A coverage among children six months and five years

These indicators together with improved Quality of Care (QoC) at health facility level constituted the Programme Development Objective (PDO) which was “to increase utilization and quality of high impact reproduction, child health, and nutrition interventions”.

Disbursement linked indicators

The programme was incentive driven, where state governments were rewarded for making improvement from their own baseline in the quantity and quality of care at the health facility level as it applies to the Disbursement Linked Indicators (DLIs)^{4,5}. States were measured under five (5) DLIs namely; i) Increase of utilization of high impact Reproductive Child Health and

Nutrition Intervention; ii) Increase of quality of high impact Reproductive Child Health and Nutrition Intervention; iii) Improvement of Monitoring and Evaluation systems (M&E) and data utilization iv) Increase of utilization and quality of maternal and child health through private sector involvement v) Increase of transparency in management and budgeting of Primary Health Care (PHC).

Measurements

Programme results were independently and robustly measured by National Nutrition and Health Survey (NNHS) and National Health Facility Survey (NHFS)^{7,8}. The FMOH facilitated the conduct of both surveys annually. This was a compulsory activity to assess the performance of States and reward those that recorded improvement. The NNHS was conducted by the National Bureau of Statistics (NBS) in collaboration with the National Population Commission, the FMOH and its partners, with UNICEF providing technical support. In 2014, the coverage became nationwide and in 2019, the FMOH through the SOML PMU solely funded the survey.

Nigeria conducted the first comprehensive NHFS in 2016 to assess the functionality of the PHC facilities in the country. The survey was conducted by a local private firm, Hannovia, which was recruited and paid in full by the World Bank and other partners. In 2019, the second NHFS was conducted by the NBS in collaboration with the FMOH and partners. The survey was funded largely by the FMOH with USAID providing additional funding.

Both surveys were overseen by a steering committee led by the FMOH (SOML-PforR) with membership drawn from the FMOH, NBS, National Primary Health Care Development Agency (NPHCDA), National Agency for the Control of AIDS (NACA), UNICEF, World Bank, Bill and Melinda Gates Foundation (BMGF), and USAID, amongst others. The steering committee reviewed and agreed on the survey implementation protocols, design, and methodology, which ensured that quality assurance was instituted throughout the program.

In order to strengthen Government capacity to conduct the surveys and ensure funding, a Memorandum of Understanding (MOU) between

the FMOH (SOML PMU) and the NBS was signed in March 2019 for the conduct of NNHS and NHFS. Remarkably, the two surveys are now institutionalized. The PMU worked with the BMGF to streamline the survey instruments of both NNHS, MICS and the NDHS, enabling the triangulation of data at any time.

Implementation arrangement

- Steering Committee (SC) – provided overall oversight, supervision, and responsibility for achieving the SOML PDOs. Chaired by the Honourable Minister of Health and Honourable Commissioner of Health at the Federal and State levels respectively, the SC met at least once a year.
- Technical Consultative Group (TCG) - responsible for addressing identified issues. Survey data were regularly analyzed and presented. It was chaired by Permanent Secretary, FMOH and SMOH at the Federal and State levels respectively. States held quarterly TCG meetings and fed their resolutions into the SC for approval.
- Programme Management Unit (PMU) - responsible for the day-to-day implementation of SOML-PforR and served as Secretariat for SC and TCG. Headed by the National and State Program Managers at the Federal and State levels respectively. The PMU was staffed by Civil/Public Servants who worked full time.

These structures were established at the Federal level and replicated in the States, with membership drawn from Government and non-state actors.

- Federal Ministry of Finance - provided financial oversight and recruited the Independent Verification Agent (IVA).
- Independent Verification Agents (IVA) - responsible for verification of the results achieved and payments to States.
- Programme Support Unit (PSU) - responsible for providing Technical support to States in the area of Performance Management. The FMOH recruited PSUs for each Geo-Political Zone and tasked them to recruit one Technical Assistant (TA) per State that operated as a hybrid under the PMU in order to further entrench public-private cooperation. The national

PMU ensured TAs were domiciled in their State of assignment and also familiar with workings of State officials. The PSUs ensured States held review meetings, analysed data, reviewed and updated their work plans and remained focused on results. The PSUs had TORs which must be achieved before clearance for payments.

Financial management system

The programme used the Government Integrated Financial Management System (GIFMS) for ALL its financial transactions. Funds were domiciled in the Central Bank of Nigeria (CBN) and all payments transactions were electronic, from end to end under the Government's Treasury Single Account (TSA). Government opened dollar and naira accounts for FMOH, all States plus FCT. In order to enshrine transparency and accountability, approving officers were not signatories to SOML account. Spending at the state level were based on approved work plan by the PMU.

Auditing of SOML account

In line with Government Financial Regulation, the programme account and FMOH component were robustly audited annually by the Office of Auditor General of the Federation using the World Bank recommended International Public Sector Accounting System (IPSAS). As at 31st December, 2019, the Auditor General's office has completed the audit of 2016-2019 financial years.

Programme outcome

The FGoN through the FMOH regularly assessed the performance of the state governments through regular visitation by officials of the PMU and conduct of surveys to measure the six identified key MNCH indicators. Relative to the previous NNHS, Nigeria had a moderate improvement in all the six key MNCH indicators in 2019 (Figure 1). There was also improvement in the quality of care nationally and in all the six geopolitical regions including North East and North West zones that were experiencing insecurity at the time (Figure 2). Findings from the 2021 Multiple Indicator Cluster Survey and 2019 Lot Quality Assurance Sampling (LQAS) by the NPHCDA also showed improvements in the six key indicators used to assess SOML PforR performance.



SUMMARY OF KEY INDICATORS – Progress in all Indicators Nationally- NNHS 2014-2019

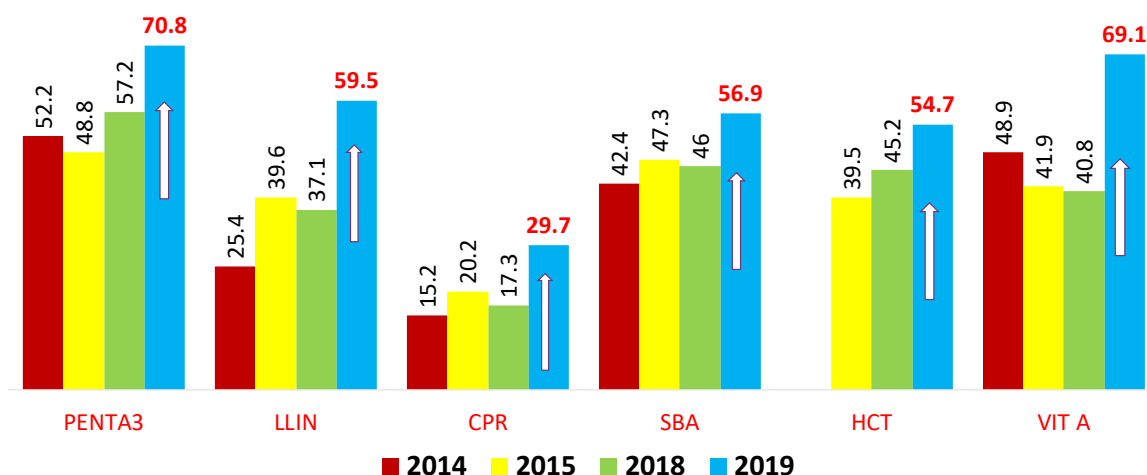


Figure 1: Summary of key indicators (2014-2019)



Trends in Quality of Care Index Scores National and Zonal -NHFS 2016 & 2019

	Clinical Competence (out of 30)		Drugs and Equipment (out of 20)		Readiness to Provide SOML Services (out of 15)		Supervision (out of 20)		Financial Mgt/HMIS (out of 20)		Total Scores (out of 100)	
	2016	2019	2016	2019	2016	2019	2016	2019	2016	2019	2016	2019
National Average	8.5	14.0	5.9	10.0	6.1	8.7	8.6	13.2	4.7	5.8	33.8	51.7
Zonal Scores												
North Central	8.3	12.1	5.9	8.0	5.7	7.6	6.9	13.6	4.6	5.2	31.4	46.5
North East	10.0	15.5	7.6	11.3	5.6	9.5	9.6	16.0	6.0	7.0	38.8	59.3
North West	8.1	16.7	5.0	11.8	5.9	9.4	12.3	15.8	4.8	5.7	36.1	59.4
South East	9.3	17.0	5.8	13.0	7.5	10.7	6.4	12.4	3.8	7.8	32.8	60.9
South South	9.7	12.1	6.3	9.1	6.9	8.6	5.4	10.9	4.1	4.1	32.4	44.8
South West	6.6	11.7	5.7	8.6	6.3	7.3	7.2	10.6	4.5	6.1	30.3	44.3

Figure 2: Trends in quality-of-care index score

Specifically, the assessment of all DLIs in the 2019 NNHS showed marked improvement with some little variations. For example, the state performance under DLI-1.2, which assessed improvements in the six key indicators, showed that 34 States and FCT recorded improvement as against 13 States in 2018

and 12 in 2017. Regarding, the DLI-2, (Quality of Care in Primary Health Facilities in Nigeria), the results showed that all but one State recorded improvement when compared with the 2016 NHFS. On DLI-3.3 (evidence to regularly analyze their data, hold productive quarterly review meetings and

update their work plans), more than 95% of states had instituted performance management systems. The DLI_5 (PHC management and budget transparency), twenty (29) States had successfully established State Primary Health Care Agency/Board (SPHCA/B) and fully transferred staff from the Local Government to the SPHCA/B. This represented initial steps towards operationalizing Primary Health Care Under One Roof (PHCUOR). In addition, 12 states had budgetary provision and expenditure for Primary Health Care on their State Government's website.

Disbursements to states

At the commencement of the Programme, US\$1.5M million was disbursed to each State of the Federation and the FCT as seed funds. This was meant to assist each state government to invest in basic healthcare services and infrastructure. The first disbursement of funds was in 2016 after the PMU received work plan from each state on how they would address specific issues on MNCH.

Following the Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) 2016/17, only 12 states recorded improvement, and they were given additional funds as incentives. All the states were also given loans of US\$1.0 million each to sustain some of the gains of the programme.

In total, a sum of US\$378,999,955 was disbursed, representing about 76% disbursement. The balance of US\$121,000,045 was partially cancelled and re-purposed by the Nigerian Government.

Assessment of the World Bank and other partners

The programme received support from the Task Team of the World Bank, especially in problem solving, support to states (regularly embarked on joint missions/visits to the states), data analyses, and presentations. Almost all the Development Partners expressed enthusiasm with the PforR and the PMU; they provided both technical and financial support. Specifically, the BMGF offered technical support on data generation and strengthening of data collection in Nigeria.

Lessons learned and recommendations on good practices

Overall, the SOML-PforR was effective in increasing government awareness of critical

MNCH indicators especially in States where the programme was implemented. The Steering Committee (SC) brought together officials from various MDAs, partners, NGOs, and Civil Society Organizations to review the State health performance and proffer solutions on the way forward. The consequence has been that many states now develop comprehensive Annual Operational Plans. This program strengthened data collection, analysis and utilization, which are key to informed decision making. The programme enabled States to remain laser focused on results. There was increased use of data from all sources – surveys, District Health Information System (DHIS), Integrated Supportive Supervision (ISS), LQAS etc^{9,10}. After analysis, presentations were made during review meetings, gaps were identified and solutions proffered. The national PMU also now conducts quarterly Performance Management Assessment on the states.

The SOML program provided opportunity for increased partnership between government and partners at the State level. From inception of the programme, it was made known to States that SOML funds were not expected to replace State funding of healthcare but rather to support States to increase funding for health. Work plans and interventions were planned, implemented, and evaluated together. There were shared responsibilities at times of successes as well as failure, and this increased ownership by governments and partners. The program offered a unique opportunity for positive competition among participating states on improving MNCH services. States were aware that they were competing first with their baseline indicators and when they improve on their indicators, they were rewarded with funds. Similarly, there was healthy competition between States to emerge as Zonal and (or) National Champions. Performance disbursement of funds as a result of improvement in key SOML indicators made States to take the programme more seriously.

There was increased transparency and accountability at all levels. The programme had a robust financial system where all funds were domiciled in the Central Bank of Nigeria (CBN) and administered through Remita platform. Payments were made directly to beneficiaries, making it easy for transactions to be tracked. While approving officers of Federal and State Ministries

of Health continued to perform their role in line with government's financial regulations, they were not signatories to SOML-PforR account. It therefore prevented the temptation of approving activities and equally signing the release of funds.

States held regular SC and TCG meetings to discuss and find solutions to specific problems. Data were presented at quarterly TCG meetings and gaps identified were documented and incorporated into the work plan. The programme allowed state governments some flexibility to review work plans as the needs arose.

Sharing of best practices between best and least performing Local Government Areas (LGAs) in States encouraged competition. The national PMU adopted Peer Review Meetings (PRMs) at States and Zonal levels. The PRMs brought together State officials including parliamentarians, Ministries of Finance and Planning and NGOs to review the programme performance including funding, shared lessons, solved bottlenecks and provided clear direction on how to achieve results.

Improved community engagement

SOML-PforR was conceived to address issues affecting communities. States therefore stepped up engagements with communities through quality MNCH weeks (promoting prenatal care, supervised delivery and postnatal care and childhood immunization), Outreaches, Health Promotion Campaigns, door to door sensitization and administration of vaccines and commodities. Communities were sensitized like never before. SOML-PforR became a household name in several Nigerian communities.

The benefits of engaging PSUs, deploying and making TAs domiciled within State Programme Management Units was very obvious. In most States, it was a case of Public-Private Partnership on display, with combinations of government funding, conducive environment, and the efficiency of the private sector Programme Support Units. The relationship contributed to successes recorded in the programme. In most cases, we closely monitored and ensured that funds were applied in line with programme guidelines.

Lessons learned/challenges

There were challenges during the implementation of the SOML PforR intervention. There was a delay

in reviewing and submitting reports leading to delayed disbursement of funds and some reported loss of the funds by states. The initial Terms of Reference (TOR) of the IVA was unspecific in terms of what needs to be done and the timelines. Although the TOR was eventually reviewed, sadly it was towards the end of the programme. Overall, the poor funding of health especially by the state governments as well as poor financial management was a serious challenge. SOML-PforR was specifically designed to encourage States to provide more funding in Health. Another challenge was poor communication between SMOH and SPHCB/A. To surmount these challenges, SOML provided opportunity to see and discuss internal crisis and unnecessary power struggle at the State level.

Conclusion

The PforR, although relatively new to the Nigerian system, demonstrated a potential to transform the health system to perform optimally. Incentivizing and transparently rewarding performance is very promising in the Nigerian context and should be encouraged. The programme encouraged decentralization of funds from Federal to the States and in some instances down to health facilities. This is part of Intergovernmental Fiscal Transfers necessary to build appropriate health actions in Nigeria. For the future, decentralization of funds should be expanded using the Basic Health Care Provision Fund (BHCPF), as this will promote transparency and accountability and help in achieving better results. Given the success of the programme, the State Commissioners of Health unanimously requested for continuation of the SOML-PforR, including states that did not earn funds from SOML. SOML-PforR was therefore not a parallel programme but actually aligned with the overall goal of strengthening the Nigerian health care system by providing additional funds to the States. It relied on data and promoted efficient utilization of funds. The 2019 results provided substantive evidence of progress made throughout the country on attaining progress in key indicators. It suggests that progress is indeed possible when appropriate measures are put in place through projects such as exemplified by the SOML-PforR. Clearly, SOML-PforR has provided the stage for Nigeria to accelerate achievement of Universal

Health Coverage on a State-by-State basis. The programme was a huge success and hence best practices from lessons learnt should be sustained and challenges addressed appropriately.

Despite the improvements, much remains to be done to improve the performance of Nigeria's health system. We note the importance of continuous learning, adaptation, and refinement of approaches to performance-based financing, including recent literature showing the benefits of direct facility financing. Such openness to learning would enable the country to realize more value for money amidst fiscal constraints and ongoing recovery from disruptions caused by the COVID-19 pandemic. Nigeria as a country cannot rest on its paddles. COVID-19 has threatened the provision of key maternal and child health intervention across the country and has the potential of reversing gains made by the SOML-PforR; this is further worsened by fiscal challenges and Global Health Security challenges.

References

1. Organization WH. Nigeria launches 'saving one million lives' by 2015 initiative. 2012.
2. Okoli U, Morris L, Oshin A, Pate MA, Aigbe C and Muhammad A. Conditional cash transfer schemes in Nigeria: potential gains for maternal and child health service uptake in a national pilot programme. *BMC pregnancy and childbirth* 2014;14(1):1-13.
3. Loevinsohn BP. Nigeria-Nigeria-Program to Support Saving One Million Lives: P146583-Implementation Status Results Report: Sequence 05. The World Bank, 2018.
4. Saving One Million Lives. "Our objective is to increase the utilization and quality of high impact reproductive, children health and nutrition interventions" Available from <https://somlpforr.org.ng> (10/01/2022). 2021.
5. Federal Ministry of Health. Saving One Million Lives Program for Results. Program Implementation Manual (PIM), Abuja, Nigeria. Available from <http://somlpforr.org.ng/wp-content/uploads/2017/02/SOML-PIM.pdf> (29/09/2022). 2016.
6. Ajiboye AG. Disclosable Version of the ISR-Nigeria-Program to Support Saving One Million Lives-P146583-Sequence No: 09. 2020.
7. NNHS. Report on The National Nutrition and Health Survey. Available from <https://www.unicef.org/nigeria/media/2181/file/Nigeria-NNHS-2018.pdf> (Accessed 18/01/2022). 2018.
8. National Nutrition and Health Survey (NNHS). The nutrition and health situation of Nigeria. USAID, UKAID, UNICEF, National Bureau of Statistics Abuja, Nigeria. Available from: <https://www.nigerianstat.gov.ng/pdfuploads/Report%20of%20NNHS-2014-final.pdf> (Accessed 24/01/2022). 2018.
9. Ugo O, Ezinne E-A, Modupe O, Nicole S, Winifred E and Kelechi O. Improving quality of care in primary health-care facilities in rural Nigeria: successes and challenges. *Health services research and managerial epidemiology* 2016;3:2333392816662581.
10. Onwujekwe O, Mbachu CO, Okeke C, Ezenwaka U, Ogbuabor D and Ezenduka C. Strategic Health Purchasing in Nigeria: Exploring the Evidence on Health System and Service Delivery Improvements. *Health Systems & Reform* 2022;8(2):2111785.
11. Khanna M, Loevinsohn B, Pradhan E, Fadeyibi O, McGee, Odutolu O, Fritsche GB, Meribole E, Vermeersch CMJ and Kandpal E. 2021. Decentralized facility financing versus performance-based payments in primary health care: A large-scale randomized controlled trial in Nigeria. *BMC Medicine*. <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-021-02092-4>. Accessed on October 3, 2022.

ÉDITORIAL INVITÉ

Programme de sauvetage d'un million de vies pour les résultats et la mise en œuvre au Nigéria: Un rapport

DOI: 10.29063/ajrh2022/v26i11s.2

Isaac F. Adewole^{1*} and Olusoji Adeyi²

Collège de médecine, Université d'Ibadan, Ibadan, Nigeria¹; Systèmes de santé résilients, Washington DC, États-Unis & John Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, États-Unis²

***Pour la correspondance:** Courriel: ifadewole@gmail.com

Introduction

En 2012, le gouvernement fédéral du Nigéria (FGoN) sous la présidence de Goodluck Ebele Jonathan, GCFR, a lancé l'initiative Saving One Million Lives (SOML) pour remédier au mauvais état des indices de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) dans le pays. en vue d'améliorer les services^{1,2}. Au début, le programme était opérationnel dans 13 États et se concentrait sur la fourniture d'une assistance technique aux gouvernements des États pour développer une génération de données robuste et un mécanisme pour utiliser les données pour la politique et la programmation.

Afin d'accélérer la mise en œuvre du programme et d'attirer des fonds supplémentaires pour des résultats rapides, le FGoN sous le président Muhammadu Buhari, GCFR, a obtenu une facilité de crédit de cinq cents millions de dollars américains (500 millions de dollars) de la Banque mondiale. Le programme a donc été reconconditionné en 2015 en utilisant l'instrument de la Banque mondiale, le Programme pour les résultats (PforR) pour mettre en œuvre le SOML¹. Le nouveau programme, Saving One Million Lives Program for Results (SOML-PforR) était le premier PforR au Nigeria et le plus important au monde à l'époque. Il a été conçu pour imposer le changement dans le secteur de la santé grâce à une gouvernance axée sur les résultats et la transparence³. Par conséquent, le SOML-PforR était un programme du FGoN, soutenu par la Banque mondiale, qui offrait des incitations au gouvernement, basées sur l'obtention de résultats (résultats sanitaires) et aidait à piloter les processus institutionnels nécessaires pour atteindre les résultats³. Bien que les

interventions de santé maternelle et infantile ne soient pas nouvelles au Nigéria, le PforR était une innovation dans le SOML. Le PforR implique de payer pour les résultats (extrants) plutôt que de financer les intrants pour les propres programmes du gouvernement. Avant le début du programme, les parties prenantes, y compris les dirigeants du ministère fédéral de la santé, les gouvernements des États et la Banque mondiale, se sont mis d'accord sur les résultats qui seraient évalués et ceux-ci ont été définis comme des indicateurs de performance clés. Cependant, les gestionnaires étatiques de SOML ont été autorisés à concevoir et à financer des programmes liés à la santé de leur choix qui pourraient rapidement améliorer leurs indicateurs de santé clés.

Approche programmatique

Le SOML-PforR s'est concentré sur six aspects importants de la SMNI connus sous le nom de "piliers" ^{4,5}, pour : i) améliorer la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant ; ii) améliorer la vaccination de routine et parvenir à l'éradication de la poliomyélite ; iii) prévenir la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant ; iv) améliorer l'accès aux médicaments et produits essentiels ; v) parvenir à un contrôle élevé du paludisme ; et vi) améliorer la santé et la nutrition des enfants. Ces piliers sont pilotés par deux facilitateurs ; i) Renforcer la logistique et le système de chaîne d'approvisionnement ; et ii) Innovation/utilisation de la technologie dans la prestation des services de santé^{3,6}.

La mise en œuvre a été guidée par un manuel de mise en œuvre du programme (PIM) qui décrit le programme et les directives opérationnelles. Le manuel contenait des directives

et des procédures relatives aux décaissements et aux flux de fonds, aux dispositions institutionnelles, à la gestion financière, au suivi et à l'évaluation (S&E) avec une définition claire des rôles et des responsabilités de toutes les parties prenantes⁵. Il était basé sur le document d'évaluation du programme (PAD), l'accord juridique et la lettre de décaissement négociés entre le gouvernement fédéral du Nigéria et la Banque mondiale.

Objectifs de développement du programme

Des objectifs et des indicateurs généraux ont été identifiés, en partenariat avec tous les États, visant à s'attaquer aux principales causes de morbidité et de mortalité chez les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans. Fait intéressant, le gouvernement fédéral ne possède aucun centre de santé primaire. Les gouvernements locaux et étatiques sont responsables de l'emploi des travailleurs de la santé et de la fourniture d'infrastructures pour la prestation des soins de santé primaires. Cependant, le FGoN a relevé le défi de rendre les services de santé de base accessibles à la population en aidant les gouvernements des États à revitaliser leurs services de soins de santé primaires. Les faibles investissements dans les soins de santé primaires par les gouvernements des États ont eu un impact négatif sur les performances de ce niveau de soins de santé, ce qui a pesé lourdement sur les établissements de soins de santé tertiaires. Le FGoN, avec le soutien de la Banque mondiale, a versé des subventions SOML aux États pour qu'ils se concentrent sur l'amélioration des six (6) indicateurs clés suivants^{3,4,6}:

- i. Enfants de moins de cinq ans vaccinés avec le vaccin Pentavalent 3
- ii. Enfants de moins de cinq ans dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide
- iii. Femmes en âge de procréer utilisant des contraceptifs modernes
- iv. Femmes enceintes accouchées par des agents de santé qualifiés
- v. Conseil et dépistage du VIH pendant les soins prénatals, et
- vi. Couverture en vitamine A chez les enfants de six mois et cinq ans

Ces indicateurs, associés à l'amélioration de la qualité des soins (QoC) au niveau des

établissements de santé, constituaient l'objectif de développement du programme (ODP) qui était "d'augmenter l'utilisation et la qualité des interventions à fort impact en matière de reproduction, de santé infantile et de nutrition".

Indicateurs liés aux décaissements

Le programme était axé sur les incitations, où les gouvernements des États étaient récompensés pour avoir amélioré par rapport à leur propre niveau de référence la quantité et la qualité des soins au niveau des établissements de santé, tels qu'ils s'appliquent aux indicateurs liés aux décaissements (IDD)^{4,5}. Les États ont été mesurés sous cinq (5) DLI, à savoir ; i) Augmentation de l'utilisation des interventions à fort impact sur la santé reproductive et la nutrition de l'enfant ; ii) Amélioration de la qualité des interventions à fort impact sur la santé reproductive et la nutrition de l'enfant ; iii) Amélioration des systèmes de suivi et d'évaluation (S&E) et de l'utilisation des données iv) Augmentation de l'utilisation et de la qualité de la santé maternelle et infantile grâce à la participation du secteur privé v) Augmentation de la transparence dans la gestion et la budgétisation des soins de santé primaires (SSP).

Des mesures

Les résultats du programme ont été mesurés de manière indépendante et robuste par l'Enquête nationale sur la nutrition et la santé (NNHS) et l'Enquête nationale sur les établissements de santé (NHFS)^{7,8}. Le FMOH a facilité la réalisation des deux enquêtes chaque année. Il s'agissait d'une activité obligatoire pour évaluer la performance des États et récompenser ceux qui enregistraient une amélioration. Le NNHS a été réalisé par le Bureau national des statistiques (NBS) en collaboration avec la Commission nationale de la population, le FMOH et ses partenaires, avec l'appui technique de l'UNICEF. En 2014, la couverture est devenue nationale et en 2019, le FMOH à travers le SOML PMU a uniquement financé l'enquête.

Le Nigeria a mené le premier NHFS complet en 2016 pour évaluer la fonctionnalité des installations de SSP dans le pays. L'enquête a été menée par une entreprise privée locale, Hannovia, recrutée et entièrement payée par la Banque mondiale et d'autres partenaires. En 2019, la

deuxième NHFS a été menée par NBS en collaboration avec FMOH et ses partenaires. L'enquête a été financée en grande partie par le FMOH, l'USAID fournissant également un financement.

Les deux enquêtes ont été supervisées par un comité directeur dirigé par FMOH (SOML-PforR) avec des membres issus de FMOH, NBS, National Primary Health Care Development Agency (NPHCDA), National Agency for the Control of AIDS (NACA), UNICEF, Banque mondiale, Fondation Bill et Melinda Gates (BMGF) et USAID, entre autres. Le comité directeur a examiné et convenu des protocoles, de la conception et de la méthodologie de mise en œuvre de l'enquête, ce qui a permis d'assurer l'instauration d'une assurance qualité tout au long du programme.

Afin de renforcer la capacité du gouvernement à mener les enquêtes et à assurer le financement, un protocole d'accord entre le FMOH (SOML PMU) et le NBS a été signé en mars 2019 pour la conduite du NNHS et du NHFS. Heureusement, les deux enquêtes sont désormais institutionnalisées et l'UGP a travaillé avec la BMGF pour rationaliser les instruments d'enquête du NNHS, du MICS et du NDHS ; cela assurera la triangulation des données à tout moment.

Modalités de mise en œuvre

- **Comité de pilotage (SC)** – assure la supervision générale, la supervision et est responsable de la réalisation des ODP SOML. Présidé par l'Honorable Ministre de la Santé et l'Honorable Commissaire à la Santé aux niveaux fédéral et étatique respectivement. Le CS se réunit au moins une fois par an.
- **Groupe consultatif technique (TCG)** - chargé de traiter les problèmes identifiés. Les données d'enquête ont été régulièrement analysées et présentées. Il était présidé par le secrétaire permanent FMOH et SMOH aux niveaux fédéral et étatique respectivement. Les États ont tenu des réunions trimestrielles du TCG et ont soumis leurs résolutions au SC pour approbation.
- **Unité de gestion du programme (UGP)** - responsable de la mise en œuvre quotidienne du SOML-PforR et a servi de secrétariat pour le

SC et le TCG. Dirigé par les gestionnaires de programmes nationaux et d'État aux niveaux fédéral et d'État respectivement. L'UGP était composée de fonctionnaires civils/publics qui travaillaient à plein temps.

Ces structures ont été établies au niveau fédéral et reproduites dans les États, avec des membres issus du gouvernement et des acteurs non étatiques.

- **Ministère fédéral des finances** - a assuré la supervision financière et recruté l'agent de vérification indépendant (IVA).
- **Agents de vérification indépendants (IVA)** – responsables de la vérification des résultats obtenus et des paiements aux États.
- **Unité d'appui au programme (PSU)** - chargée de fournir un appui technique aux États dans le domaine de la gestion des performances. Le FMOH a recruté des UAP pour chaque zone géopolitique et les a chargés de recruter un assistant technique (AT) par État qui fonctionnait comme un hybride sous l'UGP afin d'enraciner davantage la coopération public-privé. L'UGP nationale s'est assurée que les AT étaient domiciliés dans leur État d'affectation et connaissaient également le fonctionnement des fonctionnaires de l'État. Les UAP ont veillé à ce que les États tiennent des réunions d'examen, analysent les données, examinent et mettent à jour leurs plans de travail et restent concentrés sur les résultats. Les UAP avaient des termes de référence qui doivent être atteints avant l'apurement des paiements.

Système de gestion financière

Le programme a utilisé le Système intégré de gestion financière du gouvernement (GIFMS) pour TOUTES ses transactions financières. Les fonds étaient domiciliés à la Banque centrale du Nigeria (CBN) et toutes les transactions de paiement étaient électroniques, de bout en bout sous le compte unique du Trésor (TSA) du gouvernement. Le gouvernement a ouvert des comptes en dollars et en naira pour FMOH, tous les États plus FCT. Afin de consacrer la transparence et la responsabilité, les agents approbateurs n'étaient pas signataires du compte SOML. Les dépenses au niveau de l'État étaient basées sur le plan de travail approuvé par l'UGP.

Audit du compte SOML

Conformément à la réglementation financière du gouvernement, le compte du programme et la composante FMOH ont été rigoureusement audités chaque année par le Bureau du vérificateur général de la Fédération à l'aide du système comptable international du secteur public (IPSAS) recommandé par la Banque mondiale. Au 31 décembre 2019, le bureau du vérificateur général a terminé l'audit des exercices 2016-2019.

Impact du programme

Le FGoN, par l'intermédiaire du FMOH, a régulièrement évalué la performance des gouvernements des États grâce à des visites régulières de responsables de l'UGP et à la réalisation d'enquêtes pour mesurer les 6 indicateurs clés de SMNI identifiés. Par rapport à la précédente NNHS, le Nigéria a enregistré une amélioration modérée des 6 indicateurs clés de la SMNI en 2019 (Figure 1). Il y a également eu une amélioration de la qualité des soins au niveau national et dans les six régions géopolitiques, y compris les zones du Nord-Est et du Nord-Ouest qui connaissent l'insécurité (Figure 2). Les résultats de l'enquête en grappes à indicateurs multiples de 2021 et de l'échantillonnage d'assurance de la qualité des lots (LQAS) de 2019 par la NPHCDA ont également montré des améliorations dans les six indicateurs clés utilisés pour évaluer les performances du SOML PforR.

Plus précisément, l'évaluation de tous les DLI dans le NNHS 2019 a montré une nette amélioration avec quelques petites variations. Par exemple, la performance des États sous DLI-1.2, qui a évalué les améliorations sur les 6 indicateurs clés, a montré que 34 États et FCT ont enregistré une amélioration contre 13 États en 2018 et 12 en 2017. Concernant, le DLI-2, (Quality of Care dans les établissements de santé primaires au Nigeria), les résultats ont montré que tous les États sauf un ont enregistré une amélioration par rapport au NHFS 2016. Sur DLI-3.3 (preuves pour analyser régulièrement leurs données, tenir des réunions d'examen trimestrielles productives et mettre à jour leurs plans de travail), plus de 95 % des États ont mis en place des systèmes de gestion des

performances. Le DLI-5 (Gestion des SSP et transparence budgétaire), vingt (29) États avaient réussi à établir l'Agence/Conseil d'État des soins de santé primaires (SPHCA/B) et à transférer entièrement le personnel du gouvernement local à la SPHCA/B. Cela représente les premières étapes vers l'opérationnalisation des soins de santé primaires sous un même toit (PHCUOR). En outre, 12 États affichaient des crédits budgétaires et des dépenses pour les soins de santé primaires sur le site Web de leur gouvernement.

Versements aux états

Au début du programme, 1,5 million de dollars américains ont été versés à chaque État de la Fédération et au FCT en tant que fonds d'amorçage; cela visait à aider chaque gouvernement d'État à investir dans les services et les infrastructures de soins de santé de base. Le premier décaissement de fonds a eu lieu en 2016 après que l'UGP a reçu un plan de travail de chaque État sur la manière de traiter un problème spécifique sur la SMNI. Suite à l'enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) 2016/17, seuls 12 États ont enregistré une amélioration, ces États ont reçu des fonds supplémentaires à titre d'incitation. Tous les États ont également reçu un prêt de 1,0 million de dollars américains pour soutenir certains des gains du programme. Au total, une somme de 378 999 955 USD a été décaissée, représentant environ 76% de décaissement. Le solde de 121 000 045 USD a été partiellement annulé et réaffecté par le gouvernement nigérian.

Evaluation de la banque mondiale et des autres partenaires

Le programme a bénéficié d'un soutien considérable de la part de l'équipe de travail de la Banque mondiale, en particulier dans la résolution de problèmes, le soutien aux États (régulièrement engagés dans des missions/visites conjointes dans les États), les analyses de données et les présentations. Presque tous les partenaires au développement ont exprimé leur enthousiasme avec le PforR et l'UGP ; ils ont apporté un soutien technique et financier. Plus précisément, le BMGF a offert un soutien technique sur la génération de



SUMMARY OF KEY INDICATORS – Progress in all Indicators Nationally- NNHS 2014-2019

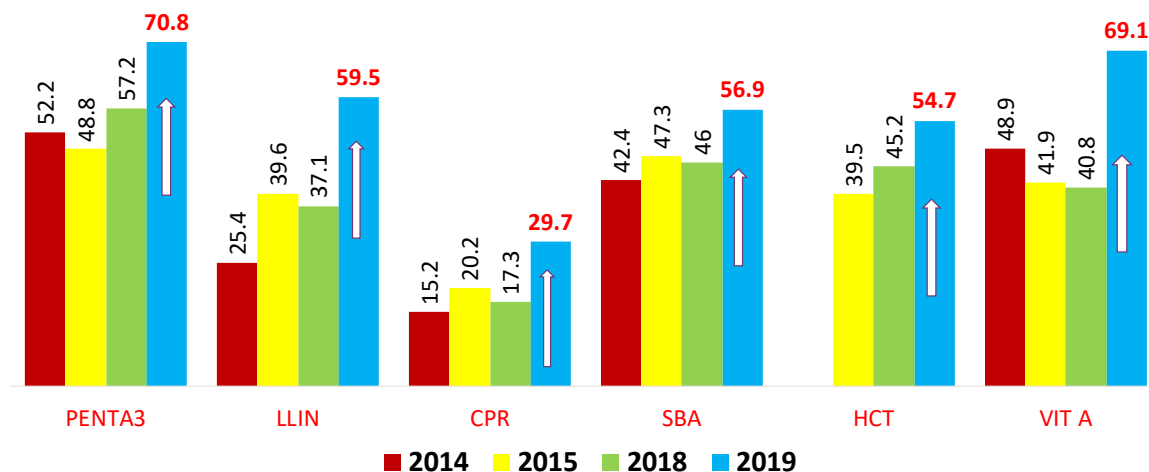


Figure 1 : Synthèse des indicateurs clés (2014-2019)



Trends in Quality of Care Index Scores National and Zonal -NHFS 2016 & 2019

	Clinical Competence (out of 30)		Drugs and Equipment (out of 20)		Readiness to Provide SOML Services (out of 15)		Supervision (out of 20)		Financial Mgt/HMIS (out of 20)		Total Scores (out of 100)	
	2016	2019	2016	2019	2016	2019	2016	2019	2016	2019	2016	2019
National Average	8.5	14.0	5.9	10.0	6.1	8.7	8.6	13.2	4.7	5.8	33.8	51.7
Zonal Scores												
North Central	8.3	12.1	5.9	8.0	5.7	7.6	6.9	13.6	4.6	5.2	31.4	46.5
North East	10.0	15.5	7.6	11.3	5.6	9.5	9.6	16.0	6.0	7.0	38.8	59.3
North West	8.1	16.7	5.0	11.8	5.9	9.4	12.3	15.8	4.8	5.7	36.1	59.4
South East	9.3	17.0	5.8	13.0	7.5	10.7	6.4	12.4	3.8	7.8	32.8	60.9
South South	9.7	12.1	6.3	9.1	6.9	8.6	5.4	10.9	4.1	4.1	32.4	44.8
South West	6.6	11.7	5.7	8.6	6.3	7.3	7.2	10.6	4.5	6.1	30.3	44.3

Figure 2: Tendances du score de l'indice de qualité des soins

données et le renforcement de la collecte de données au Nigeria.

Leçons apprises/bonnes pratiques

En général, le SOML-PforR a été efficace pour accroître la sensibilisation du gouvernement sur les

indicateurs critiques de la SMNI, en particulier dans les États, qui sont les exécutants. Le comité de pilotage (CP) a réuni des responsables de divers MDA, partenaires, ONG, organisations de la société civile pour examiner l'ensemble des performances de santé de l'État et proposer des solutions sur la voie à suivre, quoique de manière

régulière. Aujourd'hui, de nombreux États élaborent des plans opérationnels annuels complets. Ce programme a renforcé la collecte, l'analyse et l'utilisation des données, qui sont essentielles à une prise de décision éclairée. Le programme a permis aux États de rester concentrés sur les résultats. Il y a eu un intérêt accru pour les données provenant de toutes les sources - enquêtes, système d'information sanitaire de district (DHIS), supervision formative intégrée (ISS), LQAS, etc.^{9,10}. Après analyse, des présentations ont été faites lors de réunions d'examen, des lacunes ont été identifiées et des solutions proposées. Nous avons constaté une utilisation accrue des données. L'UGP nationale effectue également une évaluation trimestrielle de la gestion des performances des États, ce qui s'est avéré très utile. Le programme SOML a offert la possibilité d'un partenariat accru entre le gouvernement et les partenaires au niveau de l'État. Dès le début du programme, il a été clairement indiqué aux États que les fonds SOML n'étaient pas destinés à remplacer le financement public des soins de santé, mais plutôt à pousser les États à augmenter le financement. Des plans de travail ont été élaborés ensemble. Les interventions ont été planifiées, mises en œuvre et évaluées ensemble. Il y avait des responsabilités partagées dans les moments de réussite comme d'échec, ce qui a accru l'appropriation par les gouvernements et les partenaires. Le programme a offert une opportunité unique de concurrence positive entre les États participants sur l'amélioration des services de SMNI pour rivaliser en eux-mêmes et entre eux. Les États étaient conscients qu'ils étaient d'abord en concurrence avec leurs niveaux de référence et lorsqu'ils s'amélioraient par rapport à leur niveau de référence, ils étaient récompensés par des fonds. De même, il y avait une saine concurrence entre les États pour émerger en tant que champions de zone et (ou) nationaux. Le décaissement des fonds de performance à la suite de l'amélioration des principaux indicateurs SOML a obligé les États à s'asseoir et à travailler. Les déboursements aux champions de zone et nationaux ont été des boosters de moral et des défis pour les autres.

Il y a eu une transparence et une responsabilisation accrues à tous les niveaux. Le programme disposait d'un système financier robuste où tous les fonds étaient domiciliés à la Banque centrale du Nigéria (CBN) et administrés via la plateforme Remita. Les paiements étaient de

bout en bout pour les bénéficiaires, ce qui facilitait le suivi des transactions. Bien que les agents d'approbation des ministères fédéral et des États de la Santé aient continué à jouer leur rôle conformément au règlement financier du gouvernement, ils n'étaient pas signataires du compte SOML-PforR. Il a donc évité la tentation d'approuver les activités et également de signer pour le déblocage des fonds.

Les États ont tenu des réunions régulières du SC et du TCG pour discuter et trouver des solutions à des problèmes spécifiques. Les données ont été présentées lors des réunions trimestrielles du TCG et les lacunes identifiées ont été documentées et intégrées au plan de travail. Le programme a permis aux gouvernements des États une certaine flexibilité pour revoir les plans de travail au fur et à mesure que les besoins se faisaient sentir.

Le partage des meilleures pratiques entre les LGA les plus performantes et les moins performantes d'un État a encouragé la concurrence. L'UGP nationale a adopté des réunions d'examen par les pairs (PRM) aux niveaux des États et des zones. Les PRM ont réuni des représentants de l'État, notamment des parlementaires, des ministères des finances et de la planification et des ONG, pour examiner les performances du programme, y compris le financement, partager les enseignements, résoudre les goulots d'étranglement et fournir des orientations claires sur la manière d'obtenir des résultats. Amélioration de l'engagement communautaire. SOML-PforR a été conçu pour résoudre les problèmes affectant les communautés. Les États ont donc intensifié leurs engagements avec les communautés par le biais de semaines de SMNI de qualité, de campagnes de sensibilisation, de campagnes de promotion de la santé, de sensibilisation porte à porte et d'administration de vaccins et de produits de base. Les communautés ont été sensibilisées comme jamais auparavant. SOML-PforR est devenu un nom familier dans plusieurs communautés nigérianes.

Les avantages de l'engagement des UAP, du déploiement et de la domiciliation des AT au sein des unités de gestion des programmes de l'État étaient très évidents. Dans la plupart des États, il s'agissait d'un cas de partenariat public-privé, avec des combinaisons de financement gouvernemental, d'environnement propice et d'efficacité des unités d'appui aux programmes du secteur privé. Cette

relation a contribué aux succès enregistrés dans le programme. L'implication de la Commission des crimes économiques et financiers du Nigéria (EFCC) par l'UGP nationale a contribué à encourager une utilisation efficace des fonds, en particulier au niveau de l'État. Dans la plupart des cas, l'engagement régulier de l'EFCC a permis de garantir que les fonds étaient appliqués conformément aux directives du programme

Leçons apprises/ défis

Il y a eu des défis lors de la mise en œuvre de l'intervention SOML PforR. Il y a eu un retard dans l'examen et la soumission des rapports, ce qui a entraîné un retard dans le décaissement des fonds et une perte de fonds signalée par les États. Les termes de référence initiaux de l'IVA n'étaient pas spécifiques en termes de ce qui doit être fait et des délais. Bien que les termes de référence aient finalement été révisés, c'était malheureusement vers la fin du programme. Dans l'ensemble, le faible financement de la santé, en particulier par les gouvernements des États, ainsi qu'une mauvaise gestion financière. Le SOML-PforR a été conçu pour inciter les États à financer davantage la santé. Mauvaise communication entre le SMOH et le SPHCB/A. SOML n'était pas responsable, mais a plutôt fourni l'occasion de voir et de discuter de crises internes et de luttes de pouvoir inutiles au niveau de l'État. Les États qui ont travaillé ensemble ont obtenu des résultats tandis que ceux qui se sont livrés à des querelles et à des jeux de pouvoir ont souvent échoué. Parmi les autres défis, citons la mauvaise collaboration et communication entre les partenaires et (dans) l'État, les retards dans les approbations et le décaissement des fonds par les fonctionnaires du gouvernement de l'État et le manque d'engagement envers le plan de mise en œuvre.

Conclusion

Le PforR, bien que relativement nouveau dans le système nigérian, a démontré un potentiel de transformation du système de santé pour qu'il fonctionne de manière optimale. Des performances incitatives et rémunératrices transparentes sont très prometteuses dans le contexte nigérian et devraient être encouragées. Le programme a encouragé la

décentralisation des fonds du gouvernement fédéral vers les États et, dans certains cas, vers les établissements. Cela fait partie des transferts fiscaux intergouvernementaux. Pour l'avenir, la décentralisation des fonds devrait être étendue à l'aide du Fonds de fourniture des soins de santé de base (BHCPF), car cela atténuera la corruption et obtiendra de meilleurs résultats car les États sont déjà familiarisés avec la décentralisation dans le cadre du SOML-PforR. Sans surprise, les commissaires d'État à la santé ont demandé à l'unanimité (y compris ceux qui n'ont jamais reçu de fonds du SOML) la poursuite du SOML-PforR. Le SOML-PforR n'était donc pas un programme parallèle mais bien adapté au renforcement du Système de Santé en général, aux mêmes sources croissantes de fonds supplémentaires aux États. Il s'appuyait sur des données et favorisait une utilisation efficace des fonds. L'affirmation par certains États de l'absence de progrès en raison de niveaux de référence auparavant élevés a été démentie par les résultats de 2019. Des progrès sont en effet possibles avec les mesures appropriées mises en place. En effet, le SOML-PforR a fourni cette plate-forme. De toute évidence, SOML-PforR a fourni au Nigéria la possibilité d'accélérer la réalisation de la couverture sanitaire universelle État par État. Le programme a été un énorme succès et, par conséquent, les meilleures pratiques tirées des enseignements tirés doivent être maintenues et les défis relevés de manière appropriée. Malgré les améliorations, il reste beaucoup à faire pour améliorer les performances du système de santé nigérian. Nous notons l'importance de l'apprentissage continu, de l'adaptation et du raffinement des approches de financement basé sur la performance, y compris la littérature récente montrant les avantages du financement direct des installations. Une telle ouverture à l'apprentissage permettrait au pays de réaliser un meilleur rapport qualité-prix malgré les contraintes budgétaires et la reprise en cours après les perturbations causées par la pandémie de COVID-19. Ce pays ne peut pas se reposer sur ses gardes. Le COVID-19 a menacé la fourniture d'interventions clés en matière de santé maternelle et infantile à travers le pays et a le potentiel d'inverser les gains réalisés par le SOML-PforR ; cela est encore aggravé par les défis budgétaires et les défis de la sécurité sanitaire mondiale.

References

1. Organisation WH. Le Nigéria lance l'initiative «"Sauver un million de vies d'ici 2015"». 2012.
2. Okoli U, Morris L, Oshin A, Pate MA, Aigbe C et Muhammad A. Programmes de transferts monétaires conditionnels au Nigeria : gains potentiels pour l'utilisation des services de santé maternelle et infantile dans un programme pilote national. *BMC grossesse et accouchement* 2014;14(1):1-13.
3. Loevinsohn BP. Nigeria-Nigeria-Program to Support Saving One Million Lives: P146583-Implementation Status Results Report: Sequence 05. La Banque mondiale, 2018.
4. Sauver un million de vies. "notre objectif est d'accroître l'utilisation et la qualité des interventions à haut impact en matière de reproduction, de santé des enfants et de nutrition " Disponible sur <https://sompforr.org.ng> (10/01/2022). 2021.
5. Ministère fédéral de la santé. Programme Sauver un million de vies pour des résultats. Manuel de mise en œuvre du programme (PIM), Abuja, Nigeria. Disponible sur <http://sompforr.org.ng/wp-content/uploads/2017/02/SOML-PIM.pdf> (29/09/2022). 2016.
6. Ajiboye AG. Version divulgable de l'ISR-Nigeria-Program to Support Saving One Million Lives-P146583-Sequence No: 09. 2020.
7. SNHS. Rapport sur l'Enquête nationale sur la nutrition et la santé . Disponible sur <https://www.unicef.org/nigeria/media/2181/file/Nigeria-NNHS-2018.pdf> (consulté le 18/01/2022). 2018.
8. Enquête nationale sur la nutrition et la santé (NNHS). La situation nutritionnelle et sanitaire du Nigéria. USAID, UKAID, UNICEF, Bureau national des statistiques d'Abuja, Nigéria. Disponible sur : <https://www.nigerianstat.gov.ng/pdfuploads/Report%20of%20NNHS-2014-final.pdf> (consulté le 24/01/2022). 2018.
9. Ugo O, Ezinne E-A, Modupe O, Nicole S, Winifred E et Kelechi O. Améliorer la qualité des soins dans les établissements de soins de santé primaires dans les zones rurales du Nigeria : succès et défis. *Recherche sur les services de santé et épidémiologie managériale* 2016;3:2333392816662581.
10. Onwujekwe O, Mbachu CO, Okeke C, Ezenwaka U, Ogbuabor D et Ezenduka C. Achats stratégiques de soins de santé au Nigeria : Exploration des données probantes sur les améliorations du système de santé et de la prestation de services. *Systèmes de santé et réforme* 2022 ;8(2):2111785.
11. Khanna M, Loevinsohn B, Pradhan E, Fadeyibi O, McGee, Odutolu O, Fritsche GB, Meribole E, Vermeersch CMJ et Kandpal E. procès au Nigéria. *Médecine BMC*. <https://bmcmecine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-021-02092-4>. Consulté le 3 octobre 2022