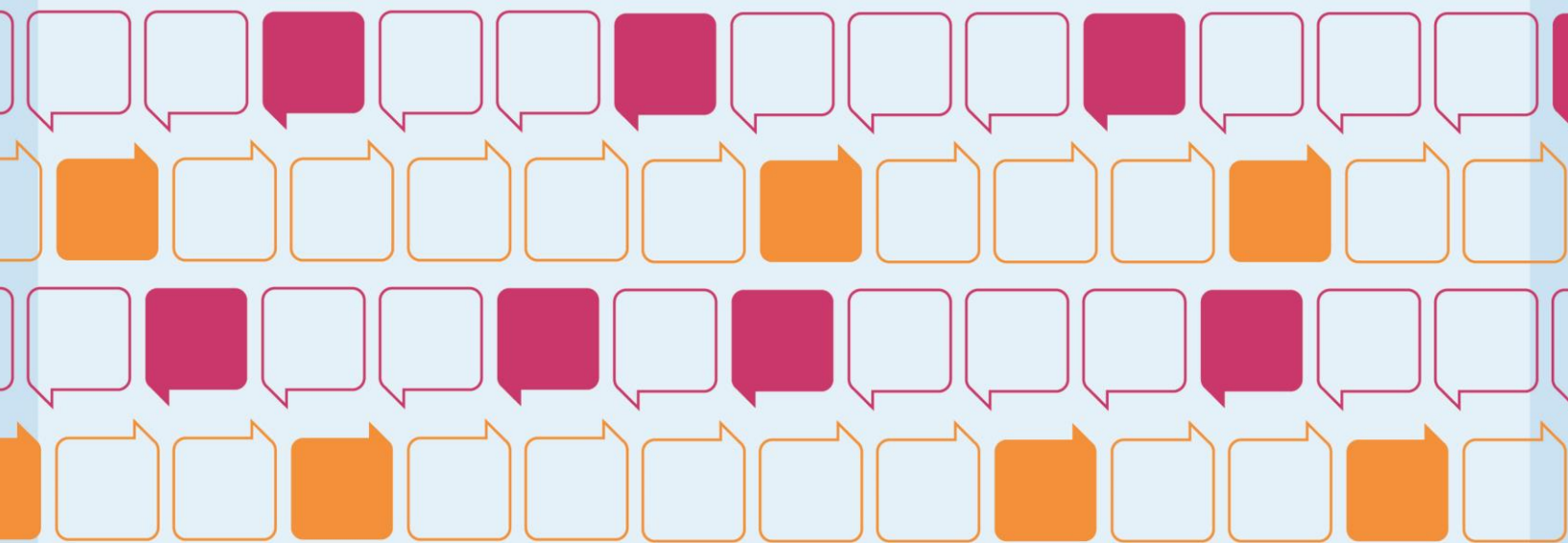


Мобилизация ресурсов на иммунизацию в децентрализованных системах здравоохранения: аналитический обзор странового опыта LNCT

обновлено в сентябре 2021 года



Содержание

Введение.....	3
Определение децентрализации	Error! Bookmark not defined.
Децентрализация и иммунизация	6
Роли и обязанности национального и субнационального правительства.....	6
Ответственность за ключевые функции иммунизации в отдельных странах LNCT	8
Распределение средств на иммунизацию на национальном уровне	11
Распределение средств на иммунизацию на субнациональном уровне	Error! Bookmark not defined.
Выплата средств на иммунизацию и узкие места	Error! Bookmark not defined.
Выводы	2Error! Bookmark not defined.
Приложение 1.1 Примеры из практики стран	24
Приложение 1.2 Проблемы стран	31

Введение

Учебная сеть для стран переходного периода (LNCT) – это ориентированная на конкретные страны сеть, призванная содействовать взаимному обучению для поддержки стран в процессе перехода от поддержки со стороны ГАВИ к полному внутреннему финансированию своих национальных программ иммунизации (НПИ). Поскольку поддержка ГАВИ уменьшается, и страны берут на себя большую долю финансирования иммунизации, они должны мобилизовать не только финансирование, необходимое для вакцин, но также и финансирование критических операционных расходов, включая холодовую цепь и логистику, предоставление услуг, укрепление здоровья и т.д. В странах с децентрализованными системами здравоохранения ответственность за эти функции (и необходимое финансирование) возлагается не на центральные, а на субнациональные органы власти. Мобилизация адекватных ресурсов и поощрение эффективных расходов для поддержания высокого охвата иммунизацией является одним из главных приоритетов для многих стран LNCT.

Страны осуществляют децентрализацию в различных формах (как определено ниже) и по разным причинам, в том числе для повышения уровня соответствия местным условиям и потребностям, для обеспечения более широкого политического представительства различных групп и устранения узких мест в процессе принятия решений. Децентрализация редко начинается в секторе здравоохранения, и редко она проводится только в секторе здравоохранения. Зачастую форма децентрализации не учитывает влияние на систему здравоохранения в целом, не говоря уже о влиянии на одну конкретную программу здравоохранения.

В децентрализованных системах здравоохранения полномочия по принятию решений и ответственность за важнейшие функции программы иммунизации могут находиться на субнациональном уровне или могут быть разделены между национальным и субнациональным уровнями. Например, центральный уровень может нести ответственность за доставку вакцины в районные отделения, однако затем полагаться на персонал района и учреждения для обеспечения распределения в пункты оказания услуг. Точно так же на центральном уровне может быть организовано обучение медицинских работников и инструкторов на региональном уровне, однако для проведения такого обучения медицинских работников требуются районные бюджеты. Исторически внешняя поддержка мобилизации ресурсов была сосредоточена в национальных бюджетах. Важно, чтобы менеджеры НПИ понимали процессы распределения и выплаты средств, а также узкие места, чтобы они могли определить возможности повышения доступности финансирования. Целью этого краткого обзора является:

- Определить общие проблемы мобилизации ресурсов в странах LNCT с децентрализованными системами здравоохранения;

Ключевые сообщения

- В децентрализованных системах здравоохранения полномочия по принятию решений и ответственность за важнейшие функции программы иммунизации могут находиться на субнациональном уровне или могут быть разделены между национальным и субнациональным уровнями.
- Руководители национальных программ иммунизации должны понимать процессы распределения и выплаты средств, а также узкие места, чтобы они могли определить возможности для повышения доступности финансирования на субнациональном уровне.
- Страны с децентрализованными системами сталкиваются с общими проблемами, которые ограничивают эффективность программ иммунизации, включая координацию между национальным и субнациональным уровнями, управленческий и бюджетный потенциал, а также финансирование ключевых функций иммунизации.
- Перспективные стратегии для решения этих проблем включают разработку эффективных систем обучения, коммуникации и координации на всех административных уровнях, укрепление потенциала для управления программами на субнациональном уровне, мониторинг субнациональных расходов на иммунизацию и поддержку субнациональных руководителей в сфере иммунизации для адвокатирувания увеличения финансирования.

- Привести примеры подходов, которые страны LNCT и другие страны со средним и низким уровнем дохода использовали для решения этих проблем;
- Определить стратегии, которые сотрудники программ иммунизации на национальном и субнациональном уровнях могут использовать для адвокатирувания и повышения доступности ресурсов на иммунизацию.

Определение децентрализации

Децентрализация может принимать разные формы. Существует четыре общепринятых типа децентрализации: политическая, административная, фискальная и рыночная. В этом кратком обзоре мы сосредоточимся на приведенных ниже первых трех.

- *Политическая децентрализация* – это передача полномочий по выработке политики гражданам или их избранным представителям. Это часто связано с представительным правительством и предоставлением гражданам или их представителям большего влияния при формировании и реализации политики.
- *Административная децентрализация* – это передача ответственности и финансовых ресурсов за предоставление государственных услуг, таких как услуги здравоохранения, различным уровням правительства или учреждениям. Существует три типа административной децентрализации, каждый из которых определяется типом организации, на которую возлагается ответственность за планирование, финансирование и управление этими государственными услугами.
 - *Деконцентрация*, зачастую считающаяся самой слабой формой децентрализации, перекладывает ответственность с должностных лиц центрального правительства на тех, кто работает на субнациональном уровне, например, от штаб-квартиры министерства здравоохранения персоналу министерства, работающему в провинциальных, региональных или районных управлениях здравоохранения, под контролем центрального министерства.
 - *Делегирование* – это более обширная форма децентрализации. Посредством делегирования центральные правительства передают ответственность за принятие решений и управление государственными функциями полуавтономным организациям, которые не полностью контролируются центральным правительством, но в конечном итоге подотчетны ему, таким как автономные госпитальные корпорации.
 - *Деволуция* – это передача полномочий по принятию решений, финансам и управлению государственными услугами субнациональным органам власти, имеющим четкие и юридически признанные географические границы, над которыми они осуществляют полномочия и в пределах которых выполняют государственные функции. Этот тип административной децентрализации часто ассоциируется с политической децентрализацией.
- *Фискальная децентрализация* – это передача полномочий по принятию решений о расходах от национального правительства субнациональному. Фискальная децентрализация может включать разрешение на увеличение местных доходов, а также трансферты на центральном уровне

ОБЩИЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕЦЕНТРАЛИЗАЦИИ

- Потеря эффективности и/или эффекта масштаба, когда такие функции, как закупки, передаются субнациональным органам власти
- Слабый административный и/или технический потенциал на нижних уровнях
- Передача административных обязанностей без адекватных ресурсов для эффективного выполнения
- Неравномерное распределение ресурсов
- Сложность координации реализации национальной политики между субнациональными структурами
- Обеспечение доверия и координация с частным сектором без передачи на местный уровень

субнациональным органам власти. Финансовая ответственность – ключевой компонент децентрализации. Чтобы местные органы власти и частные организации эффективно выполняли децентрализованные функции, они должны иметь адекватный уровень доходов – либо получаемых на местном уровне, либо передаваемых от центрального правительства, – а также полномочия принимать решения о расходах.¹

Хотя эти определения кажутся простыми, децентрализация – это сложный процесс: согласование различных законов, регуляций и практик, подпадающих под юрисдикцию нескольких государственных органов, может занять много лет. Формальные детали политической, административной и фискальной децентрализации могут быть плохо согласованы, в результате чего избранные на местном уровне должностные лица могут иметь недостаточную фискальную автономию, по закону или на практике, для выполнения своих обязанностей. Для целей администрирования государственных услуг опыт децентрализации редко укладывается в четкое определение *деконцентрации* или *деволюции*. Должностные лица здравоохранения на субнациональном уровне могут нести ответственность за финансирование и отбор дополнительных медицинских работников, но при условии соблюдения национальных регуляций государственной службы. Кроме того, политика децентрализации «на бумаге» может не отражать реальность ее реализации из-за ограниченных возможностей субнациональных органов власти или нежелания центрального уровня передавать полномочия более низким уровням.

Две страны LNCT демонстрируют сложность децентрализации на практике. *Индонезия* сильно децентрализована благодаря процессу, который начался в 2001 году, когда округа стали ключевым административным уровнем, ответственным за предоставление большинства государственных услуг, включая услуги здравоохранения. Руководители провинций и округов избираются путем многопартийных выборов. Провинции несут ответственность за больницы на провинциальном уровне, однако не имеют иерархической власти над округами, выполняя только координирующую роль.² Округа обладают значительной автономией в отношении бюджета, включая его размер и структуру, даже несмотря на то, что значительная часть их бюджета поступает из межбюджетных трансфертов.³ Что касается иммунизации, то округа несут полную ответственность за реализацию и также должны софинансировать ключевые компоненты программы.⁴ Чтобы восполнить недофинансирование здравоохранения и других социальных секторов, были созданы новые потоки целевого финансирования. Существуют механизмы общественного обсуждения государственных приоритетов на уровне округа, подокруга и села, однако степень влияния граждан на бюджетные решения недостаточно документирована.

Для сравнения: *Гана* привержена децентрализованному управлению на основе Конституции от 1992 года. Районные собрания являются координационным центром государственных услуг, однако, хотя они и обладают властными полномочиями в отношении определенных секторов, другие сектора, включая здравоохранение, остаются в ведении центрального правительства. Служба здравоохранения Ганы (GHS), действующая в ведении Министерства здравоохранения, отвечает за предоставление услуг и управляет региональными и районными управлениями здравоохранения, наделенными финансовыми и управленческими полномочиями. Хотя финансирование здравоохранения в основном осуществляется через Минздрав на субнациональные уровни, сектор здравоохранения также получает финансирование через районные ассамблеи. Хотя GHS делегировала определенные обязанности субнациональным офисам, она в то же время издает нисходящие директивы, которые подрывают их автономию. Чтобы способствовать процессу децентрализации, в 2016 году был принят Закон о местном самоуправлении, однако было отложено рассмотрение соответствующего законодательства, детализирующего децентрализацию ответственности в секторе здравоохранения.

¹ Тематическая группа Всемирного банка по децентрализации. (n.d.). Различные формы децентрализации. Что означает децентрализация? http://www.ciesin.columbia.edu/decentralization/English/General/Different_forms.html

² Hatt, L., Cico, A., Chee, G., et al. (декабрь 2015 г.). Краткий аналитический обзор и оценка возможностей и недостатков системы здравоохранения Индонезии. Проект финансирования и управления здравоохранением, Abt Associates Inc. <https://www.hfgproject.org/rapid-analytical-review-assessment-health-system-opportunities-gaps-indonesia/>

³ Couttolenc, V.F. (2012 г.). Децентрализация и управление в секторе здравоохранения Ганы. Всемирный Банк. <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/9376/702740PUB0EPI007902B009780821395899.pdf?sequence=1>

⁴ Coe, M., Gergen, J., Mallow, M., et al. (октябрь 2017 г.). Анализ ландшафта: устойчивое финансирование иммунизации в Азиатско-Тихоокеанском регионе. ThinkWell. <https://thinkwell.global/wp-content/uploads/2018/09/Immunization-Financing-Landscape-081618.pdf>

Децентрализация и иммунизация

Доказательства влияния децентрализации на охват иммунизацией в разных странах ограничены, а имеющиеся выводы дают неоднозначные результаты.

- Исследование⁵, проведенное в 2013 году в штате Керала *Индии*, показало, что децентрализация внутри штата привела к улучшению доступа к иммунизации и увеличению охвата прививками против дифтерии, коклюша, столбняка (АКДС) благодаря улучшенной инфраструктуре (включая помещения и оборудование) в медицинских учреждениях и лучшей отчетности перед государственной системой здравоохранения.
- Исследование⁶, проведенное в 2014 году в *Индонезии*, показало, что фискальная децентрализация не имеет статистически значимой связи с результатами иммунизации детей за десять лет после децентрализации. Авторы приходят к выводу, что децентрализация в Индонезии не достигла своей цели по улучшению результатов иммунизации детей из-за ограниченного местного потенциала в области планирования, разработки бюджета и исполнения бюджета.
- Исследования⁷ в *Папуа-Новой Гвинее* выявили потенциальное снижение охвата иммунизацией против бациллы Кальметта-Герена (БЦЖ) и АКДС1 среди детей в возрасте до 1 года в период между 1995 и 2005 годами, когда произошла значительная децентрализация.

Многие общие проблемы управления в децентрализованном контексте особенно остро стоят для программ иммунизации. Передача ответственности за закупку вакцин субнациональным органам власти привела к дефициту вакцин из-за слабого потенциала закупок на более низких уровнях. Различия в возможностях мобилизации местных ресурсов и привлечения человеческих ресурсов в субнациональных географических единицах обуславливают сохранение неравенства в охвате иммунизацией. Проблемы координации между национальным и субнациональным уровнями могут нарушить ключевые действия, необходимые для сильной программы, включая логистику и цепь поставок, обучение или формирование спроса.

Роли и обязанности национального и субнационального правительства

При разделении ответственности в области здравоохранения между национальным и субнациональным правительствами в децентрализованном контексте некоторые функции явно более соответствуют для выполнения на национальном или субнациональном уровне. Программное руководство хорошо вписывается в функции национального уровня, который может обеспечить концентрированную техническую экспертизу. ВОЗ отмечает, что ответственность за разработку национальной политики и правил, обеспечение развития потенциала на субнациональном уровне и координацию финансовых вопросов, таких как поддержка доноров, финансовые обязательства по особым усилиям и статьи расходов на вакцины, также должны возлагаться на национальный уровень.⁸ Закупка вакцин почти всегда осуществляется централизованно, поскольку необходимы специализированные специалисты по закупкам, а закупки в больших объемах позволяют сэкономить. С другой стороны, оказание первичной медико-санитарной помощи, как правило, является обязанностью субнациональных органов власти, которые могут лучше разбираться в плане удовлетворения местных потребностей, но при этом подчиняться национальным стандартам и руководящим указаниям. Однако другие функции, такие как наращивание потенциала, сбор данных и логистика, может быть сложнее распределить, и в конечном итоге они могут зависеть от контекста страны и компромисса между созданием эффекта масштаба и необходимостью в местном управлении, основанном на местной информации.⁹ Существует также противоречие

⁵ Rajesh, K., & Thomas, M. B. (2012). Децентрализация и интервенции в секторе здравоохранения. Журнал управления здравоохранением, 14(4), 417–433.

<https://doi.org/10.1177/0972063412468973>

⁶ Maharani, A., & Tampubolon, G. (2014). Повлияла ли децентрализация на статус иммунизации детей в Индонезии? Global Health Action, 7(1), 24913.

<https://doi.org/10.3402/gha.v7.24913>

⁷ Toikilik, S., Tuges, G., & Lagani, J., et al. (2010). Охватывают ли службы иммунизации труднодоступные группы населения? Результаты национального исследования охвата иммунизацией в Папуа-Новой Гвинее от 2005 года. Vaccine, 28(29), 4673–4679. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2010.04.063>

⁸ Всемирный банк. (n.d.). Что, почему и где. Децентрализация и региональная экономика на субнациональном уровне.

<http://www1.worldbank.org/publicsector/decentralization/what.htm>

⁹ Shah, A. (январь 1994 г.). Реформа межведомственных бюджетных отношений в странах с развивающейся и формирующейся рыночной экономикой. Всемирный Банк. <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/158321468740153413/the-reform-of-intergovernmental-fiscal-relations-in-developing-and-emerging-market-economies>

между желанием предоставить субнациональным органам власти гибкость для достижения своих местных целей и целью разумного фискального управления.¹⁰

В децентрализованных странах LNCT национальная программа иммунизации обычно сохраняет контроль над такими функциями, как: планирование и управление сектором; регулирование; операционная политика и техническое руководство; закупка вакцин; мониторинг и отчетность, включая информационные системы по здравоохранению и запасам; обучение без отрыва от производства и исследования. НПИ также координирует финансирование этих функций национальным правительством и внешними донорами, при этом финансирование вакцин составляет значительную часть национального бюджета. Во многих странах финансирование вакцин является исключительной ответственностью центрального правительства, хотя *Кения* и *Пакистан* являются заметными исключениями. Правительство субнационального уровня обычно отвечает за управление первичной медико-санитарной помощью, включая предоставление услуг по иммунизации. Другие функции, такие как управление человеческими ресурсами и обучение, надзор, отчетность и логистика, зачастую разделены между национальным и субнациональным уровнями или четко не определены. Национальная программа иммунизации может разрабатывать необходимые программы обучения, однако может полагаться на субнациональные органы власти для проведения обучения. Точно так же национальная программа может поставлять вакцины на региональный или районный уровень, но для доставки вакцин в районы и медицинские учреждения требуется субнациональное финансирование.

Администраторы здравоохранения на субнациональном уровне могут не быть напрямую подотчетными национальному Министерству здравоохранения, а должны отчетываться перед местным должностным лицам, которые, в свою очередь, отчетываются перед министерствами местного самоуправления или министерствами планирования. В результате НПИ может иметь мало информации и контроля над субнациональными программами и бюджетами иммунизации, и вместо этого приходится работать с этими агентствами для оказания руководства и поддержки. Координационные и совещательные органы, такие как Межведомственный координационный комитет (МКК) по иммунизации и Национальная техническая консультативная группа по иммунизации (НТКГИ) – для технического руководства и поддержки, национальные и субнациональные комитеты здравоохранения – для получения политического вклада или региональные центры по контролю за заболеваниями – для технического обслуживания и координации планирования, могут играть важную роль в распространении поддержки и информации от национального уровня на субнациональный и наоборот.

¹⁰ Pivodic, F. & Piatti, M. (2 сентября 2021 г.). На пути к лучшему управлению государственными финансами в сфере здравоохранения. Блоги Всемирного банка. Инвестирование в здравоохранение. <https://blogs.worldbank.org/health/towards-better-public-financial-management-health>

Ответственность за ключевые функции иммунизации в отдельных странах ЛНСТ

Конкретные функции	 Кения	 Лаосская НДР	 Пакистан
Техническое руководство	Руководство по программе иммунизации предоставляется субъектам государственной власти национальным МКК по иммунизации, надзор за которым осуществляет Координационный комитет сектора здравоохранения, в то время как НТКГИ и Национальный консультативный комитет по безопасности вакцин предоставляют рекомендации, основанные на национальных и глобальных данных.	Руководство по программе иммунизации предоставляется провинциям национальным Минздравом при поддержке МКК по иммунизации и НТКГИ. Во время составления бюджета Минздрав предоставляет провинциям руководство по микропланированию.	Руководство по программе иммунизации предоставляется провинциям национальным Минздравом при поддержке МКК по иммунизации и НТКГИ.
Регулирование и надзор	Национальный уровень несет ответственность за политическое регулирование и надзор. Округа несут ответственность за мониторинг предоставления медицинских услуг.	Национальное правительство отвечает за регулирование вакцин. Национальный закон об иммунизации описывает программу иммунизации на всех уровнях правительства и описывает связь НПИ с другими секторами.	Федеральное правительство отвечает за мониторинг и регулирование, а правительства провинций несут ответственность за принятие законов о здравоохранении.
Планирование и управление	Политическое руководство на национальном уровне осуществляется парламентским комитетом по здравоохранению. На уровне округа политическое руководство осуществляется комитетами здравоохранения округа под председательством члена окружного исполнительного комитета здравоохранения, однако в действительности многие из них не функционируют. Форумы заинтересованных сторон области здравоохранения в округах и подокругах и форумы по вопросам здоровья населения обеспечивают дополнительные указания на более низких уровнях.	Правительства провинций несут ответственность за руководство и организацию мероприятий в области здравоохранения в провинциях, а Минздрав отвечает за общее развитие и планирование сектора.	Правительства провинций несут ответственность за разработку политики в области здравоохранения, а также за планирование и реализацию программ здравоохранения.
Человеческие ресурсы и наращивание потенциала	На национальном уровне Консультативный совет по человеческим ресурсам в сфере здравоохранения и Кенийский орган по надзору за медицинскими профессиями консультируют по вопросам политики, норм и стандартов для человеческих ресурсов в сфере здравоохранения. Округа и подокруга несут ответственность за укомплектование персоналом, обучение и надзор, а национальный уровень поддерживает наращивание потенциала.	Наемный медицинский персонал набирается Министерством здравоохранения страны после сдачи нескольких экзаменов и распределяется по провинциям, однако финансирование этих должностей ограничено. Персонал также может набираться через медицинские учреждения в качестве работников по контракту, а не на заработной плате. НПИ проводит мониторинговые и контрольные визиты в провинции и районы два раза в год.	Провинции несут ответственность за надзор за человеческими ресурсами и наращивание потенциала.
Закупки и управление запасами	Национальное правительство отвечает за закупку вакцин, а округа – за закупку расходных материалов для иммунизации. Округа также несут ответственность за распространение вакцин и управление холодной цепью.	Закупка вакцин осуществляется централизованно с помощью НПИ. НПИ проводит ежемесячный обзор запасов вакцин на уровне провинции и района с помощью информационной системы по управлению поставками и запасами вакцин, а провинции могут запрашивать вакцины у НПИ в случае их дефицита. Бюджетами по поставкам и оборудованию управляет провинциальный или районный финансово-казначейский отдел, в который учреждения подают заказы на закупку.	Закупка вакцин финансируется провинциями, но объединяется на национальном уровне. Остальные закупки децентрализованы по провинциям.

<p>Данные и информационные системы</p>	<p>Национальный уровень отвечает за мониторинг и оценку, и с 2017 года округа представляют данные об иммунизации в основном в бумажной форме. Округа предоставляют финансовые данные через интегрированную информационную систему управления финансами, однако отчеты – часто низкого качества. Национальный уровень нацелен на выполнение ежеквартальных проверок данных и последующую работу с округами, в которых наблюдается значительный спад эффективности.</p>	<p>Теперь провинции предоставляют данные об иммунизации только в формате DHIS-2 (после того, как ранее данные по иммунизации также представлялись отдельно через систему на основе Excel). Провинции также предоставляют данные для информационной системы управления поставками и запасами вакцин и системы финансового управления. На национальном уровне проводится периодическая оценка качества данных в провинциях и обеспечивается наращивание потенциала провинций с низким качеством данных.</p>	<p>Провинции в значительной степени несут ответственность за сбор данных, что приводит к появлению множества различных, а иногда и дублирующих систем. Федеральное правительство управляет информационной системой по управлению логистикой вакцин, однако провинции также часто имеют свои собственные информационные системы логистики. В разных провинциях используются разные индикаторы мониторинга программ иммунизации, хотя ГАВИ и другие партнеры поддерживают усилия по систематизации этих данных.</p>
<p>Предоставление услуг иммунизации</p>	<p>Окружные комитеты здравоохранения несут ответственность за оказание медицинской помощи, но на самом деле многие из них не функционируют. Доставка осуществляется группами управления здравоохранением округа и подокруга, но функционируют лишь немногие подокружные группы.</p>	<p>Районные отделения здравоохранения несут ответственность за оказание первичной медико-санитарной помощи.</p>	<p>Провинции несут ответственность за предоставление услуг во всех нефедеральных больницах.</p>

Общие проблемы, с которыми децентрализованные страны LNCT сталкиваются при выполнении функций иммунизации на каждом уровне правительства, включают:

- **Различия в возможностях управления субнациональными программами иммунизации:** субнациональным органам власти зачастую не хватает специализированного персонала по иммунизации и потенциала, сконцентрированного на национальном уровне, что может затруднить адекватное планирование программ иммунизации и управление ими. В некоторых случаях эти проблемы могут быть временными. Во *Вьетнаме* реорганизация после децентрализации привела к периоду высокой текучести кадров по иммунизации на всех уровнях, что потребовало переподготовки персонала.¹¹ В других случаях определенные функции отсутствуют в структуре субнациональных органов здравоохранения. В *Кении*, многие управленческие команды районного уровня не сформированы полностью или не функционируют.¹² В *Тиморе-Лешти* после перехода необходимо было назначить координаторов НПИ в субнациональных органах власти.¹³ Степень, в которой необходим потенциал управления иммунизацией на субнациональном уровне, зависит от уровня интеграции между службами иммунизации и другими службами первичной медико-санитарной помощи, а также от наличия сильного управления рутинным предоставлением услуг.
- **Нечеткое разделение ответственности и границы подотчетности:** когда функции разделены между субнациональным и национальным правительствами или четко не распределены, существует вероятность несогласованности. Когда органы власти национального уровня издадут поправки к политике или протоколам, которые необходимо распространить среди работников здравоохранения, они могут полагаться на субнациональные органы власти для обучения работников здравоохранения – необходима сильная координация, чтобы гарантировать, что субнациональные органы здравоохранения готовы проводить обучение по мере необходимости. В рамках субнациональных программ иммунизации также может ощущаться разрыв между реагированием со стороны субнациональных органов власти и национальными программными или политическими указаниями. Во *Вьетнаме* провинции обращаются к Минздраву за руководством, но также предоставляют отчеты местным политическим и административным чиновникам и не всегда соблюдают директивы Минздрава.¹⁴
- **Недостаточные ресурсы или контроль над ресурсами:** субнациональные субъекты могут не иметь достаточных доходов или бюджетных полномочий для эффективного выполнения своих новых обязанностей. Причины нехватки ресурсов рассматриваются в следующих двух разделах.

Некоторые стратегии, которые страны использовали для решения этих проблем и обеспечения выполнения важнейших обязанностей по иммунизации, включают:

- **Обеспечение четкого распределения ключевых программных функций на соответствующем уровне:** почти все страны LNCT централизуют процесс закупок вакцин, чтобы обеспечить экономию за счет масштаба и упростить процессы закупок у ЮНИСЕФ или производителей. *Пакистан*, чтобы обеспечить эффективность процесса закупок, вернулся к национальным объединенным закупкам после периода, когда закупки были децентрализованы в провинциях.¹⁵ *Лаосская НДР* централизует закупку оборудования и материалов в провинциальном или районном финансово-казначейском отделе, что требует наличия помещений для представления заказов на поставку и может вызвать задержки с получением материалов, однако создает экономию за счет масштаба по сравнению с индивидуальными заказами отдельного учреждения.¹⁶

¹¹ ГАВИ. (2018). Отчет о совместной оценке Вьетнама за 2018 год. <https://www.gavi.org/sites/default/files/document/joint-appraisal-vietnam-2018pdf.pdf>

¹² Министерство здравоохранения и санитарии Кении, Отдел служб вакцинации и иммунизации. (июнь 2015 года). Комплексный многолетний план (сМYP) по иммунизации на 2015-2019 годы. https://www.who.int/immunization/programmes_systems/financing/countries/cmyp/Kenya_cmyp_2015-2019.pdf?ua=1

¹³ ГАВИ. (2017). Отчет о совместной оценке Тимора-Лешти за 2017 год. <https://www.gavi.org/sites/default/files/document/joint-appraisal-timor-leste-2017pdf.pdf>

¹⁴ Отчет о совместной оценке Вьетнама за 2018 год.

¹⁵ ГАВИ. (2019). Отчет о совместной оценке Пакистана за 2019 год. <https://www.gavi.org/sites/default/files/document/2020/Pakistan%20Joint%20Appraisal%202019.pdf>

¹⁶ Всемирный банк. (декабрь 2017 г.). Управление переходом: Охват уязвимых групп при обеспечении всеобщего охвата услугами здравоохранения. Оценка системы финансирования здравоохранения в Лаосской НДР. <http://documents1.worldbank.org/curated/en/861981512149155081/pdf/121809-REVISED-v2-HFSA-Main-report-FA-ully-report.pdf>

- **Обеспечение соответствия финансирования функциям:** страны должны гарантировать, что каждый уровень правительства имеет достаточные ресурсы и бюджетные полномочия для выполнения возложенных на него функций иммунизации. Этой теме посвящены следующие два раздела.
- **Создание субнационального потенциала для управления программами иммунизации:** в некоторых странах, таких как *Тимор-Лешти*¹⁷, на районном уровне существует специальный персонал по иммунизации, включая сотрудника по иммунизации, хотя эти позиции не всегда заполняются. В других странах может не быть специального персонала, и иммунизация может конкурировать с другими приоритетами. Принято считать, что ключевая функция национального Минздрава во время децентрализации заключается в обучении, руководстве и помощи субнациональным органам власти в наращивании их способности брать на себя новые функции. Страны могут также изучить стратегии поощрения взаимного обмена знаниями между субнациональными структурами. Объединенная учебная сеть *Нигерии* является примером такой стратегии наращивания потенциала, хотя она сосредоточена на всеобщем здравоохранении, а не на иммунизации. [Сообщество Boost Института вакцин им. Сабина](#) предоставляет профессионалам в области иммунизации на всех уровнях платформу для развития навыков руководства и управления программами иммунизации и обмена опытом со своими коллегами из других стран.

Распределение средств на иммунизацию на национальном уровне

Доходы на иммунизацию на национальном уровне поступают в основном из общегосударственного налогового дохода и внешнего финансирования от доноров, таких как ГАВИ, агентства ООН, неправительственные организации и фонды, а также в рамках двусторонних соглашений с другими правительствами.¹⁸ Обзор 33 стран Африки к югу от Сахары показал, что иммунизация составляет в среднем 1.98% государственного бюджета на здравоохранение без учета бюджетных средств доноров.¹⁹ В целом, по мере приближения стран LNCT к переходу от поддержки со стороны ГАВИ они могут ожидать, что все большая часть их программ иммунизации будет финансироваться из внутренних источников. Однако прогресс страны в направлении самофинансирования зачастую не является прямой траекторией, поскольку экономическая нестабильность, взносы новых доноров или крупные инвестиции ГАВИ на разовые мероприятия, такие как внедрение новых вакцин или улучшение холодовой цепи, вызывают краткосрочные колебания в доле, финансируемой государством. Иногда общие национальные налоговые поступления могут дополняться альтернативными внутренними источниками доходов, такими как целевые фонды иммунизации или специальные налоги, предназначенные для финансирования определенных программ (обычно называемые налогами на общественное здравоохранение или «налогами на пороки» (табак, алкоголь, азартные игры)), однако они обычно составляют очень небольшую часть общих доходов для иммунизации.

Доля финансирования иммунизации, поступающая на национальный уровень, варьируется в странах LNCT и не обязательно соответствует доле расходов на национальном уровне. Например, в *Лаосской НДР* национальный уровень несет ответственность за покрытие почти всех затрат на плановую иммунизацию, включая вакцины, расходные материалы, заработную плату, транспорт, техническое обслуживание, накладные расходы и управление программами. Однако 60% расходов на здравоохранение приходится на национальный уровень, а 40% - на субнациональный. Вклады провинций невелики, и их масштабы не совсем понятны.²⁰ В *Индонезии* финансирование иммунизации обеспечивается в объеме 60% на национальном уровне и 40% – на субнациональном уровне. Субнациональный уровень несет ответственность за покрытие 20% затрат на вакцины и всех операционных затрат на иммунизацию.²¹ В трех странах LNCT, где информация находится в открытом

¹⁷ Отчет о совместной оценке Тимора-Лешти за 2017 год.

¹⁸ Институт показателей и оценки здоровья. (апрель 2020 г.). Финансирование глобального здравоохранения. IHME Viz Hub. <https://vizhub.healthdata.org/fgh/>

¹⁹ Griffiths, U. K., Asman, J., & Adjagba, A. (2020 г.). Статья бюджета на иммунизацию в 33 африканских странах. Политика и планирование здравоохранения, 35(7), 753–764. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa040>

²⁰ Всемирный банк, Оценка системы финансирования здравоохранения в Лаосской НДР.

²¹ Всемирный банк. (октябрь 2016 г.). Оценка системы финансирования здравоохранения в Индонезии.

<http://documents1.worldbank.org/curated/en/453091479269158106/pdf/110298-REVISED-PUBLIC-HFSA-Nov17-LowRes.pdf>

доступе, доля доходов от иммунизации, получаемых на национальном уровне, колеблется от 70% до 100% – на вакцины и расходные материалы и от 50 до 100% – на операционные расходы.²²

Процесс бюджетирования на национальном уровне обычно начинается с установления потолка (верхнего предела) бюджета сектора здравоохранения Министерством финансов и/или Министерством планирования на основе имеющихся доходов, средств доноров и государственных приоритетов. Затем Министерство здравоохранения использует этот потолок для составления своего бюджетного предложения. По состоянию на 2019 год, почти все страны LNCT имели статьи расходов по вакцинам, включенные в их бюджеты (*Тимор-Лешти* не включил, а *Ангола* и *Сан-Томе и Принсипи* не сообщили).²³ Страны LNCT используют различные методы составления бюджета на национальном уровне, включая составление бюджета на основе результатов, составление бюджета на основе программ или составление бюджета на основе распределения за прошлые периоды.

Двумя крупнейшими статьями расходов на национальном уровне являются вакцины и персонал. Все страны LNCT закупают вакцины на национальном уровне, хотя некоторые страны требуют взносов из субнациональных бюджетов. Обзор комплексных многолетних планов (сMYPs) в странах, отвечающих критериям ГАВИ, в период 2008–2016 годов показал, что на вакцины приходится 51% средних общих расходов на иммунизацию в стране.²⁴ Среди стран LNCT, представивших единую форму отчетности (JRF) за 2019 год, доля государственного финансирования плановой иммунизации, потраченная на вакцины, варьировалась от 7% в *Сан-Томе и Принсипи* до 100% в *Армении*, в среднем составляя 68%, хотя неясно, включали ли некоторые страны субнациональные расходы.²⁵ Бюджеты национального уровня также включают некоторые расходы на обучение, надзор, логистику, измерения и оценку, в то время как большая часть операционных расходов приходится на субнациональный уровень.

Бюджетные потолки для национальных средств, выделяемых субнациональным структурам, могут быть определены Министерством здравоохранения или министерством, которое курирует дела субнационального правительства, например, Министерством внутренних дел. Национальные правительства обычно выделяют средства субнациональным структурам на основе прошлых бюджетов, штатного расписания, численности населения или уравнивающей формулы, которая может благоприятствовать, например, районам с более низкими показателями здравоохранения. Затем субнациональные органы власти разрабатывают свои бюджетные предложения и представляют их в Министерство здравоохранения и/или Министерство финансов, которые проверяют их на предмет соблюдения бюджетных ограничений и руководящих принципов и объединяют их в единый бюджет. Степень роли НПИ или Минздрава в этом процессе обычно определяется тем, как финансируется здравоохранение, однако они могут поддерживать субнациональные правительства посредством таких мероприятий, как предоставление микропланирования и руководство по составлению бюджета (как в *Лаосской НДР*²⁶), рассмотрение и/или консолидация бюджетных предложений (*Лаосская НДР*²⁷, *Индонезия*²⁸, *Кения*²⁹, *Пакистан*³⁰) или содействие процессу утверждения планов реализации с оценочными бюджетными предложениями (*Индия*³¹), либо они прямое участие может быть очень незначительным. Затем консолидированный бюджет утверждается Парламентом до или после отправки обратно на субнациональный уровень для окончательной корректировки.

²² Всемирный банк, Оценка системы финансирования здравоохранения в Лаосской НДР; Всемирный банк, Оценка системы финансирования здравоохранения в Индонезии; Сое, М. and Gergen, J. (август 2017 г.). Устойчивое финансирование иммунизации в Азиатско-Тихоокеанском регионе: краткий обзор страны - Вьетнам. ThinkWell. <https://thinkwell.global/wp-content/uploads/2018/09/Vietnam-Country-Brief-081618.pdf>

²³ Всемирная организация здравоохранения. (n.d.). Заболевания, предупреждаемые с помощью вакцин – ВОЗ: система мониторинга. Глобальный краткий обзор за год. База данных совместных форм отчетности ВОЗ. https://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/indicators

²⁴ Brenzel, L. (2015). Что мы узнали о стоимости и финансировании плановой иммунизации из комплексных многолетних планов стран, соответствующих критериям ГАВИ? *Vaccine*, 33, A93–A98. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2014.12.076>

²⁵ База данных совместных форм отчетности ВОЗ.

²⁶ Всемирный банк, Оценка системы финансирования здравоохранения в Лаосской НДР.

²⁷ Всемирный банк, Оценка системы финансирования здравоохранения в Лаосской НДР.

²⁸ Всемирный банк, Оценка системы финансирования здравоохранения в Индонезии.

²⁹ Комплексный многолетний план по иммунизации Кении на 2015–2019 годы.

³⁰ Отчет о совместной оценке Пакистана за 2019 год.

³¹ Центр общественного воздействия. (2017e-05). Универсальная программа иммунизации в Индии. <https://www.centreforpublicimpact.org/case-study/universal-immunization-program-india/>

В рамках этого обобщенного обзора бюджетных процессов на национальном уровне возможны значительные различия между странами. Например, в *Индонезии* Министерство здравоохранения собирает предлагаемые планы работы в провинциях и округах и представляет проект плана работы в области здравоохранения в Министерство финансов в рамках процесса переговоров о потолках бюджетов секторов.³² Во *Вьетнаме* финансирование иммунизации гарантируется национальным законодательством, и средства на оказание услуг по иммунизации распределяются по провинциям отдельной строкой в рамках вертикальной профилактической помощи.³³ В *Нигерии* большая часть средств, передаваемых штатам, представляет собой безусловные гранты общего назначения, и штаты имеют широкие полномочия по использованию средств по своему усмотрению.³⁴

Все страны LNCT сталкиваются с проблемами обеспечения выделения достаточных ресурсов на иммунизацию на национальном уровне из-за ограниченного фискального пространства. В децентрализованном контексте некоторые из этих проблем могут усугубиться. Например:

- **Неравномерное расходование средств между географическими регионами:** ГАВИ считает достижение равного охвата иммунизацией важной целью для успешного перехода.³⁵ В централизованных системах национальные правительства играют ключевую роль в распределении ресурсов между географическими регионами для достижения равенства. Децентрализация позволяет субнациональным органам власти определять свои собственные приоритеты, что зачастую приводит к тому, что штаты или провинции выделяют различные уровни поддержки здравоохранения и иммунизации. В некоторых случаях метод, с помощью которого национальное правительство распределяет доходы на субнациональные уровни, усугубляет географическое неравенство. Во *Вьетнаме* до 2017 года, как и во многих странах, оказание услуг по иммунизации было статьей в национальном бюджете и распределялось между провинциями в зависимости от численности населения без учета различных нужд из-за необходимых операционных обновлений или бремени болезней. Затем провинции переводили средства в учреждения в зависимости от численности персонала. Таким образом, бюджетный процесс усугубил существующие различия в расходах между провинциями и сельскими/городскими районами.³⁶ В *Нигерии* 13% всех доходов от нефти возвращается нефтедобывающим штатам в зависимости от их вклада, тогда как остальная часть распределяется более или менее поровну между всеми штатами с отсутствием должного внимания к таким факторам, как уровень развития, численность населения или финансовые возможности. Таким образом, распределение доходов от нефти между штатами, которое можно было бы использовать для обеспечения равенства, вместо этого обеспечивает наибольшее финансирование тем штатам, которые и так располагают ресурсами в большем объеме.³⁷
- **Повышенное политическое внимание к вакцинам по сравнению с другими необходимыми расходами:** поскольку вакцины являются основой иммунизации, а национальное правительство несет ответственность за закупку, политическое внимание на высоком уровне, как правило, сосредоточено на вакцинах, а не на других необходимых ресурсах. Страны LNCT обычно сообщают о дефиците в сферах человеческих ресурсов, обучения, надзора, управления, холодовой цепи и цепи поставок, транспортировки, а также мониторинга и оценки, и все это часто, по крайней мере, частично является обязанностью национального правительства. Национальные правительства часто обращаются к донорам для финансирования важных мероприятий/ресурсов, таких как обучение, формирование спроса или холодовая цепь. В то время как в большинстве стран имеется статья на вакцины в национальных бюджетах здравоохранения, и значительное внимание уделяется обеспечению ее полного финансирования, меньше внимания уделяется адекватности бюджетов для других операционных расходов, которые поступают из национальных и субнациональных бюджетов.

³² Всемирный банк, Оценка системы финансирования здравоохранения в Индонезии.

³³ Сое, М. and Gergen, J., Краткий обзор страны - Вьетнам.

³⁴ Всемирный банк. (апрель 2018 г.). Оценка системы финансирования здравоохранения в Нигерии.

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

³⁵ ГАВИ. (2015 г.). Критерии приемлемости и политика по переходу Альянса ГАВИ, версия 3.0. <https://www.gavi.org/sites/default/files/document/gavi-eligibility-and-transition-policy.pdf>

³⁶ Отчет о совместной оценке Вьетнама за 2018 год.

³⁷ Всемирный банк, Оценка системы финансирования здравоохранения в Нигерии.

Некоторые шаги, которые страны предприняли для улучшения распределения финансирования иммунизации на национальном уровне, чтобы лучше поддерживать программы иммунизации на субнациональном уровне, включают:

- **Совершенствование процесса распределения бюджета на субнациональном уровне:** национальный уровень может рассмотреть возможность пересмотра своей формулы распределения бюджетных потолков субнациональным органам власти для решения вопросов равенства или ассигнований, которые осуществляются на основе прошлых ассигнований, а не текущих потребностей, например, путем присвоения большего веса труднодоступным районам. Во *Вьетнаме* правительство перешло от распределения средств на основе численности населения к разрешению провинциальным народным комитетам принимать решения о распределении средств.³⁸
- **Адвокатирование ресурсов на иммунизацию на национальном уровне:** руководители в сфере иммунизации могут использовать имеющуюся у них информацию о субнациональных потребностях и приоритетах для адвокатирования увеличения национальных ресурсов для поддержки субнациональных программ, включая предоставление обучения и рекомендаций для субнациональных партнеров. Во *Вьетнаме* все провинциальные программы иммунизации отслеживают расходы с 2013 года с помощью инструмента потока бюджетных ресурсов Института им. Сабина (Sabin). В 2014 и 2015 годах эти данные были успешно использованы как для увеличения расходов провинций, так и для предотвращения сокращения бюджета на национальном уровне.³⁹ Министерство здравоохранения должно также выделять достаточные средства для покрытия всех возложенных на него обязанностей по обучению, надзору и руководству, чтобы обеспечить достаточную поддержку субнациональным органам власти, которые могут не обладать такими глубокими знаниями в области разработки программ иммунизации и потенциалом финансового управления.

Распределение финансовых ресурсов на субнациональном уровне

Доходы на иммунизацию на субнациональном уровне поступают из различных источников и могут быть разделены с другими программами в большей степени, чем на национальном уровне. Трансферты с национального уровня представляют собой значительную часть расходов на субнациональном уровне, однако возможности субнационального уровня по составлению бюджета и использованию этих средств по своему усмотрению могут быть ограничены целевыми суммами или другими непредвиденными расходами, предназначенными для конкретных целей, таких как зарплата персонала, в отношении которых субнациональный уровень имеет ограниченные полномочия. В некоторых странах, таких как *Кот-д'Ивуар, Индия, Индонезия, Кения, Нигерия, Пакистан* и *Вьетнам*, субнациональные правительства имеют право увеличивать свои собственные налоговые поступления на здравоохранение и иммунизацию, хотя на практике этот поток доходов ограничен и может быть доступен только для небольшой части страны с городскими центрами и активной коммерческой деятельностью. Например, в *Нигерии* в среднем 26% доходов каждого штата генерируется этим штатом, но в четырех штатах доходы штатов превышают федеральные трансферты, в то время как в других – очень малы.⁴⁰ В *Кении* в среднем 2% доходов каждого округа генерируется округом, тогда как в *Найроби* округ генерирует более 25%, при этом на пять округов (из 47) приходится 56% всех доходов, генерируемых государством.⁴¹ Анализ 19 штатов *Индии* показал, что в среднем 47% доходов генерируется штатом, при этом доходы, генерируемые штатом, составляют большую часть доходов в 6 штатах и только 20% – в трех штатах.⁴²

В некоторых странах доходы также генерируются на уровне учреждения за счет взимаемой платы с пользователей и выплат по национальному медицинскому страхованию. Хотя доходы не генерируются за счет

³⁸ Отчет о совместной оценке Вьетнама за 2018 год.

³⁹ Институт вакцин им. Сабина. (март 2019 г.). Десятилетие устойчивого финансирования иммунизации. https://www.sabin.org/sites/sabin.org/files/resources/a_decade_of_sustainable_immunization_financing.pdf

⁴⁰ Всемирный банк. (апрель 2018 г.). Оценка системы финансирования здравоохранения Нигерии.

⁴¹ Kimunge, James. (2020 г.). Потоки доходов, которые максимизируют доходы в округах Кении. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.16189.00489>.

⁴² Kala, M., Khullar, V. (январь 2018 г.). Состояние государственных финансов. PRS Legislative Research, Институт политических исследований. https://www.prsindia.org/sites/default/files/parliament_or_policy_pdfs/State%20of%20State%20Finances%202018.pdf

услуг иммунизации, которые являются бесплатными, средства могут использоваться для таких вопросов, как техническое обслуживание учреждений, заработная плата или аутрич-деятельность, которые поддерживают общие медицинские услуги, включая иммунизацию. Там, где такие доходы существуют, они часто составляют значительную долю дискреционного бюджета для учреждений. Хотя иммунизация обычно не включается в пакеты национального медицинского страхования в странах ЛНСТ, в Индонезии и в некоторых программах в *Индии* – включена. Другие страны, такие как *Гана* и *Вьетнам*, рассматривают возможность включения иммунизации в свои пакеты медицинского страхования,⁴³ что может изменить поток доходов на иммунизацию. Наконец, субнациональные структуры могут получать внешнее финансирование напрямую от доноров.

Как правило, хотя и не всегда, субнациональные органы власти получают потолок бюджета и инструкции от национального правительства до разработки своих бюджетов. Затем они могут следовать бюджетному процессу, который аналогичен процессу на национальном уровне: устанавливать потолок бюджета для секторов, если он еще не установлен на национальном уровне; разрабатывать бюджетные предложения на основе принципов бюджетирования, таких как составление бюджета на основе программы или результатов; распределять средства на более низкие уровни на основе укомплектования персоналом, ассигнований за прошлые годы или другой формулы распределения; привлекать средства и проводить консолидацию бюджетов на более низких уровнях и представлять на утверждение субнациональному руководящему органу. Их бюджеты затем представляются национальному правительству для консолидации, и может потребоваться дальнейшее уточнение до или после их утверждения национальным Парламентом. В ходе этого процесса правительство субнационального уровня может получить поддержку от НПИ в виде рекомендаций по микропланированию и составлению бюджета.

Уровень дискреции субнациональных правительств в отношении своих бюджетов существенно различается между децентрализованными странами ЛНСТ. В некоторых странах, таких как *Индия*, *Нигерия* или *Тимор-Лешти*, субнациональные правительства имеют широкие полномочия по распределению своих окончательных пакетов финансирования по своему усмотрению. В других странах, таких как *Индонезия*, *Лаосская НДР* или *Кения*, существуют требования, согласно которым определенный процент бюджета должен направляться на здравоохранение (хотя обычно в таких требованиях не указывается, какая часть бюджета здравоохранения должна быть выделена на иммунизацию) или округа должны соответствовать определенным показателям эффективности. Однако эти требования не всегда выполняются. В *Лаосской НДР* провинции должны тратить 9% своего бюджета на здравоохранение, однако им также разрешено перераспределять свой окончательный бюджет между секторами, если они придерживаются своего общего потолка.⁴⁴ На практике многие провинции не соответствуют требованиям.

Чтобы направить финансирование на здравоохранение, некоторые страны создали целевые трансферты на центральном уровне или национальные программы, ориентированные на первичную медико-санитарную помощь. В *Индонезии* целевые средства используются для обеспечения того, чтобы на здравоохранение было потрачено достаточно средств, особенно в районах с ограниченными местными ресурсами.⁴⁵ В *Индии* Всеобщая программа иммунизации находится в ведении Национальной миссии здравоохранения (и ее сельских и городских подразделений), которая выделяет средства государственным ассоциациям здравоохранения на оказание медицинской помощи с фокусированием на уязвимые группы населения. Денежные средства находятся в ведении государственных ассоциаций здравоохранения, а бюджеты утверждаются Миссией на национальном уровне.⁴⁶ Закон о национальном здравоохранении *Нигерии* от 2014 года предусматривает, что 1% консолидированных доходов федерации и поступления от партнеров должны направляться в Фонд базового медицинского обслуживания (ВНСРФ), предназначенный для финансирования базового пакета услуг, включая иммунизацию. Почти половина этих средств, включая партнерское финансирование, направляется через

⁴³ Учебная сеть для стран переходного периода (ЛНСТ). (февраль 2020 г.). Соображения по управлению программами иммунизации в рамках национального медицинского страхования. https://lnct.global/wp-content/uploads/2020/02/Considerations-for-Immunization-Programs-within-NHI_FINAL.pdf

⁴⁴ Всемирный банк, Оценка системы финансирования здравоохранения в Лаосской НДР.

⁴⁵ Всемирный банк, Оценка системы финансирования здравоохранения в Индонезии.

⁴⁶ Министерство здравоохранения и благополучия семьи, правительство Индии. (2005 г.). Национальная миссия по охране здоровья в сельских районах: удовлетворение здравоохранительных нужд людей в сельских районах. Рамки реализации на 2005-2012 годы. <https://nhm.gov.in/WriteReadData/892s/nrhm-framework-latest.pdf>

Национальное агентство по развитию первичной медико-санитарной помощи в штаты, отвечающие определенным критериям. На практике реализация операций ВНСРФ осуществляется медленно.⁴⁷

Субнациональный уровень обычно несет ответственность за операционные расходы на предоставление услуг, включая плановую иммунизацию в учреждениях, аутрич-мероприятия, социальную мобилизацию, надзор, обучение, цепь поставок и логистику, эпиднадзор, менеджмент и системы управления медицинской информацией, некоторые из которых могут быть разделены с национальным уровнем. Когда затраты на человеческие ресурсы возложены на субнациональный уровень, они обычно являются самой значительной движущей силой. Обзор оценок затрат на иммунизацию в 24 странах показал, что на рабочую силу приходится 40% всех затрат, за чем следуют цепь поставок – 14% и капитал – 12%.⁴⁸ Обзор шести стран с низким и средним уровнем доходов показал, что при сортировке по функциям на плановую иммунизацию в учреждениях приходится наибольшая доля затрат на иммунизацию (что составило 36%), за чем следовали аутрич-мероприятия (17%), системы управления медицинской информацией и цепь поставок и логистика (по 10%).⁴⁹

В большинстве стран на национальном уровне расходы на иммунизацию на субнациональном уровне не прослеживаются, отчасти потому, что эти расходы могут быть разделены с другими программами, но также потому, что отсутствуют системы для сбора такой информации. Страны LNCT сообщают о нехватке финансирования по всем аспектам предоставления услуг иммунизации, при этом человеческие ресурсы зачастую являются одной из самых недофинансируемых статей. В некоторых странах политика финансирования и заработной платы приводит к постоянному недофинансированию человеческих ресурсов в наиболее нуждающихся местностях, при этом национальные шкалы заработной платы не стимулируют работу в сельской местности, а бюджеты на персонал выделяются с учетом того, что медицинские работники предпочитают концентрироваться в городах, в результате чего открытые вакансии в сельской местности не финансируются.⁵⁰ Децентрализация может усугубить эти проблемы, поскольку национальное правительство может больше не иметь ресурсов или полномочий для принятия политики, которая помогает распределять персонал по нуждающимся областям. Например, в *Лаосской НДР* финансирование государством оплачиваемых должностей государственной службы ограничено. Чтобы покрыть нехватку персонала, учреждения могут осуществлять наем только по контрактным позициям, которые менее привлекательны, особенно в отдаленных районах, где количество работников здравоохранения и так невелико.⁵¹ Во *Вьетнаме* было отмечено, что высокие зарплаты, выплачиваемые частными поставщиками услуг, сосредоточенными в городских районах, не позволяют сельским округам нанимать персонал.⁵² Другие сферы, которые обычно указывают как недофинансируемые, включают логистику, аутрич-мероприятия и обучение, что влияет на наличие вакцин, доступ к услугам и качество обслуживания.

Ключевые проблемы, с которыми часто сталкиваются субнациональные органы власти при выделении достаточных ресурсов на иммунизацию, включают:

- **Низкий потенциал бюджетирования и отсутствие прозрачности:** персонал субнационального правительства может не иметь такого опыта управления программами иммунизации, который существует на национальном уровне, особенно на ранних этапах децентрализации, и может не иметь четкого представления об обязанностях субнационального правительства по иммунизации, а также о том, что должен включать полный бюджет иммунизации. Сложные бюджетные процессы могут усугубить эту проблему. В *Индонезии* субнациональные органы власти столкнулись с трудностями в

⁴⁷ Национальное агентство развития первичной медико-санитарной помощи. (апрель 2018 г.). Стратегия Нигерии по иммунизации и укреплению системы ПМСП (NSIPSS) на 2018-2028 годы. 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

⁴⁸ Portnoy, A., Vaughan, K., & Clarke-Deelder, E., et al. (2020 г.). Подготовка стандартных оценок затрат на проведение иммунизации на страновом уровне. *PharmacoEconomics*, 38(9), 995–1005. <https://doi.org/10.1007/s40273-020-00930-6>

⁴⁹ Brenzel, L., Young, D., & Walker, D. G. (2015 г.). Стоимость и финансирование плановой иммунизации: подход и отдельные результаты многостранового исследования (EPIC). *Vaccine*, 33, A13–A20. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2014.12.066>

⁵⁰ Dussault, G., & Franceschini, M. C. (2006). Недостаточно - там, слишком много - здесь: понимание географического дисбаланса в распределении персонала здравоохранения. *Human Resources for Health*, 4(1). <https://doi.org/10.1186/1478-4491-4-12>

⁵¹ Qian, Y., Yan, F., & Wang, W. (2016). Проблемы укрепления персонала здравоохранения в Лаосской НДР: взгляды основных заинтересованных сторон. *Human Resources for Health*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s12960-016-0167-y>

⁵² Coe, M. and Gergen, J., Краткий обзор страны - Вьетнам.

плане полного использования своих бюджетов и достижения целей иммунизации после децентрализации, частично из-за отсутствия субнационального потенциала для управления бюджетами и программами иммунизации.⁵³ В *Лаосской НДР* бюджеты провинций формируются на основе количества сотрудников и ассигнований за прошлые периоды, а не потребностей программы, при этом дополнительное финансирование, такое как плата пользователей за услуги, не полностью отражается в годовом планировании.⁵⁴ В *Судане* формула распределения средств между штатами непрозрачна, что затрудняет понимание того, какие ресурсы доступны для составления бюджета. Промежуток времени, в течение которого штаты могут представить свои бюджетные предложения, является коротким, поэтому не все бюджеты штатов включены в первоначальную бюджетную смету Минздрава. Кроме того, бюджетные инструкции, предоставляемые федеральным министерствам, не предусматривают потолок, в результате чего министерства завышают консолидированные бюджеты, которые они представляют, чтобы максимизировать финансирование. Отсутствие прозрачности в этом процессе усложняет планирование и приводит к неточному составлению бюджета.⁵⁵

- **Недостаточное генерирование доходов на субнациональном уровне:** в контексте ограниченного фискального пространства для здравоохранения во время перехода от поддержки со стороны ГАВИ некоторые страны LNCT обращаются к субнациональному уровню в поисках новых потенциальных источников доходов на иммунизацию. Однако из-за отсутствия возможностей для получения доходов или бюджетных приоритетов субнациональные органы власти зачастую не мобилизуют достаточных средств для удовлетворения потребностей в иммунизации. Во *Вьетнаме* провинции должны покрывать 50% операционных затрат на плановую иммунизацию, однако на самом деле они покрывают в среднем около 10% регулярного финансирования с большими различиями между провинциями. 20% провинций не вносят никаких доходов на иммунизацию.⁵⁶
- **Отсутствие субнациональных финансовых данных:** Во многих странах отсутствуют точные и своевременные данные о бюджетах и расходах на иммунизацию на субнациональном уровне, что усложняет процессы прогнозирования и составления бюджета. На национальном уровне это может затруднить понимание ресурсов и потребностей различных субнациональных структур. Например, в *Лаосской НДР* провинции направляют часть своих доходов на плановую иммунизацию, однако на национальном уровне очень мало информации о том, как эти средства объединяются, распределяются и расходуются.⁵⁷ Устаревшие или некачественные данные переписи или других данных о населении могут затруднить отслеживание и составление бюджета для целевых групп населения. В *Конго*, *Вьетнаме* и *Кении* наличие больших групп внутренне перемещенных лиц, мигрантов или неформальных городских поселений еще больше затрудняет отслеживание населения и планирование иммунизации.⁵⁸ Как было отмечено в *Тиморе-Лешти*, комплексное оказание услуг может также затруднить понимание бюджетов и расходов на иммунизацию.⁵⁹

При решении проблем, связанных с неадекватным распределением ресурсов в децентрализованном контексте, необходимо стратегическое участие лиц, принимающих решения на субнациональном уровне, для обеспечения приверженности иммунизации. Ниже приведены некоторые примеры того, как страны LNCT пытались решить эти проблемы.

- **Создание потенциала для составления бюджета по иммунизации на субнациональном уровне:** Минздрав может оказать содействие субнациональным органам власти в процессе составления бюджета, предоставляя обучение и рекомендации по микропланированию и разработке полных бюджетов, которые покрывают все потребности программы иммунизации, включая операционные аспекты, которые

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

⁵⁴ Всемирный банк, Оценка системы финансирования системы здравоохранения в Лаосской НДР.

⁵⁵ Отчет о совместной оценке финансового менеджмента в Судане. (июнь 2016 г.). Республика Судан. Федеральное министерство здравоохранения. https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Key_Issues/Financial_Management/Sudan_Health_Sector_JFMA_Report.pdf

⁵⁶ Сое, М. and Gergen, J., Краткий обзор страны - Вьетнам.

⁵⁷ Сообщение от страновой ключевой группы LNCT в Лаосской НДР.

⁵⁸ ГАВИ. (июнь 2017 г.). Отчет о совместной оценке Конго за 2017 г. <https://www.gavi.org/sites/default/files/document/rapport-de-l-l-25C3%25A9valuation-conjointe-congo-2017pdf.pdf>; Сое, М. and Gergen, J., Вьетнам – краткий обзор страны; ГАВИ. (2019b). Отчет о совместной оценке Кении за 2019 г. <https://www.gavi.org/sites/default/files/document/2020/Kenya%20Joint%20Appraisal%202019%20Final.pdf>

⁵⁹ Отчет о совместной оценке Тимора-Лешти за 2017 г.

часто упускаются из виду. В *Индонезии*, где 75% вакцин предоставляется через медпункты, министерство здравоохранения обнаружило, что на субнациональном уровне существует путаница в отношении того, как составлять бюджет для аутрич-работы. Предоставив более четкие инструкции о том, как использовать трансферты из специального фонда ассигнований (ДАК) для аутрич-работы, как составить бюджет по транспортированию и как использовать средства национального медицинского страхования для покрытия операционных расходов на профилактические услуги, Министерство здравоохранения помогло субнациональным правительствам лучше использовать доступные им ресурсы.⁶⁰ Во *Вьетнаме* национальное правительство разработало «Пакет затрат на иммунизацию», чтобы определить все необходимые компоненты полного бюджета по иммунизации для провинциальных правительств.⁶¹

- **Адвокатирование ресурсов на иммунизацию на субнациональном уровне:** взаимодействие с лицами, определяющими политику на субнациональном уровне, по вопросу значения иммунизации может помочь увеличить генерирование доходов на субнациональном уровне и определить приоритетность иммунизации. В *Пакистане* несколько провинций использовали адвокатирование на высоком уровне, механизмы подотчетности и инициативу «Дорожная карта здравоохранения» для успешного увеличения финансирования иммунизации.⁶² В *Нигерии* ГАВИ поддержал разработку планов непрерывного улучшения для конкретных штатов, которые затем с различной степенью успеха использовались штатами для адвокатирования финансирования с целью восполнения пробелов.⁶³ ВОЗ отмечает, что субнациональные уровни, очевидно, осведомлены об альтернативных издержках таких значительных усилий, как кампании иммунизации, и поэтому на национальном уровне следует выделять достаточно времени на подготовку для обеспечения поддержки этих усилий на субнациональном уровне.⁶⁴ В *Индии* такие кампании, как «Усиленная миссия Индрадхануш» (миссия здравоохранения), целью которой является увеличение охвата иммунизацией в штатах с низкой эффективностью и мобилизация сообществ, получают высокий уровень поддержки со стороны правительств штатов и достигают высоких результатов охвата.⁶⁵ Материалы LNCT по обоснованию инвестиций (инвестиционные кейсы)⁶⁶ – хорошее начало для стран, которые ищут материалы по адвокатированию для финансирования иммунизации.
- **Улучшение субнациональных финансовых данных для планирования и управления:** улучшение субнациональных данных о ресурсах, потребностях и расходах иммунизации может улучшить составление бюджета и выявить нехватку ресурсов. Данные об охвате, целевой группе населения и запасах также имеют решающее значение для точного прогнозирования. *Индия* провела исследование затрат, чтобы лучше понять стоимость доставки по штатам, выявив значительные различия в стоимости между штатами и предоставив важную информацию для бюджетного процесса.⁶⁷ Многие страны LNCT в последние годы внедрили электронные информационные системы данных. Одним из примеров является национальная система мониторинга иммунизации *Вьетнама*, основанная на платформе PATH Optimize, которая финансируется в рамках государственно-частного партнерства между Минздравом и телекоммуникационной компанией Vittel.⁶⁸
- **Установление стандартов и обеспечение подотчетности:** *Индонезия* и *Лаосская НДР* приняли законодательство или руководящие принципы, регулирующие часть субнациональных бюджетов, которая должна быть направлена на здравоохранение.⁶⁹ *Индонезия* и *Кения* устанавливают стандарты

⁶⁰ Сообщение от страновой ключевой группы LNCT в Индонезии.

⁶¹ ГАВИ. (2017 г.). Отчет о совместной оценке Вьетнама за 2017 г. <https://www.gavi.org/sites/default/files/document/joint-appraisal-vietnam-2017pdf.pdf>

⁶² Отчет о совместной оценке Пакистана за 2019 г.

⁶³ ГАВИ. (2019). Отчет о совместной проверке Нигерии за 2019 г. <https://www.gavi.org/sites/default/files/document/2020/Nigeria%20Joint%20Appraisal%202019.pdf>

⁶⁴ Feilden, R., Nielsen, O.F. (2001 г.). Иммунизация и реформа здравоохранения – как заставить реформы здравоохранения работать для иммунизации: справочное руководство. Всемирная организация здравоохранения. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69617/WHO_V-B_01.44_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

⁶⁵ ГАВИ. (2019 г.). Отчет о совместной оценке Индии за 2019 г. <https://www.gavi.org/sites/default/files/document/2020/India%20Joint%20Appraisal%20Report%202019.pdf>

⁶⁶ Учебная сеть для стран переходного периода (LNCT). (9 декабря 2020 г.). Материалы, которые помогут Вам обосновать необходимость инвестирования в иммунизацию. <https://lnct.global/resources/making-the-case-for-investing-in-immunization/>

⁶⁷ Chatterjee, S., Das, P., & Nigam, A. (2018). Различия в стоимости и предоставлении услуг плановой иммунизации в Индии. *BMJ Global Health*, 3(3), e000794.

<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000794>

⁶⁸ Сое, М. and Gergen, J., Краткий обзор страны - Вьетнам.

⁶⁹ Всемирный банк, Оценка системы финансирования здравоохранения Индонезии; Всемирный банк, Оценка системы финансирования здравоохранения в Лаосской НДР.

эффективности (включая показатели иммунизации), которым должны соответствовать субнациональные правительства. В качестве нисходящего подхода эти руководящие принципы имели ограниченный успех в увеличении ресурсов на иммунизацию, частично из-за того, что они не соблюдаются строго.⁷⁰ В *Нигерии* трансферты с центрального уровня являются безусловными и могут использоваться полностью по усмотрению штата, однако правительство работает над внедрением рамок подотчетности на уровне штата в дополнение к меморандумам о взаимопонимании, которые уже существуют между многими штатами и партнерами, что ставит целью вовлечение штатов в вопросы иммунизации на постоянной основе и обеспечение их приверженности постепенному увеличению поддержки иммунизации с течением времени.⁷¹ В *Кении* национальное правительство стимулирует эффективность иммунизации за счет финансирования на основе результатов, выплачиваемого субнациональным структурам или непосредственно учреждениям, что может использоваться для таких мероприятий, как улучшение состояния учреждений или оплата труда медицинских работников.⁷²

Выплата средств на иммунизацию и узкие места

Достижение целей децентрализации системы здравоохранения – наличие эффективной, действенной, обеспечивающей равенство, быстро реагирующей, подотчетной системы – требует, чтобы система управления государственными финансами на всех уровнях правительства своевременно выплачивала выделенные средства, необходимые для предоставления качественных услуг. Длительные процессы утверждения бюджета, нестабильная экономика и непредсказуемые потоки доходов на национальном и субнациональном уровнях, а также слабые системы управления денежными средствами влияют на своевременность выплат в момент их возникновения. Выплаты в рамках финансирования могут проходить через сложные уровни различных государственных учреждений, прежде чем они достигнут конечного пользователя в районах или медицинских учреждениях. Могут также возникать дополнительные проблемы, поскольку конечные пользователи управляют несколькими несоординированными потоками финансирования.

Независимо от того, поступают ли средства в субнациональные органы власти и/или учреждения каскадно через различные уровни правительства или посредством прямого выделения средств из национальной казны, своевременная выплата средств имеет решающее значение для проведения иммунизации, поскольку это предотвращает исчерпание запасов вакцин и товаров; обеспечивает проведение аутрич-работы и кампании в соответствии с планом и поддерживает эффективность цепи поставок. В *Нигерии* отчет об аудите вакцин показал, что 76% штатов и 65% территорий местного управления (LGA) не имели средств для распределения вакцин (HFSA 2018), а в *Кении* совместная оценка за 2019 год показала, что недостаточное финансирование привело к дефициту на нескольких уровнях цепи поставок и операций, а также оказало влияние на наличие шприцев и инструментов для документирования. В *Лаосской НДР* финансирование аутрич-мероприятий зачастую откладывается, что ограничивает аутрич-услуги в удаленных районах даже в наиболее благоприятную погоду, в то время как другие медицинские учреждения используют другие операционные фонды или даже личные средства, чтобы обеспечить своевременное проведение аутрич-мероприятий.

Многие из проблем, приводящих к задержкам с выплатой средств, носят экономический или системный характер и не зависят от национальной программы иммунизации или даже министерства здравоохранения. Однако в децентрализованных системах проблемы могут усугубляться, поскольку может потребоваться финансирование через большее количество институциональных субъектов, что увеличивает риск задержек и возможность возникновения узких мест. Механизмы, с помощью которых средства на иммунизацию передаются субнациональным органам власти и учреждениям, различаются в децентрализованных странах ЛНСТ.

Общие проблемы в странах ЛНСТ, которые влияют на своевременное финансирование, включают:

⁷⁰ Всемирный банк, Оценка системы финансирования здравоохранения Индонезии; Отчет о совместной оценке Кении за 2019 г.

⁷¹ Отчет о совместной оценке Нигерии за 2019 г.

⁷² Dutta, A., Maina, T., Giniyan, M., Koseki, S. (2018). Оценка системы финансирования здравоохранения Нигерии, 2018 г. Health Policy Plus. http://www.healthpolicyplus.com/ns/pubs/11323-11587_KenyaHealthFinancingSystemAssessment.pdf

- **Выделение бюджетных средств из казны с опозданием.** Даже при наличии достаточного финансирования, предусмотренного в бюджете на иммунизацию, значительные задержки с выплатой средств приводят к тому, что средства недоступны тогда и там, где они необходимы. В *Нигерии* национальное правительство выделило 99.5% объема финансирования иммунизации в 2018 году, но из-за нестабильности бюджетного цикла средства не были выделены до третьего квартала того же года (JA 2019). В *Конго* бюджет на иммунизацию в 2018 году был достаточен для достижения целевых показателей эффективности, однако было разрешено выплатить только 75%, а к концу года фактически было освоено только 15% бюджета. В *Кении* наблюдаются серьезные задержки с выплатой средств на всех уровнях государственного управления, что привело к исполнению бюджета в секторе здравоохранения только на 68% в 2015 году.
- **Многоуровневое согласование через множество институциональных акторов (субъектов).** Во многих странах финансирование проходит через сложную сеть институциональных субъектов, создавая многочисленные возможности для административных задержек. В *Индии* в результате изменения политики в 2014 году финансирование поступает непосредственно из центрального казначейства на счет штата, откуда фонды здравоохранения, предназначенные для Государственной ассоциации здравоохранения (SHS), затем переводятся в SHS. Раньше финансирование поступало из центрального казначейства напрямую в SHS. Хотя изменение в политике было направлено на оптимизацию финансовых потоков и обеспечение более строгого контроля со стороны государства, официальные лица здравоохранения штата сообщают об увеличении административного бремени и необходимости дополнительного управленческого времени для последующего взаимодействия с казначейством с целью выделения средств для SHS.⁷³
- **Фрагментированное финансирование и финансирование из нескольких источников.** В *Индонезии* субнациональные органы власти и медицинские учреждения получают финансирование первичной медико-санитарной помощи по двум каналам, включающим различные потоки доходов: (1) бюджетные трансферты от центрального правительства правительствам провинций и округов; и (2) фонд медицинского страхования. Первый канал включает грант общего назначения на децентрализацию, выделяемый на основе фонда заработной платы и местного финансового потенциала, что направлено на улучшение межрегионального равенства, а также средства, предназначенные для секторов здравоохранения и социального обеспечения, в том числе дополнительные целевые средства на питание и услуги по охране здоровья матери и ребенка в медицинских центрах, и трансферты для сбалансированности государственных финансов. Как грант общего назначения, так и трансферты для сбалансированности государственных финансов могут использоваться по усмотрению местного правительства, в том числе для здравоохранения. Финансирование из фонда медицинского страхования распределяется по округам в зависимости от количества членов, взносы которых уплачиваются государством.⁷⁴ В *Пакистане* из-за множества источников финансирования иммунизации на провинциальном уровне, включая финансирование со стороны федерального и провинциального правительств, а также внешнего финансирования со стороны международных доноров, провинциальная программа иммунизации часто сталкивается с задержками и непредсказуемыми потоками финансирования.

Как и на национальном уровне, улучшения в управлении государственными финансами, включая сокращение узких мест и улучшение распределения финансовых средств, зависят от усилий как финансового сектора, так и сектора здравоохранения. Улучшение рабочих отношений и взаимопонимания потребностей и требований обоих секторов также необходимо на субнациональном уровне. О проблемах в выделении средств на субнациональном уровне необходимо сообщать национальным министерствам здравоохранения и финансов для обеспечения того, что реформы управления государственными финансами отвечают потребностям субнациональных органов власти и будут способствовать улучшению предоставления услуг на местном уровне. Например, правила и

⁷³ Berman, P., Bhawalkar, M., Jha, R., et al. (июнь 2017 г.). Отслеживание финансовых ресурсов для первичной медико-санитарной помощи в Уттар-Прадеш, Индия. 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 г.). Обзор системы здравоохранения Республики Индия. Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254716/9789290225164-eng.pdf;sequence=1>

механизмы, относящиеся к межбюджетным трансфертам, могут иметь значительное влияние на потоки финансирования. Ниже приведены примеры того, как страны LNCT стремились улучшить потоки финансирования.

- **Сбор и дезагрегирование более точных данных по расходам для отслеживания ресурсов.** Как отмечалось ранее, улучшение сбора финансовых данных на субнациональном уровне может улучшить составление бюджета и выявить нехватку ресурсов. Данные отслеживания ресурсов на субнациональном уровне с дезагрегированными данными по иммунизации также могут позволить анализировать поток ресурсов иммунизации по каналам финансирования, особенно от национального правительства субнациональному. Во *Вьетнаме* почти все провинциальные программы иммунизации отслеживают расходы с 2013 года с помощью инструмента анализа потоков бюджетных ресурсов, разработанного при поддержке проекта устойчивого финансирования иммунизации. В 2014 и 2015 годах эти данные были успешно использованы для адвокатирувания увеличения расходов провинций и предотвращения сокращения бюджета на национальном уровне.⁷⁵
- **Адвокатирувание упрощенных финансовых потоков и механизмов бюджетных трансфертов.** Участие одного или нескольких промежуточных институциональных уровней в трансфертах средств является частой причиной задержек с переводом финансовых средств. В *Конго* в 2018 году, несмотря на достаточный бюджет для программы иммунизации, к октябрю 2018 года было израсходовано только 14.5% бюджетных средств. Используя [ресурсы LNCT по обоснованию инвестиций](#) для адвокатирувания улучшения распределения ресурсов иммунизации, руководитель РПИ напрямую привлек Министерство финансов к упрощению выделения средств провинциям и районам.
- **Использование мобильных и цифровых технологий для фискальных трансфертов.** Правительства могут оцифровать платежные переводы для поддержки более надежных и эффективных потоков ресурсов и транзакций. Этот подход также может способствовать повышению ответственности за ресурсы. Хотя в *Кот-д'Ивуар* еще не проведена децентрализация, трансферты с национального уровня осуществляются напрямую в учреждения с использованием мобильных платежей.

Выводы

По мере перехода стран LNCT к полному самофинансированию своих программ иммунизации руководителям программ в децентрализованных системах здравоохранения для обеспечения адекватной мобилизации ресурсов и эффективного управления программами могут потребоваться стратегии, которые отличаются от используемых их коллегами в более централизованных системах здравоохранения. НПИ может потребоваться привлечь дополнительные заинтересованные стороны и/или поддержать руководителей РПИ на субнациональном уровне в развитии новых навыков для обеспечения адекватного финансирования и высококачественных услуг.

Проблемы, с которыми сталкиваются страны LNCT с децентрализованными системами, проистекают из нескольких общих проблем, ограничивающих эффективность программ иммунизации:

- **Слабая координация между национальным и субнациональным уровнями.** Лучшая координация позволит субнациональным уровням подготовиться к внедрению новых руководящих принципов, обновлению обучения персонала, проведению мероприятий по устранению пробелов в иммунизации или внедрению новых вакцин, предоставив время для планирования адекватного финансирования, человеческих ресурсов и формирования политической приверженности.
- **Низкий управленческий и бюджетный потенциал на субнациональном уровне.** Руководители в сфере иммунизации на субнациональном уровне, обладающие более глубокими знаниями о процессах составления бюджета и выплаты денежных средств, осведомленностью о предстоящих мероприятиях, планируемых на национальном уровне, а также более подробными инструкциями о

⁷⁵ Институт вакцин им. Сабина, Десятилетие устойчивого финансирования иммунизации.

том, как составить бюджет для приоритетных мероприятий, смогут подготовить/запросить соответствующие бюджеты для поддержки мероприятий по иммунизации.

- **Недостаточная осведомленность и неадекватное финансирование ключевых функций иммунизации на субнациональном уровне.** Регулярный мониторинг расходов на иммунизацию на субнациональном уровне поможет персоналу НПИ адвокатирировать увеличение финансирования с использованием данных о тенденциях по времени и географическим регионам, особенно если можно наблюдать более высокие показатели в населенных пунктах с более высокими расходами.

С учетом этого обзора, существуют перспективные стратегии для НПИ по поддержке более активной мобилизации ресурсов и эффективного предоставления услуг, основанные на опыте стран LNCT:

1. **Разработка эффективных систем обучения, коммуникации и координации, передаваемых на самые низкие административные уровни.** Эффективная программа иммунизации требует, чтобы все уровни системы здравоохранения выполняли требуемые функции. Предоставление четких указаний для руководителей на субнациональном уровне и достаточное время для уведомления, чтобы обеспечить адекватное планирование и составление бюджета, повысит вероятность того, что субнациональные органы власти будут внедрять новые руководящие принципы и мероприятия и выполнять возложенные на них обязанности. Сильные системы координации также обеспечат предупреждение НПИ о проблемах на субнациональном уровне.
2. **Усиление потенциала управления программами на субнациональном уровне, включая финансовое и программное планирование.** НПИ должна полагаться на местные органы власти и местных руководителей при планировании, финансировании и реализации необходимых мероприятий; в то же время поддержать процесс планирования можно, предоставив четкие практические рекомендации о том, как составить бюджет для необходимых функций и мероприятий по иммунизации. Подробное руководство по необходимым компонентам сильной программы иммунизации и способам составления бюджета по этим компонентам, а также руководство с целью успешной реализации могут помочь субнациональным руководителям получить средства и продемонстрировать хорошие результаты.
3. **Мониторинг субнациональных расходов на иммунизацию и поддержка субнациональных руководителей по иммунизации в адвокатировании увеличения финансирования.** Регулярные и надежные данные о расходах на иммунизацию на субнациональном уровне являются основой для адвокатирования увеличения финансирования. Данные о субнациональных расходах на иммунизацию успешно использовались руководителями национального уровня для увеличения бюджетов. НПИ может поддерживать систему регулярной отчетности об основных расходах на иммунизацию или соответствующих расходах на первичную медико-санитарную помощь для отслеживания тенденций и оценки недостатков. В долгосрочной перспективе необходимо развивать потенциал местных руководителей по адвокатированию финансирования в своих районах, а также продолжать адвокатирование ресурсов для иммунизации на национальном уровне.

Национальным программам иммунизации и партнерам по иммунизации может потребоваться рассмотреть новые стратегии и новые источники финансирования, чтобы мобилизовать адекватное финансирование для иммунизации после перехода от поддержки со стороны ГАВИ. Для поддержки этих стратегий НПИ может также потребоваться создать собственные возможности, связанные с распределением бюджета и финансовым анализом, чтобы взаимодействовать с лицами, принимающими решения, для устранения препятствий и повышения доступности финансирования.

Приложение 1.1 Примеры из практики стран

Наращивание потенциала управления субнациональными программами иммунизации в Нигерии посредством взаимного обучения

Авторы: Райхана Ибрагим (Raihana Ibrahim) и Ученна Игбокве (Uchenna Igbokwe)

Конституция Нигерии устанавливает высокодецентрализованную федерацию, состоящую из 37 штатов, которые включают 774 территории местного управления (LGA). В рамках этой системы федеральное правительство несет ответственность за разработку политики, закупку вакцин, техническую поддержку и высокоспециализированную (третичную) медицинскую помощь, в то время как штаты и LGA несут ответственность за более низкие уровни медицинской помощи, а также за инфраструктуру и логистику плановой иммунизации. Штаты обладают широкими бюджетными полномочиями, при этом большая часть их бюджетов поступает за счет безусловных трансфертов от федерального правительства.

Основную озабоченность в отношении программы иммунизации Нигерии вызывает большой разрыв в охвате иммунизацией и расходах между штатами, при этом в штатах на юге ситуация лучше, чем в штатах на севере. Охват АКДС3 составляет от 76% в южном штате Анамбра до 7% в северном штате Сокото.⁷⁶ На субнациональные расходы на здравоохранение приходится в среднем 2.2% общих расходов на здравоохранение, но эта доля варьируется от 7.1% в южном штате Имо до 0.7% в северном штате Замфара. В среднем 26% доходов штата генерируется штатом, однако это число сильно варьируется от почти 500% в Лагосе до очень незначительных сумм в других местах.⁷⁷ Анализ ландшафта, проведенный Международным центром доступа к вакцинам (IVAC), выявил широкий спектр проблем, влияющих на охват иммунизацией в штатах с низкой эффективностью. Среди них было много проблем, связанных с отсутствием потенциала управления программами в таких областях, как лидерство и управление, финансирование и управление ресурсами, логистика и планирование.⁷⁸

С 2017 года Центр международного развития и исследований Солина (SCIDaR) установил партнерские отношения с шестью низкоэффективными штатами в целях повышения эффективности программ иммунизации посредством серии сессий взаимного обучения. Процесс основывается на существующей платформе меморандума о взаимопонимании между этими штатами, Фондом Билла и Мелинды Гейтс и Фондом Алико Данготе, который направлен на укрепление систем иммунизации и увеличение государственного финансирования иммунизации посредством соглашения о поэтапном объединенном финансировании, в соответствии с которым штаты с течением времени обеспечивают увеличение вложений на специальный счет совместного целевого финансирования (basket account) плановой иммунизации. В рамках взаимного обучения ключевые сотрудники и руководители программ по иммунизации из штатов встречаются два раза в год для обсуждения вопросов, представляющих взаимный интерес, при этом штат с наилучшими показателями работы назначается для проведения встречи при поддержке со стороны SCIDaR в плане определения повестки дня. Участники для каждой встречи отбираются на основе выбранной темы каждой встречи по обмену знаниями.

В конце каждой встречи штаты принимают решение и согласовывают конкретные меры по достижению цели. Ниже приводятся примеры решений, принятых на этих встречах:

- Прямая доставка вакцины: SCIDaR созвал сотрудников/руководителей программ иммунизации штата, сотрудников по логистике штата, сотрудников холодной цепи штата и соответствующих партнеров для решения проблем, связанных с логистикой вакцины в штатах. Чтобы уменьшить частоту дефицита, штаты решили перейти от не обеспеченной резервами «подтягивающей» («pull» - по мере потребности) системы доставки вакцины, которая варьировалась от штата к штату, к прямой доставке вакцины из холодильных складов штата в пункты оказания услуг во всех шести штатах. В результате средний уровень дефицита понизился с 30-50% до 1-5%. Эффект был настолько значительным, что штаты передали эту информацию

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>

федеральному правительству, при этом федеральное правительство рассматривало возможность утверждения этой системы прямой доставки вакцины с целью распространения на другие штаты, не присоединившиеся к меморандуму о взаимопонимании.

- Финансовый менеджмент: чтобы гарантировать, что все средства, депонированные на счете совместного целевого финансирования, должным образом учтены, SCIDaR провел работу с руководством Совета штата по первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), руководителями программ иммунизации и их финансовыми группами (директорами финансов, главными бухгалтерами, кассовыми сотрудниками и внутренними аудиторами) для разработки системы финансового управления средствами для плановой иммунизации, включающей прямые электронные выплаты, изъятия и валидацию, а также регулярные внутренние и внешние аудиты. Эти системы были созданы совместно в ходе серии встреч по обмену знаниями, проведенных с финансовыми группами (включая директоров, кассовых сотрудников и аудиторов) из советов первичной медико-санитарной помощи штата; за чем последовали сессии прямого наставничества без отрыва от работы с целью передачи полномочий сотрудникам, чтобы они могли независимо выполнять свои служебные функции. После успеха системы финансового управления плановой иммунизацией, SCIDaR привлек штаты для разработки дорожных карт по распространению этих достижений плановой иммунизации на более широкий спектр ПМСП, а также совместно разработал и опубликовал руководство по задействованию финансового управления, с которым были ознакомлены широкие круги представителей других штатов, национальных и международных заинтересованных сторон.
- Взаимодействие с сообществом: обмен знаниями по данной теме был направлен на разработку устойчивой стратегии взаимодействия с сообществом для повышения спроса на плановую иммунизацию в этих 6 северных штатах. Во время обмена знаниями была совместно создана и доработана стратегия взаимодействия с сообществом на основе имен (которая включала выявление и отслеживание новорожденных, отсеянных и пропущенных традиционными лидерами). Стратегия была принята Национальным агентством по развитию первичной медико-санитарной помощи (NPHCDA) и реализуется в 4 других штатах с планом распространения по всей стране и расширения сферы ее действия на более широкий спектр первичной медико-санитарной помощи.

Кроме того, SCIDaR также организовал различные обучающие туры между отдельными штатами для непосредственного наблюдения и взаимодействия с заинтересованными сторонами на местах, а также для лучшего понимания хода реализации. Например, команда штата Баучи провела ознакомительные поездки в штат Кано, чтобы понять процессы перехода, необходимые для перехода от поставок, осуществляемых внешними поставщиками, к поставкам, проводимым штатом. Благодаря этому туру штат Баучи также смог эффективно перевести свою модель поставки вакцины на модель с привлечением внутреннего поставщика с меньшими затратами и большей эффективностью.

Сессии взаимного обучения Нигерии использовали платформу меморандума о взаимопонимании в качестве отправной точки для развития сотрудничества между штатом и партнером. Некоторые из ключевых проблем включают медленные темпы выполнения решений по итогам обмена знаниями из-за программных ограничений, системной бюрократии и инерции на уровне штата. Конкурирующие приоритеты в штате также влияют на график и встречи, которые требуют созыва всех ключевых должностных лиц для обсуждения соответствующих тем. Однако обмены знаниями в целом оказались успешными, и некоторые из этих практических уроков были использованы в других странах, включая Чад, Нигер и Гвинею, где были установлены подходы, аналогичные меморандуму о взаимопонимании. Хотя наличие такой первоначальной платформы может не быть необходимым для других стран, заинтересованных в подражании примеру Нигерии. Несколько ключевых факторов, которые имели решающее значение для успеха в обмене знаниями, включали:

- Программа взаимного обучения предоставила платформу для лиц, принимающих решения на высоком уровне, позволив собраться вместе для принятия стратегических решений и соглашений на высоком уровне.
- Были привлечены партнеры для поддержки успеха штата путем оказания технической помощи в наращивании потенциала на уровне штата. Например, Центр Солина включил штатного сотрудника в финансовые отделы государственных агентств здравоохранения, чтобы обеспечить ежедневный инструктаж сотрудников агентства на рабочем месте до тех пор, пока сотрудники не будут достаточно уверены в себе, чтобы обучать других.

- Решения были достижимы с использованием имеющихся финансовых ресурсов и других средств поддержки системы, уже доступных штатам через меморандум о взаимопонимании.
- Стратегия программы взаимного обучения по демонстрации историй успеха штатов создала ощущение здорового соперничества между штатами, которое придало им стимул в исполнении своих решений.
- Заинтересованные стороны на национальном уровне (в частности, NPHCDA) были привлечены к участию во встречах/семинарах, к рассмотрению вопросов, проистекающих из национальной политики, и распространению знаний среди других штатов, не присоединившихся к меморандуму о взаимопонимании.
- Темы, обсуждаемые в ходе сессий, были выбраны совместно с заинтересованными сторонами для решения актуальных общих проблем. Также были разработаны решения, соответствующие целям, с привязкой к конкретным реалиям штата. Например, в связи с пандемией COVID-19 команда SCIDaR планирует собрать штаты для обсуждения критических и SMART-решений для восстановления более интегрированных систем ПМСП – тема, которая своевременна, актуальна и учитывает потребности всех 6 штатов.

Распределение обязанностей по закупкам на соответствующем уровне правительства

Авторы: Ясодхара Каруге (Yasodhara Kapuge), Ануджи Гамаге (Anuji Gamage), Нихал Абейсингхе (Nihal Abeysinghe), София Юнус (Soofia Yunus)

Предыстория: деволюция в Пакистане

В 2010 году Парламент Пакистана принял 18-ю поправку, которая преобразовала страну в децентрализованную федерацию с существенной передачей провинциям законодательных и политических полномочий в таких ключевых областях, как здравоохранение, образование и социальное обеспечение. Внутри провинций осуществляется дополнительная децентрализация деятельности правительства на более низкий уровень: округ.

В соответствии с этими изменениями, правила и координация Министерства национальных служб здравоохранения играют ключевую роль в разработке национальной политики, стратегии, видения и планирования⁷⁹, однако именно провинциальные и местные органы власти берут на себя ведущую роль в реализации этой политики.⁸⁰ Децентрализованная система была предназначена для предоставления округам свободы и автономии в использовании выделенных им бюджетов в соответствии со своими потребностями и для осуществления управленческих полномочий в отношении человеческих ресурсов с целью повышения эффективности услуг и поощрения участия сообщества. В результате 60% государственных расходов на здравоохранение управляется на окружном уровне.⁸¹

После деволюции ответственность за расширенную программу иммунизации (РПИ) перешла к органам власти провинций. Национальная РПИ несет ограниченную ответственность за закупку вакцин, управление цепью поставок иммунизации, координацию и техническое руководство.⁸² Хотя провинции и доверяют федеральному правительству управление процессом закупки вакцин, провинции несут ответственность за оплату вакцин в соответствии с их годовым прогнозом, а также за предоставление услуг, которые они финансируют за счет доходов органов власти провинции.⁸³

Ключевые проблемы при закупках вакцин

Пакистан – единственная страна в составе ГАВИ, которая оплачивает закупку вакцины на провинциальном уровне. Отсроченное выделение средств на провинциальном уровне является проблемой для всех провинций Пакистана, особенно для Синда, Хайбер-Пахтунхвы (ХП) и Белуджистана, из-за медленных бюрократических процессов. Ежегодные бюджетные ассигнования на здравоохранение утверждаются законодательным органом, передаются провинциальным департаментам здравоохранения и, в конечном итоге, районным инспекторам здравоохранения (ДНО). ДНО выделяют средства для РПИ из одного и того же фонда, что может привести к конфликту приоритетов и замедлению процесса.

До деволюции низкий технический потенциал федеральной РПИ по закупкам вакцин приводил к неоптимальному управлению процессами закупки вакцин, расходных материалов и оборудования, а также технического обслуживания оборудования. Сразу после деволюции эти проблемы привели к дефициту, закупке некачественных вакцин и общему негативному влиянию на результаты охвата. Анализ Всемирного банка показал, что Пакистан несет среднегодовые убытки в размере 38 миллионов долларов США из-за такой неэффективности закупок вакцин и управления программами, а также снижения качества и равенства в предоставлении услуг иммунизации.⁸⁴

⁷⁹ Kumar, Santosh. 2017. «Сравнение и анализ систем оказания медицинской помощи: Пакистан и Бангладеш». Журнал госпитального и медицинского менеджмента ISSN 2471-9781 3:1.

⁸⁰ Afteb, Mishaal. 2019. «Децентрализация и предоставление государственных услуг: Пример практики Хайбер-Пахтунхва, Пакистан». Д-р политических наук, Университет Коннектикута.

⁸¹ Kumar, Santosh. 2017.

⁸² Naque, Minhaj ul, Muhammad Waheed, Tayyeb Masud, Wasim Shahid Malick, Hammad Yunus, Rahul Rekhi, Robert Oelrichs, and Oleg Kucheryavendo. 2016. «Расширенная программа иммунизации Пакистана и национальный проект поддержки иммунизации: экономический анализ». Серия дискуссионных документов по питанию и народонаселению (HNP): Всемирный банк.

⁸³ ЮНИСЕФ. 2018. Исследования по внедрению иммунизации в Пакистане – сборник целей, результатов и рекомендаций проекта. Пакистан: Отдел исследования реализации и предоставления услуг (IRDS), секция здравоохранения, ЮНИСЕФ.

⁸⁴ Naque et al. 2016.

Национальный проект по поддержке иммунизации (НППИ)

В апреле 2016 года Всемирный банк одобрил выделение 50 миллионов долларов на увеличение доступности вакцин от инфекционных заболеваний для детей в возрасте до двух лет в Пакистане в рамках Национального проекта по поддержке иммунизации (НППИ). Целью разработки НППИ для Пакистана было повышение в Пакистане уровня справедливого охвата услугами по иммунизации против болезней, предупреждаемых с помощью вакцин.

НППИ также получил дополнительную поддержку на общую сумму 84 миллиона долларов от ГАВИ, Альянса по вакцинам, через управляемый Всемирным банком Многосторонний донорский трастовый фонд (MDTF), и поддержку Агентства США по международному развитию, которая не была направлена через трастовый фонд. MDTF был призван помочь НППИ решить давние проблемы неэффективности и неустойчивости, вызванные фрагментированной структурой финансирования пакистанской программы РПИ. MDTF позволяет денежным средствам поступать напрямую в провинции на основе индикаторов, привязанных к выплатам (DLI). Средства распределяются посредством двух механизмов:

- 1) Через механизм DLI средства выплачиваются провинциям при достижении желаемых результатов после проверки со стороны федеральной РПИ посредством третьей стороны.
- 2) В рамках механизма технической помощи денежные средства предоставляются РПИ на специальные счета для провинций и на национальном уровне. Средства могут быть использованы для холодной цепи, товаров и консультаций в зависимости от потребностей этих территорий.

Чтобы обеспечить своевременные выплаты в рамках софинансирования вакцин ГАВИ и устойчивую доступность средств для традиционных вакцин, в рамках НППИ был создан механизм объединенных закупок вакцин. Этот механизм позволяет провинциям объединять свои средства для закупки вакцин в соответствии с их прогнозом потребности в вакцинах, что затем управляется на национальном уровне. Объединенные закупки зачастую позволяют организации-закупщику присоединиться к большей группе закупщиков, создавая более крупный рынок и обеспечивая более низкие цены, чем при самостоятельных закупках⁸⁵, однако чтобы этот механизм был эффективным, нужно им правильно управлять. Подотчетность за объединенные закупки вакцин была улучшена за счет частых обзорных встреч и инвентаризации в провинциях.⁸⁶ Механизм объединенных закупок успешно внедрен в стране в рамках НППИ, обеспечивающего закупку вакцин для всей страны, что привело к бесперебойным поставкам вакцин в течение последних четырех лет.⁸⁷ Кроме того, когда в начале прошлого года началась вспышка COVID-19, объединенный механизм закупок НППИ обеспечил быстрый, надежный и структурированный способ закупки основных материалов, таких как маски и другие средства индивидуальной защиты, для медицинского персонала, работающего на переднем крае.⁸⁸

Посредством НППИ национальные и провинциальные программы обеспечили адекватное и устойчивое финансирование закупки вакцин и оказания услуг по иммунизации в текущих бюджетах на национальном и провинциальном уровнях. Завершение проекта запланировано в 2021 году,⁸⁹ однако в настоящее время рассматривается вопрос о его продлении.

⁸⁵ Coe, Martha, Jessica Gergen, Michaela Mallow, Flavia Moi, and Phily Caroline. 2017. «Ландшафтный анализ». Устойчивое финансирование иммунизации в Азиатско-Тихоокеанском регионе. Washington, DC: ThinkWell.

⁸⁶ ВОЗ. 2017 г.

⁸⁷ Oelrichs, Robert, Aliya Kashif, Jahanzaib Sohail, and Shaza Khan. 2020. «Пакистанский национальный проект поддержки иммунизации: фундамент сотрудничества во время COVID-19 (коронавирус)». Всемирный банк.

⁸⁸ Oelrichsaliya, Robert, Kashifj Ahanzaib, and Sohailshaza Khan. 2020. «Пакистанский национальный проект поддержки иммунизации: фундамент сотрудничества во время COVID-19 (коронавирус)».

⁸⁹ Всемирный банк. 2020. «Национальный проект поддержки иммунизации». <https://projects.worldbank.org/en/projects-operations/project-detail/P132308>.

Использование данных о субнациональных расходах для адвокатирувания ресурсов на иммунизацию во Вьетнаме

Авторы: Рави Ранан-элья (*Ravi Ranan-eliya*), Ануджи Гамаге (*Anuji Gamage*), Ясодхара Каныге (*Yasodhara Kapuge*)

Система здравоохранения Вьетнама действует на четырех административных уровнях: центральном, провинциальном, районном и общинном. На национальном уровне Министерство здравоохранения (МЗ) несет ответственность за общую политику здравоохранения, создание основы для финансирования и надзор за предоставлением медицинских услуг. Расширенная программа иммунизации (РПИ) Минздрава, осуществляемая Национальным институтом гигиены и эпидемиологии (НИНЕ), напрямую финансируется из государственного бюджета. Институт устанавливает общую стратегию и контролирует национальную программу иммунизации. РПИ решает, какие вакцины включить в национальную программу, руководит работой со средствами массовой информации и коммуникацией, закупает и распределяет вакцины на более низких уровнях, отслеживает национальные усилия и обеспечивает обучение и общую техническую поддержку. Минздрав также осуществляет бюджетные трансферты из собственного бюджета на более низкие уровни для оказания медицинской помощи, что дополняет вспомогательные ресурсы, мобилизованные более низкими уровнями правительства, включая выплаты медицинским учреждениям из национальной схемы медицинского страхования.

РПИ реализуется на провинциальном уровне центрами профилактической медицины (ЦПМ) под руководством региональных и национальных офисов РПИ. Они контролируют районные медицинские центры (РМЦ) и общинные центры здоровья (ОЦЗ)⁹⁰. Медицинские центры несут ответственность за предоставление ежемесячных услуг иммунизации через стационарные пункты иммунизации и развертывание мобильных бригад для работы в отдаленных районах с целью проведения плановой вакцинации.⁹¹

Проблема

В 2012 году руководитель РПИ Вьетнама обратился за поддержкой к проекту устойчивого финансирования иммунизации (SIF), осуществляемому Институтом вакцин им. Сабина, чтобы решить проблему отсутствия отчетности о расходах на иммунизацию во всех провинциях, что является важным критерием для Глобального плана действий в отношении вакцин. Национальная группа РПИ также твердо была убеждена, что наличие данных о расходах местных органов власти поможет улучшить мобилизацию и распределение ресурсов на национальном и местном уровнях. В 2013 году только 25 из 63 провинций (40%) сообщили о ежегодных расходах провинциального правительства на мероприятия по иммунизации.

Провинции мотивировали нежелание делиться данными о расходах опасениями по поводу последующего сокращения финансирования.⁹² Руководители РПИ были обеспокоены тем, что из-за низких показателей исполнения бюджета может создаться впечатление, что субнациональные программы были чрезмерно профинансированы, хотя на самом деле бюджетные средства зачастую не выделялись в полном объеме, поскольку такие проблемы, как накопление денежных средств и неправильная классификация бюджета, не позволяли денежным средствам, утвержденным Парламентом, даже поступать на провинциальные и районные банковские счета.

Инструмент анализа бюджетных потоков в рамках программы устойчивого финансирования иммунизации и адвокатирувание

Первым шагом программы устойчивого финансирования иммунизации (SIF) было проведение информационной встречи с руководителями РПИ Минздрава из четырех регионов Вьетнама и их представителями из Министерства финансов (Минфин) и Национального собрания.⁹³ Целью этой встречи было обсуждение и анализ наличия ресурсов, распределения ресурсов, выполнения программ и ежегодно увеличивающихся бюджетных запросов РПИ, с тем чтобы

⁹⁰ Nguyen, Trung Duc, Anh Duc Dang, Pierre Van Damme, Cuong Van Nguyen, Hong Thi Duong, Herman Goossens, Heidi Theeten, and Elke Leuridan. 2015. «Охват расширенной программы иммунизации во Вьетнаме: Результаты 2 кластерных исследований и регулярных отчетов». *Human vaccines & immunotherapeutics* 11 (6):1526-1533. doi: 10.1080/21645515.2015.1032487.

⁹¹ Nguyen et al. 2015.

⁹² Институт вакцин им. Сабина. 2012 г. УСТОЙЧИВОЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ ИММУНИЗАЦИИ: Краткий сборник.

⁹³ Институт вакцин им. Сабина. 2013. Новости финансирования иммунизации. В ежеквартальных новостях от программы SIF: Институт вакцин им. Сабина.

увеличить финансирование иммунизации посредством целенаправленных обсуждений на основе данных для лучшего информирования лиц, определяющих политику.⁹⁴ Другие цели информационной встречи заключались в том, чтобы привлечь провинции в качестве активных участников программы РПИ, выразить благодарность местным чиновникам за поддержку и руководство реализацией программы РПИ в их регионе и заручиться политической приверженностью провинциальных органов власти в плане выделения большего объема ресурсов на программы иммунизации в местных бюджетах по всей стране. Обсуждались также вопросы обеспечения поддержки РПИ со стороны международных агентств и иностранных правительств, таких как ВОЗ, ЮНИСЕФ, ГАВИ, правительство Люксембурга, Японское агентство международного сотрудничества (JICA) и других местных финансовых ресурсов.

В дальнейшем анализ потоков субнационального бюджета помог национальной группе РПИ понять, как на провинциальном уровне расходуются денежные средства, чтобы предотвратить дублирование или разрыв в расходах. Региональным менеджерам РПИ, поддерживаемым программой устойчивого финансирования иммунизации, был предоставлен стандартный инструмент анализа бюджетных потоков, который был адаптирован на основе системы оценки эффективности управления государственными финансами, используемой Всемирным банком. Руководители РПИ выявили серьезные проблемы на начальном этапе, такие как «накопление наличных» казначейской службой и неправильная классификация средств, которые были выделены на программы иммунизации, но фактически использовались по другому направлению.⁹⁵ Принимая во внимание это нецелевое использование средств, программа устойчивого финансирования иммунизации подсчитала, что бюджет РПИ Вьетнама на 2014 год должен быть сокращен на 29%.⁹⁶

Опираясь на отношения, установленные во время первоначальной информационной встречи, директор Департамента социальных дел Национального собрания поддержал команду РПИ в организации командой РПИ информационных встреч для членов Национального собрания в октябре 2013 года и в ноябре 2013 года. Во время этих встреч команда РПИ представила результаты указанного анализа, текущую ситуацию в РПИ, финансовые вопросы и обоснование для рассмотрения иммунизации в качестве приоритетной программы. В результате этих встреч члены Национального собрания уделили больше внимания программе РПИ и восстановили ассигнования РПИ в бюджете на 2014 год до 120% от первоначальной суммы.⁹⁷ К 2015 году национальный бюджет был увеличен еще на 35%.⁹⁸

Успех этого анализа, адвокатирующего и усилий по налаживанию отношений также побудили провинции улучшить отчетность о расходах. К концу 2013 года 80% из 63 провинций отчитались о расходах. Ожидалось, что к концу следующего года эта цифра достигнет 100%. Кроме того, в период 2012-2014 годов расходы провинциального правительства на иммунизацию увеличились на 55%. В 2015-2016 годах Парламент провел работу с РПИ для организации ежегодных семинаров для заинтересованных сторон на уровне провинций для обсуждения финансирования иммунизации и обмена данными о расходах.⁹⁹

Вьетнам является прекрасным примером того, как повышение надежности и качества финансовых данных в сочетании с улучшением координации и взаимодействия между уровнями правительства может привести к повышению прозрачности, лучшему пониманию расходов на иммунизацию и потоков финансирования, а также увеличению финансирования программ иммунизации.

⁹⁴ McQuestion, Michael, Andrew Carlson, Khongorzul Dari, Devendra Gnawali, Clifford Kamara, Helene Mambu-Ma-Disu, Jonas Mbwanque, Diana Kizza, Dana Silver, and Eka Paatashvili. 2016 г. «Пути, которые позволяют странам стать полноправными участниками программ иммунизации». Департамент здравоохранения 35 (2):266-271. doi: 10.1377/hlthaff.2015.1067.

⁹⁵ McQuestion et al. 2016.

⁹⁶ Burrous, Haley, Andrew Carlson, Hélène Mambu-ma-Disu, Mike McQuestion, Eka Paatashvili, and Dana Silver. 2019. Десятилетие устойчивого финансирования иммунизации. Институт вакцин им. Сабина.

⁹⁷ Burrous et al. 2019.

⁹⁸ McQuestion, Mike 2016. Информационные бюллетени по странам программы SIF Sabin Института им. Сабина.

⁹⁹ McQuestion 2016.

Приложение 1.2 Проблемы стран

1.1 ПРОБЛЕМА: НЕРАВНОМЕРНЫЕ РАСХОДЫ ПО РЕГИОНАМ

Страна	Контекст
Индия	<ul style="list-style-type: none"> Высокая степень различия по штатам планов реализации программ и бюджетов. Низкий охват в сельских районах и племенных территориях.¹⁰⁰ В среднем 47% доходов генерируется штатами, при этом доходы, генерируемые штатами, составляют большую часть доходов в 6 штатах и только 20% – в трех штатах.¹⁰¹ Стоимость плановой иммунизации, как было показано, широко варьируется в зависимости от штата, при этом большая часть затрат недооценена в комплексном многолетнем плане (сМУР).¹⁰²
Индонезия	<ul style="list-style-type: none"> 5% национального бюджета и 10% районного бюджета должны выделяться на здравоохранение, однако не все районы соответствуют этим требованиям.¹⁰³ Провинции и районы имеют ограниченные полномочия и возможности по сбору налогов.¹⁰⁴
Кения	<ul style="list-style-type: none"> Во всех округах имеются показатели иммунизации, включенные в их планы интегрированного развития округов, которые определяют бюджет, однако их обязательства по иммунизации различаются.¹⁰⁵ Немногие округа имеют значительную налоговую базу или возможности для мобилизации на местном уровне и полагаются на трансферты с национального уровня.¹⁰⁶
Лаосская НДР	<ul style="list-style-type: none"> Провинции обязаны тратить 9% бюджета на здравоохранение, однако не все это осуществляют. Провинции с более высокой детской смертностью обычно тратят меньше.¹⁰⁷
Нигерия	<ul style="list-style-type: none"> Штаты практически полностью распоряжаются своими бюджетами и в значительной степени полагаются на федеральные фонды. Когда этих средств не хватает, они редко адекватно выделяют средства на иммунизацию. Отсутствует законодательное требование о минимальных затратах на здравоохранение.¹⁰⁸ Ожидается, что штаты и населенные пункты будут вносить вклад в доход штата. В среднем вклад составляет около 26%, однако между штатами наблюдается большое различие.¹⁰⁹
Пакистан	<ul style="list-style-type: none"> Провинции имеют практически полную свободу действий в отношении собственных бюджетов, при этом обязательства провинций по иммунизации и охват иммунизацией существенно различаются.¹¹⁰
Судан	<ul style="list-style-type: none"> Формулы распределения ресурсов на более низкие уровни непрозрачны, что затрудняет местным органам власти получение информации о том, какие ресурсы доступны. Субнациональные органы власти не имеют бюджетных ограничений для помощи в планировании.¹¹¹
Вьетнам	<ul style="list-style-type: none"> Подушевые/кадровые платежи учреждениям неэффективны и усугубляют неравенство между провинциями, городскими и сельскими районами.¹¹²

¹⁰⁰ ГАВИ, Отчет о совместной оценке Индии за 2019 г.

¹⁰¹ Kala, M., Khullar, V. (январь 2018 г.). Состояние государственных финансов.

¹⁰² Chatterjee, S., Das, P., & Nigam, A. Различия в стоимости и эффективности предоставления услуг плановой иммунизации в Индии.

¹⁰³ Всемирный банк, Оценка системы финансирования здравоохранения Индонезии.

¹⁰⁴ ОЭСР. (январь 2019 г.). Повышение государственных доходов в Индонезии за счет роста и ориентированности на капитал.

[https://one.oecd.org/document/ECO/WKP\(2019\)3/en/pdf](https://one.oecd.org/document/ECO/WKP(2019)3/en/pdf)

¹⁰⁵ ГАВИ, Отчет о совместной оценке Кении за 2019 год.

¹⁰⁶ Комплексный многолетний план (сМУР) Кении по иммунизации на 2015-2019 годы.

¹⁰⁷ Всемирный банк, Оценка системы финансирования здравоохранения в Лаосской НДР.

¹⁰⁸ Всемирный банк, Оценка системы финансирования здравоохранения в Нигерии.

¹⁰⁹ Оценка системы финансирования здравоохранения в Нигерии.

¹¹⁰ ГАВИ. Отчет о совместной оценке Пакистана за 2019 год.

¹¹¹ ГАВИ. (2016). Отчет о совместной оценке Судана за 2016 год. <https://www.gavi.org/sites/default/files/document/joint-appraisal-sudan-2016pdf.pdf>

¹¹² Сое, М. and Gergen, J., Краткий обзор страны - Вьетнам.

	<ul style="list-style-type: none"> • Провинции несут ответственность за 50% затрат на плановую иммунизацию, однако не получают достаточных местных доходов. Возможности генерирования доходов сильно различаются между провинциями.¹¹³ • Постатейное бюджетирование провинций неэффективно и усугубляет неравенство между провинциями и городом/селом.¹¹⁴
--	---

1.2 ПРОБЛЕМА: ОГРАНИЧЕННЫЕ ИЛИ МЕНЯЮЩИЕСЯ ВОЗМОЖНОСТИ БЮДЖЕТИРОВАНИЯ И УПРАВЛЕНИЯ ПРОГРАММАМИ НА СУБНАЦИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

Страна	Контекст
Кот-д'Ивуар	<ul style="list-style-type: none"> • Отсутствие региональных координаторов РПИ и региональные медицинские бригады, не обученные в рамках РПИ.¹¹⁵
Индия	<ul style="list-style-type: none"> • Недостаток управленческого потенциала, включая управление запасами, управление человеческими ресурсами, микропланирование, подотчетность и координацию партнеров, является основным фактором низкой эффективности.¹¹⁶
Индонезия	<ul style="list-style-type: none"> • Субнациональные органы власти столкнулись с трудностями при полном использовании своих бюджетов и достижении целей иммунизации отчасти из-за отсутствия потенциала управления субнациональными программами.¹¹⁷
Кения	<ul style="list-style-type: none"> • Недостаточные навыки на уровне округа для управления и координации служб иммунизации с большим количеством новых и неопытных сотрудников. Многие субнациональные административные/политические органы не функционируют.¹¹⁸ • Ограниченные возможности на субнациональном уровне для привлечения частного сектора, который играет большую роль в предоставлении услуг.¹¹⁹
Судан	<ul style="list-style-type: none"> • Увеличение потоков финансирования в штаты не сопровождалось мероприятиями по наращиванию потенциала финансового управления.¹²⁰

1.3 ПРОБЛЕМА: ОТСУТСТВИЕ ИЛИ НЕИСПОЛЬЗОВАНИЕ СУБНАЦИОНАЛЬНЫХ ФИНАНСОВЫХ И ПРОГРАММНЫХ ДАННЫХ

Страна	Контекст
Индонезия	<ul style="list-style-type: none"> • В национальной РПИ недостаточно информации о том, как национальные средства расходуются на субнациональном уровне.¹²¹
Кения	<ul style="list-style-type: none"> • Отчеты округа в интегрированную информационную систему финансового управления – низкого качества, в результате чего недостаточно информации о расходах на иммунизацию.¹²² • Низкие показатели отчетности и низкое качество данных в некоторых округах, вызванные отсутствием инструментов, обучения и приоритизации.¹²³
Лаосская НДР	<ul style="list-style-type: none"> • На национальном уровне – мало понимания того, как финансирование, генерируемое провинциями, объединяется, распределяется или используется.¹²⁴

¹¹³ Всемирный банк. (2015 г.). Как сделать целое больше суммы отдельных частей: Обзор фискальной децентрализации во Вьетнаме.

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

¹¹⁴ ГАВИ, Отчет о совместной оценке Вьетнама за 2018 год.

¹¹⁵ ГАВИ. (2018). Отчет о совместной оценке за 2018 год. <https://www.gavi.org/sites/default/files/document/joint-appraisal-c%25C3%25B4te-d-ivoire-2018pdf.pdf>

¹¹⁶ Центр общественного воздействия, Универсальная программа иммунизации в Индии.

¹¹⁷ Maharani, A., & Tamrabolon, G., Повлияла ли децентрализация на статус иммунизации детей в Индонезии?

¹¹⁸ Комплексный многолетний план (сМУР) Кении по иммунизации на 2015-2019 годы.

¹¹⁹ Dutta, A., Maina, T., Givivan, M., Koseki, S., Оценка системы финансирования здравоохранения Кении.

¹²⁰ ГАВИ, Отчет о совместной оценке Судана за 2016 год.

¹²¹ Сообщения от страновой ключевой группы LNCT в Индонезии.

¹²² ГАВИ, Отчет о совместной оценке Кении за 2019 год.

¹²³ ГАВИ, Отчет о совместной оценке Кении за 2019 год.

¹²⁴ Сообщение от страновой ключевой группы LNCT в Лаосской НДР.

	<ul style="list-style-type: none"> Низкое качество данных усложняет планирование, а дублирование систем оказывается тяжелым бременем для субнационального персонала при сборе данных.¹²⁵
Тимор-Лешти	<ul style="list-style-type: none"> Сложность отслеживания расходов на иммунизацию из-за интеграции.¹²⁶
Республика Конго	<ul style="list-style-type: none"> Большие группы внутренне перемещенных лиц затрудняют идентификацию целевых групп и отслеживание младенцев.¹²⁷
Вьетнам	<ul style="list-style-type: none"> Недостаточное использование данных для планирования и управления. Строгие законы, касающиеся вида на жительство в районе, затрудняют отслеживание детей-мигрантов.¹²⁸

1.4 ПРОБЛЕМА: СЛАБЫЕ КООРДИНАЦИЯ, ПОДОТЧЕТНОСТЬ И РАЗДЕЛЕНИЕ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

Страна	Контекст
Кения	<ul style="list-style-type: none"> Существует нечеткое разделение ответственности за иммунизацию между национальным и окружным уровнями.¹²⁹
Нигерия	<ul style="list-style-type: none"> Отсутствует комплексный подход к координации финансирования иммунизации между штатами.¹³⁰
Республика Конго	<ul style="list-style-type: none"> Отсутствует страновая ключевая группа и слабый межведомственный координационный комитет.¹³¹
Судан	<ul style="list-style-type: none"> В законе о делегировании ответственности и функций финансирования здравоохранения штатам и территориям не хватает ясности в отношении ролей и ответственности.¹³²
Тимор-Лешти	<ul style="list-style-type: none"> Правительство страны резко снизило приоритетность расходов на здравоохранение в национальном бюджете на 2015-2016 годы.¹³³
Вьетнам	<ul style="list-style-type: none"> Неясные роли/подотчетность между Министерством здравоохранения и провинциальными правительствами в предоставлении медицинских услуг.¹³⁴

1.5 ПРОБЛЕМА: ФРАГМЕНТИРОВАННЫЕ И НЕПРЕДСКАЗУЕМЫЕ ВЫПЛАТЫ И РАСПРЕДЕЛЕНИЕ

Страна	Контекст
--------	----------

¹²⁵ Всемирный банк, Оценка системы финансирования здравоохранения в Лаосской НДР.

¹²⁶ ГАВИ, Отчет о совместной оценке Тимора-Лешти за 2017 год.

¹²⁷ ГАВИ, Отчет о совместной оценке Конго за 2017 год.

¹²⁸ Сое, М. and Gergen, J., Краткий обзор страны - Вьетнам.

¹²⁹ Комплексный многолетний план иммунизации Кении на 2015-2019 годы.

¹³⁰ ГАВИ, Отчет о совместной проверке Нигерии за 2019 год.

¹³¹ ГАВИ, Отчет о совместной проверке Конго за 2017 год.

¹³² Всемирный банк, Всемирная организация здравоохранения и ЮНИСЕФ. (2017 г.). На пути к всеобщему охвату медико-санитарными услугами: Судан. Национальные инициативы, ключевые проблемы и роль совместной деятельности. <http://documents1.worldbank.org/curated/en/929661513159699256/pdf/BRI-Moving-Toward-UHC-series-PUBLIC-WorldBank-UHC-Sudan-FINAL-Nov30.pdf>

¹³³ ГАВИ, Отчет о совместной оценке Тимора-Лешти за 2017 год.

¹³⁴ ГАВИ, Отчет о совместной оценке Вьетнама за 2018 год.

Кот-д'Ивуар	<ul style="list-style-type: none"> • Задержки с выплатой средств на национальном уровне являются обычным явлением.¹³⁵
Индия	<ul style="list-style-type: none"> • Должностные лица сообщили о дополнительном административном бремени для обеспечения выделения средств, поскольку средства Государственной ассоциации здравоохранения начали направляться через государственные счета, а не напрямую.¹³⁶
Индонезия	<ul style="list-style-type: none"> • Медицинские учреждения получают средства посредством различных трансфертов с центрального уровня и через национальный фонд медицинского страхования, что приводит к путанице в отношении того, какое финансирование доступно.¹³⁷
Кения	<ul style="list-style-type: none"> • Задержки с выплатой средств на всех уровнях приводят к исполнению бюджета Министерством здравоохранения на 68% в 2014/2015 гг. и частым дефицитам.¹³⁸ • Средства, собранные в медицинских учреждениях, должны направляться в фонды доходов округа, что не позволяет местным департаментам здравоохранения управлять своими собственными доходами.¹³⁹
Лаосская НДР	<ul style="list-style-type: none"> • Процесс составления бюджета длительный, что может привести к задержкам выплаты средств.¹⁴⁰
Нигерия	<ul style="list-style-type: none"> • Средства часто выделяются с опозданием на национальном уровне. В 2018 году они были выделены в третьем квартале (выделение финансирования со стороны штатов может быть еще более задержано).¹⁴¹
Пакистан	<ul style="list-style-type: none"> • Финансирование на уровне провинций сильно фрагментировано, с множеством федеральных и провинциальных источников и высоким уровнем внебюджетного донорского финансирования. Это вызывает задержку потоков финансирования и непредсказуемость доходов.¹⁴² • Имеют место определенные задержки в выделении провинциям донорских средств из Многостороннего донорского трастового фонда.¹⁴³
Республика Конго	<ul style="list-style-type: none"> • Финансирование часто бывает неполным и выплачивается в конце года (в 2018 году примерно 15% было выплачено к октябрю).¹⁴⁴
Судан	<ul style="list-style-type: none"> • Широкий круг закупщиков создает сложную систему финансирования для обслуживания учреждений.¹⁴⁵ • Средства часто выделяются с опозданием на национальном уровне, при этом некоторые платежи вообще не доходят до поставщиков.¹⁴⁶

1.6 ПРОБЛЕМА: НЕРАВНОМЕРНОЕ ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ И РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКИХ РЕСУРСОВ

Страна	Контекст
Кот-д'Ивуар	<ul style="list-style-type: none"> • Недостаток и неравномерное распределение человеческих ресурсов и недостаток информации о существующих человеческих ресурсах на субнациональном уровне и в частном секторе.¹⁴⁷

¹³⁵ ГАВИ. (2017а). Отчет о совместной оценке Кот-д'Ивуар за 2017 год. <https://www.gavi.org/sites/default/files/document/joint-appraisal-c%25C3%25B4te-d-ivoire-2018pdf.pdf>

¹³⁶ Berman, Peter, Bhawalkar, Manjiri, Jha, Rajesh, Отслеживание финансовых ресурсов для первичного здравоохранения в Уттар-Прадеш, Индия.

¹³⁷ Mahendradhata, Y., Trisnantoro, L., Listyadewi, S., Обзор системы здравоохранения Республики Индонезия.

¹³⁸ Dutta, A., Maina, T., Ginivan, M., Koseki, S., Оценка системы финансирования здравоохранения Кении за 2018 год.

¹³⁹ Health Policy Plus. (февраль 2020 г.). Усиление мобилизации внутренних ресурсов в Кении посредством анализа законодательства и политики. Project Impact.

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

¹⁴⁰ Всемирный банк, Оценка системы финансирования здравоохранения в Лаосской НДР.

¹⁴¹ ГАВИ, Отчет о совместной оценке Нигерии за 2019 год.

¹⁴² Kazmi, S., Nair, D., Oelrichs, R. et al. (2016). Сотрудничество по улучшению иммунизации в Пакистане. Всемирный банк.

<https://www.rbhealth.org/sites/rbf/files/Collaborating%20to%20improve%20immunization%20in%20Pakistan.pdf>

¹⁴³ ГАВИ, Отчет о совместной оценке Пакистана за 2019 г.

¹⁴⁴ Сообщения от страновой ключевой группы LNCT в Республике Конго.

¹⁴⁵ Всемирный банк, Всемирная организация здравоохранения и ЮНИСЕФ, На пути к универсальному здравоохранению: Судан.

¹⁴⁶ Всемирный банк, Всемирная организация здравоохранения и ЮНИСЕФ, На пути к универсальному здравоохранению: Судан.

¹⁴⁷ ГАВИ, Отчет о совместной оценке за 2018 г.

Индия	<ul style="list-style-type: none"> • Количество человеческих ресурсов, распределение и оплата труда определяются штатами со значительными различиями, что приводит к плохому распределению.¹⁴⁸
Индонезия	<ul style="list-style-type: none"> • Информационная система управления человеческими ресурсами слаба, а рабочая сила неравномерно распределена на региональном уровне и между сельскими/городскими районами.¹⁴⁹
Кения	<ul style="list-style-type: none"> • Большие различия в распределении человеческих ресурсов между округами. Задержки с выплатой заработной платы приводят к спорадическим забастовкам медицинских работников.¹⁵⁰
Лаосская НДР	<ul style="list-style-type: none"> • Финансирование медицинского персонала на национальном уровне ограничено, и местные уровни должны заполнять вакансии контрактными позициями, которые менее привлекательны.¹⁵¹
Нигерия	<ul style="list-style-type: none"> • Недавнее повышение заработной платы еще больше подорвало способность штатов обеспечивать своевременную оплату труда медицинских работников.¹⁵²
Пакистан	<ul style="list-style-type: none"> • РПИ не поддерживает свои человеческие ресурсы с момента передачи полномочий из-за низкой оплаты труда, политического вмешательства, недоиспользования вакцинаторов и медицинских работников-женщин, а также ограниченных возможностей для наращивания потенциала персонала. Тяжелая нагрузка на человеческие ресурсы оставляет мало возможности для операционных расходов.¹⁵³
Республика Конго	<ul style="list-style-type: none"> • Недостаточное и неравномерное распределение человеческих ресурсов.¹⁵⁴
Тимор-Лешти	<ul style="list-style-type: none"> • Неадекватные человеческие ресурсы, обучение и контроль в сельской местности.¹⁵⁵
Вьетнам	<ul style="list-style-type: none"> • Сельские районы не обладают достаточным потенциалом человеческих ресурсов, отчасти из-за конкуренции с частным сектором, который в основном находится в городских районах.¹⁵⁶

¹⁴⁸ ГАВИ, Отчет о совместной оценке Индии за 2019 г.

¹⁴⁹ Efendi, F., Kurniati, A. (2019). Человеческие ресурсы для профиля здравоохранения Индонезии. https://www.researchgate.net/publication/258217131_Human_Resources_for_Health_Country_Profile_of_Indonesia

¹⁵⁰ ГАВИ, Отчет о совместной оценке Кении за 2019 г.

¹⁵¹ Qian, Y., Yan, F., & Wang, W., Проблемы, связанные с укреплением кадров здравоохранения в Лаосской НДР.

¹⁵² ГАВИ, Отчет о совместной оценке Нигерии за 2019 г.

¹⁵³ Naque, M., Waheed, M., Masud, T., et al. (2016, November). Расширенная программа иммунизации Пакистана и национальный проект поддержки иммунизации: экономический анализ. Всемирный банк. <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/25864/111815-WP-PAKImmunizationEA-PUBLIC.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

¹⁵⁴ ГАВИ, Отчет о совместной оценке Конго за 2017 г.

¹⁵⁵ ГАВИ, Отчет о совместной оценке Тимора-Лешти за 2017 г.

¹⁵⁶ Сое, М. and Gergen, J., Краткий обзор страны - Вьетнам.