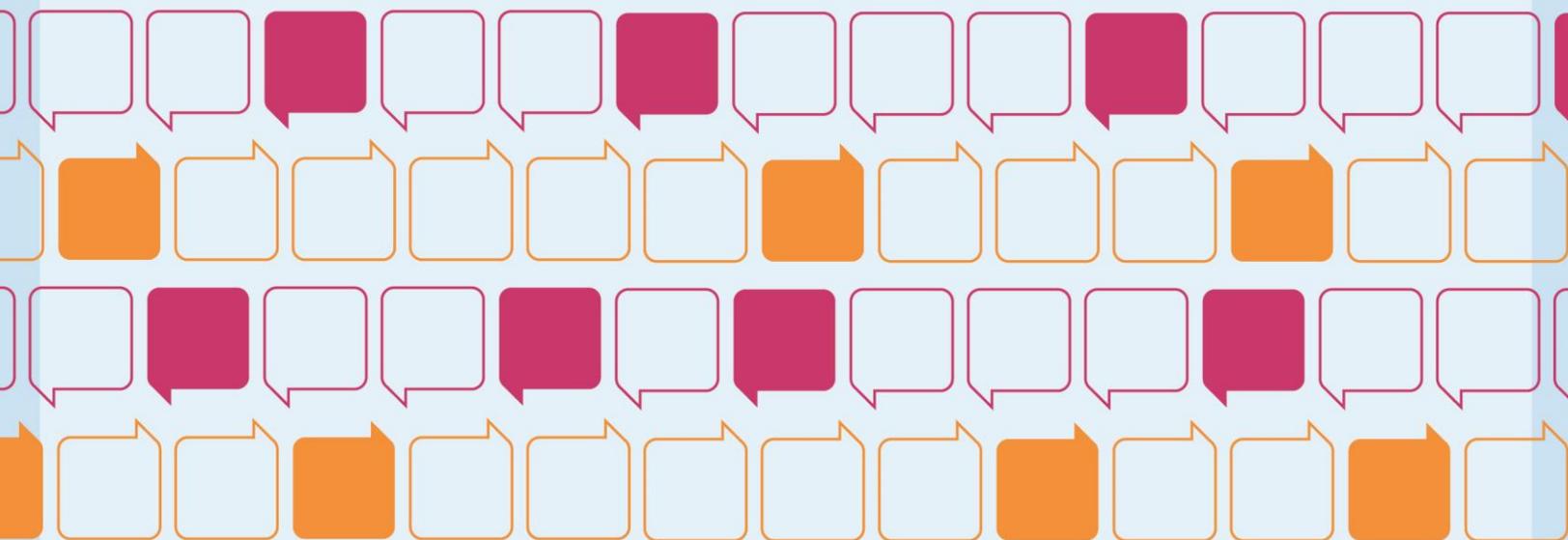


Mobilizar recursos para a imunização em sistemas de saúde descentralizados: Uma revisão documental das experiências de países da LNCT

Atualizado em Setembro de 2021



Índice

Introdução	3
Definir descentralização	4
Descentralização e imunização	5
Funções e responsabilidades do governo nacional e subnacional	6
Responsabilidades para funções de imunização essenciais em países da LNCT selecionados	8
Atribuição do financiamento da imunização ao nível nacional	11
Atribuição do financiamento da imunização ao nível subnacional	14
Pagamento de financiamento da imunização e estrangulamentos	19
Conclusões	21
Anexo 1.1 Estudos de caso de país	23
Anexo 1.2 Desafios nacionais	30

Introdução

A Learning Network for Countries in Transition (LNCT) é uma rede impulsionada por países dedicada à aprendizagem por pares para dar apoio aos países à medida que fazem a transição do apoio Gavi para o financiamento doméstico completo dos seus programas nacionais de imunização (PNI). À medida que o apoio da Gavi diminui e os países assumem uma proporção mais elevada do financiamento da imunização, devem mobilizar, não apenas o financiamento necessário para as vacinas, mas também o financiamento para os custos de funcionamento essenciais, incluindo cadeia de frio e logística, prestação de serviço, promoção da saúde e mais. Em países com sistemas de saúde descentralizados, a responsabilidade por essas funções (e o financiamento necessário) recai, não nas autoridades centrais, mas também nas autoridades subnacionais. Mobilizar recursos adequados e promover gastos eficientes de forma a sustentar a elevada cobertura da imunização é uma prioridade alta para muitos países da LNCT.

Os países efetuam a descentralização de formas diferentes (conforme definidas abaixo) e por diversos motivos, incluindo aumentar a capacidade de resposta às condições e necessidades locais, de modo a permitir uma maior representação política para grupos diversificados e a aliviar os constrangimentos na tomada de decisões. A descentralização raramente é iniciada no setor da saúde e raramente é executada apenas no setor da saúde. Muitas vezes, a forma de descentralização não tem em consideração o impacto no sistema de saúde, quanto mais o impacto num programa de saúde.

Em sistemas de saúde descentralizados, a autoridade pela tomada de decisões e a responsabilidade por funções essenciais do programa de imunização poderão residir ao nível subnacional ou serem partilhadas entre os níveis nacional e subnacional. Por exemplo, o nível central poderá ser responsável pelo fornecimento das vacinas aos gabinetes distritais, mas depois depender do pessoal distrital e das instalações para assegurar a distribuição aos pontos de prestação de serviço. De igual modo, o nível central poderá desenvolver formações de profissionais de saúde e formar formadores ao nível regional, mas os orçamentos distritais são necessários para proporcionar essa formação aos profissionais de saúde. Historicamente, o apoio externo pela mobilização de recursos centrou-se nos orçamentos nacionais. É importante que os diretores do programa nacional de imunizações compreendam os processos de atribuição de recursos e de desembolso, bem como os constrangimentos, para que possam identificar oportunidades para melhorar a disponibilidade do financiamento. O intuito desta comunicação é:

- Destacar desafios de mobilização de recursos comuns nos países da LNCT com sistemas de saúde descentralizados;

Mensagens principais

- Em sistemas de saúde descentralizados, a autoridade pela tomada de decisões e a responsabilidade por funções essenciais do programa de imunização poderão residir ao nível subnacional ou serem partilhadas entre os níveis nacional e subnacional.
- Os diretores do programa nacional de imunização devem compreender os processos de atribuição de recursos e de desembolso, bem como os constrangimentos, para que possam identificar oportunidades para melhorar a disponibilidade do financiamento aos níveis subnacionais.
- Os países com sistemas descentralizados passam por desafios comuns que restringem o desempenho do programa de imunização, incluindo a coordenação entre os níveis nacional e subnacional, a capacidade de gestão e orçamentação, bem como o financiamento para funções essenciais da imunização.
- Estratégias promissoras para dar resposta a estes desafios incluem desenvolver sistemas eficazes para a formação, comunicações e coordenação em todos os níveis administrativos, fortalecer a capacidade para a gestão do programa nos níveis subnacionais, monitorizar os gastos com imunização subnacionais e apoiar os diretores de imunização subnacionais a defenderem um financiamento aumentado.

- Apresentar exemplos de abordagens que os países da LNCT e outros PRMI utilizaram para dar resposta a estes desafios; e
- Identificar estratégias que o pessoal do programa de imunização nos níveis nacional e subnacional podem utilizar para defender e aumentar a disponibilidade de recursos para a imunização.

Definir descentralização

A descentralização pode assumir muitas formas diferentes. Existem quatro tipos de descentralização normalmente definidos: política, administrativa, fiscal e de mercado. Para esta comunicação, centramo-nos nas primeiras três, abaixo.

- *Descentralização política* é a transição da autoridade de legislação para os cidadãos ou seus representantes eleitos. É muitas vezes associada com o governo representativo e com dar aos cidadãos, ou aos seus representantes, mais influência na formulação e implementação de políticas.
- A *descentralização administrativa* é a transferência de responsabilidade e recursos financeiros para proporcionar serviços públicos, tais como serviços de saúde, entre níveis diferentes de governo ou instituições. Existem três tipos de descentralização administrativa, cada definido pelo tipo de entidade para o qual a responsabilidade pelo planeamento, financiamento e gestão desses serviços públicos é transferida.
 - *Desconcentração*, muitas vezes considerada a forma mais fraca de descentralização, transfere as responsabilidades dos funcionários do governo para aqueles a trabalharem aos níveis subnacionais, tais como da sede do ministério da saúde para o pessoal do ministério a trabalhar nos gabinetes de saúde provinciais, regionais ou distritais, sob a supervisão do ministério central.
 - *Delegação* é a forma mais extensiva de descentralização. Através da delegação, os governos centrais transferem responsabilidade pela tomada de decisões e administração das funções públicas para organizações semiautónomas não totalmente controladas pelo governo central, mas responsabilizadas por ele, em última análise, tais como corporações hospitalares autónomas.
 - *Devolução* é a transferência de autoridade pelas responsabilidades de tomada de decisão, finanças e gestão pelos serviços públicos para governos subnacionais que têm limites geográficos claros e legalmente reconhecidos, sobre os quais exercem autoridade e dentro dos quais executam funções públicas. Este tipo de descentralização administrativa é muitas vezes associada com descentralização política.
- *Descentralização fiscal* é a transição da autoridade para tomar decisões sobre as despesas dos governos nacionais para os governos subnacionais. A descentralização fiscal poderá incluir a autorização para aumentar as receitas locais, bem como as transferências ao nível central para os governos subnacionais. A responsabilidade financeira é uma componente central da descentralização. Se os governos locais e as organizações privadas quiserem desempenhar funções

DESAFIOS DE DESCENTRALIZAÇÃO COMUNS

- Perda de eficiência e/ou economias de escala quando as funções como a aquisição são transferidas para os governos subnacionais
- Capacidade administrativa e/ou técnica fraca nos níveis inferiores
- Transferência de responsabilidades administrativas sem os recursos adequados para executar de forma eficaz
- Distribuição desigual de recursos
- Dificuldade em coordenar a implementação de políticas nacionais em entidades subnacionais
- Confiança e coordenação com o setor privado a não serem transferidas para os níveis locais

descentralizadas de forma eficaz, têm de ter um nível de receitas adequado - quer angariadas de forma local, quer transferidas do governo central - bem como a autoridade para tomarem decisões sobre despesas.¹

Apesar de estas definições parecerem simples, a descentralização é um processo complexo - pode demorar muitos anos a alinhar diversas leis, regulamentos e práticas que se enquadrem sob várias autoridades governamentais. Os detalhes formais da descentralização política, administrativa e fiscal poderão não estar bem alinhados, resultado em funcionários eleitos localmente que poderão ter autonomia fiscal insuficiente, por lei ou na prática, para cumprir as suas responsabilidades. Para o intuito da administração de serviços públicos, as experiências de descentralização raramente se enquadram numa definição clara de *desconcentrado* ou *regionalizado*. Os funcionários de saúde subnacionais poderão ser responsáveis pelo financiamento e seleção de profissionais de saúde adicionais, mas sujeitos aos regulamentos da administração pública nacional. Além disso, as políticas de descentralização «no papel» poderão não refletir a realidade da sua implementação devido à capacidade limitada dentro dos governos subnacionais ou à relutância do nível central em transferir autoridade para os níveis inferiores.

Dois países da LNCT ilustram a complexidade da descentralização na prática. *A Indonésia* é altamente descentralizada através de um processo que começou em 2001, onde os distritos se tornaram no nível administrativo principal responsáveis por proporcionar a maioria dos serviços do governo, incluindo os serviços de saúde. Os líderes provinciais e de distrito são eleitos através de eleições multipartidárias. As províncias são responsáveis pelos hospitais ao nível provincial, mas não têm autoridade hierárquica sobre os distritos, possuindo apenas uma função de coordenação.² Os distritos têm autonomia significativa no que diz respeito ao orçamento, incluindo o seu tamanho e composição, apesar de uma grande parte do seu orçamento ser de transferências intergovernamentais.³ Para a imunização, os distritos são totalmente responsáveis pela implementação e também devem cofinanciar os principais componentes do programa.⁴ Para suplementar o subfinanciamento dos setores da saúde e outros, foram criados novos fluxos de financiamento designados. Existem mecanismos de discussão pública das prioridades do governo ao nível distrital, subdistrital e até das aldeias, mas a extensão da influência dos cidadãos nas decisões de orçamento não está bem documentada.

Em comparação, o *Gana* empenhou-se no governo descentralizado através da sua constituição de 1992. As Assembleias Distritais são o ponto focal para os serviços do governo, mas enquanto têm autoridade sobre alguns setores, outros setores, incluindo a saúde, permanecem sob a autoridade do governo central. Operando ao abrigo do Ministério da Saúde, o Serviço de Saúde do Gana (GHS) é responsável pela prestação de serviço e opera direções de saúde regionais e distritais que têm autoridade financeira e de gestão. Apesar de o financiamento para a saúde fluir principalmente através do Ministério da Saúde para os níveis subnacionais, o setor da saúde também recebe financiamento através das assembleias distritais. Apesar de o GHS ter desconcentrado determinadas responsabilidades para os gabinetes subnacionais, também emite diretivas de cima para baixo que minam a sua autonomia. Para aprofundar o processo de descentralização, foi aprovada em 2016 a Lei de Governança Local, mas a legislação relacionada para detalhar a descentralização das responsabilidades do setor da saúde foi tabelada.

Descentralização e imunização

A evidência do impacto da descentralização na cobertura da imunização nos países é limitada, mas as descobertas que estão disponíveis têm resultados mistos.

¹ World Bank Decentralization Thematic Team. (n.d.). Different Forms of Decentralization. What Is Decentralization? http://www.ciesin.columbia.edu/decentralization/English/General/Different_forms.html

² Hatt, L., Cico, A., Chee, G., et al. (Dezembro de 2015). Rapid Analytical Review and Assessment of Health System Opportunities and Gaps in Indonesia. Health Finance and Governance Project, Abt Associates Inc. <https://www.hfgproject.org/rapid-analytical-review-assessment-health-system-opportunities-gaps-indonesia/>

³ Couttolenc, B.F. (2012). Decentralization and Governance in the Ghana Health Sector. Banco Mundial. <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/9376/702740PUB0EPI007902B009780821395899.pdf?sequence=1>

⁴ Coe, M., Gergen, J., Mallow, M., et al. (Outubro de 2017). Landscaping Analysis: Sustainable Immunization Financing in Asia Pacific. ThinkWell. <https://thinkwell.global/wp-content/uploads/2018/09/Immunization-Financing-Landscape-081618.pdf>

- Um estudo de 2013 no estado de Querala,⁵ na *Índia*, teve como conclusão que a descentralização no estado tinha resultado no acesso melhorado à imunização e aumentado a cobertura da vacina contra a Difteria, Tosse convulsa e Tétano (DTT), devido a uma infraestrutura melhorada (incluindo estabelecimentos e equipamento) em estabelecimentos de saúde e melhor responsabilização no sistema de saúde público.
- Um estudo de 2014⁶ na *Indonésia* concluiu que a descentralização fiscal não tem associação significativa em termos estatísticos com os resultados da imunização infantil, mais de uma década desde a descentralização. Os autores concluem que a descentralização na Indonésia falhou no seu objetivo de melhorar os resultados para a imunização infantil devido a uma capacidade local limitada no planeamento, desenvolvimento orçamental e execução orçamental.
- Inquéritos⁷ na *Papua Nova-Guiné* descobriram uma potencial diminuição na cobertura da imunização do Bacilo Calmette-Guérin (BCG) e DPT1 entre crianças menores de 1 ano entre 1995 e 2005, quando decorreu uma descentralização substancial.

Muitos dos desafios comuns da gestão no âmbito do contexto descentralizado são especialmente agudos para os programas de imunização. Transferir responsabilidade para a aquisição de vacinas para os governos subnacionais levou a esgotamentos de stock das vacinas devido a uma fraca capacidade de aquisição nos níveis mais baixos. Variações na capacidade para mobilizar os recursos locais e atrair recursos humanos pelas geografias subnacionais perpetuam as disparidades na cobertura da imunização. Os desafios de coordenação entre os níveis nacional e subnacional podem perturbar as atividades essenciais necessárias para um programa forte, incluindo logística e cadeia de abastecimento, formação ou geração de procura.

Funções e responsabilidades do governo nacional e subnacional

Ao dividir responsabilidades de saúde entre os governos nacional e subnacional em contextos descentralizados, algumas funções são claramente adequadas para residir no nível nacional ou subnacional. A orientação programática enquadra-se bem ao nível nacional, que pode proporcionar conhecimentos técnicos concentrados. A OMS indica que a responsabilidade de desenvolvimento de políticas e regulamentos nacionais, proporcionar desenvolvimento de capacidade subnacional e coordenar questões financeiras como apoio dos doadores, compromissos financeiros para esforços especiais e itens de linha para vacinas também devem residir ao nível nacional.⁸ A aquisição de vacinas é quase sempre centralizada porque é necessário conhecimento especializado em aquisições e existem poupanças da aquisição em volumes maiores. A prestação de cuidados de saúde primários, por outro lado, é geralmente a responsabilidade dos governos subnacionais, que podem ser mais competentes a dar resposta às necessidades locais, apesar de ainda estarem sujeitas aos padrões e diretrizes nacionais. Contudo, outras funções, como a capacitação de recursos humanos, recolha de dados e logística, poderão ser mais difíceis de criar e poderão, em última análise, depender dos contextos nacionais e um compromisso entre criar economias de escala e a necessidade de gestão local conduzida por informação local.⁹ Também existe tensão entre o desejo de proporcionar aos governos subnacionais flexibilidade de perseguirem os seus objetivos locais e o objetivo de gestão fiscal prudente.¹⁰

Em países da LNCT descentralizados, o programa nacional de imunização retém tipicamente controlo sobre funções como: planeamento e gestão do setor; regulação; políticas operacionais e orientação técnica;

⁵ Rajesh, K., & Thomas, M. B. (2012). Decentralization and Interventions in the Health Sector. *Journal of Health Management*, 14(4), 417–433. <https://doi.org/10.1177/0972063412468973>

⁶ Maharani, A., & Tampubolon, G. (2014). Has decentralisation affected child immunisation status in Indonesia? *Global Health Action*, 7(1), 24913. <https://doi.org/10.3402/gha.v7.24913>

⁷ Toikilik, S., Tuges, G., & Lagani, J., et al. (2010). Are hard-to-reach populations being reached with immunization services? Findings from the 2005 Papua New Guinea national immunization coverage survey. *Vaccine*, 28(29), 4673–4679. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2010.04.063>

⁸ Banco Mundial. (n.d.). What, Why, & Where. Decentralization & Subnational Regional Economics. <http://www1.worldbank.org/publicsector/decentralization/what.htm>

⁹ Shah, A. (Janeiro de 1994). The reform of intergovernmental fiscal relations in developing and emerging market economies. Banco Mundial. <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/158321468740153413/the-reform-of-intergovernmental-fiscal-relations-in-developing-and-emerging-market-economies>

¹⁰ Pivodic, F. & Piatti, M. (2 de setembro de 2021). Towards better public financial management for health. Blogues do Banco Mundial: Investing in Health. <https://blogs.worldbank.org/health/towards-better-public-financial-management-health>

aquisição de vacinas; monitorização e reporte, incluindo sistemas de saúde e informação de stocks; formação no serviço; e investigação. O Programa nacional de imunização também coordena o financiamento do governo nacional e doadores externos para estas funções, com o financiamento das vacinas a ser uma grande parte do orçamento ao nível nacional. Em muitos países, o financiamento das vacinas é unicamente responsabilidade do governo central, apesar de o *Quénia* e o *Paquistão* serem exceções notáveis. O governo subnacional é tipicamente responsável pela administração dos cuidados de saúde primários, incluindo a prestação de serviços de imunização. Outras funções, tais como a gestão de recursos humanos e a formação, supervisão, reporte e logística são muitas vezes divididas entre o nível nacional ou subnacional, ou não estão claramente atribuídas. O programa nacional de imunização poderá desenvolver os programas de formação necessários, mas poderá depender dos governos subnacionais para conduzirem a formação. De igual modo, o programa nacional poderá fornecer vacinas ao nível regional ou distrital, mas é necessário financiamento subnacional para fornecer vacinas aos distritos e estabelecimentos de saúde.

Os administradores de saúde subnacionais poderão não prestar contas diretamente ao Ministério da Saúde nacional, reportando em vez disso aos funcionários locais, que reportam aos Ministérios da Administração Interna ou Ministérios do Planeamento. Como resultado, o Programa nacional de imunização poderá ter pouca visibilidade e supervisão sobre os programas subnacionais de imunização e seus orçamentos e, em vez disso, deve trabalhar com essas agências para proporcionar orientação e apoio. Os organismos de coordenação e deliberação, tais como o Comité de coordenação interagencial (ICC) e o Grupo Técnico Consultivo Nacional sobre Vacinação (GTCV) para orientação e apoio técnico, comités de saúde nacionais e subnacionais para receber contributos políticos, ou Centros de Controlo de Doenças regionais para coordenação técnica e de planeamento, poderão desempenhar uma função importante na disseminação do apoio e da informação do nível nacional para o subnacional e vice-versa.

Responsabilidades para funções de imunização essenciais em países da LNCT selecionados

Funções selecionadas	 Quênia	 República Democrática Popular do Laos	 Paquistão
Orientação técnica	A orientação do programa de imunização é providenciada aos Estados pelo ICC de imunização nacional, que é supervisionado pelo Comitê de Coordenação do Setor da Saúde, enquanto o GTCV e o Comitê de Aconselhamento de Segurança das Vacinas Nacional proporcionam orientação com base em evidências nacionais e globais.	A orientação do programa de imunização é fornecida pelo Ministério da Saúde nacional às províncias, com apoio do ICC de imunização e do GTCV. Durante a orçamentação, o Ministério da Saúde proporciona orientação de microplaneamento às províncias.	A orientação do programa de imunização é fornecida pelo Ministério da Saúde nacional às províncias, com apoio do ICC de imunização e do GTCV.
Regulação e supervisão	O nível nacional é responsável pela regulação de políticas e a supervisão. Os condados são responsáveis pela monitorização da prestação de serviço de saúde.	O governo nacional é responsável pela regulação das vacinas. A Lei de Imunização Nacional delinea o programa de imunizações a todos os níveis de governo e descreve a relação do Programa nacional de imunização com outros setores.	O governo federal é responsável pela monitorização e regulação, mas os governos provinciais são responsáveis por elaborar leis da saúde.
Planeamento e direção	A governança política ao nível nacional é gerida pelo Comité Parlamentar da Saúde. Ao nível dos condados, a orientação política é fornecida pelos Comités de Saúde de Condado, presididos pelo Membro de Saúde do Comité Executivo do Condado, mas na realidade, muitos não funcionam. Os Fóruns de Partes interessadas na Saúde dos Condados e Subcondados e os Fóruns de Saúde Comunitária proporcionam direção adicional nos níveis mais baixos.	Os governos provinciais são responsáveis pela direção e organização das atividades de saúde provincial, enquanto o Ministério da Saúde é responsável pelo desenvolvimento e planeamento globais do setor.	Os governos provinciais são responsáveis por definir a política de saúde e por planear e implementar programas de saúde.
Recursos humanos e capacitação de recursos humanos	Ao nível nacional, o Conselho Consultivo de Recursos Humanos para a Saúde e a Autoridade de Supervisão de Profissões de Saúde no Quênia aconselham sobre políticas, normas e padrões para recursos humanos para a saúde. Os Condados e Subcondados são responsáveis pela contratação de pessoal, formação e supervisão, mas o nível nacional apoia a capacitação de recursos humanos.	Os profissionais de saúde assalariados são recrutados pelo Ministério da Saúde nacional após passarem por vários exames e distribuídos pelas províncias, mas o financiamento para essas posições é limitado. O pessoal também poderá ser recrutado através dos estabelecimentos de saúde como funcionários contratados, em vez de assalariados. O Programa nacional de imunização conduz visitas de monitorização e supervisão às províncias e distritos duas vezes por ano.	As províncias são responsáveis pelos recursos humanos, supervisão e a capacitação de recursos humanos.
Aquisição e gestão de stocks	O governo nacional é responsável pela aquisição de vacinas, enquanto os Condados são responsáveis pela aquisição dos materiais de imunização. Os Condados também são responsáveis pela distribuição da vacina e pela gestão da cadeia de frio.	A aquisição de vacinas é centralizada com o Programa nacional de imunização. O Programa nacional de imunizações conduz uma revisão mensal do stock de vacinas nos níveis provincial e distrital através de um sistema de informação de gestão de stocks e materiais de vacinas, sendo que as províncias podem solicitar vacinas do Programa nacional de imunização em caso de rutura de stocks. Os orçamentos de abastecimento e equipamento são geridos pela gabinete de tesouraria provincial ou distrital, ao qual os estabelecimentos submetem ordens de compra.	A aquisição de vacinas é financiada pelas províncias, mas é agrupada ao nível nacional. Outras aquisições são descentralizadas para as províncias.
Sistemas de dados e informações	O nível nacional é responsável pela monitorização e pela avaliação e, desde 2017, os Condados reportam dados de imunização principalmente através de um sistema com base em papel. Os Condados reportam dados financeiros através de um Sistema de Informação de Gestão Financeira	As províncias agora reportam os dados de imunização apenas ao DHIS-2 (depois de anteriormente também reportarem os dados de imunização separadamente através de um sistema com base em Excel). As províncias também reportam um sistema de informações de gestão de stocks e materiais de	As províncias são largamente responsáveis pela recolha de dados, levando a muitos sistemas diferentes e, muitas vezes, em duplicado. O governo federal gere um sistema de informação de gestão de logística de vacinas, mas as províncias também têm muitas vezes os seus próprios

	Integrada, mas o reporte é muitas vezes de fraca qualidade. O nível nacional tem como objetivo executar revisões de dados trimestrais e fazer o acompanhamento com Condados que tenham quebras de desempenho significativas.	vacinas e um sistema de gestão financeira. O nível nacional conduz avaliações de qualidade de dados periódicas nas províncias e proporciona capacitação de recursos humanos às províncias com uma fraca qualidade de dados.	sistemas de informação de logística. São utilizados diferentes indicadores de monitorização do programa de imunização através das províncias, apesar de a Gavi e outros parceiros estarem a apoiar um esforço para sistematizar esses dados.
Prestação de serviços de imunização	Os Comités de Saúde do Condado são responsáveis pela prestação de cuidados de saúde, mas na realidade, muitos não funcionam. A prestação é administrada pelas Equipas de Gestão de Saúde do Condado e Subcondado, mas poucas Equipas de Subcondado estão funcionais.	Os gabinetes de saúde distritais são responsáveis pela administração da prestação de cuidados de saúde primários.	As províncias são responsáveis pela prestação de serviços em todos os hospitais não federais.

Os desafios comuns que os países da LNCT descentralizados enfrentam ao executarem as suas funções de imunização em cada nível do governo incluem:

- **Variações na capacidade de gestão do programa subnacional de imunização:** Os governos subnacionais muitas vezes têm falta de pessoal de imunização especializado e capacidade concentrada ao nível nacional, o que pode dificultar que planeiem e façam a gestão adequadas dos programas de imunização. Em alguns casos, estes problemas poderão ser temporários. No *Vietname*, a reorganização no seguimento da descentralização levou a um período de muito volume de pessoal de imunização em todos os níveis, fazendo com que fosse necessário dar novas formações ao pessoal.¹¹ Noutros casos, certas funções estão ausentes da estrutura dos governos de saúde subnacional. No *Quénia*, muitas equipas de gestão ao nível distrital não estão completamente formadas ou são funcionais.¹² Em *Timor-Leste*, foi necessário o estabelecimento dos coordenadores do Programa nacional de imunização nos governos subnacionais no seguimento da transição.¹³ A que grau em que é necessária a capacidade de gestão específica da imunização ao nível subnacional depende do nível de integração na imunização e noutros serviços de cuidados primários, bem como se existe uma gestão forte da prestação de serviços de rotina.
- **Divisões de responsabilidade e localizações de responsabilização pouco claras:** Quando as funções são divididas entre os governos subnacionais e nacionais ou não estão atribuídas com clareza, existe potencial para o desalinhamento. Quando as autoridades ao nível nacional emitem revisões de políticas ou protocolos que precisam de ser disseminados aos profissionais de saúde, poderão depender das autoridades subnacionais para dar formação aos profissionais de saúde - é necessária uma coordenação forte para assegurar que as autoridades de saúde ao nível subnacional estão preparadas para conduzir a formação conforme necessário. Os programas de imunização subnacionais poderão também sentir-se divididos entre responder às autoridades políticas subnacionais e à orientação programática ou de políticas nacionais. No *Vietname*, as províncias procuram orientação do Ministério da Saúde, mas também respondem perante funcionários políticos e administrativos locais e não seguem sempre as diretivas do Ministério da Saúde.¹⁴
- **Recursos inadequados ou autoridade sobre os recursos:** As entidades subnacionais podem ter falta de receitas ou de critérios orçamentais suficientes para executarem de forma eficaz as suas novas responsabilidades. Os motivos para estas lacunas orçamentais são explorados nas duas secções seguintes.

Algumas estratégias que os países utilizaram para endereçar estes desafios e assegurar que as responsabilidades de imunização críticas são executadas incluem:

- **Assegurar que as funções principais do programa são claramente atribuídas ao nível apropriado:** Quase todos os países da LNCT centralizam o seu processo de aquisição de vacinas de modo a assegurar economias de escala e simplificar os processos de aquisição junto da UNICEF ou dos fabricantes. O *Paquistão* regressou à compra em grupo nacional no seguimento de um período quando a aquisição foi descentralizada para as províncias de modo a assegurar a eficácia no processo de aquisição.¹⁵ A *República Democrática Popular do Laos* centraliza a aquisição de equipamento e materiais no gabinete de tesouraria provincial ou distrital, que requer que os estabelecimentos submetam ordens de compra e que pode causar atrasos na receção dos materiais, mas cria economias de escala quando comparada com os pedidos de estabelecimentos individuais.¹⁶

¹¹ Gavi. (2018). Vietnam Joint Appraisal Report 2018. <https://www.gavi.org/sites/default/files/document/joint-appraisal-vietnam-2018pdf.pdf>

¹² Kenya Ministry of Public Health and Sanitation, Unit of Vaccines and Immunization Services. (Junho de 2015). Comprehensive Multi-Year Plan (cMYP) for Immunization 2015-2019. https://www.who.int/immunization/programmes_systems/financing/countries/cmyp/Kenya_cMYP_2015-2019.pdf?ua=1

¹³ Gavi. (2017). Timor Leste Joint Appraisal Report 2017. <https://www.gavi.org/sites/default/files/document/joint-appraisal-timor-leste-2017pdf.pdf>

¹⁴ Vietnam Joint Appraisal Report 2018.

¹⁵ Gavi. (2019). Pakistan Joint Appraisal Report 2019. <https://www.gavi.org/sites/default/files/document/2020/Pakistan%20Joint%20Appraisal%202019.pdf>

¹⁶ Banco Mundial. (Dezembro de 2017). Managing Transition: Reaching the Vulnerable while Pursuing Universal Health Coverage. Health Financing System Assessment in Lao PDR. <http://documents1.worldbank.org/curated/en/861981512149155081/pdf/121809-REVISED-v2-HFSA-Main-report-FA-ully-report.pdf>

- **Assegurar que o financiamento se segue à função:** Os países devem assegurar que cada nível de governo tem recursos e critérios orçamentais suficientes para executar as funções de imunização que lhe foram atribuídas. Este tema é objeto das próximas duas secções.
- **Construir capacidade subnacional para a gestão do programa de imunização:** Alguns países, como *Timor-Leste*¹⁷, têm pessoal de imunização dedicado, incluindo um oficial de imunização, ao nível distrital, apesar de essas posições não serem sempre preenchidas. Noutros países, poderá não haver pessoal dedicado e a imunização poderá competir com outras prioridades. É normalmente acordado que uma função essencial do Ministério da Saúde nacional durante a descentralização é proporcionar formação, orientação e assistência aos governos subnacionais para capacitarem os seus recursos humanos para assumirem novas funções. Os países também poderão explorar estratégias para encorajar a aprendizagem cruzada entre entidades subnacionais. **A Rede de Aprendizagem Conjunta da Nigéria** é um exemplo dessa estratégia de capacitação de recursos humanos, apesar de se focar nos Cuidados de Saúde Universais, em vez de na imunização. **A comunidade Boost da Sabin** proporciona uma plataforma para profissionais de imunização em todos os níveis construírem competências de liderança e de gestão do programa de imunização e para partilharem experiências com os seus pares noutros países.

Atribuição do financiamento da imunização ao nível nacional

As receitas para a imunização ao nível nacional vêm principalmente de receitas fiscais gerais do governo e de financiamento externo de doadores como a Gavi, Agências das Nações Unidas, organizações não-governamentais e fundações, bem como acordos bilaterais com outros governos.¹⁸ Uma análise de 33 países da África subsaariana concluiu que a imunização é composta por uma média de 1,98% de orçamentos para a saúde do governo ao excluir os fundos de doadores no orçamento.¹⁹ Na generalidade, à medida que os países da LNCT se aproximam da transição do apoio da Gavi, podem esperar financiar uma parte crescente dos seus programas de imunização através de fontes nacionais. Contudo, o progresso de um país para o autofinanciamento não é, muitas vezes, uma trajetória em linha reta, uma vez que a volatilidade económica, as contribuições de novos doadores, ou grandes investimentos da Gavi para esforços únicos, tais como a introdução de novas vacinas ou melhorias na cadeia de frio, causam flutuações a curto prazo na proporção financiada pelo governo. Ocasionalmente, as receitas fiscais gerais nacionais poderão ser suplementadas por fontes de receitas domésticas alternativas, como fundos de investimento de imunização ou impostos específicos designados para o financiamento de determinados programas (normalmente chamados de impostos de saúde pública ou de «pecado»), mas estes geralmente representam porções muito pequenas das receitas globais para a imunização.

A proporção do financiamento da imunização que tem como fonte o nível nacional varia nos países da LNCT e não corresponde necessariamente à proporção gasta ao nível nacional. Por exemplo, na *República Democrática Popular do Laos*, o nível nacional é responsável por cobrir quase todos os custos da imunização de rotina, incluindo vacinas, materiais, salários, transportes, manutenção, despesas gerais e gestão do programa. Dos gastos com imunização, contudo, 60% dos gastos com a saúde ocorrem ao nível nacional, enquanto 40% ocorrem ao nível subnacional. As contribuições provinciais são pequenas e a sua extensão não é bem compreendida.²⁰ Na *Indonésia*, o financiamento da imunização tem como fonte 60% ao nível nacional e 40% ao nível subnacional. O nível subnacional é responsável pela cobertura de 20% dos custos das vacinas e de todos os custos operacionais da imunização.²¹ Em três países da LNCT onde a informação

¹⁷ Timor Leste Joint Appraisal Report 2017.

¹⁸ Institute for Health Metrics and Evaluation. (Abril de 2020). Financing Global Health. IHME Viz Hub. <https://vizhub.healthdata.org/fgh/>

¹⁹ Griffiths, U. K., Asman, J., & Adjagba, A. (2020). Budget line items for immunization in 33 African countries. *Health Policy and Planning*, 35(7), 753–764. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa040>

²⁰ World Bank, Health Financing System Assessment in Lao PDR.

²¹ Banco Mundial. (Outubro de 2016). Indonesia Health Financing System Assessment. <http://documents1.worldbank.org/curated/en/453091479269158106/pdf/110298-REVISED-PUBLIC-HFSA-Nov17-LowRes.pdf>

está publicamente disponível, a proporção de receitas de imunização com fonte ao nível nacional vai de 70 a 100% para as vacinas e materiais e de 50 a 100% para custos operacionais.²²

O processo de orçamentação ao nível nacional começa normalmente no contexto de um teto orçamental do setor da saúde da parte do Ministério das Finanças e/ou Ministério do Planeamento com base nas receitas disponíveis, fundos de doadores e prioridades do governo. O Ministério da Saúde utiliza então este teto para delinear a sua proposta orçamental. Em 2019, quase todos os países da LNCT tinham um item de linha para vacinas incluído nos seus orçamentos (*Timor-Leste* não tinha e *Angola* e *São Tomé e Príncipe* não tinham reportado).²³ Os países da LNCT utilizam uma variedade de métodos para a orçamentação a nível nacional, incluindo orçamentação com base no resultado, orçamentação com base no programa ou orçamentação com base em atribuições históricas.

Os dois maiores itens de despesas ao nível nacional são as vacinas e o pessoal. Todos os países da LNCT adquirem vacinas ao nível nacional, apesar de alguns países requererem contribuições dos orçamentos subnacionais. Uma análise dos Planos plurianuais de vacinação em países elegíveis para o apoio da Gavi entre 2008 e 2016 concluiu que as vacinas representavam 51% dos custos de imunização totais médios num país.²⁴ Dos países da LNCT que reportaram para o JRF de 2019, a proporção de financiamento do governo para a imunização de rotina gasta em vacinas foi dos 7% em *São Tomé e Príncipe* a 100% na *Arménia*, com uma média de 68%, apesar de não ser claro se alguns países incluíram despesas subnacionais.²⁵ Os orçamentos ao nível nacional também incluem custos de formação, supervisão, logística e medição e avaliação, enquanto a maioria dos custos operacionais ocorre ao nível subnacional.

Os tetos orçamentais para fundos nacionais a serem atribuídos a entidades subnacionais poderão ser determinados pelo Ministério da Saúde ou por um ministério que supervisione os assuntos governamentais, como o Ministério dos Assuntos Internos. Os governos nacionais normalmente atribuem fundos a entidades subnacionais com base em orçamentos históricos, contratação de pessoal, população, ou uma fórmula de equidade que poderá favorecer áreas com indicadores de saúde mais fracos, por exemplo. Os governos subnacionais desenvolvem então as suas propostas orçamentais e apresentam-nas ao Ministério da Saúde e/ou ao Ministério das Finanças, que as revê em termos de adesão aos tetos orçamentais e diretrizes e as consolida num orçamento unificado. A extensão do papel do Programa nacional de imunizações ou do Ministério da Saúde neste processo é normalmente determinado por como a saúde é orçamentada, mas poderão apoiar os governos subnacionais através de atividades como fornecer orientação ao nível do microplaneamento e da orçamentação (como na *República Democrática Popular do Laos*²⁶), rever e/ou consolidar as propostas orçamentais (*República Democrática Popular do Laos*²⁷, *Indonésia*²⁸, *Quénia*²⁹, *Paquistão*³⁰), ou facilitar o processo de aprovação dos planos de implementação com propostas de orçamento estimadas (*Índia*³¹), ou poderão ter muito pouco envolvimento direto. O orçamento consolidado é então aprovado pelo Parlamento antes ou depois de ter sido devolvido ao nível subnacional para ajustes finais.

No âmbito desta panorâmica geral generalizada dos processos de orçamentação ao nível nacional, muitos países poderão exibir variações significativas. Por exemplo, na *Indonésia*, o Ministério da Saúde recolhe os planos de trabalho propostos das províncias e distritos e apresenta um plano de trabalho para a saúde

²² World Bank, Health Financing System Assessment in Lao PDR; World Bank, Indonesia Health Financing System Assessment; Coe, M. and Gergen, J. (Agosto de 2017). Sustainable Immunization Financing in Asia Pacific: Vietnam Country Brief. ThinkWell. <https://thinkwell.global/wp-content/uploads/2018/09/Vietnam-Country-Brief-081618.pdf>

²³ Organização Mundial da Saúde. (n.d.). WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system. 2020 global summary. WHO Joint Reporting Form Database. https://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/indicators

²⁴ Brenzel, L. (2015). What have we learned on costs and financing of routine immunization from the comprehensive multi-year plans in GAVI eligible countries? *Vaccine*, 33, A93–A98. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2014.12.076>

²⁵ WHO Joint Reporting Form Database.

²⁶ World Bank, Health Financing System Assessment in Lao PDR.

²⁷ World Bank, Health Financing System Assessment in Lao PDR.

²⁸ World Bank, Indonesia Health Financing System Assessment.

²⁹ Kenya cMYP for Immunization 2015-2019.

³⁰ Pakistan Joint Appraisal Report 2019.

³¹ Centre for Public Impact. (2017e-05). The Universal Immunisation Programme in India. <https://www.centreforpublicimpact.org/case-study/universal-immunization-program-india/>

provisório ao Ministério das Finanças como parte do processo de negociação dos tetos de setor.³² No *Vietname*, o financiamento da imunização é garantido pela legislação nacional e os fundos para a prestação de serviço de imunização são distribuídos às províncias como um item de linha separado sob os cuidados preventivos verticais.³³ Na *Nigéria*, a maioria dos fundos transferida para os estados é um subsídio em bloco incondicional, tendo os estados critérios alargados para utilizar os fundos conforme determinem.³⁴

Todos os países da LNCT enfrentam desafios em assegurar uma atribuição de recursos suficiente para a imunização ao nível nacional devido a um espaço fiscal limitado. Em contextos descentralizados, alguns destes desafios poderão ser exacerbados. Por exemplo:

- **Gastos desiguais entre áreas geográficas:** A Gavi considera que atingir a equidade em termos de cobertura de imunização é um objetivo importante para a transição bem-sucedida.³⁵ Em sistemas centralizados, os governos nacionais desempenham um papel fundamental na distribuição de recursos entre áreas geográficas para ajudar a atingir a equidade. A descentralização permite aos governos subnacionais determinarem as suas próprias prioridades, o que muitas vezes leva a que os estados ou províncias atribuam diferentes níveis de apoio à saúde e imunização. Em alguns casos, o método através do qual o governo nacional atribuiu receitas aos níveis subnacionais exacerba as desigualdades geográficas. No *Vietname* até 2017, tal como em muitos países, a prestação de serviço de imunização era um item de linha no orçamento nacional e era atribuída às províncias com base na população sem ter em consideração necessidades diferentes devido às atualizações operacionais necessárias ou carga da doença. As províncias transferiam então os fundos para os estabelecimentos com base nos níveis de contratação de pessoal. Por conseguinte, o processo de orçamentação exacerbava disparidades provinciais e rurais/urbanas existentes nos gastos.³⁶ Na *Nigéria*, 13% de todas as receitas do petróleo são devolvidas aos estados produtores de petróleo com base no seu contributo, enquanto o resto é dividido de forma mais ou menos igual entre todos os estados, prestando-se pouca atenção a fatores como nível de desenvolvimento, população ou capacidade fiscal. Por conseguinte, a atribuição de receitas do petróleo entre estados, que pode ser utilizada para promover a equidade, em vez disso proporciona mais financiamento aos Estados que já têm mais recursos.³⁷
- **Atenção política de nível mais elevado dada às vacinas em comparação com outras despesas necessárias:** Como as vacinas são a base da imunização e o governo nacional é responsável pela aquisição, a atenção política de alto nível tem tendência a focar-se nas vacinas em detrimento de outros contributos necessários. Os países da LNCT reportam normalmente lacunas nos recursos humanos, formação, supervisão, gestão, cadeia de abastecimento e de frio, transportes e monitorização e avaliação, sendo que todos são, muitas vezes, pelo menos parcialmente da responsabilidade do governo nacional. Os governos nacionais recorrem muitas vezes aos doadores para financiar atividades/contributos importantes como formação, criação de procura ou cadeia de frio. Apesar de a maioria dos países ter um item de linha para as vacinas no âmbito dos orçamentos para a saúde nacionais e ser prestada atenção significativa para assegurar que esta é totalmente financiada, presta-se menos atenção à adequação dos orçamentos para outros custos operacionais, que advêm dos orçamentos nacional e subnacionais.

Algumas medidas tomadas pelos países para melhorar a atribuição de financiamento à imunização ao nível nacional, de modo a melhor apoiar os programas de imunização ao nível subnacional, incluem:

- **Melhorar o processo de atribuição do orçamento ao nível subnacional:** O nível subnacional poderá considerar rever a sua fórmula de atribuição de tetos orçamentais aos governos subnacionais

³² World Bank, Indonesia Health Financing System Assessment.

³³ Coe, M. and Gergen, J., Vietnam Country Brief.

³⁴ Banco Mundial. (Abril de 2018). Nigeria Health Financing System Assessment. <http://documents1.worldbank.org/curated/en/782821529683086336/pdf/127519-WP-PUBLIC-add-series-NigeriaHFSFINAL.pdf>

³⁵ Gavi. (2015). Gavi Alliance Eligibility and Transition Policy Version 3.0. <https://www.gavi.org/sites/default/files/document/gavi-eligibility-and-transition-policy.pdf>

³⁶ Vietnam Joint Appraisal Report 2018.

³⁷ Banco Mundial, Nigeria Health Financing System Assessment.

de modo a endereçar questões de equidade ou atribuições que são feitas com base em atribuições históricas em vez de necessidades atuais através da, por exemplo, atribuição de maiores ponderações a áreas de difícil acesso. No *Vietname*, o governo passou de atribuições com base na população a permitir que as decisões de atribuição sejam tomadas por um comitê popular provincial.³⁸

- **Defender os recursos de imunização ao nível nacional:** Os diretores de imunização poderão utilizar a informação que têm sobre as necessidades e prioridades subnacionais para defender recursos nacionais aumentados de modo a apoiar os programas subnacionais, incluindo proporcionar formação e orientação às contrapartes subnacionais. No *Vietname*, todos os programas de imunização provinciais monitorizam as despesas desde 2013, utilizando uma ferramenta de fluxo orçamental da Sabin. Em 2014 e 2015, estes dados foram utilizados com sucesso para aumentar os gastos ao nível provincial e evitar cortes orçamentais ao nível nacional.³⁹ O Ministério da Saúde também deverá atribuir fundos suficientes para cobrir toda a formação, supervisão e responsabilidades de orientação que lhe são atribuídas de modo a proporcionar apoio suficiente aos governos subnacionais que poderão não ter tanta profundidade na programação da imunização e capacidade de gestão financeira.

Atribuição do financiamento da imunização ao nível subnacional

As receitas para a imunização ao nível subnacional advêm de uma variedade de fontes e poderão ser partilhadas com outros programas numa maior medida do que ao nível nacional. As transferências do nível nacional representam uma grande parte das despesas subnacionais, mas a capacidade do nível subnacional de orçamentar e utilizar estes fundos conforme escolhe poderá estar limitada por marcações ou outras contingências que designam fundos para fins específicos, como salários para o pessoal, sobre os quais o nível subnacional tem uma autoridade limitada. Em alguns países, como a *Costa do Marfim*, *Índia*, *Indonésia*, *Quénia*, *Nigéria*, *Paquistão* e *Vietname*, os governos subnacionais têm autoridade para utilizar as suas próprias receitas fiscais para a saúde e imunização, apesar de, em termos práticos, este fluxo de receitas seja limitado e só possa estar disponível para a pequena parte do país com centros urbanos e atividade comercial ativa. Por exemplo, na *Nigéria*, uma média de 26% das receitas de cada estado são geradas pelo estado, mas em quatro estados, a receita gerada pelo estado excede as transferências da federação, enquanto que noutros é quase residual.⁴⁰ No *Quénia*, uma média de 2% das receitas de cada condado é gerada pelo condado, mas em Nairobi, o Condado gera mais de 25% e apenas cinco condados (de 47) contabilizam 56% de todas as receitas geradas pelo estado.⁴¹ Uma análise de 19 estados na *Índia* concluiu que uma média de 47% das receitas foi gerada pelo estado, com as receitas geradas pelo estado a constituírem a maioria das receitas em 6 estados e apenas 20% em três estados.⁴²

As receitas também são geradas ao nível dos estabelecimentos em alguns países através de taxas cobradas aos utilizadores e reembolsos do seguro nacional de saúde. Apesar de as receitas não serem geradas pelos serviços de imunização, que são gratuitos, poderão ser utilizadas para coisas como a manutenção dos estabelecimentos, salários ou serviços de proximidade, que apoiam os serviços de saúde gerais, incluindo a imunização. Onde tais receitas existem, muitas vezes representam uma parte substancial do orçamento discricionário para os estabelecimentos. Apesar de a imunização não estar normalmente incluída nos pacotes de benefícios do seguro nacional de saúde nos países da LNCT, está incluída na *Indonésia* e em alguns esquemas na *Índia*. Outros países, como o *Gana* e o *Vietname*, estão a considerar incluir a

³⁸ Vietnam Joint Appraisal Report 2018.

³⁹ Sabin Vaccine Institute. (Março de 2019). A Decade of Sustainable Immunization Financing. https://www.sabin.org/sites/sabin.org/files/resources/a_decade_of_sustainable_immunization_financing.pdf

⁴⁰ Banco Mundial. (Abril de 2018). Nigeria Health Financing System Assessment.

⁴¹ Kimunge, James. (2020). Revenue Streams that Maximize Revenue in Kenyan Counties. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.16189.00489>.

⁴² Kala, M., Khullar, V. (Janeiro de 2018). State of State Finances. PRS Legislative Research, Institute for Policy Research Studies. https://www.prsindia.org/sites/default/files/parliament_or_policy_pdfs/State%20of%20State%20Finances%202018.pdf

imunização nos seus pacotes de benefícios do seguro de saúde,⁴³ o que poderá alterar a forma como as receitas fluem para a imunização. Finalmente, as entidades subnacionais poderão receber financiamento externo diretamente dos doadores.

Normalmente, apesar de não ser sempre, os governos subnacionais receberão um teto orçamental e orientação do governo nacional antes de desenvolverem os seus orçamentos. Poderão então seguir um processo de orçamentação semelhante ao do nível nacional: definir tetos do orçamento do setor se não estiverem já estabelecidos ao nível nacional; desenvolver uma proposta de orçamento com base em princípios de orçamentação como a orçamentação com base em programas ou em resultados; atribuição de fundos aos níveis inferiores com base na contratação do pessoal, atribuição histórica ou outra fórmula de atribuição; solicitar e consolidar orçamentos dos níveis inferiores; e apresentar ao organismo de governo subnacional para aprovação. Os seus orçamentos são então submetidos ao governo nacional para consolidação e poderão requerer mais refinamento antes ou depois de serem aprovados pelo Parlamento nacional. Durante este processo, o governo subnacional poderá receber apoio do Programa nacional de imunização na forma de orientação no microplaneamento e na orçamentação.

O nível de controlo que os governos subnacionais têm sobre os seus orçamentos varia substancialmente entre os países da LNCT que são descentralizados. Em alguns países, como a *Índia*, *Nigéria* ou *Timor-Leste*, os governos subnacionais têm ampla autoridade para atribuir os seus envelopes de financiamento final conforme consideram adequado. Noutros, como na *Indonésia*, *República Democrática Popular do Laos*, ou *Quênia* existem requisitos de que uma determinada percentagem do orçamento deve ir para a saúde (mas normalmente tais requisitos não especificam quanto do orçamento para a saúde deve ser atribuído à imunização), ou que os distritos devem cumprir determinados indicadores de desempenho. Contudo, estes requisitos não são sempre aplicados. Na *República Democrática Popular do Laos*, é suposto as províncias gastarem 9% do seu orçamento na saúde, mas também lhes é permitido reatribuírem o seu orçamento final pelos setores, desde que cumpram o seu teto global.⁴⁴ Na prática, muitas províncias não cumprem a diretriz.

Para direcionar financiamento para a saúde, muitos países criaram transferências de nível central assinaladas, ou programas nacionais centrados nos cuidados de saúde primários. Na *Indonésia*, os fundos assinalados são utilizados para assegurar que são gastos fundos suficientes na saúde, particularmente em áreas com menores recursos locais.⁴⁵ Na *Índia*, o Programa de Imunização Universal está ao abrigo da Missão de Saúde Nacional (e das suas subdivisões Rural e Urbana), que atribui financiamento às Sociedades de Saúde Estatais para os cuidados de saúde, com foco nas populações vulneráveis. Os fundos são geridos pelas Sociedades de Saúde Estatal, com orçamentos sujeitos à aprovação da Missão ao nível nacional.⁴⁶ A Lei da Saúde Nacional de 2014 da *Nigéria* dispõe que 1% do das receitas consolidadas da federação e que as contribuições de parceiros sejam colocadas no Fundo de Provisão dos Cuidados de Saúde Básicos (BHCPF) destinado a financiar um pacote de serviços básicos, incluindo a imunização. Quase metade deste fundo flui através da Agência de Desenvolvimento de Cuidados de Saúde Primários Nacional para os estados que cumprem determinados critérios, incluindo financiamento de contrapartes. Na prática, a implementação do BHCPF tem sido lenta.⁴⁷

O nível subnacional é normalmente responsável pelos custos operacionais da prestação de serviço, incluindo a imunização de rotina com base em estabelecimentos, os serviços de proximidade, a mobilização social, a supervisão, a formação, a cadeia de abastecimento e logística, a vigilância, a gestão e os sistemas de gestão de informações de saúde, alguns dos quais poderão ser partilhados ao nível nacional. Quando os custos dos recursos humanos residem no nível nacional, são normalmente o maior condutor. Uma análise das

⁴³ Learning Network for Countries in Transition (LNCT). (Fevereiro de 2020). Considerations for Managing Immunization Programs within National Health Insurance. https://lnct.global/wp-content/uploads/2020/02/Considerations-for-Immunization-Programs-within-NHI_FINAL.pdf

⁴⁴ World Bank, Health Financing System Assessment in Lao PDR.

⁴⁵ World Bank, Indonesia Health Financing System Assessment.

⁴⁶ Ministry of Health and Family Welfare, Government of India. (2005). National Rural Health Mission: Meeting people's health needs in rural areas. Framework for Implementation 2005-2012. <https://nhm.gov.in/WriteReadData/1892s/nrhm-framework-latest.pdf>

⁴⁷ National Primary Health Care Development Agency. (Abril de 2018). Nigeria Strategy for Immunization and PHC System Strengthening (NSIPSS) 2018-2028.

https://nigeriahealthwatch.com/wp-content/uploads/bsk-pdf-manager/2019/09/18.04.2018_Nigeria-Strategy-for-Immunization-and-PHC-Strengthening_3rd_Version-Final.pdf

estimativas do custo da prestação da imunização em 24 países concluiu que a mão-de-obra representava 40% de todos os custos, seguida da cadeia de abastecimento, com 14%, e do capital, com 12%.⁴⁸ Uma análise de seis países de rendimento médio e baixo concluiu que quando ordenada por função, a imunização de rotina com base em estabelecimentos era o maior condutor dos custos de imunização (contabilizando 36%), seguida pelos serviços de proximidade (17%) e pelos sistemas de informação de gestão de saúde e logística da cadeia de abastecimento (10% cada).⁴⁹

Na maioria dos países, o nível nacional tem falta de visibilidade sobre os gastos com imunização ao nível subnacional, em parte porque esses gastos poderão ser partilhados com outros programas, mas também porque não existem sistemas de recolha de tal informação. Os países da LNCT relataram falhas de financiamento em todos os aspetos da prestação de serviço de imunização, mas os recursos humanos são muitas vezes um dos pontos mais subfinanciados. Em alguns países, as políticas de financiamento e salários convergem para perpetuar o subfinanciamento dos recursos humanos nas localizações com maiores necessidades, com escalas do salário nacional que não incentivam as colocações rurais e os orçamentos pessoais atribuídos com base em profissionais de saúde que preferem concentrar-se nas áreas urbanas, deixando as posições rurais abertas subfinanciadas.⁵⁰ A descentralização pode exacerbar estas questões, uma vez que o governo subnacional poderá já não ter os recursos ou a autoridade para fazer cumprir políticas que ajudam a distribuir o pessoal para as áreas necessitadas. Por exemplo, na *República Democrática Popular do Laos*, o financiamento do governo nacional para posições da administração pública assalariada é limitado. Para cobrir as faltas de pessoal, os estabelecimentos só podem contratar posições contratadas, que são menos atraentes, especialmente em áreas remotas onde o número de profissionais de saúde já é baixo.⁵¹ No *Vietname*, foi notado que os elevados salários pagos pelos prestadores privados concentrados nas áreas urbanas limita a capacidade dos distritos rurais de recrutar pessoal.⁵² Outras áreas muitas vezes citadas como subfinanciadas incluem a logística, serviços de proximidade e formação, o que tem impacto na disponibilidade das vacinas, acesso aos serviços e qualidade dos mesmos.

Os principais desafios muitas vezes enfrentados pelos governos subnacionais na atribuição de recursos suficientes para imunização incluem:

- **Fraca capacidade de orçamentação e falta de transparência:** O pessoal do governo subnacional poderá não ter a experiência de gestão do programa de imunização que existe ao nível nacional, particularmente nas fases iniciais da descentralização e poderá não ter uma ideia clara de quais são as responsabilidades de imunização do governo subnacional e o que um orçamento de imunização completo deverá incluir. Os processos de orçamentação complexos poderão exacerbar este problema. Na *Indonésia*, os governos subnacionais tiveram dificuldade em utilizar completamente os seus orçamentos e em atingir metas de imunização desde a descentralização, devido parcialmente a uma falta de capacidade subnacional para gerir os orçamentos e programas de imunização.⁵³ Na *República Democrática Popular do Laos*, os orçamentos provinciais são atribuídos com base numa série de atribuições de pessoal e históricas, em vez de nas necessidades do programa, com financiamento adicional como taxas cobradas aos utilizadores a não ser totalmente refletido no planeamento anual.⁵⁴ No *Sudão*, a fórmula para atribuir fundos aos estados não é transparente, dificultando a sua compreensão dos recursos que têm disponíveis para a orçamentação. A janela para os estados apresentarem as suas propostas orçamentais é curta e, por conseguinte, nem todos os orçamentos estatais estão incluídos nas estimativas orçamentais iniciais do Ministério da Saúde.

⁴⁸ Portnoy, A., Vaughan, K., & Clarke-Deelder, E., et al. (2020). Producing Standardized Country-Level Immunization Delivery Unit Cost Estimates. *PharmacoEconomics*, 38(9), 995–1005. <https://doi.org/10.1007/s40273-020-00930-6>

⁴⁹ Brenzel, L., Young, D., & Walker, D. G. (2015). Costs and financing of routine immunization: Approach and selected findings of a multi-country study (EPIC). *Vaccine*, 33, A13–A20. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2014.12.066>

⁵⁰ Dussault, G., & Franceschini, M. C. (2006). Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Human Resources for Health*, 4(1). <https://doi.org/10.1186/1478-4491-4-12>

⁵¹ Qian, Y., Yan, F., & Wang, W. (2016). Challenges for strengthening the health workforce in the Lao People's Democratic Republic: perspectives from key stakeholders. *Human Resources for Health*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s12960-016-0167-y>

⁵² Coe, M. and Gergen, J., Vietnam Country Brief.

⁵³ Maharani, A., & Tampubolon, G. (2014).

⁵⁴ World Bank, Health Financing System Assessment in Lao PDR.

Para além disso, a orientação orçamental fornecida aos ministérios federais não inclui um teto, fazendo com que os ministérios sobrestimem os orçamentos consolidados que apresentam de forma a maximizar o financiamento. A falta de transparência neste processo complica o planeamento e leva a uma orçamentação imprecisa.⁵⁵

- **Geração de receitas insuficiente ao nível subnacional:** No contexto do espaço fiscal limitado para a saúde durante a transição da Gavi, alguns países da LNCT viram-se para o nível subnacional para potenciais novas fontes de receitas de imunização. Contudo, devido a uma falta de capacidade de geração de receitas ou estabelecimento de prioridades ao nível orçamental, os governos subnacionais muitas vezes não angariam fundos suficientes para cumprir as necessidades de imunização. No *Vietname*, as províncias devem cobrir 50% dos custos operacionais da imunização de rotina, mas na realidade, cobrem, em média, cerca de 10% do financiamento de rotina, com amplas variações entre províncias. 20% das províncias não contribuem com quaisquer receitas para a imunização.⁵⁶
- **Falta de dados financeiros subnacionais:** Muitos países têm falta de dados precisos e atempados sobre os orçamentos de imunização e gastos ao nível subnacional, o que complica os processos de previsão e orçamentação. Ao nível nacional, poderá ser difícil compreender os recursos e necessidades de várias entidades subnacionais. Por exemplo, na *República Democrática Popular do Laos*, as províncias contribuem algumas das suas próprias receitas para a imunização de rotina, mas o nível nacional tem muito pouca visibilidade sobre como esses fundos são conjugados, atribuídos e gastos.⁵⁷ Os censos ultrapassados ou de fraca qualidade ou outros dados populacionais podem dificultar controlar e orçamentar para as populações-alvo. No *Congo*, *Vietname* e no *Quénia*, grandes populações de pessoas deslocadas internamente, de migrantes ou de assentamentos urbanos informais confundem ainda mais o controlo da população e o planeamento da imunização.⁵⁸ A prestação de serviços integrada poderá também complicar a compreensão dos orçamentos e gastos de imunização, como foi indicado em *Timor-Leste*.⁵⁹

Ao endereçar os desafios relacionados com a atribuição de recursos inadequados em contextos descentralizados, é necessário um envolvimento estratégico dos tomadores de decisões do governo subnacional para construir compromisso para a imunização, de modo a endereçar esses desafios. Abaixo encontramos alguns exemplos de como os países da LNCT procuraram endereçar esses desafios.

- **Construir a capacidade para a orçamentação da imunização ao nível subnacional:** O Ministério da Saúde pode auxiliar os governos subnacionais durante o processo de orçamentação proporcionando formação e orientação para o microplaneamento e desenvolvendo orçamentos completos que cobrem todas as necessidades do programa de imunização, incluindo aspetos operacionais que são muitas vezes ignorados. Na *Indonésia*, onde 75% das vacinas é fornecida através de centros de saúde, o Ministério da Saúde concluiu que havia confusão ao nível subnacional sobre como orçamentar os serviços de proximidade. Ao proporcionar uma orientação clara sobre como utilizar transferências do Fundo de Atribuição Específica (DAK) para os serviços de proximidade, como orçamentar os transportes e como os fundos do seguro nacional de saúde poderão ser utilizados para custos operacionais para os serviços de prevenção, o Ministério da Saúde assistiu os governos subnacionais a melhor utilizarem os recursos que lhes estão disponíveis.⁶⁰ No *Vietname*, o governo nacional desenvolveu um «Pacote de cálculo de custos da

⁵⁵ Sudan Joint Financial Management Assessment Report. (Junho de 2016). Republic of Sudan, Federal Ministry of Health.

https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Key_Issues/Financial_Management/Sudan_Health_Sector_JFMA_Report.pdf

⁵⁶ Coe, M. and Gergen, J., Vietnam Country Brief.

⁵⁷ Communication from Lao PDR's LNCT Country Core Group

⁵⁸ Gavi. (Junho de 2017). Congo Joint Appraisal Report 2017. <https://www.gavi.org/sites/default/files/document/rapport-de-l-25C3%25A9valuation-conjointe-congo-2017.pdf.pdf>;

Coe, M. and Gergen, J., Vietnam Country Brief; Gavi. (2019b). Kenya Joint Appraisal Report 2019.

<https://www.gavi.org/sites/default/files/document/2020/Kenya%20Joint%20Appraisal%202019%20Final.pdf>

⁵⁹ Timor Leste Joint Appraisal Report 2017.

⁶⁰ Communication from Indonesia's LNCT Country Core Group

imunização» para delinear todos os componentes necessários de um orçamento de imunização completo para os governos provinciais.⁶¹

- **Defender os recursos de imunização ao nível subnacional:** Envolver-se com os legisladores subnacionais sobre o valor da imunização poder ajudar a aumentar a geração de receitas subnacionais e o estabelecimento de prioridades da imunização. No *Paquistão*, várias províncias utilizaram a defesa ao alto nível, mecanismos de responsabilização e uma Iniciativa de Roteiro para a Saúde para aumentar com sucesso o financiamento para a imunização.⁶² Na *Nigéria*, a Gavi apoiou o desenvolvimento de planos de melhoria contínua específicos do estado, que os estados utilizaram então para defender o financiamento para cobrir lacunas com graus diferentes de sucesso.⁶³ A OMS indica que os níveis subnacionais terão provavelmente noção dos custos de oportunidade de grandes esforços como campanhas de imunização e, por conseguinte, o nível nacional deve dedicar tempo de preparação suficiente para assegurar o envolvimento subnacional para esses esforços.⁶⁴ Na *Índia*, as campanhas como a Missão Intensificada de Indradhanush, que pretende aumentar a cobertura da imunização em estados com fraco desempenho e mobilizar as comunidades, recebe altos níveis de apoio dos governos estatais e atinge resultados de cobertura fortes.⁶⁵ Os materiais de casos de investimento da LNCT⁶⁶ são um bom ponto por onde começar para países que procuram materiais de defesa para o financiamento da imunização.
- **Melhorar os dados financeiros subnacionais para o planeamento e gestão:** Melhorar os dados subnacionais sobre os recursos, necessidades e gastos da imunização pode melhorar a orçamentação e identificar lacunas nos recursos. A cobertura, população-alvo e dados de stocks também são essenciais para uma previsão precisa. A *Índia* conduziu um estudo de cálculo de custos para melhor compreender os custos de prestação por estado, revelando uma ampla variação nos custos entre estados e contribuindo com informações críticas para o processo de orçamentação.⁶⁷ Muitos países da LNCT implementaram sistemas de informações de dados eletrónicos nos últimos anos. Um exemplo é o sistema de monitorização da imunização nacional do *Vietname* com base na plataforma Optimize do PATH, financiado como uma parceria público-privada entre o Ministério da Saúde e a empresa de telecomunicações Vittel.⁶⁸
- **Definir padrões e responsabilização:** A *Indonésia* e a *República Democrática Popular do Laos* estabeleceram legislação ou diretrizes que regem a parte dos orçamentos subnacionais que devem ser atribuídos à saúde.⁶⁹ A *Indonésia* e o *Quênia* definiram padrões de desempenho (incluindo indicadores de imunização) que os governos subnacionais devem cumprir. Como abordagens descendentes, estas diretrizes tiveram um sucesso limitado no aumento dos recursos para a imunização, em parte porque não são cumpridas de modo estrito.⁷⁰ Na *Nigéria*, as transferências do nível central são incondicionais e poderão ser utilizadas inteiramente mediante critérios do Estado, mas o governo está a trabalhar para implementar enquadramentos de responsabilização ao nível do estado, para além de Memorandos de Entendimento que já existem entre muitos estados e parceiros, de modo a envolver os estados na imunização de forma contínua e assegurar o seu compromisso para aumentarem gradualmente o apoio à imunização ao longo do tempo.⁷¹ No *Quênia*, o governo nacional incentiva o desempenho da imunização através de financiamento com base no desempenho

⁶¹ Gavi. (2017). Vietnam Joint Appraisal Report 2017. <https://www.gavi.org/sites/default/files/document/joint-appraisal-vietnam-2017pdf.pdf>

⁶² Pakistan Joint Appraisal Report 2019.

⁶³ Gavi. (2019). Nigeria Joint Appraisal Report 2019. <https://www.gavi.org/sites/default/files/document/2020/Nigeria%20Joint%20Appraisal%202019.pdf>

⁶⁴ Feilden, R., Nielsen, O.F. (2001). Immunization and Health Reform - Making Reforms Work for Immunization: A Reference Guide. Organização Mundial da Saúde. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69617/WHO_V-B_01.44_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

⁶⁵ Gavi. (2019). India Joint Appraisal Report 2019. <https://www.gavi.org/sites/default/files/document/2020/India%20Joint%20Appraisal%20Report%202019.pdf>

⁶⁶ Learning Network for Countries in Transition (LNCT). (9 de dezembro de 2020b). Materials to Help you Make the Case for Investing in Immunization. <https://lnct.global/resources/making-the-case-for-investing-in-immunization/>

⁶⁷ Chatterjee, S., Das, P., & Nigam, A. (2018). Variation in cost and performance of routine immunisation service delivery in India. *BMJ Global Health*, 3(3), e000794. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000794>

⁶⁸ Coe, M. and Gergen, J., Vietnam Country Brief.

⁶⁹ Banco Mundial, Indonesia Health Financing System Assessment; Banco Mundial, Health Financing System Assessment in Lao PDR.

⁷⁰ Banco Mundial, Indonesia Health Financing System Assessment; Kenya Joint Appraisal Report 2019.

⁷¹ Nigeria Joint Appraisal Report 2019.

pago às entidades subnacionais ou diretamente aos estabelecimentos, que pode ser utilizado para atividades como melhorias nos estabelecimentos ou compensações aos profissionais de saúde.⁷²

Pagamento de financiamento da imunização e constrangimentos

Atingir os objetivos da descentralização no sistema de saúde - eficaz, eficiente, equitativo, com capacidade de resposta, com responsabilização - requer que o sistema de gestão de finanças públicas em todos os níveis do governo pague os fundos atribuídos da forma atempada necessária para proporcionar serviços de qualidade. Processos de aprovação orçamental longos, economias instáveis e fluxos de receitas imprevisíveis nos níveis nacional e subnacional, juntamente com sistemas de gestão de dinheiro fracos, afetam os pagamentos atempados no ponto de origem. Os pagamentos do financiamento poderão passar por camadas complexas de diversas instituições governamentais antes de atingirem o utilizador final nos distritos ou estabelecimentos de saúde. Também poderão surgir mais desafios à medida que os utilizadores finais gerem vários fluxos não coordenados de financiamento.

Quer os fundos fluam para os governos subnacionais e/ou estabelecimentos em cascata através dos vários níveis de governo ou através do pagamento direto do tesouro nacional, o pagamento atempado de fundos é essencial para o desempenho da imunização, uma vez que previne ruturas de stocks de vacinas e materiais; assegura que os serviços de proximidade e as atividades de campanha são conduzidos conforme planeado; e mantém a eficácia da cadeia de abastecimento. Na *Nigéria*, um relatório de auditoria de vacinas indicou que 76% dos estados e 65% dos LGA afetados não tinham fundos disponíveis para a distribuição de vacinas (HFSA 2018), e no *Quénia*, a Avaliação Conjunta de 2019 concluiu que pagamentos de financiamento inadequados levaram a ruturas de stock em vários níveis da cadeia de abastecimento e tiveram impacto nas operações e da disponibilidade dos materiais de seringas e de ferramentas de documentação. Na *República Democrática Popular do Laos*, o financiamento para os serviços de proximidade é muitas vezes atrasado, limitando os serviços de proximidade em localizações remotas para quando o tempo está mais agradável, enquanto outros estabelecimentos de saúde utilizam outros fundos operativos ou até fundos pessoais para assegurar que os serviços de proximidade ocorrem a tempo.

Muitos dos desafios resultantes de atrasos no pagamento de financiamento são económicos ou sistemáticos e estão para além do controlo do programa nacional de imunização ou até do Ministério da Saúde. Contudo, em sistemas descentralizados, os desafios poderão ser exacerbados, uma vez que o financiamento poderá precisar de fluir por mais intervenientes institucionais, aumentando o risco de atrasos e o potencial de constrangimentos. Os mecanismos através dos quais os fundos para a imunização são transferidos para os governos subnacionais e para os estabelecimentos variam nos países da LNCT que estão descentralizados.

Nos países da LNCT, os desafios comuns que afetam o financiamento atempado incluem:

- **Desbloqueio atrasado do orçamento com origem no tesouro.** Mesmo com financiamento suficiente orçamentado para a imunização, atrasos no pagamento significativos resultam numa indisponibilidade dos fundos quando e onde são necessários. Na *Nigéria*, o governo nacional desbloqueou 99,5% do financiamento da imunização em 2018, mas devido à instabilidade no ciclo orçamental, os fundos só foram libertados até ao T3 desse ano (JA 2019). No *Congo*, o orçamento de 2018 para a imunização foi suficiente para atingir as metas de desempenho, contudo, apenas 75% foi autorizado para pagamento e, no final do ano, apenas 15% do orçamento tinha sido mesmo pago. No *Quénia*, existem grandes atrasos nos pagamentos do financiamento em todos os níveis de governo, levando a apenas 68% de execução orçamental no setor da saúde em 2015.
- **Várias camadas de aprovações através de muitos intervenientes institucionais.** Em muitos países, o financiamento flui através de uma rede complexa de intervenientes institucionais, criando várias oportunidades para atrasos administrativos. Na *Índia*, como resultado de uma alteração da

⁷² Dutta, A., Maina, T., Ginivan, M., Koseki, S. (2018). Kenya Health Financing System Assessment 2018. Health Policy Plus. http://www.healthpolicyplus.com/ns/pubs/11323-11587_KenyaHealthFinancingSystemAssessment.pdf

política em 2014, o financiamento flui diretamente do tesouro central para a conta estatal, onde os fundos para a saúde assinalados para a Sociedade de Saúde Estatal (SHS) são depois transferidos para a SHS. Anteriormente, o financiamento fluía do tesouro central diretamente para a SHS. Apesar de a mudança na política ter como objetivo agilizar os fluxos de financiamento e assegurar maior supervisão pelo estado, os funcionários de saúde estatais reportam uma carga administrativa aumentada e é necessário tempo de gestão adicional para acompanhar com o tesouro o desbloqueio de fundos para a SHS.⁷³

- **Financiamento fragmentado, ou financiamento que vem de várias fontes.** Na *Indonésia*, os governos subnacionais e estabelecimentos de saúde recebem financiamento para cuidados de saúde primários através de dois canais, englobando vários fluxos de receitas: (1) transferências orçamentais do governo central para os governos provinciais e distritais; e (2) o fundo do seguro de saúde. O primeiro canal inclui um subsídio em bloco de descentralização atribuído com base na lei salarial e na capacidade fiscal local que pretende melhorar a equidade inter-regional, fundos assinalados para os setores da saúde e social que incluem mais marcações para serviços de nutrição e saúde materno-infantil nos centros de saúde, bem como transferências de equilíbrio fiscal. Tanto o subsídio em bloco e as transferências de equilíbrio fiscal podem ser utilizados mediante o critério do governo local, incluindo para a saúde. O financiamento do fundo do seguro de saúde é distribuído aos distritos com base no número dos membros cujos prémios são pagos pelo governo.⁷⁴ No *Paquistão*, devido a várias fontes de financiamento da imunização ao nível provincial, incluindo financiamento dos governos federal e provincial, bem como financiamento externo de doadores internacionais, o programa de imunização provincial sofre frequentemente fluxos de financiamento atrasados e imprevisíveis.

Tal como ao nível nacional, as melhorias na gestão de finanças públicas, incluindo a redução de constrangimentos e a melhoria dos pagamentos de financiamento dependem dos esforços do setor financeiro e da saúde. Também é necessário melhorar a relação de trabalho e compreensão mútua das necessidades e requisitos de ambos os setores nos níveis subnacionais. Os desafios no pagamento de fundos nos níveis subnacionais devem ser comunicados aos ministérios da saúde e das finanças nacionais de modo a assegurar que as reformas da Gestão de finanças públicas cumprem as necessidades dos governos subnacionais e contribuirão para a melhoria da prestação de serviço ao nível local. Por exemplo, as regras e mecanismos que rodeiam a transferência fiscal intergovernamental pode ter um efeito significativo nos fluxos de financiamento. Abaixo encontramos exemplos de como os países da LNCT procuraram melhorar os fluxos de financiamento.

- **Recolher e desagregar melhores dados de despesas para controlo dos recursos.** Como indicado anteriormente, melhorar a recolha dos dados financeiros subnacionais pode melhorar a orçamentação e identificar lacunas de recursos. Os dados de controlo dos recursos ao nível subnacional, com os dados de imunização desagregados, também podem permitir a análise do fluxo dos recursos de imunização através dos canais de financiamento, especialmente do governo nacional para o subnacional. No *Vietname*, quase todos os programas de imunização provinciais monitorizam as despesas desde 2013, utilizando uma ferramenta de análise de fluxo orçamental desenvolvida com o apoio do projeto de Financiamento da Imunização Sustentável. Em 2014 e 2015, estes dados foram utilizados com sucesso para defender o aumento dos gastos ao nível provincial e evitar cortes orçamentais ao nível nacional.⁷⁵
- **Defender fluxos de financiamento simplificados e mecanismos de transferência de orçamentos.** O envolvimento de uma ou mais camadas institucionais intermédias nas transferências de fundos é uma causa comum nos atrasos de transferência fiscais. No *Congo*, em 2018, apesar de

⁷³ Berman, P., Bhawalkar, M., Jha, R., et al. (Junho de 2017). Tracking Financial Resources for Primary Health Care in Uttar Pradesh, India. Harvard T.H. Chan School of Public Health. <https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/2031/2017/01/Tracking-Financial-Resources-for-Primary-Health-Care-in-Uttar-Pradesh-India.pdf>

⁷⁴ Mahendradhata, Y., Trisnantoro, L., Listyadewi, S. (2017). The Republic of Indonesia Health System Review. Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254716/9789290225164-eng.pdf;sequence=1>

⁷⁵ Sabin Vaccine Institute, A Decade of Sustainable Immunization Financing.

orçamento suficiente para o programa de imunização, apenas 14,5% dos fundos orçamentados tinham sido pagos até outubro de 2018. Baseando-se nos [recursos de casos de investimento da LNCT](#) para defender um pagamento melhorado dos recursos de imunização, o gestor nacional do PAV envolveu diretamente o Ministério das Finanças para simplificar o pagamento dos fundos para as províncias e distritos.

- **A utilização de tecnologia móvel ou digital para transferências fiscais.** Os governos podem digitalizar as transferências de pagamentos para apoiar fluxos de recursos e transações mais fiáveis e eficientes. Esta abordagem também pode contribuir para melhorar a responsabilização dos recursos. Apesar de ainda não estarem descentralizadas, na *Costa do Marfim*, as transferências do nível nacional são feitas diretamente para estabelecimentos que utilizam dinheiro móvel.

Conclusões

À medida que os países da LNCT fazem a transição para o autofinanciamento total dos seus programas de imunização, os diretores do programa em sistemas de saúde descentralizados poderão necessitar de diferentes estratégias das aplicadas pelos seus homólogos em sistemas de saúde mais centralizados para assegurar uma mobilização de recursos adequada e uma gestão do programa eficiente. O PNI poderá necessitar de envolver partes interessadas adicionais e/ou dar apoio a gestores nacionais do PAV a nível subnacional para desenvolverem novas competências de modo a assegurar o financiamento adequado e serviços de alta qualidade.

Os desafios encontrados nos países da LNCT com sistemas descentralizados surgem de vários problemas comuns que restringem o desempenho do programa de imunização:

- **Fraca coordenação entre os níveis nacional e subnacional.** Uma melhor coordenação permitirá que os níveis subnacionais estejam melhor preparados para implementarem novas diretrizes, atualizarem as formações do pessoal, conduzirem atividades que colmatam as lacunas da imunização ou introduzirem novas vacinas, proporcionando o tempo necessário para assegurar o financiamento, recursos humanos e compromisso político adequados e para construírem compromisso político.
- **Capacidade de gestão e orçamentação baixas nos níveis subnacionais.** Os diretores de imunização nos níveis subnacionais com mais conhecimento dos processos de orçamentação e pagamento de dinheiro, consciência sobre as atividades futuras planeadas ao nível nacional, bem como com mais orientação sobre como orçamentarem atividades prioritárias, conseguiriam preparar/solicitar pedidos de orçamento apropriados para apoiar as atividades de imunização.
- **Consciencialização insuficiente de, e financiamento inadequado para, funções de imunização essenciais nos níveis subnacionais.** A monitorização regular dos gastos com a imunização ao nível subnacional ajudaria o pessoal do PNI ao nível nacional a defender um aumento de financiamento utilizando dados sobre as tendências ao longo do tempo e nas várias geografias, particularmente se for possível ser observado um melhor desempenho em localidades com gastos mais elevados.

Com base nesta análise, existem estratégias promissoras para os PNI apoiarem uma mobilização de recursos crescente e prestação de serviços eficiente, retirada das experiências dos países da LNCT:

1. **Desenvolver sistemas eficazes para a formação, comunicações e coordenação, com um efeito cascata para os níveis administrativos mais baixos.** Um programa de imunização eficiente requer que todos os níveis do sistema de saúde executem as suas funções necessárias. Proporcionar uma orientação clara aos diretores subnacionais, bem como tempos de notificação suficientes que permitam um planeamento e orçamentação suficientes irá aumentar a probabilidade de que os governos subnacionais implementem novas diretrizes e atividades e desempenhem as suas responsabilidades atribuídas. Os sistemas com coordenação forte também alertariam o PNI para problemas nos níveis subnacionais.

2. **Fortalecer a capacidade para a gestão do programa nos níveis subnacionais, incluindo planeamento financeiro e de programa.** O PNI deverá apoiar-se nos governos e diretores locais para planejar, financiar e implementar as atividades necessárias. Contudo, podem apoiar o processo de planeamento proporcionando diretrizes claras e práticas sobre como orçamentar funções e atividades de imunização necessárias. Uma orientação detalhada sobre componentes necessários de um programa de imunização forte e como os orçamentar, bem como orientação para uma implementação bem-sucedida, podem ajudar os diretores subnacionais a assegurarem os fundos e apresentarem resultados fortes.
3. **Monitorizar os gastos com imunização subnacionais e apoiar os diretores de imunização subnacionais a defenderem um financiamento aumentado.** Os dados regulares e fiáveis sobre os gastos com imunização subnacionais são a base para uma advocacia eficiente do aumento do financiamento. Os diretores ao nível nacional utilizaram com sucesso dados sobre os gastos com imunização subnacionais para aumentarem os orçamentos. O PNI pode dar apoio a um sistema para notificação regular dos gastos com imunização essenciais, ou gastos com cuidados de saúde primários relevantes, de forma a monitorizar as tendências e inadequações de acesso. A longo prazo, é necessário desenvolver a capacidade de os diretores subnacionais defenderem o financiamento dentro das suas localidades, bem como uma advocacia continuada pelos recursos de imunização ao nível nacional.

Os programas nacionais de imunização e os parceiros de imunização poderão necessitar de considerar novas estratégias e novas fontes de financiamento para mobilizar financiamento adequado para a imunização no seguimento da transição da Gavi. Para apoiar essas estratégias, o PNI também poderá necessitar de construir as suas próprias capacidades relacionadas com a atribuição de orçamento e análise financeira para se envolver com os tomadores de decisões de modo a endereçar as barreiras e a melhorar a disponibilidade do financiamento.

Anexo 1.1 Estudos de caso de país

Building Subnational Immunization Program Management Capacity through Peer Learning Exchanges in Nigeria

Autores: Raihana Ibrahim e Uchenna Igbokwe

A Constituição da Nigéria estabelece uma federação altamente descentralizada composta por 37 estados, que por sua vez são compostos por 774 Áreas de Governo Local (LGA). No contexto deste sistema, o governo federal é responsável pelo desenvolvimento de políticas, aprovisionamento de vacinas, apoio técnico e cuidados terciários, enquanto os estados e LGA são responsáveis pelos níveis de cuidados e infraestrutura de imunização de rotina e logística mais baixos. Os estados exercem uma ampla autoridade orçamental, com a maioria dos seus orçamentos a virem de transferências incondicionais do governo federal.

Uma das maiores preocupações para o programa de imunização da Nigéria tem sido a grande disparidade entre os gastos na cobertura da imunização e nos gastos entre estados, com os estados do sul a terem tendencialmente um desempenho superior aos do norte. A cobertura da DTP3 vai de 76% no estado do sul de Anambra a 7% no estado do norte de Sokoto.⁷⁶ As despesas de saúde subnacionais representam uma média de 2,2% das despesas totais com a saúde, mas esta proporção varia de 7,1% no estado do sul de Imo a 0,7% no estado do norte de Zamfara. Em média, 26% das receitas de um estado são geradas pelo estado, mas este número varia enormemente de quase 500% em Lagos para quantias praticamente insignificantes noutros locais.⁷⁷ Uma análise de panorama conduzida pelo IVAC identificou uma vasta gama de desafios que têm impacto na cobertura da imunização em estados com fraco desempenho. Entre estes havia muitas questões relacionadas com a falta de capacidade de gestão do programa em áreas como liderança e governança, financiamento e gestão de recursos, bem como logística e planeamento.⁷⁸

Desde 2017, o Solina Center for International Development and Research (SCIDaR) fez uma parceria com seis estados com desempenho abaixo da média para melhorar o desempenho do programa de imunização através de uma série de Intercâmbios de Aprendizagem por Pares. Os Intercâmbios aproveitam uma plataforma existente de Memorandos de Entendimento entre estes estados, a Fundação Bill e Melinda Gates, e a Fundação Aliko Dangote que pretendem fortalecer os sistemas de imunização e aumentar o financiamento estatal da imunização através de um acordo de financiamento conjunto faseado ao abrigo do qual os estados contribuem com financiamento aumentado ao longo do tempo numa «conta de cesto» de IR dedicada. Através dos Intercâmbios de Aprendizagem entre Pares, os funcionários e diretores de imunização principais dos estados encontram-se duas vezes por ano num desafio de interesse mútuo, com o estado com melhor desempenho designado para liderar a reunião com apoio de definição de agenda do SCIDaR. Os participantes de cada encontro são selecionados com base no tema escolhido de cada um dos encontros de intercâmbio de aprendizagem.

No final de cada encontro, os estados chegam a uma resolução e acordam as medidas específicas do progresso para atingirem um objetivo. Alguns exemplos de resoluções que surgirem destes encontros incluem:

- Entrega de vacinas direta: O SCIDaR reuniu os Funcionários/Diretores de Imunização Estatais, Funcionários de Logística Estatais e funcionários da cadeia de frio estatais e parceiros relevantes para endereçarem os desafios com a logística das vacinas nos estados. Para reduzir a frequência das ruturas de stock, os estados resolveram fazer a transição de um sistema de entrega de vacinas de recolha sem financiamento que variava entre os estados para uma entrega das vacinas direta dos armazéns de frio estatais para pontos de prestação de serviço em todos os seis estados. Como resultado, as taxas de rutura de stocks médias caíram tanto quanto 30 a 50% para 1 a 5%. O impacto foi suficientemente significativo para os estados passarem este conhecimento ao governo federal, com este a considerar a

⁷⁶ NDHS 2017

⁷⁷ <http://documents1.worldbank.org/curated/en/782821529683086336/pdf/127519-WP-PUBLIC-add-series-NigeriaHFSFINAL.pdf>

⁷⁸ <https://www.jhsph.edu/ivac/wp-content/uploads/2018/05/IVAC-Landscape-Analysis-Routine-Immunization-Nigeria-WhitePaper.pdf>

adoção deste sistema de entrega das vacinas direto para escalar noutros estados não financiados pelo Memorando de Entendimento.

- **Gestão financeira:** Para assegurar que todos os fundos depositados na conta cesto são adequadamente contabilizados, o SCIDaR trabalhou com a Liderança da Comissão de UHC Estatal, com os Diretores do Programa de Imunização e com as suas equipas financeiras (Diretores de Finanças, Diretores de Contabilidade, Caixas e Auditores Internos) para desenvolver um sistema de gestão financeira para fundos de IR que incluíram pagamentos eletrónicos diretos, reformas e validação e auditorias internas e externas de rotina. Estes sistemas foram cocriados durante uma série de encontros de intercâmbio de aprendizagem conduzidos com as equipas financeiras (compostos por Diretores, Caixas e Auditores) dos conselhos de cuidados de saúde primários estatais; e foram seguidos por sessões de mentorado em funções diretas para transferir capacidade para os funcionários para que possam executar de forma independente as suas funções profissionais. No seguimento do sucesso do sistema de gestão financeira da IR, o SCIDaR reuniu os estados para desenvolverem roteiros para expandirem este legado de IR para UHC mais amplos, tendo também codesenvolvido e publicado um guia de arranque de gestão financeira que foi partilhado amplamente com outros intervenientes estatais, nacionais e internacionais.
- **Envolvimento da comunidade:** Os intercâmbios de aprendizagem sobre este tema procuraram conceber uma estratégia de envolvimento comunitário sustentável para melhorar a procura da imunização de rotina nesses 6 estados do norte. Durante o intercâmbio de aprendizagem, foi cocriada e afinada a estratégia de envolvimento comunitário com base no nome (que envolveu a identificação e controlo de recém-nascidos, abandonos e esquecidos da parte dos líderes tradicionais). A estratégia foi adotada pela Agência de Desenvolvimento de Cuidados de Saúde Primários Nacional (NPHCDA) e está a ser implementada em 4 outros estados, com planos para escalar em termos nacionais e expandir o seu âmbito para cuidados de saúde primários mais amplos.

Adicionalmente, o SCIDaR também facilitou várias viagens de aprendizagem entre os estados selecionados para observarem diretamente e envolverem-se com partes interessadas no campo e para melhor compreenderem a implementação. Por exemplo, a equipa do estado de Bauchi conduziu visitas de aprendizagem ao estado de Kano para compreender os processos de transição necessários para se mover de entregas lideradas por fornecedores externalizados para entregas lideradas pelo estado. Através desta viagem, o estado de Bauchi também conseguiu fazer a transição eficaz do seu modelo de entrega de vacinas para modelo internalizado por um custo menor e com maior eficácia.

Os Intercâmbios de Aprendizagem entre Pares da Nigéria utilizaram a plataforma de Memorandos de Entendimento como um ponto de partida para promover a colaboração entre estados e parceiros. Alguns dos principais desafios incluíram o ritmo lento da implementação das resoluções dos intercâmbios devido a restrições de programa, burocracias do sistema e inércia ao nível estatal. Prioridades concorrentes no estado também afetam o agendamento e as sessões, que requerem convocar todos os funcionários essenciais para temas relevantes nas discussões. Contudo, os Intercâmbios de Aprendizagem entre Pares foram, no geral, um sucesso, sendo que algumas destas lições de implementação acabaram por ser utilizadas noutros países, incluindo o Chade, o Níger e a Guiné, onde foram estabelecidas abordagens de Memorandos de Entendimento semelhantes. Contudo, a existência de tal plataforma inicial poderá não ser necessária para outros países interessados em emular o exemplo da Nigéria. Os diferentes fatores essenciais que foram críticos para o sucesso dos Intercâmbios de Aprendizagem entre pares incluíram:

- A Agenda de Aprendizagem entre Pares proporcionou uma plataforma para os tomadores de decisões de alto nível se reunirem para tomarem decisões estratégicas e acordos de alto nível.
- Os parceiros foram envolvidos para dar apoio ao sucesso estatal proporcionando assistência técnica para construir capacidade ao nível do estado. Por exemplo, a Solina colocou um membro do pessoal nos departamentos financeiros das agências de saúde estatais para proporcionar formação no trabalho quotidiana ao pessoal da agência, até o pessoal ter confiança suficiente para formar outros funcionários.
- As resoluções foram atingíveis com os recursos financeiros existentes e outros promotores do sistema já disponíveis para os estados através do Memorando de Entendimento.

- A estratégia da Agenda de Aprendizagem entre Pares de exibir histórias de sucesso estatais criou um sentido de rivalidade saudável entre os estados que proporcionou um incentivo para cumprirem as suas resoluções.
- As partes interessadas ao nível nacional (especificamente, a NPHCDA), foram envolvidas para participar nos encontros/workshops, endereçar questões derivadas da política nacional e disseminarem a aprendizagem para outros estados não contemplados no Memorando de Entendimento.
- Os temas discutidos durante as sessões foram seleccionados em conjunto com as partes interessadas para endereçar desafios relevantes e comuns. Também foram desenvolvidas soluções para se adequarem à contextualização das realidades específicas do estado. Por exemplo, com a pandemia da COVID-19, a equipa do SCIDaR planeia reunir os estados para discutir soluções críticas e INTELIGENTES para voltar a construir sistemas de UHC melhor integrados - um tema que é oportuno, relevante e dá resposta às necessidades de todos os 6 estados.

Locating Procurement Responsibilities at Appropriate Level of Government

Autores: Yasodhara Kapuge, Anuji Gamage, Nihal Abeysinghe, Soofia Yunus

Contexto: Delegação no Paquistão

Em 2010, o parlamento do Paquistão aprovou a 18ª Emenda, que reestruturou o país como uma federação descentralizada com delegação substancial para as províncias em relação ao poder legislativo e legislador em áreas centrais como a saúde, educação e bem-estar social. Dentro das províncias, existe descentralização adicional de atividades do governo até ao nível mais baixo: os distritos.

Ao abrigo destas alterações, o Ministério dos Regulamentos e Coordenação dos Serviços de Saúde Nacionais desempenha uma função essencial na legislação, estratégia, visão e planeamento nacionais⁷⁹, mas são os governos provinciais e locais que assumem a liderança na operacionalização destas políticas.⁸⁰ O sistema descentralizado destinava-se a proporcionar aos distritos a liberdade e autonomia para utilizarem os seus orçamentos atribuídos de acordo com as suas necessidades e a exercerem autoridade de gestão sobre os recursos humanos, de modo a melhorarem a eficácia dos serviços e a encorajarem a participação comunitária. Como resultado, 60% dos gastos de saúde do governo são geridos ao nível distrital.⁸¹

Depois da delegação, a responsabilidade pelo Programa Alargado de Vacinação (PAV) foi alterada para os governos provinciais. O PAV nacional detém responsabilidade limitada pela aquisição de vacinas, gerir a cadeia de abastecimento da imunização, a coordenação e a orientação técnica.⁸² Apesar de o governo federal ter sido aprovado pelas províncias para gerir o processo de aquisição de vacinas, as províncias são responsáveis pelo pagamento de vacinas de acordo com a sua previsão anual, bem como pela prestação de serviço, que financiam através de receitas do governo provincial.⁸³

Principais desafios à aquisição de vacinas

O Paquistão é o único país da carteira da Gavi que paga pela aquisição das vacinas ao nível das províncias. O desbloqueio de fundos atrasado do nível provincial é um desafio para todas as províncias no Paquistão, particularmente Sindh, Khyber Pakhtunkhwa (KP) e Baluchistan, devido a processos burocráticos lentos. As atribuições orçamentais anuais para a saúde são aprovadas pela legislatura, entregues aos departamentos de saúde provinciais e, em última análise, aos Funcionários de Saúde Distritais (DHO). Os DHO desbloqueiam os fundos para o PAV do mesmo fundo, o que pode resultar em prioridades concorrentes e num abrandamento do processo.

Antes da delegação, a fraca capacidade técnica dos PAV federais para a aquisição de vacinas resultou numa gestão deficiente dos processos de aquisição para as vacinas, materiais e equipamento, bem como para a manutenção do equipamento. Imediatamente após a delegação, esses desafios resultaram em ruturas de stock, na aquisição de vacinas de baixa qualidade e em efeitos negativos gerais nos resultados da cobertura. A análise do Banco Mundial indicou que o Paquistão incorreu numa perda anual média de 38 milhões de dólares devido a tais ineficácias na aquisição de vacinas e na gestão do programa, para além de declínios na qualidade e equidade dos serviços de imunização.⁸⁴

Projeto de Apoio à Imunização Nacional (NISP)

Em abril de 2016, o Banco Mundial aprovou 50 milhões de dólares para aumentar a disponibilidade de vacinas para doenças infecciosas para crianças menores de dois anos de idade no Paquistão através do Projeto de Apoio à

⁷⁹ Kumar, Santosh. 2017. "Comparison and Analysis of Health Care Delivery Systems: Pakistan versus Bangladesh." *Journal of Hospital & Medical Management* ISSN 2471-9781 3:1.

⁸⁰ Afteb, Mishaal. 2019. "Decentralization and the Provision of Public Services: A Case Study of Khyber Pakhtunkhwa, Pakistan." Doutoramento em Ciência Política, University of Connecticut.

⁸¹ Kumar, Santosh. 2017.

⁸² Haque, Minhaj ul, Muhammad Waheed, Tayyeb Masud, Wasim Shahid Malick, Hammad Yunus, Rahul Rekhi, Robert Oelrichs e Oleg Kucheryavendo. 2016. "The Pakistan Expanded Program on Immunization and the National Immunization Support Project : an economic analysis." *Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper Series: Banco Mundial*.

⁸³ UNICEF. 2018. *Pakistan Implementation Research for Immunization – A compilation of project objectives, results and recommendations*. Paquistão: Implementation Research and Delivery Science (IRDS) Unit, Health Section, UNICEF.

⁸⁴ Haque et al. 2016.

Imunização Nacional (NISP). O objetivo de desenvolvimento do NISP para o Paquistão era aumentar a cobertura equitativa de serviços para a imunização contra doenças preveníveis por vacinação no Paquistão.

O NISP também recebeu apoio adicional no total de 84 milhões de dólares da Gavi, Aliança global para vacinas, no Fundo fiduciário de doadores múltiplos do Banco Mundial (MDTF) e apoio da United States Agency for International Development que não foi direcionado através do fundo fiduciário. O MDTF para o NISP foi estabelecido para ajudar a endereçar questões de longa data de ineficácia e insustentabilidade provocadas pela estrutura de financiamento fragmentada do programa PAV do Paquistão. O MDTF permite que os fundos fluam diretamente para as províncias através de indicadores ligados ao pagamento (DLI). Os fundos são pagos através de dois mecanismos:

- 1) Através do mecanismo de DLI, os fundos são pagos às províncias aquando da execução de resultados desejáveis após a verificação da parte do PAV federal através de terceiros.
- 2) Ao abrigo do mecanismo de Assistência Técnica (TA), os fundos são fornecidos ao PAV em contas designadas para as províncias e ao nível nacional. Os fundos poderão ser utilizados para a cadeia de frio, mercadorias e consultas, dependendo das necessidades dessas áreas.

Para assegurar pagamentos de cofinanciamento atempados para vacinas da Gavi e disponibilidade de fundos sustentável para vacinas tradicionais, foi estabelecido como parte do NISP um mecanismo para aquisição de vacinas em conjunto. O mecanismo permite que as províncias conjuguem os seus fundos para a aquisição de vacinas de acordo com a sua previsão de necessidade de vacinas, que são então geridos ao nível nacional. A compra em grupo oferece muitas vezes uma forma de uma entidade adquirente de se juntar a um conjunto maior de compradores, gerando um mercado maior e fazendo descer os preços mais do que a aquisição individual⁸⁵, mas deve ser gerido de forma adequada para ser eficaz. A responsabilização para a aquisição de vacinas conjunta foi melhorada através de reuniões de revisão frequentes e inventários de stock nas províncias.⁸⁶ O mecanismo de compra em grupo foi implementado com sucesso no país ao abrigo do NISP, que adquiriu vacinas para todo o país, resultando num abastecimento ininterrupto de vacinas nos últimos quatro anos.⁸⁷ Adicionalmente, quando o surto de COVID-19 começou, no início do ano passado, o mecanismo de compra em grupo do NISP proporcionou uma forma rápida, fiável e estruturada de adquirir materiais essenciais, como máscaras e outro equipamento de proteção individual para profissionais de saúde da linha da frente.⁸⁸

Através do NISP, os programas nacionais e provinciais disponibilizaram financiamento adequado e sustentável nos orçamentos recorrentes nacionais e provinciais para aquisição de vacinas e prestação de serviço de imunização. O projeto tem finalização prevista para 2021⁸⁹, contudo o caso para o seu prolongamento está a decorrer.

⁸⁵ Coe, Martha, Jessica Gergen, Michaela Mallow, Flavia Moi e Phily Caroline. 2017. "Landscaping Analysis". Sustainable Immunization Financing in Asia Pacific. Washington, DC: ThinkWell.

⁸⁶ OMS. 2017.

⁸⁷ Oelrichs, Robert, Aliya Kashif, Jahanzaib Sohail e Shaza Khan. 2020. "Pakistan's National Immunization Support Project: An anchor for collaboration during COVID-19 (coronavirus)." Banco Mundial.

⁸⁸ Oelrichsaliya, Robert, Kashifj Ahanzaib e Sohailshaza Khan. 2020. "Pakistan's National Immunization Support Project: An anchor for collaboration during COVID-19 (coronavirus)."

⁸⁹ O Banco Mundial. 2020. "National Immunization Support Project." <https://projects.worldbank.org/en/projects-operations/project-detail/P132308>.

Using Subnational Expenditure Data to Advocate for Immunization Resources in Vietnam

Autores: Ravi Ranan-eliya, Anuji Gamage, Yasodhara Kapuge

O sistema de prestação de cuidados de saúde do Vietname funciona em quatro níveis administrativos: central, provincial, distrital e de comuna. Ao nível nacional, o Ministério da Saúde (MS) tem responsabilidade pela política de saúde global, estabelecer o enquadramento para o financiamento e pela supervisão da prestação de serviços de saúde. O Programa Alargado de Vacinação (PAV) do Ministério da Saúde, situado no Instituto Nacional de Higiene e Epidemiologia (NIHE), é diretamente financiado pelo orçamento do governo nacional. Define a estratégia global e supervisiona o programa nacional de imunização. O PAV decide que vacinas são incluídas no programa nacional, lidera os esforços de meios de comunicação e comunicações públicos, adquire e distribui vacinas para os níveis mais baixos, monitoriza os esforços nacionais e proporciona formação e apoio técnico geral. O Ministério da Saúde também faz transferências orçamentais do seu próprio orçamento para os níveis mais baixos da prestação de cuidados de saúde, que suplementa os recursos adicionais mobilizados pelos níveis inferiores do governo, incluindo pagamentos para estabelecimentos de saúde vindos do seguro nacional de saúde.

O PAV é implementado ao nível provincial pelos Centros de Medicina Preventiva (PMC), sob a orientação dos gabinetes regionais e nacionais do PAV. Estes supervisionam os centros médicos distritais (DMC) e os centros de saúde das comunas (CSC)⁹⁰. Os CSC são responsáveis pela execução de serviços de imunização mensais através de locais de imunização fixos e da implementação de equipas móveis que chegam a zonas remotas para administrar vacinas de rotina.⁹¹

O problema

Em 2012, o gestor nacional do PAV solicitou o apoio do Projeto de Financiamento da Imunização Sustentável (SIF), implementado pelo Sabin Vaccine Institute, para resolver uma falta de relatórios de despesas de imunização da parte de todas as províncias, um marco essencial para o Plano de Ação Global para Vacinas. A equipa do PAV nacional também acreditam firmemente que ter dados sobre as despesas do governo local ajudariam a melhorar a mobilização de recursos e a atribuição aos níveis nacional e local. Em 2013, apenas 25 das 63 províncias (40%) reportaram as despesas do governo provincial em atividades de imunização.

As províncias indicaram uma relutância em partilhar dados de despesas devido a receios de cortes subsequentes no financiamento.⁹² Os gestores nacionais do PAV preocupavam-se que as baixas taxas de execução orçamental pudessem dar a sensação de que os programas subnacionais tinham excesso de financiamento, quando na realidade os fundos orçamentados não eram, muitas vezes, totalmente desbloqueados, uma vez que problemas como acumulação de capital e má classificação do orçamento faziam com que o dinheiro aprovado pelo Parlamento nunca atingisse as contas bancárias provinciais e distritais.

Ferramenta de análise de fluxo do orçamento do SIF e sua defesa

O primeiro passo do programa SIF foi fazer uma reunião com os gestores do PAV do Ministério da Saúde das quatro regiões do Vietname, bem como com os seus representantes do Ministério das Finanças (MF) e da Assembleia Nacional.⁹³ O objetivo desta reunião foi discutir e analisar a disponibilidade dos recursos, a atribuição dos recursos, o desempenho do programa e os pedidos orçamentais do PAV com aumentos anuais, de modo a aumentar o financiamento da imunização através de conversas orientadas pelos dados e intencionais para melhor informar os legisladores.⁹⁴ Outros objetivos desta reunião foram envolver as províncias como partes interessadas ativas no programa PAV, dar crédito aos funcionários locais pelo seu apoio e gestão da implementação do programa PAV na sua região, bem como assegurar compromisso político dos governos provinciais para atribuir mais recursos aos programas de imunização nos orçamentos domésticos por todo o país. Também foi discutido

⁹⁰ Nguyen, Trung Duc, Anh Duc Dang, Pierre Van Damme, Cuong Van Nguyen, Hong Thi Duong, Herman Goossens, Heidi Theeten e Elke Leuridan. 2015. "Coverage of the expanded program on immunization in Vietnam: Results from 2 cluster surveys and routine reports." *Human vaccines & immunotherapeutics* 11 (6):1526-1533. doi: 10.1080/21645515.2015.1032487.

⁹¹ Nguyen et al. 2015.

⁹² SABIN Vaccine Institute. 2012. SUSTAINABLE IMMUNIZATION FINANCING: Summary Digest.

⁹³ SABIN Vaccine Institute. 2013. Immunization Financing News. In *Quarterly News from the SIF Program*: SABIN Vaccine Institute.

⁹⁴ McQuestion, Michael, Andrew Carlson, Khongorzul Dari, Devendra Gnawali, Clifford Kamara, Helene Mambu-Ma-Disu, Jonas Mbwana, Diana Kizza, Dana Silver e Eka Paatashvili. 2016. "Routes Countries Can Take To Achieve Full Ownership Of Immunization Programs." *Health Affairs* 35 (2):266-271. doi: 10.1377/hlthaff.2015.1067.

como assegurar apoio para o PAV de agências internacionais e governos estrangeiros como a OMS, UNICEF, GAVI, LUXEMBOURG, JICA e outros recursos financeiros locais.

De seguida, uma análise dos fluxos orçamentais subnacionais ajudou a equipa do PAV nacional a compreender como é que os níveis provinciais estavam a gastar dinheiro para evitar sobreposições ou lacunas nos gastos. Foi fornecida aos gestores do PAV regionais apoiados pelo Programa SIF uma ferramenta de análise de fluxo orçamental padrão que foi adaptada do Quadro de Medição de Desempenho de Gestão de Finanças Públicas utilizado pelo Banco Mundial. Os gestores do PAV descobriram problemas a montante significativos como «acumulação de dinheiro» da parte do Departamento do Tesouro e má classificação de fundos que foram atribuídos para programação da imunização, mas na realidade são utilizados noutros lados.⁹⁵ Tendo em conta estas diversões, o programa SIF calculou que o orçamento do PAV de 2014 do Vietname deveria ser cortado em 29%.⁹⁶

Aproveitando as relações estabelecidas durante a reunião inicial, o Diretor do Departamento de Assuntos Sociais na Assembleia Nacional deu apoio à equipa do PAV para organizar outra reunião para os membros da Assembleia Nacional em outubro de 2013 e, novamente, em novembro de 2013. Durante estas reuniões, a equipa do PAV apresentou os resultados desta análise, a situação atual do PAV, as suas questões de financiamento e o raciocínio para considerar a imunização como sendo um programa prioritário. Como resultado destas reuniões, os Membros da Assembleia Nacional colocaram maior prioridade no programa do PAV e repuseram as atribuições do PAV no orçamento de 2014 em 120% do seu montante original.⁹⁷ O orçamento nacional aumentou mais 35% até 2015.⁹⁸

O sucesso destes esforços de análise, defesa e construção de relações também encorajou as províncias a melhorarem os seus relatórios de despesas. 80% das 63 províncias reportaram despesas no final de 2013. Esperava-se que 100% reportassem as despesas no final do ano seguinte. Adicionalmente, os gastos do governo provincial na imunização aumentaram 55% entre 2012 e 2014. Em 2015-2016, o Parlamento trabalhou com o PAV para organizar workshops de partes interessadas provinciais anuais para discutir o financiamento da imunização e partilhar dados de despesas.⁹⁹

O Vietname proporciona um excelente exemplo de como melhorar a fiabilidade e a qualidade dos dados financeiros, quando utilizados em combinação com uma coordenação e comunicação melhoradas entre os níveis de governo, pode levar a um aumento da transparência, uma melhor compreensão dos gastos com imunização e dos fluxos de financiamento, bem como a um financiamento aumentado para os programas de imunização.

⁹⁵ McQuestion et al. 2016.

⁹⁶ Burrous, Haley, Andrew Carlson, Hélène Mambu-ma-Disu, Mike McQuestion, Eka Paatashvili e Dana Silver. 2019. A Decade of Sustainable Immunization Financing. SABIN Vaccine Institute.

⁹⁷ Burrous et al. 2019.

⁹⁸ McQuestion, Mike 2016. Folhas de factos nacionais Sabin SIF.

⁹⁹ McQuestion 2016.

Anexo 1.2 Desafios nacionais

1.1 DESAFIO: GASTOS DESIGUAIS ENTRE GEOGRAFIAS

País	Contexto
Índia	<ul style="list-style-type: none"> Alto grau de variação nos planos e orçamentos de implementação do programa estatal. A cobertura é baixa nas zonas rurais e tribais.¹⁰⁰ Uma média de 47% das receitas foi gerada pelos estados, com as receitas geradas pelo estado a constituírem a maioria das receitas em 6 estados e apenas 20% em três estados.¹⁰¹ Foi demonstrado que o custo da IR varia muito entre estados, com muitos custos subestimados no Plano plurianual de vacinação.¹⁰²
Indonésia	<ul style="list-style-type: none"> É obrigatória a atribuição à saúde de 5% do orçamento nacional e 10% do orçamento distrital, mas nem todos os distritos cumprem estes requisitos.¹⁰³ As províncias e distritos têm uma autoridade e capacidade de cobrança de impostos limitadas.¹⁰⁴
Quênia	<ul style="list-style-type: none"> Todos os condados têm indicadores de imunização incluídos nos seus Planos de Desenvolvimento Integrado do Condado, que orientam a orçamentação, mas o seu empenho na vacinação varia.¹⁰⁵ Alguns condados têm uma base tributária ou uma capacidade de cobrança local significativa e dependem de transferências do nível nacional.¹⁰⁶
República Democrática Popular do Laos	<ul style="list-style-type: none"> As províncias são obrigadas a gastar 9% do orçamento em saúde, mas nem todas o fazem. As províncias com maior taxa de mortalidade infantil normalmente gastam menos.¹⁰⁷
Nigéria	<ul style="list-style-type: none"> Os estados têm liberdade quase total sobre os seus orçamentos e dependem fortemente dos fundos federais. Quando estes fundos ficam aquém, raramente atribuem fundos de forma adequada à imunização. Não existe um gasto mínimo obrigatório legal para a saúde.¹⁰⁸ Espera-se que os estados e localidades contribuam para as receitas do Estado. Em média, contribuem cerca de 26%, mas existe uma ampla variação entre Estados.¹⁰⁹
Paquistão	<ul style="list-style-type: none"> As províncias têm liberdade quase completa sobre os seus próprios orçamentos, com compromisso provincial para com e cobertura da imunização a variarem substancialmente.¹¹⁰
Sudão	<ul style="list-style-type: none"> As fórmulas para a atribuição de recursos aos níveis mais baixos não são transparentes, fazendo com que seja difícil para os governos subnacionais saberem que recursos estão disponíveis. Os governos subnacionais não têm tetos orçamentais para auxiliar no planeamento.¹¹¹
Vietname	<ul style="list-style-type: none"> Os pagamentos com base na capacitação/contratação de pessoal aos estabelecimentos são ineficazes e exacerbam as disparidades provinciais e urbanas/rurais.¹¹² As províncias são responsáveis por 50% dos custos da IR, mas angariam receitas locais insuficientes. A capacidade de geração de receitas varia enormemente entre províncias.¹¹³ A orçamentação por itens de linha para as províncias é ineficaz e exacerba as disparidades provinciais e urbanas/rurais.¹¹⁴

¹⁰⁰ Gavi, India Joint Appraisal Report 2019.

¹⁰¹ Kala, M., Khullar, V. (Janeiro de 2018). State of State Finances.

¹⁰² Chatterjee, S., Das, P., & Nigam, A. Variation in cost and performance of routine immunisation service delivery in India.

¹⁰³ World Bank, Indonesia Health Financing System Assessment.

¹⁰⁴ OCDE. (Fevereiro de 2019). Raising More Public Revenue in Indonesia in a Growth and Equity Friendly Way. [https://one.oecd.org/document/ECO/WKP\(2019\)3/en/pdf](https://one.oecd.org/document/ECO/WKP(2019)3/en/pdf)

¹⁰⁵ Gavi, Kenya Joint Appraisal Report 2019.

¹⁰⁶ Kenya cMYP for Immunization 2015-2019.

¹⁰⁷ World Bank, Health Financing System Assessment in Lao PDR.

¹⁰⁸ Banco Mundial, Nigeria Health Financing System Assessment.

¹⁰⁹ Nigeria Health Financing System Assessment.

¹¹⁰ Gavi, Pakistan Joint Appraisal Report 2019.

¹¹¹ Gavi. (2016). Sudan Joint Appraisal Report 2016. <https://www.gavi.org/sites/default/files/document/joint-appraisal-sudan-2016pdf.pdf>

¹¹² Coe, M. and Gergen, J., Vietnam Country Brief.

¹¹³ Banco Mundial. (2015). Making The Whole Greater Than The Sum Of The Parts: A Review of Fiscal Decentralization in Vietnam.

<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/23951/Making0the0who0alization0in0Vietnam.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

¹¹⁴ Gavi, Vietnam Joint Appraisal Report 2018.

1.2 DESAFIO: CAPACIDADE DE GESTÃO DO PROGRAMA E DE ORÇAMENTAÇÃO LIMITADAS E VARIÁVEIS NOS NÍVEIS SUBNACIONAIS

País	Contexto
Costa do Marfim	<ul style="list-style-type: none"> Não existem Coordenadores do PAV regionais e as equipas de saúde regionais não têm formação no PAV.¹¹⁵
Índia	<ul style="list-style-type: none"> A falta de capacidades de gestão, incluindo gestão de stocks, gestão de recursos humanos, microplaneamento, responsabilização e coordenação de parceiros) é um dos principais motores do desempenho fraco.¹¹⁶
Indonésia	<ul style="list-style-type: none"> Os governos subnacionais tiveram dificuldade em utilizar completamente os seus orçamentos e em atingir metas de imunização, devido parcialmente a uma falta de capacidade de gestão do programa subnacional.¹¹⁷
Quênia	<ul style="list-style-type: none"> As competências inadequadas ao nível dos Condados para gerir e coordenar os serviços de imunização com muitos funcionários novos e inexperientes. Muitos organismos administrativos/ políticos subnacionais não funcionam.¹¹⁸ Capacidade subnacional limitada para envolver o setor privado, que desempenha um grande papel na prestação de serviços.¹¹⁹
Sudão	<ul style="list-style-type: none"> Fluxos de financiamento aumentados para os estados não foram correspondidos por atividades de capacitação de recursos humanos de gestão financeira.¹²⁰

1.3 DESAFIO: FALTA OU NÃO UTILIZAÇÃO DE DADOS DE PROGRAMA E FINANCEIROS SUBNACIONAIS

País	Contexto
Indonésia	<ul style="list-style-type: none"> O PAV nacional tem poucas informações sobre como os fundos nacionais são gastos ao nível subnacional.¹²¹
Quênia	<ul style="list-style-type: none"> Os relatórios dos condados para o Sistema de informações de gestão financeira integrada são de fraca qualidade, resultando em poucas informações sobre as despesas com a imunização.¹²² As taxas de comunicação baixas e a fraca qualidade dos dados em alguns países são provocadas pela falta de ferramentas, formação e estabelecimento de prioridades.¹²³
República Democrática Popular do Laos	<ul style="list-style-type: none"> O nível nacional tem pouca compreensão de como o financiamento gerado pelas províncias é aglomerado, atribuído ou utilizado.¹²⁴ A fraca qualidade dos dados complica o planeamento e os sistemas sobrepostos colocam uma forte carga de recolha dos dados no pessoal subnacional.¹²⁵
Timor-Leste	<ul style="list-style-type: none"> Há dificuldade em controlar despesas específicas da imunização devido à integração.¹²⁶
República do Congo	<ul style="list-style-type: none"> Grandes populações deslocadas internamente complicam a identificação das populações-alvo e o controlo dos recém-nascidos.¹²⁷

¹¹⁵ Gavi. (2018). Joint Appraisal Report 2018. <https://www.gavi.org/sites/default/files/document/joint-appraisal-c%25C3%25B4te-d-ivoire-2018pdf.pdf>

¹¹⁶ Centre for Public Impact, The Universal Immunisation Programme in India.

¹¹⁷ Maharani, A., & Tampubolon, G., Has decentralisation affected child immunisation status in Indonesia?

¹¹⁸ Kenya cMYP for Immunization 2015-2019.

¹¹⁹ Dutta, A., Maina, T., Ginivan, M., Koseki, S., Kenya Health Financing System Assessment.

¹²⁰ Gavi, Sudan Joint Appraisal Report 2016.

¹²¹ Communications from LNCT's Indonesia Country Core Group.

¹²² Gavi, Kenya Joint Appraisal Report 2019.

¹²³ Gavi, Kenya Joint Appraisal Report 2019.

¹²⁴ Communications from LNCT's Lao PDR Country Core Group.

¹²⁵ World Bank, Health Financing System Assessment in Lao PDR.

¹²⁶ Gavi, Timor Leste Joint Appraisal Report 2017.

¹²⁷ Gavi, Congo Joint Appraisal Report 2017.

Vietname	<ul style="list-style-type: none"> Utilização insuficiente dos dados para o planeamento e gestão. Leis restritas em redor da residência no distrito criam dificuldades no controlo de crianças migrantes.¹²⁸
-----------------	--

1.4 DESAFIO: COORDENAÇÃO, RESPONSABILIZAÇÃO E DIVISÃO DE RESPONSABILIDADES FRACAS

País	Contexto
Quênia	<ul style="list-style-type: none"> Existe uma divisão imprecisa das responsabilidades pela imunização entre os níveis nacionais e de condado.¹²⁹
Nigéria	<ul style="list-style-type: none"> Nenhuma abordagem integrada para coordenar o financiamento da imunização entre estados.¹³⁰
República do Congo	<ul style="list-style-type: none"> Sem Grupo nuclear nacional e o Comité de coordenação interagencial é fraco.¹³¹
Sudão	<ul style="list-style-type: none"> A lei que delega a responsabilidade e o financiamento das funções de saúde aos estados e localidades não tem clareza sobre as funções e responsabilidades.¹³²
Timor-Leste	<ul style="list-style-type: none"> O governo nacional diminuiu drasticamente as prioridades dos gastos na saúde no orçamento nacional em 2015-2016.¹³³
Vietname	<ul style="list-style-type: none"> Funções/ responsabilização pouco claras entre o Ministério da Saúde e os governos provinciais na prestação de cuidados de saúde.¹³⁴

1.5 DESAFIO: FINANCIAMENTO E PAGAMENTO FRAGMENTADO E IMPREVISÍVEL

País	Contexto
Costa do Marfim	<ul style="list-style-type: none"> São comuns atrasos no pagamento partindo do nível nacional.¹³⁵
Índia	<ul style="list-style-type: none"> Os funcionários relataram uma carga administrativa adicional para assegurar o desbloqueio dos fundos, desde que os fundos da Sociedade de Saúde Estatal começaram a ser direcionados através de contas estatais, em vez de serem transferidos diretamente.¹³⁶
Indonésia	<ul style="list-style-type: none"> Os estabelecimentos de saúde recebem fundos através de uma série de transferências ao nível central e do fundo do seguro nacional de saúde, levando a confusão sobre que financiamento está disponível.¹³⁷
Quênia	<ul style="list-style-type: none"> Atrasos no pagamento do financiamento em todos os níveis levaram a cerca de 68% de execução orçamental da parte do Ministério da Saúde em 2014/2015 e a ruturas de stock frequentes.¹³⁸ Os fundos recolhidos nos estabelecimentos de saúde devem ser canalizados para os Fundos de Receitas do Condado, impedindo os departamentos de saúde locais de gerirem as suas próprias receitas.¹³⁹

¹²⁸ Coe, M. and Gergen, J., Vietnam Country Brief.

¹²⁹ Kenya cMYP for Immunization 2015-2019.

¹³⁰ Gavi, Nigeria Joint Appraisal Report 2019.

¹³¹ Gavi, Congo Joint Appraisal Report 2017.

¹³² Banco Mundial, Organização Mundial da Saúde e UNICEF. (2017). Moving Toward UHC: Sudan. National Initiatives, Key Challenges, and the Role of Collaborative Activities. <http://documents1.worldbank.org/curated/en/929661513159699256/pdf/BRI-Moving-Toward-UHC-series-PUBLIC-WorldBank-UHC-Sudan-FINAL-Nov30.pdf>

¹³³ Gavi, Timor Leste Joint Appraisal Report 2017.

¹³⁴ Gavi, Vietnam Joint Appraisal Report 2018.

¹³⁵ Gavi. (2017a). Côte d'Ivoire Joint Appraisal Report 2017. <https://www.gavi.org/sites/default/files/document/joint-appraisal-c%25C3%25B4te-d-ivoire-2018pdf.pdf>

¹³⁶ Berman, Peter, Bhawalkar, Manjiri, Jha, Rajesh, Tracking Financial Resources for Primary Health Care in Uttar Pradesh, India.

¹³⁷ Mahendradhata, Y., Trisnantoro, L., Listyadewi, S., The Republic of Indonesia Health System Review.

¹³⁸ Dutta, A., Maina, T., Ginivan, M., Koseki, S., Kenya Health Financing System Assessment 2018.

¹³⁹ Health Policy Plus. (Fevereiro de 2020). Enhancing Domestic Resource Mobilization in Kenya Through Legal and Policy Analysis. Project Impact.

<http://www.healthpolicyplus.com/impacts.cfm?get=47>

República Democrática Popular do Laos	<ul style="list-style-type: none"> O processo de orçamentação é moroso, o que pode causar atrasos no pagamento.¹⁴⁰
Nigéria	<ul style="list-style-type: none"> Os fundos são muitas vezes desbloqueados tarde do nível nacional. Em 2018, foram desbloqueados no T3 (o desbloqueio de fundos pelos estados poderá ser ainda mais atrasado).¹⁴¹
Paquistão	<ul style="list-style-type: none"> O financiamento provincial é altamente fragmentado, com várias fontes federais e provinciais e um alto nível de financiamento da parte de doadores fora do orçamento. Isso provoca fluxos de financiamento atrasados e receitas imprevisíveis.¹⁴² Houve alguns atrasos no desbloqueio de fundos de doadores do Fundo Fiduciário de Doadores Múltiplos para as províncias.¹⁴³
República do Congo	<ul style="list-style-type: none"> O financiamento é muitas vezes incompleto e pago tarde no ano (em 2018, cerca de 15% tinha sido pago em outubro).¹⁴⁴
Sudão	<ul style="list-style-type: none"> Uma vasta gama de compradores cria um sistema de financiamento desafiante para os estabelecimentos navegarem.¹⁴⁵ Os fundos são muitas vezes desbloqueados tarde do nível nacional, com alguns pagamentos a nunca chegarem aos prestadores.¹⁴⁶

1.6 DESAFIO: ABASTECIMENTO E DISTRIBUIÇÃO DE RH DESIGUAIS

País	Contexto
Costa do Marfim	<ul style="list-style-type: none"> Recursos humanos insuficientes e distribuídos de forma desigual, bem como falta de informação sobre os recursos humanos existentes nos níveis subnacionais e no setor privado.¹⁴⁷
Índia	<ul style="list-style-type: none"> O número de recursos humanos, distribuição e remuneração é decidido pelos estados com grandes variações e levando a uma distribuição fraca.¹⁴⁸
Indonésia	<ul style="list-style-type: none"> O sistema de informação de gestão de recursos humanos é fraco e a força de trabalho está distribuída de forma desigual em termos regionais e entre as áreas rurais/urbanas.¹⁴⁹
Quênia	<ul style="list-style-type: none"> Grandes disparidades na distribuição de recursos humanos entre condados. Atrasos nos pagamentos de salários levam a greves esporádicas dos profissionais de saúde.¹⁵⁰
República Democrática Popular do Laos	<ul style="list-style-type: none"> O financiamento de nível nacional para os profissionais de saúde é limitado e os níveis locais devem preencher as vagas com posições contratadas, menos atrativas.¹⁵¹
Nigéria	<ul style="list-style-type: none"> Um recente aumento salarial minou ainda mais a capacidade dos Estados em assegurarem o pagamento atempado dos profissionais de saúde.¹⁵²

¹⁴⁰ World Bank, Health Financing System Assessment in Lao PDR.

¹⁴¹ Gavi, Nigeria Joint Appraisal Report 2019.

¹⁴² Kazmi, S., Nair, D., Delrichs, R. et al. (2016). Collaborating to Improve Immunization in Pakistan. Banco Mundial. <https://www.rbhealth.org/sites/rbf/files/Collaborating%20to%20Improve%20Immunization%20in%20Pakistan.pdf>

¹⁴³ Gavi, Pakistan Joint Appraisal Report 2019.

¹⁴⁴ Communications from LNCT's Republic of Congo Country Core Group.

¹⁴⁵ Banco Mundial, Organização Mundial da Saúde e UNICEF, Moving Toward UHC: Sudan.

¹⁴⁶ Banco Mundial, Organização Mundial da Saúde e UNICEF, Moving Toward UHC: Sudan.

¹⁴⁷ Gavi, Joint Appraisal Report 2018.

¹⁴⁸ Gavi, India Joint Appraisal Report 2019.

¹⁴⁹ Efendi, F., Kurniati, A. (2019). Human Resources for Health Country Profile of Indonesia.

https://www.researchgate.net/publication/258217131_Human_Resources_for_Health_Country_Profile_of_Indonesia

¹⁵⁰ Gavi, Kenya Joint Appraisal Report 2019.

¹⁵¹ Qian, Y., Yan, F., & Wang, W., Challenges for strengthening the health workforce in the Lao People's Democratic Republic.

¹⁵² Gavi, Nigeria Joint Appraisal Report 2019.

Paquistão	<ul style="list-style-type: none"> O PAV não susteve os seus recursos humanos desde a delegação devido a baixa remuneração, interferência política, subutilização dos vacinadores e profissionais de saúde femininas, bem como a oportunidades reduzidas para capacitação de recursos humanos do pessoal no serviço. A forte carga de recursos humanos deixa pouco espaço para os custos operacionais.¹⁵³
República do Congo	<ul style="list-style-type: none"> Recursos humanos insuficientes e com distribuição desigual.¹⁵⁴
Timor-Leste	<ul style="list-style-type: none"> Recursos humanos, formação e supervisão inadequados nas zonas rurais.¹⁵⁵
Vietname	<ul style="list-style-type: none"> As áreas rurais têm uma capacidade de recursos humanos insuficiente, em parte devido à concorrência com o setor privado, que se encontra principalmente nas áreas urbanas.¹⁵⁶

¹⁵³ Haque, M., Waheed, M., Masud, T., et al. (Novembro de 2016). The Pakistan Expanded Program on Immunization and the National Immunization Support Project: An Economic Analysis. Banco Mundial. <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/25864/111815-WP-PAKImmunizationEA-PUBLIC.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

¹⁵⁴ Gavi, Congo Joint Appraisal Report 2017.

¹⁵⁵ Gavi, Timor Leste Joint Appraisal Report 2017.

¹⁵⁶ Coe, M. and Gergen, J., Vietnam Country Brief.