****

**Application Form:**

**Health System Strengthening (HSS) Support**

**in 2016**

**Deadlines for submission of application:**

*15 January 2016*

*1 May 2016*

*9 September 2016*

Document dated: October 2015

(This document replaces all previous versions)

|  |
| --- |
| **Application documents for 2016:**Countries applying for all types of Gavi support in 2016 are advised to refer to the following documents in the order presented below:  |
| **HSS Application Form** | **Purpose of this document:** This application form must be completed in order to apply for Gavi’s HSS Support. Applicants are required to read the HSS Application Instructions prior to completing this application form and are advised to refer to these instructions whilst completing the application form. Applicants should first read the General Guidelines for all types of support as well as the HSS Guidelines before this document.The application form, along with any attachments, must be submitted in English, French, Portuguese, Spanish, or Russian.  |
| **Weblinks and contact information:**All application documents are available on the Gavi Apply for Support webpage: www.gavi.org/support/apply. For any questions regarding the application guidelines please contact applications@gavi.org or your Gavi Senior Country Manager (SCM).  |

**Contents**

[Part A: Summary of support requested and applicant information 1](#_Toc429753144)

[Part B: Background information 3](#_Toc429753145)

[Part C: Application details 4](#_Toc429753146)

[Part D: Workplan, budget and gap analysis 8](#_Toc429753147)

[Part E: Implementation arrangements and risk mitigation 9](#_Toc429753148)

# Part A: Summary of support requested and applicant information

|  |
| --- |
| 1. Applicant information |
| **Total funding requested from Gavi (US $)** | *This should correspond exactly to the budget requested in Question 17 (detailed budget).* |
| **Does your country have a finalised and approved National Health Sector Plan?** | Yes X | No |
| *Indicate the* ***end year*** *of the NHSP :* ***2025******Provide Mandatory Attachment #8: NHSP*** |
| **Does your country have a finalised and approved comprehensive Multi-Year Plan (cMYP)?** | Yes X | No |
| *Indicate the end year of the cMYP:* ***2020****Provide* ***Mandatory Attachment #11****: cMYP* |
| **Proposed HSS grant start date:** | *Indicate the month and year of the planned start date of the grant*. **July, 2016** |
| **Proposed HSS grant end date:** | *Indicate the month and year of the planned end date of the grant.* **December, 2017** |
| **Joint appraisal planning:**  | *Indicate when in the year the joint appraisal will be conducted, and which HLRP meeting the joint appraisal report will be submitted to.* **Q2, 2016** |

|  |
| --- |
| 2. Application development process *(Maximum 2 pages)* |
| *Provide an overview of the collaborative and participatory application development process.**Include the following* ***Mandatory Attachments:******#4****: Minutes of HSCC meeting, at which the HSS application was endorsed;****#5****: Last 3 minutes of HSCC meetings; and* ***#15****: TOR of HSCC**A elaboração da proposta de Fortalecimento do Sistema de Saúde de Angola para submissão a GAVI seguiu os seguintes passos.** *Contratação de um consultor para trabalhar conjuntamente a equipa técnica da Direcção Nacional de Saúde Pública o Departamento de Estatística do Gabinete de Estudos Projectos e Estatística do Ministério da Saúde (GEPE) e técnicos da OMS, UNICEF e do GRUPO CORE.*
* *Revisão documental de planos programas, projectos, relatórios e avaliações seguidas de consultas a técnicos do MINSA e de agências de cooperação.*
* *Para a identificação dos problemas e a priorização dos mesmos foram organizados quatro grupos de discussão com técnicos do PAV das 18 províncias incluindo técnicos de municípios de Luanda e pontos focais da OMS nas províncias que se encontravam em Luanda participando de um encontro de avaliação. Cada um dos grupos organizados agrupou províncias com características similares de desempenho e dificuldades, Desta maneira se fizeram reuniões em sessões separadas de cerca de uma hora para cada grupo. Nestas sessões foram auscultadas suas perceções respeito aos gargalhos e problemas do PAV e aqueles factores que não permitem ter coberturas altas particularmente nas áreas rurais e urbanas periféricas, estos insumos foram utilizados para descrever os problemas e priorizar as ações do projecto.*
* *O primeiro rascunho foi revisto em detalhe por técnicos e a Directora Nacional de Saúde. Posteriormente o documento foi amplamente partilhado por internet pela Chefe da Secção de Imunização com os parceiros de implementação OMS, UNICEF, USAID, BM, incluindo membros da Sociedade de Pediatria Grupo CORE, Departamento de Estatística do GEPE, Projecto de Municipalização do Sistema de Saúde, Cruz Vermelha, Rotary Internacional e outros. Foram recebidas sugestões que se incorporaram no documento.*
* *O ponto focal de Reforço do Sistema de Saúde da OMS participou todo o processo de elaboração validação e finalização da proposta, assim mesmo técnicos do PAV do MINSA, e OMS. Os técnicos de UNICEF deram contribuições técnicas e orientaram o componente de compras da cadeia de frio e viaturas.*
* *Foi organizado um encontro técnico de validação do documento dirigido pela Directora Nacional de saúde pública no qual participaram técnicos de vários departamentos do Ministério da Saúde parceiros e responsáveis de projectos. Durante o mesmo foi apresentado o documento e partilhados os critérios de seleção de províncias, e de identificação de ações prioritárias. Posteriormente foram realizados ajustes.*
* *Finalmente a proposta de Projecto foi apresentada no Comité de Coordenação Interagências, que estive coordenado pelo Sr. Ministro da Saúde. Neste encontro participaram chefes de Agencias da OMS, UNICEF, USAID directores de programas e projectos de saúde e membros de organizações da sociedade civil. Durante o mesmo concordou-se com o projecto e foi discutida a necessidade de mobilizar ainda mais recursos para fazer face aos desafios do fortalecimento do sistema de saúde. Foi autorizada a submissão do documento a GAVI.*
 |

|  |
| --- |
| 3. Signatures |
| **3a. Government endorsement** |
| *Include Minister of Health and Minister of Finance endorsement of the HSS proposal –* ***Mandatory Attachment #2.*****We, the undersigned, affirm that the objectives and activities of the Gavi proposal are fully aligned with the national health strategic plan (or equivalent), and that the funds for implementing all activities, including domestic funds and any needed vaccine co-financing, will be included in the annual budget of the Ministry of Health.****Minister of Health** (or delegated authority) **Minister of Finance** (or delegated authority)Name: Dr. José Vieira Dias Van-Dúnem Name: Dr. Armando ManuelSignature: Signature: Date: Date: |
|  |
| **3b. Health Sector Coordinating Committee (HSCC) endorsement** |
| *Include HSCC official endorsement of the HSS proposal –* ***Mandatory Attachment #3****Include a signature of each committee member in attendance and date.* |
| **Mandatory Attachment #3: HSCC Endorsement of HSS Proposal***We the members of the HSCC, or equivalent committee met on the January 08 2016 (date) to review this proposal. At that meeting we endorsed this proposal on the basis of the supporting documentation which is attached. The minutes of the meeting endorsing this proposal are attached to this application.*  |
| **Please list all HSCC members** | **Title / Organisation** | **Name** | **Sign below to confirm:** |
| **Attendance at the meeting where the proposal was endorsed** | **Endorsement of the minutes where the proposal was discussed** |
| **Chair** | Minister of Health/MoH | Dr José Vieira Dias Van-Dúnem |  |  |
| **Secretary** | EPI Team Leader/WHO | Dr Jean Marie Kipela |  |  |
| **MOH members** | National Director of Public Health/MoH | Dr Adelaide de Carvalho |  |  |
| **MOH members** | Cabinet of Planning and Projects (GEPE)/MoH | Dr Daniel Antonio |  |  |
| **MOH members** | EPI manager/MoH | Dr Alda Morais  |  |  |
| **MOH members** | Reproductive Health/MoH | Dra Henda Vasconcelos  |  |  |
| **MOH members** | Department of Epidemiology/MoH | Dr Eusebio Manuel |  |  |
| **Development partners** | Paediatric Society/MoH | Dr Margarida Correia |  |  |
| **CSO members** | CORE Group/MoH | Ms. Ana Pinto |  |  |
| **CSO members** | Rotary International/MoH | Mr Manuel de Sousa |  |  |
| **CSO members** | Red Cross | Dr Walter Quifica |  |  |
| **WHO** | Representative WHO | Dr Hernando Agudelo |  |  |
| **UNICEF**  | Representative UNICEF | Dr Francisco Songane  |  |  |
| **USAID** | Director of Mission | Mr Jason Fraser |  |  |

|  |
| --- |
| 4. Executive Summary *(Maximum 2 pages)* |
| ***Provide an executive summary of the application****.* *Angola é uma república democrática situada na costa atlântica da áfrica subsariana sendo um dos países mais extensos do continente; 1.2 milhões de Km2. O País está dividido política e administrativamente em 18 províncias, 161 municípios e 618 comunas. Angola é multicultural e plurilíngue, a língua oficial é o português. O recenseamento nacional de população realizado em 2014 mostrou que o País tinha uma população de 24,4 milhões de habitantes, dos quais 62% estavam concentrados em áreas urbanas. A capital Luanda concentrava 43% da população urbana nacional e 27% da população total do País. A economia de Angola baseia-se principalmente nas receitas do petróleo, os rendimentos do petróleo em 2013 foram estimados em 80 % do PIB. Ao longo do 2014 e 2015 a economia angolana tem abrandado devido a descida dramática do preço internacional do petróleo.**O Governo Angolano, na última década, realizou importantes esforços para criar condições e facilitar os meios para o fortalecimento do Sistema Nacional de Saúde, situação coadjuvada pelo rápido crescimento económico e a importante vontade política. A paz proporcionou a reconstrução das infra estruturas da rede pública de saúde após de mais 3 décadas de guerra, o que representou um dos avanços principais do País. Neste sentido foram feitos investimentos de vulto na reabilitação, construção, equipamento de estruturas sanitárias, criação de novos postos para pessoal de saúde e capacitação de recursos humanos das unidades sanitárias. Não obstante os progressos, a rede pública é escassa e está desigualmente distribuída, favorecendo as áreas urbanas e as províncias do litoral e centro do país que são as mais populosas. Estima-se que cerca de 20-30% da população não têm acesso geográfico a serviços básicos de saúde.* *O presente Projecto de Fortalecimento do Sistema de Saúde (PFSS-GAVI) visa abordar aqueles factores que restringem o aumento da cobertura, a equidade e a qualidade da vacinação. Paralelamente pretende-se reforçar os componentes críticos do Sistema de Saúde que coadjuvarão na sustentabilidade a longo prazo das actividades de vacinação, integrando-as com outras intervenções do pacote essencial de cuidados e serviços materno infantil.* *O PFSS-GAVI enquadra-se no Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025 do MINSA, o Plano Plurianual do PAV 2016-2020, no Plano de Graduação Governo de Angola-GAVI 2015-2017 e nos resultados da análise de situação e das lições aprendidas na implementação de planos e projectos anteriores. Visa contribuir para os esforços nacionais de aumento da cobertura de vacinação de rotina com todos os antigénios para atingir 87% ou mais da população alvo do País em 2017, a tempo de reduzir as inequidades de acesso principalmente geográficas e melhorar a qualidade da vacinação.**O PFSS-GAVI está orçado em 3,97 Milhões de Dólares Americanos e tem a duração de 18 meses; de Julho 2016 a Dezembro 2017. Serão beneficiadas 11 províncias e 97 municípios com os piores indicadores que no seu conjunto congregam 62% da população nacional (25.066028 para 2015) e 67 % do número absoluto de crianças não vacinadas no País em 2015 (390.610). A seleção das províncias foi realizada com base a critérios de menor cobertura de vacinação, maior proporção de municípios com cobertura Penta 3 menor a 80%, maior dispersão populacional, menor número de unidades sanitárias por habitante e o número absoluto de crianças não vacinadas por província que mostra o potencial de melhoria da cobertura nacional. Desta maneira foram selecionadas as províncias de Cunene, Namibe, Malange, Zaire, Huila Cuanza Sul, Cuanza Norte, Cuando Cubango, Bié, Lunda Norte e Luanda (somente os populosos municípios de Viana, Cacuaco e Belas que tem rápido crescimento demográfico e fraca infraestrutura de saúde). Nas províncias selecionadas o projecto focaliza em 30 municípios de difícil acesso.* *O PFSS-GAVI estrutura-se em cinco componentes nomeadamente: (1) Ampliação da oferta de serviços de vacinação de qualidade no sistema público de saúde (29% dos fundos do projecto); (2) Expansão da rede e capacidade de armazenamento da cadeia de frio, melhoria da logística de vacinas e manutenção de equipamentos de cadeia de frio (47% dos fundos projecto); (3) Reforço da comunicação educativa interpessoal em saúde (7% dos fundos do projecto); (4) Melhoria da qualidade e utilização dos dados, da monitorização, avaliação (10% dos fundos do Projecto); (5) Reforço d*as capacidades nacionais de gestão e de definição de políticas sustentáveis de imunização baseadas em evidência *(2% dos fundos do projecto). Foram reservados 5% dos fundos para cobrir custos de administração do projecto (OMS/UNICEF). A maior parte dos fundos serão executados no primeiro ano (74%) devido ao custo do grande volume de equipamentos de cadeia de frio e também dos meios rolantes serão comprados em 2016.**O desenvolvimento das capacidades dos recursos humanos de nível operativo de 650 unidades sanitárias que é em última instancia o nível responsável pela oferta de serviços de qualidade, tem como base o pacote padrão de capacitação da OMS “vacinação em prática” e as supervisões formativas que serão reforçadas com a compra de 11 viaturas, perdiem e 30 telefones inteligentes para a transmissão de dados em tempo real ao nível provincial e nacional. Serão também compradas 30 motorizadas para municípios de difícil acesso. A formação de supervisores provinciais e municipais no curso para Gestores Médios do PAV (MLM) não faz parte deste projecto por ser parte do Plano de Graduação da GAVI.**Uma área prioritária do projecto é o reforço da cadeia de frio e a gestão de vacinas que actualmente tem muitas lacunas. Neste sentido se o PFSS-GAVI contribuirá na expansão da rede de cadeia de frio nos serviços públicos de saúde mediante a compra de 180 arcas solares principalmente para áreas rurais e urbanas periféricas e no aumento da sua capacidade de armazenamento em níveis de redistribuição mediante a compra e instalação de uma câmara de frio na Huila e dotação 38 arcas solares para os níveis municipais com défice. A sustentabilidade do PAV tem ver também com aspectos de tecnologia abordados neste projecto, como ser a mudança gradual de equipamentos de cadeia de frio a gás para equipamentos padronizados a energia solar (SDD) aprovados pela OMS/UNICEF que são mais sustentáveis, de fácil manutenção, larga duração e de maior capacidade de armazenamento o que facilita seu uso particularmente em localidades rurais apartadas e áreas urbanas com frequentes cortes de energia elétrica. A utilização de equipamentos de controlo contínuo de temperatura (planificados no plano de graduação) melhorarão o controlo da qualidade da conservação das vacinas. Foram consideradas também a compra de peças sobressalentes para as arcas de refrigeração e motas a serem adquiridas, de forma a estender a vida útil dos mesmos. O projecto fortalecera as capacidades dos 11 logísticos provinciais e 97 municipais na gestão efectiva de vacinas, instalação, manutenção preventiva e reparação da cadeia de frio. As restantes 7 províncias do País serão apoiadas com recursos do Plano de Graduação.**A componente de empoderamento educativo em saúde das mães e dos encarregados das crianças é complementar as actividades a serem desenvolvidas com recursos do Plano de Graduação e se focam na melhoria dos conhecimentos e habilidades do pessoal assistencial de enfermagem para realizar a comunicação educativa interpessoal em vacinação durante cada contacto dos usuários com os serviços de saúde. O PFSS-GAVI pretende reactivar as ONGs locais e também contribuir na implementação da política Nacional de Agentes de Desenvolvimento Comunitário e Sanitário (ADECOS) com capacitações locais para mobilizar as comunidades na promoção da própria saúde. A promoção da participação das autoridades tradicionais e outros líderes comunitários coadjuvarão no aumento e qualificação da demanda de vacinação e ajudarão na recuperação de crianças faltosas a vacinação.**Os dados administrativos da vacinação de rotina, mesmo que são os mais estruturados do sistema de saúde tem problemas principalmente na oportunidade, integridade e confiabilidade dos mesmos. A estimativa de coberturas de vacinação de rotina tem sido dificultada também com a falta de dados populacionais fiáveis porque o recenseamento nacional da população recém-foi realizado em Maio de 2014, 44 anos após o censo de 1970. Os resultados definitivos do recenseamento ainda não estão disponíveis. Para a melhoria da qualidade dos dados, monitorização de indicadores de desempenho e utilização da informação para a melhoria da gestão do programa e prestação de serviços de saúde, o presente projecto focaliza-se na institucionalização de processos de controlo da qualidade e utilização dos dados a todos os níveis; realização de reuniões cada 2 meses de análise de informação e tomada de decisões nos municípios com a participação de responsáveis das unidades sanitárias e membros das comunidades, encontros de avaliação semestral nas províncias com técnicos dos municípios e reuniões mensais dos subcomités técnicos, logísticos, de mobilização social e finanças a nível das províncias e do nível central.* *O projecto não inclui capacitações para melhoria da gestão de dados nem autoavaliação da qualidade de dados (DQA) nem a compra e equipamentos de computação porque serão adquiridas com fundos do plano de graduação e servirão para as actividades previstas no PFSS-GAVI.**O PFSS-GAVI prevê dar apoio técnico ao MINSA para contribuir na elaboração de uma proposta de Decreto Supremo que regulamente a utilização, monitorização e controlo dos recursos financeiros que foram descentralizados direitamente as administrações municipais para garantir actividades operacionais dos cuidados primários de saúde. Estes recursos correspondem ao 60% do orçamento do Ministério da Saúde e tem contribuído a reduzir as inequidades de acesso geográfico a serviços de saúde mediante equipas móveis e avançadas que prestam serviços de vacinação. Mas devido a falta de regulamentação e controlo muitos municípios estão a reduzir as equipas de vacinação em comunidades sem serviços de saúde assim como a logística de transporte, manutenção da cadeia de frio e as de apoio a supervisão das unidades sanitárias.* *O PFSS-GAVI complementará o plano de graduação da GAVI mediante o apoio o para o estabelecimento e institucionalização de reuniões regulares do NITAG de forma que esta entidade independente possa intervir no processo de promoção e definição de políticas e estratégias sustentáveis de vacinação. Um representante do NITAG será convidado a participar das reuniões regulares do Comité de Coordenação Interagências.**Durante as reuniões do CCI se procurará melhorar a coordenação com o Projecto de Revitalização do Sistema Municipal de Saúde financiado pelo Banco Mundial, o Projecto da União Europeia para estabelecimento de uma plataforma informática integrada de informação em saúde e o Projecto de Reforço do Sistema de Saúde do Fundo Global, ações que permitirão ao MINSA uma melhor gestão da cooperação externa.**O PFSS-GAVI pretende também reforçar a capacidade de gestão central do MINSA de forma complementar ao apoio já comprometido pelo Plano de Graduação, mediante a contratação de 2 consultores nacionais por 17 meses para (a) desenvolvimento de capacidades do pessoal da Central de Compras de Medicamentos e Vacinas (CECOMA) em processos eficientes de adquisição e distribuição de vacinas e (b) gestão e manutenção da cadeia de frio e a logística de vacinas pelo PAV Nacional. Ê provável que este último consultor substitua ao logístico nacional do MINSA que esta em processo de aposentamento.**Pretende-se também a contratação por 4 meses de um economista da saúde para apoiar a Direcção Nacional de Saúde Pública e a Secretaria Geral do MINSA no desenvolvimento de estratégias de financiamento sustentável das vacinações bem como mecanismos para o acompanhamento da execução orçamental e do pagamento do cofinanciamento da GAVI.**Para a implementação do PFSS-GAVI a coordenação geral do uso dos recursos e a sua integração com fundos de Governamentais e outras fontes externas realizar-se-á pelo Comité de Coordenação Interagências (CCI) presidido pelo Sr. Ministro da Saúde que conta com a participação dos Representantes da OMS, UNICEF, USAID, Grupo CORE, Cruz Vermelha de Angola, Rotary internacional, Sociedade de Pediatria, e Projecto de Fortalecimento dos Serviços Municipais de Saúde do Banco Mundial. O CCI considera e aprova os planos apresentados pelo grupo técnico, acompanha a implementação das actividades e facilita a integração de recursos e a solução de problemas. As reuniões do CCI são quinzenais/mensais.**As nível central as entidades principais de implementação do PFSS-GAVI serão: A Direcção Nacional de Saúde Pública do Ministério da Saúde através da Secção de Imunização e do Departamento de Promoção da Saúde e o Gabinete de Estudos Projectos e Estatística do Ministério da Saúde através do Departamento de Estatística. Para apoiar a implementação serão revitalizadas subcomissões funcionais interinstitucionais (MINSA-Parceiros): (1) Subcomissão Técnica; (2) Subcomissão Logística; (3) Subcomissão de Mobilização Social e a (4) Subcomissão de Finanças. Para apoiar na implementação e monitorização do projecto.**A nível da sociedade civil a ONG Grupo Core que integra as ONGs apoiadas pela USAID e Fundação Bill e Melinda Gates (AFRICARE, CRS, WORLD VISION, CARITAS e ASODER) implementará as actividades de informação educação e comunicação baixo orientação do Departamento de Promoção da Saúde do MINSA, em coordenação da Cruz Vermelha de Angola, o Rotary Internacional e apoio técnico da UNICEF.**A nível descentralizado as entidades secundárias de implementação do PFSS-GAVI serão as Direcções Provinciais de Saúde através dos Departamentos Provinciais de Saúde Pública e a nível Municipal as Direcções Municipais de Saúde. Estas entidades acompanharão/ implementarão as actividades e a utilização dos fundos e bens do PFSS-GAVI pelas Unidades Sanitárias do âmbito do projecto. Estão previstos encontros mensais a nível provincial e cada 2 meses a nível municipal.* *Pretende-se que as Entidades Administradoras dos fundos do PFSS-GAVI (recipiente de fundos) sejam a OMS e a UNICEF.* |

|  |
| --- |
| 5. Acronyms |
| *Provide a full list of all acronyms used in this application.* |
| **Acronym** | **Acronym meaning** |
| ACM/CC | Atingindo Cada Município e Cada Comunidade |
| ADECOS | Agentes de Desenvolvimento Comunitário e Sanitário |
| CCI | Comité de Coordenação Interagências do PAV |
| CECOMA  | Central de Compras de Medicamentos e Equipamentos |
| CS | Centro de saúde |
| DNSP | Direcção Nacional de Saúde Pública |
| DPS | Direcção Provincial de Saúde  |
| DQA | Auditoria da qualidade dos dados de vacinação |
| DQS | Autoavaliação da qualidade dos dados de vacinação |
| GAVI | Aliança Global de Vacinas e Vacinação |
| GEPE  | Gabinete de Estudos Planificação e Estatística |
| IMG | Grupo Mundial de Gestão da Vacinação |
| IQ | Índice de qualidade dos sistemas de monitorização |
| MINSA  | Ministério da Saúde  |
| MLM | Curso para Gestores Médios do PAV |
| ONGs | Organizações não-governamentais |
| NITAG | Grupo Nacional de Aconselhamento Técnico em imunização |
| PAV | Programa Alargado de Vacinação |
| *PFSS-GAVI* | Projecto de Fortalecimento do Sistema de Saúde GAVI |
| PMDS | Plano Municipal de Desenvolvimento Sanitário |
| PNDS | Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025 |
| PPAC | Plano Plurianual de Imunizações Completo 2016-2020 |
| PPDS | Plano Provincial de Desenvolvimento Sanitário  |
| PS | Posto de saúde  |
| SDD | Equipamento solar sem bateria  |
| SIGS | Sistema Informático de Gestão em Saúde  |

# Part B: Background information

|  |
| --- |
| 6. Description of the National Health Sector *(Maximum 1 page)* |
| *Provide* ***Attachment #8****: NHSP or equivalent and reference which sections describe the national health sector. If no existing approved national document describes the national health sector, provide a concise overview of the national health sector.**O Governo Angolano, na última década, realizou importantes esforços para criar condições e facilitar os meios para o fortalecimento do Sistema Nacional de Saúde, situação coadjuvada pelo rápido crescimento económico e a importante vontade política. A paz proporcionou a reconstrução das infra estruturas da rede pública de saúde após de mais 3 décadas de guerra, o que representou um dos avanços principais do País. Neste sentido foram feitos investimentos de vulto na reabilitação, construção, equipamento de estruturas sanitárias, criação de novos postos para pessoal de saúde e capacitação de recursos humanos das unidades sanitárias. Não obstante os progressos, a rede pública é escassa e está desigualmente distribuída favorecendo as áreas urbanas e as províncias do litoral e centro do país que são as mais populosas. Estima-se que cerca de 20-30% da população não têm acesso geográfico a serviços básicos de saúde. A acessibilidade aos serviços de saúde vê-se dificultada pela dispersão e baixa densidade populacional nas províncias do leste e do sul do País. Existem populações de retornados pós conflito assentadas em áreas sem serviços de saúde em várias províncias do País e novos assentamentos de rápido crescimento sem serviços próximos na cidade capital Luanda.****Os níveis de gestão do Serviço Nacional de Saúde*** *são quatro: (a) nível central constituído pela estrutura central de carácter normativo do Ministério da Saúde; (b) nível provincial de carácter operacional e de apoio técnico, constituído pelas Direcções Provinciais de Saúde que têm dependência técnica do Ministério da Saúde e administrativa do Governo Provincial (c) nível municipal de carácter operacional, constituído pelas Direcções Municipais de Saúde, dependentes da administração municipal; (d) nível local constituído pelas unidades sanitárias dependentes da administração municipal. A nível central provincial e municipal existe pessoal técnico responsável do PAV incluindo supervisores do PAV, técnico de vigilância, e logístico. A equipa técnica do nível central do PAV e muito pequena se limita a 2 médicas, 2 técnicas de enfermagem para supervisão, 2 logísticos e dois gestores de dados.****A rede de unidades sanitárias (US)*** *do Serviço Nacional de Saúde está organizada em três níveis de atenção que prestam serviços públicos de saúde através de 2,499 unidades sanitárias (Anuário de Estatística Sanitária /MINSA 2014).* ***O nível primário de saúde*** *está constituído por 1.790 postos de saúde (PS) e 461 centros de saúde (CS) que constituem respetivamente o 72% e 18% da rede de serviços de saúde. Os PS não obstante ser numerosos estão dispersos na ampla área rural do País e algumas áreas urbanas periféricas; encontram-se pouco estruturados e contam em geral com apenas com 1 a 2 enfermeiros para oferecer o pacote ambulatório básico incluindo imunizações. Os CS estão localizados em geral em áreas urbanas, brindam cuidados primários ambulatórios incluindo imunizações e hospitalização de emergência. Muitos CS realizam actividades de vacinação por equipas avançadas.* ***O nível secundário*** *está constituído pela rede hospitalar polivalente urbana que inclui 166 hospitais municipais e 29 hospitais provinciais e 41 serviços de fisioterapia e outros não classificados que somam 9,5% do total dos serviços de saúde; os hospitais municipais atendem demanda ambulatória, é hospitalária e alguns deles realizam cirurgiã geral. No âmbito da vacinação de rotina vacinam por postos fixos e alguns deles com equipas avançadas e móveis. Os hospitais provinciais estão melhor equipados, contam com recursos humanos mais qualificados e tem maior capacidade de resolução e oferecem vacinação de rotina.* ***O nível terciário*** *compreende 12 unidades hospitalares diferenciadas de nível nacional que atendem especialidades médicas e cirúrgicas. Agrupam o pessoal qualificado do sistema de saúde. A vacinação esta realizada somente nas maternidades e hospitais pediátricos. Não se utiliza plenamente a capacidade instalada do serviço nacional de saúde para vacinação de rotina.****O sector privado*** *de serviços de saúde inclui 82 Clinicas, 614 centros médicos, 214 consultórios médicos, 84 gabinetes médicos de especialidades e 824 postos de enfermagem (Anuário de Estatística Sanitária /MINSA 2014). Sua importância é crescente em áreas urbanas não tendo significância em áreas rurais. A maior parte dos serviços são lucrativos e estão localizados em Luanda. Existem relativamente poucas ONGs e serviços de saúde das igrejas. As ONGs e o sector privado tem importância crescente na vacinação de rotina especialmente em Luanda.****Os recursos humanos.*** *O Serviço Nacional de Saúde (SNS) sofre de insuficiência quantitativa e qualitativa de recursos humanos em todos os níveis, observando-se também distribuição inequitativa dos mesmos por níveis, regiões e áreas urbanas e rurais em parte causada pelas deslocações da guerra. O 90% das unidades sanitárias são de nível primário e reúnem apenas cerca do 20% do pessoal de saúde. O SNS conta com 51,342 funcionários (Anuário de Estatística Sanitária /MINSA 2014) dos quais 1,668 são médicos (3%), 28,665 enfermeiros (56%), 4,453 técnicos de diagnóstico (9%) e 16,556 funcionários administrativos e de serviço (32%). Existe escassez de médicos; apenas alcançam a 0,7 médicos /10.000 habitantes. Para cobrir o défice de pessoal a nível operativo contrata-se pessoal adicional temporal mutos deles sem formação nos programas de saúde. O Governo está promover o rápido desenvolvimento de faculdades públicas e privadas de ciências da saúde em várias províncias que gradualmente poderão cobrir a grande lacuna de formação existente. Por outro lado está a elevar o nível de competência do pessoal de enfermagem mediante políticas de requalificação do pessoal, que oferecem oportunidades em todas as províncias para profissionalizar o recurso humano. Em geral os vacinadores são o pessoal menos qualificado do sistema de saúde, uma vez qualificados passam a labores assistenciais.****Abastecimento e logística de medicamentos e vacinas.*** *O MINSA tem definido uma política nacional de medicamentos essenciais que incluem as vacinas o que cria as bases para uma melhoria significativa na gestão de medicamentos. A Central de Compras de Medicamentos e Equipamentos**(CECOMA) é uma instituição dependente do MINSA criada em 2013 que tem a responsabilidade da aquisição centralizada e distribuição as províncias dos medicamentos essenciais dos programas incluindo as vacinas seringas e caixas seguras. Durante as missões de elaboração do plano de transição (Out. 2014) e de avaliação conjunta da GAVI Alliance (Set. 2015) foi observado que a CECOMA, tem limitada experiencia e capacidade técnica, pelo qual os procedimentos de adquisição, distribuição de vacinas bem como a coordenação com o programa de vacinação precisam ser reforçados. Roturas de estoque de vacinas foram atribuídas a retraços no processo de adquisição. A compra de vacinas realiza-se de laboratórios pré-qualificados pela OMS. A distribuição de vacinas realizasse conjuntamente medicamentos mediante viaturas refrigeradas alugadas pela CECOMA.* *Referentes as adquisições de equipamentos de cadeia de frio o MINSA definiu uma política de compra de equipamentos da lista aprovada pela OMS/UNICEF. Desde 2015 seguindo a recomendação de OMS AFRO tem orientado a compra de refrigeradores a energia solar SDD por seu bom resultado, fácil manutenção e longa vida útil e pretende gradualmente substituir os equipamentos a gás por equipamentos a energia solar. Devido a que o orçamento do MINSA para compra de cadeia de frio está descentralizado ate o nível municipal as adquisições nem sempre foram de acordo ao recomendado, pelo que se propõe neste projecto apoiar na regulamentação do uso dos fundos.****O Sistema de Informação Sanitária*** *(SIS) abrange os níveis de atenção: primário, secundário e terciário. A transmissão da informação é realizada por níveis começando pelas unidades sanitárias produtoras de dados até o nível central do MINSA. O Gabinete de Estudos Planificação e Estatística (GEPE) do MINSA é o órgão delegado pelo INE para a recolha, analise e produção de informação estatística sanitária. Os dados de produção rotineira dos serviços de saúde, as actividades dos programas, a vigilância epidemiológica e a informação de gestão administrativa e financeira ainda não está articulada, segue fluxos paralelos, com escasso retro informação e análise. Em geral os dados chegam aos programas com atraso considerável, incompletos, são de pouca qualidade e sua utilização para tomada de decisões é escassa. A falta de denominadores confiáveis constitui-o um grave problema para o cálculo de indicadores, situação esta que ainda não foi ultrapassada devido a que esta pendente o informe final dos dados do recenseamento nacional de população de 2014. O subsistema de informação de vacinação de rotina tem periodicidade mensal e segue o fluxo por níveis até chegar a nível central do PAV onde se processam os dados e se faz retro informação.****Os agentes comunitários de Saúde (ACS), as autoridades tradicionais e líderes das igrejas*** *tem jugado um papel relevante na organização e implementação das campanhas de vacinação e em menor medida na vacinação de rotina e outras actividades de saúde. Alguns Governos Províncias iniciaram pagamentos mensais a ACS mas não foi possível manter a longo prazo. O Executivo está a promover uma política nacional sustentável de Agentes de Desenvolvimento Comunitário e Sanitário (ADECOS) que começou em 2015 com a formação de formadores para poder depois formar os agentes comunitários ao nível local. Esta formação visa colmatar as lacunas identificadas na continuidade das iniciativas dos diferentes programas de saúde e na integração com outros sectores para mobilizar as comunidades na promoção da própria saúde.****Financiamento da saúde.*** *Segundo o estudo de contas nacionais de saúde citado pelo WHO Health System Financing Country Profile, 2013 o 91% do financiamento**das despesas da saúde* em *Angola provem de fundos nacionais; 67% pagas pelo Governo e 24% diretamente pelas famílias. O restante 9% e pago com recursos de fontes externas. No período 2009 a 2014 o total das despesas de saúde triplicou: de 100,121 milhões de Kwanzas em 2009 para 346,734 milhões de Kwanzas em 2014. Este aumento corresponde a uma variação de 1,70% à 2,70 % do PIB. Contudo, o total das despesas de saúde manteve-se relativamente estável enquanto proporção do Orçamento Geral do Estado, com uma média de 4,58% para o mesmo período. Mesmo que o orçamento geral do estado para saúde foi incrementado em termos absolutos ainda há dificuldades para pagamento do cofinanciamento de novas vacinas.****Contexto legal e regulatório.*** *A Constituição Política do Estado de 2010, no artigo 21 linha f, assume como tarefa fundamental do Estado a promoção de políticas que permitam tornar universais e gratuitos os cuidados primários de saúde. Por outro lado o “Regulamento Geral das Unidades Sanitárias” define os Cuidados Primários de Saúde como o pacote essencial de prestações preventivas e curativas oferecidas na rede básica dos serviços de saúde incluindo as imunizações. A Politica Nacional de Saúde promulgada por Decreto Presidencial 262/10 no seu artigo 42 declara os princípios de universalidade, qualidade, humanização e responsabilidade como a base das intervenções em saúde.*  |

|  |
| --- |
| 7. National Health Sector Plan (NHSP) and relationship with cMYP (*Maximum 2 pages)* |
| *Describe the relationship of the cMYP to the national health strategy.* *Provide:* ***Mandatory******Attachment #8****: NHSP and* ***#11:*** *cMYP; and if available:* ***Attachment #18****: Joint Assessment of National Health Strategy (JANS); and* ***Attachment #19****: Response to JANS.**O* ***Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025 (PNDS)*** *foi elaborado por uma Comissão Multissectorial, criada por Despacho nº 84/11 da Presidência da República de Angola, é um instrumento estratégico destinado à operacionalização das orientações fixadas na Estratégia Nacional de Desenvolvimento a Longo Prazo Angola 2025, assim como na Política Nacional de Saúde e a reforma do Sistema Nacional de Saúde. O PNDS tem suas expressões descentralizadas nos Planos de Desenvolvimento Sanitário Provinciais PDSP e Planos de Desenvolvimento Sanitário Municipais PDSM que foram elaborados de forma participativa nos níveis subnacionais.**O PNDS pretende fazer face as prioridades em saúde que incluem: (a) O aumento da cobertura sanitária e manutenção sustentável das unidades sanitárias; (b) O reforço do sistema de referência e contra referência entre os três níveis do Serviço Nacional de Saúde; (c) O aumento da capacidade técnica, o número de recursos humanos e a melhoria da distribuição do pessoal nas áreas rurais e periurbanas; (d) A melhoria do sistema gestão em saúde, incluindo os sistemas de informação, logística e comunicação; (e) O incremento de recursos financeiros e adequação do modelo de financiamento e (f) O aumento do acesso da população à água potável, saneamento e energia.**As orientações estratégicas do PNDS apontam a promover: (a) Prestação de cuidados de saúde com qualidade, nas vertentes de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, reforçando a articulação entre a atenção primária e os cuidados hospitalares; (b) Operacionalização da promoção e prestação de cuidados de saúde a nível comunitário; (c) Revitalização dos serviços municipais de saúde em linha com a orientação global do processo de governação e da descentralização gradual que levem a tomada de decisões mais peto das personas e melhorem a eficiência na prestação de serviços; (d) Participação na transformação das determinantes sociais da saúde e promoção das parcerias nacionais e internacionais, em prol da redução da mortalidade materna e infantil e dos programas de combate às grandes endemias; (e) Monitorização e avaliação da implementação do PNDS, incluindo o desempenho do sector, através do sistema informático de gestão em saúde (SIGS) e estudos especiais.**O PNDS apresenta objectivos ambiciosos em todos os domínios do Sistema Nacional de Saúde, incluindo o reforço da luta contra as doenças transmissíveis e crónicas não transmissíveis; a atenção à mãe e à criança, a melhoria do acesso aos serviços e do sistema de referência dos casos complicados. O PNDS contém 9 programas, que estão subdivididos em 20 subprogramas e 46 projectos.* *O Programa de Prevenção e Controlo de Doenças Imunopreveníveis (PAV) é o Projecto 01 do Programa Nº 1 de Prevenção e Luta contra as Doenças do PNDS. A vacinação pela sua simplicidade, relativo baixo custo e alta eficácia, é considerada uma intervenção prioritária do PNDS. As metas de cobertura em imunizações para o ano 2025 estabelecidas pelo PMDS, são atingir 95% de cobertura nacional de vacinação com todos os antigénios do calendário nacional de vacinação e 90% de cobertura com todos os antigénios em todos os municípios do país. O indicador de cobertura é Penta-3 em menores de um ano.**O Plano Plurianual de Imunizações 2015-2020 (PPAc) está em linha com o PNDS em termos de orientação política e estratégias. Ambos planos promovem a prioridade das vacinações e procuram criar condições para um aumento de cobertura e melhoria da equidade no acesso as vacinações. Uma melhor distribuição de pessoal em áreas periurbanas e rurais previstas no PNDS favorecerão a prestação de serviços de vacinação nessas áreas anteriormente negligenciadas. Por outro ambos planos condizem com o novo roteiro do Plano Global de Acão da Década das Vacinas (GVAP) 2012-2020 que visa acelerar a prevenção de mortes através de um acesso mais equitativo da população de todas as comunidades às vacinas existentes e gradualmente as novas vacinas. No PMDS foram previstas a introdução da vacina Pneumo13 em 2013 e Rotavírus em 2014 situação que foi atingida pelo País de acordo ao planificado. A introdução da vacina HPV em 2017 está prevista no PMDS.**O PPAc pretende reverter a estagnação da cobertura nacional, e ultrapassar a persistência de lacunas de cobertura entre municípios, áreas urbanas rurais e populações com diferente situação socioeconómica. As metas do PPAc para 2020 são alcançar 90% ou mais de cobertura de vacinação em crianças menores de um ano a nível nacional, provincial e municipal com todos os antígenos: BCG, Pólio, Pentavalente (DTP. Hib, HepB, Pneumo-13, Rotavírus, Sarampo, Febre-amarela, HepB a nascença e TT-2+ em grávidas e introduzir a vacina Pólio inactivada (IPV).**O PMDS define como prioridade a oferta de vacinações em todas as unidades sanitárias do país. Congruente com esta orientação, a visão do PPAc 2015-2020 considera as vacinações como essenciais para o fortalecimento do sistema de saúde e por tanto deve ser oferecida de forma gratuita em todas as unidades sanitárias públicas e privadas de forma contínua e sustentada. A priorização da melhoria da eficiência dos componentes operacionais do sistema de saúde para o aumento do acesso, utilização e qualidade dos serviços de saúde materno infantil esta mencionada em varias partes do PNDS. O PPAc define como actividades prioritárias a expansão/ reforço da rede de postos fixos de vacinação de rotina dotando equipamento de cadeia de frio e assegurando capacitação teórico-prática e supervisão para prover competências ao pessoal das unidades sanitárias, assim mesmo assegurar visitas de equipas avançadas planificadas pelas unidades sanitárias, as comunidades ou bairros sem serviços de saúde. No campo de recursos humanos o PMDS pretende eliminar as assimetrias entre as áreas rurais e urbanas, e garantir uma articulação funcional entre os níveis o que evidentemente facilitará a implementação de actividades de expansão de cobertura de vacinação.**No âmbito da logística o PMDS pretende garantir disponibilidade contínua a nível operativo de medicamentos essenciais seguros, eficazes e de qualidade (incluindo vacinas) aos melhores preços, e promover o uso racional dos mesmos pelos profissionais da saúde e pelos consumidores; reforçando a capacidade da Central de Compras de Medicamentos e Equipamentos (CECOMA) para planificar e realizar concursos públicos para a aquisição e abastecimento regular de produtos farmacêuticos seguros, eficazes, de boa qualidade, vacinas pré-qualificadas e a construção e reforço da rede de armazéns provinciais que incluem câmaras frias para vacinas.* *O PPAc pretende contribuir na provisão de informação para aquisição de vacinas de provedores idóneos pré-qualificados pela OMS que assegurem qualidade de processos e transparência. Assegurar a nível central, estoque permanente de segurança de vacina e material para abastecimento regular de 6 em 6 meses; asi como aumentar no curto prazo a capacidade de armazenamento da cadeia de frio positiva nos depósitos províncias e municipais em défice, em coordenação com a CECOMA.* |

|  |
| --- |
| 8. Monitoring and Evaluation Plan for the National Health Plan *(Maximum 2 pages)* |
| ***Provide background information on the country M&E arrangements.****Não existe ainda um plano geral de monitorização e avaliação do PNDS. O Gabinete de Estudos, Planeamento e Estatística do MINSA com apoio da USAID encontra-se em fase de elaboração de um plano de monitorização e avaliação dos programas, subprogramas e projectos do PNDS. A União Europeia esta apoiando para o desenvolvimento de um sistema único de informação em saúde mediante o desenho e a implementação de uma plataforma informática nacional capaz de agregar os dados estatísticos locais que alimentem os indicadores nacionais do sector saúde. Por outro lado o MINSA tem enviado ao Fundo Global um projecto para fortalecer o sistema unificado de monitorização e avaliação global das actividades do MINSA no período Agosto 2016 – Agosto 2018.* *Actualmente a monitorização dos indicadores de desempenho dos programas realiza-se de forma separada pelos Órgãos Centrais do Ministério da Saúde e pelas equipas técnicas dos programas. Periodicamente a Direcção Nacional de Saúde Pública - durante seus encontros de Conselho de Direcção - monitoriza o progresso das actividades e indicadores dos programas sob sua tutela. Um relatório mensal e trimestral integrado das actividades do PNDS incluindo indicadores de desempenho dos programas prioritários entre eles imunizações é elaborado pelo MINSA e enviado a Vice-presidência da República.* *O Ministério da Saúde organiza duas vezes por ano Reuniões do “Conselho Consultivo do MINSA” com a participação dos directores dos órgãos centrais do MINSA, directores provinciais de saúde, alguns directores municipais, e chefes de alguns programas entre eles o PAV, para realizar a avaliação dos progressos dos programas e actividades prioritárias e para definir orientações técnicas e de gestão. Estas reuniões são muito úteis para obter a retro informação das províncias e municípios e para a tomada de medidas corretivas pelas autoridades de Governo.**Na prática, o mecanismo mais eficiente de monitorização e avaliação das actividades do PAV são as reuniões do Comité de Coordenação Interagências do PAV coordenado pelo Ministro da Saúde que reúne quinzenalmente/mensalmente aos representantes da OMS, UNICEF, USAID, Grupo CORE, Cruz Vermelha de Angola, Rotary internacional, Sociedade de Pediatria, e Projecto de Fortalecimento dos Serviços Municipais de Saúde do Banco Mundial, técnicos do MINSA e parceiros. Periodicamente, nas reuniões do CCI apresentam-se os indicadores do PAV (cobertura por antigénio, por províncias taxas de abandono DTP1-DTP3, distribuição do número absoluto das crianças não vacinadas por províncias e municípios e tendência comparativa com o ano anterior. Por outro lado durante os encontros periódicos do Mecanismo de Coordenação de País (CCM) que integra os projectos financiados pelo Fundo Global monitoriza-se o progresso das actividades dos programas de Malária, Tuberculose e VHI/SIDA. Nestas reuniões tem participado as equipas de saúde do MINSA das agências, ONGs, e outros sectores.**De 19 de Dezembro de 2013 a 16 de Janeiro de 2014 foi realizada por uma equipa independente (Grupo CORE) em todas as províncias inquéritos de cobertura vacinal utilizando a metodologia da OMS de 30 aglomerados em cada inquérito e sete crianças de 12 a 23 meses de idade em cada aglomerado, totalizando uma amostra de 3.764 crianças. Os resultados consolidados deste inquérito foram enviados a WHO/UNICEF/HQ que realizou a análise final os resultados estimando uma cobertura nacional DPT-3 de 73% comparativamente com 80% e 93% de cobertura DTP3 obtida com os dados administrativos de 2014 e 2013 respetivamente, o que mostra a importante discrepância na estimativa.**Dadas as limitações da qualidade e integridade dos dados rotineiros do sistema de informação o MINSA, conjuntamente o Instituto Nacional de Estatística e apoio de USAID, UNICEF e OMS esta a implementar numa amostra nacional de famílias um Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde (MICS-2015) que brindara informação fiável da mortalidade infantil, nutrição assim como coberturas dos programas de saúde materno infantil incluindo imunizações. Os resultados estarão disponíveis no segundo trimestre de 2016.**A Avaliação Conjunta Annual da GAVI (Joint Annual Health Sector Review) foi realizada em Angola de 31 de Agosto a 4 de Setembro de 2015* *por uma equipa composta por técnicos do Ministério da Saúde, representantes de organizações da sociedade civil, parceiros nacionais e internacionais e representante do secretariado da GAVI. As principais observações foram as seguintes:* * *Metas atingidas em 2014:Cobertura penta3 (DTC-HepB-Hib3) 80%; PCV13 (3ª dose) 61%. Cobertura Rotavírus 2ª dose 18%; 47% dos municípios do país atingiram> 80% de DTC-HepB-Hib3; taxa de abandono entre penta1 (DTC-HepB-Hib1) e penta3 (DTC-HepB-Hib3) foi de 20%; 78 Municípios do País atingiram coberturas de DTC-HepB-Hib3 inferiores a 80%; 27 Municípios de 11 províncias tiveram coberturas de DTC-HepB-Hib3 <50%.*
* *Existência de um Comité de Coordenação Interagências (CCIA) que reúne regularmente e lidera as ações. O Grupo Técnico de Aconselhamento para Vacinação (NITAG) em processo de implementação.*
* *Existência de recursos humanos para o programa de vacinação em todos os níveis de prestação de serviço de vacinação. Mas, também, existe um grande défice em quantidade e qualidade de técnicos para o programa em todos os níveis e câmbios frequentes de técnicos capacitados no PAV para outras áreas e programas.*
* *Todos os níveis têm cadeia de frio, mas em algumas localidades a capacidade é insuficiente para armazenar as necessidades locais. Há técnicos de cadeia de frio e logística a todos os níveis, mas sem formação o que resulta na falta de manutenção regular e reparação dos equipamentos. Em alguns municípios foram adquiridos, equipamentos fora dos padrões recomendados pela OMS.*
* *A vacinação é fornecida em todo o país através de postos fixos, equipas avançadas e móveis; complementado com actividades suplementares de vacinação (campanhas contra a pólio, sarampo, tétano, administração de Vitamina A e Albendazol). O número de unidades sanitárias que fornecem o serviço de vacinação aumentou de 687 em 2010 para 1323 entre um total de 2499 unidades do sector público em 2014. Não obstante estes importantes progressos muitos bairros e comunidades não têm acesso fácil à vacinação. Por esta razão, a estratégia fixa esta sendo complementada com equipas avançadas e móveis. Estas estratégias complementares não têm sido cumpridas na íntegra por falta de meios de transportes e subsídio de apoio.*
* *O Gabinete de planeamento e estatística do MINSA e nas províncias é o responsável pela gestão da informação sanitária. Todas as províncias contam com o apoio da cooperação Cubana na recolha da informação e posterior envio ao nível central. O programa de vacinação dispõe de 3 técnicos a nível central para a gestão de dados epidemiológicos e de vacinação.*
* *Ao nível municipal e Unidade Sanitária, existe um sistema de recolha de dados. Mas existe um atraso no envio da informação desde o nível municipal ate ao nível central por falta de meios (transportes, internet.). Há insuficiente análise e utilização de dados para a tomada de decisão atempada a esse nível.*
* *Existe um plano de comunicação e mobilização social a nível central. Foram elaborados também materiais para a informação, educação e comunicação (IEC). Este plano foi adaptado em função da realidade de cada província. Por dificuldade de recursos financeiros é deficiente ou não existe a implementação do mesmo a nível municipal e de US*
* *A partir de 2011, Angola entrou no processo de graduação dentro da regulamentação da GAVI, em 2014, foi elaborado um plano de transição para o período 2015-2017, que será financiado pelo Governo, e membros da aliança GAVI. Houve um atraso na implementação do plano de graduação devido a demora na recepção dos fundos da GAVI, embora tenham sido utilizadas outras fontes de financiamento para a implementação de algumas actividades chave previstas no plano.*

*As principais recomendações foram:* *a)* *Garantir o financiamento para o programa de vacinação e o pagamento do cofinanciamento de novas vacinas em atraso e para os próximos anos; b) Reforço e capacitação dos recursos humanos; gestão das vacinas e material de vacinação e melhoria da coordenação entre o PAV é a CECOMA; c) Elaboração e implementação de um plano de melhoria dos indicadores de vacinação nas áreas com baixas coberturas; d) Reforço da implementação das estratégias móveis e avançadas nas áreas com maior número de crianças não vacinadas; e) Reforço da capacidade da cadeia de frio e aumentar o número de postos de saúde com actividades de vacinação.* |
| *Provide* ***Mandatory Attachment #9:*** *National M&E Plan (for the health sector/ strategy***)*,*** *as well as any sub-national plans, as relevant****.*** *If this does not exist, explain how the National Health Plan is currently monitored and provide a timeline for developing an M&E Plan.**If available, provide* ***Attachment #16:*** *Data quality assessment report;**and* ***Attachment #17:*** *Data quality improvement plan.* |
| ***Pooled fund*** *applicants are required to attach the National M&E Plan and any documentation on the joint review process, including terms of reference, schedule etc.* |

|  |
| --- |
| 9. Alignment with existing results based financing (RBF) programmes (where relevant) *(Maximum 1 page)* |
| *Indicate whether your country will align HSS support with existing results based financing (RBF) programmes.**If yes, provide* ***Attachment #30:*** *Concept Note/ Programme design of relevant RBF programme, including Results Framework and Budget.****Angola não participou do programa de financiamento baseado em resultados (RBF)*** |

# Part C: Application details

|  |
| --- |
| 10. Health System Bottlenecks to Achieving Immunisation Outcomes *(Maximum 3 pages)* |
| ***Provide a description of the main health system bottlenecks. If such analysis has recently been conducted, attach Optional Attachment 33: Health system bottleneck analysis.****Os factores o estrangulamentos do sistema de saúde que tem impedido atingir melhores resultados na cobertura qualidade e equidade da vacinação de rotina, foram identificados durante a Avaliação Internacional Externa do PAV realizada em Julho de 2014, a Avaliação Pós Introdução da Vacina Pneumo-13 realizada em Maio de 2014 em 5 províncias de Angola, o Inquérito Nacional de Cobertura de Vacinação (IVAC-2013) que investigou as causas de não vacinação nas 18 províncias do País, a avaliação conjunta do PAV da Missão GAVI Alliance realizada em Outubro de 2015 e as discussões com técnicos do PAV do nível central das províncias e municípios durante o encontro anual de avaliação de 2015. Muitos dos gargalos identificados são recorrentes e requerem ações corretivas para melhorar a eficiência do programa, cobrir as populações não atingidas e reduzir as inequidades.* ***Insuficiente oferta de serviços de vacinação de qualidade no sistema público de saúde****. Considera-se um problema crítico do programa a falta de utilização plena em vacinação da capacidade instalada do sistema público de saúde; somente 63% o seja 1323 unidades sanitárias realizam vacinação de rotina das 2.090 unidades sanitárias com possibilidade de vacinar em postos fixos. A escassez de postos fixos de vacinação foi repetidamente mencionada pelos técnicos das províncias como fator de baixa cobertura. O inquérito IVAC-2013 mostrou que 34% das mães de crianças não vacinadas ou incompletamente vacinadas indicaram como causa de não vacinação “o lugar da vacinação está muito longe” e 69% delas mencionou “no posto de vacinação espera-se muito tempo”. O Plano de Graduação da GAVI 2015-2017 considera o aumento do número de postos fixos em áreas rurais e urbano periférico um desafio principal para melhorar a equidade no acesso a vacinação. A falta de vacinação nos serviços de saúde deve-se principalmente a não disponibilidade de equipamentos funcionais de cadeia de frio já que existem muitos equipamentos obsoletos que precisam renovação e unidades sanitárias sem este equipamento. O escasso recurso humano e deficiências na gestão do pessoal, vacina e material contribuem na falta de vacinação. O PPAc 2016-2020 considera a expansão da rede fixa de vacinação a estratégia mais económica e sustentável de vacinação.**As fraquezas na qualidade do atendimento em saúde tem sua base na estrutura dos recursos humanos do sector público de saúde que tem predomínio de pessoal de enfermagem pouco qualificado, contando com escassos profissionais médicos e administrativos formados. O pessoal menos qualificado encontra-se na rede primária de serviços de saúde devido a que grande parte dos mesmos foram agentes comunitários, absorvidos e requalificados no passado pelo sistema de saúde. As debilidades na gestão e o atendimento foram reveladas na avaliação internacional do PAV de 2014 que mostrou lacunas importantes no conhecimento do programa pelo pessoal operativo das unidades sanitárias e supervisores do nível sub-nacional e pelo inquérito qualitativo as famílias IVAC-2013 no qual 72% das mães de crianças não vacinadas ou incompletamente vacinadas indicaram “as enfermeiras não tem modos de atender as pessoas”, 43% apontaram que “no dia da vacinação da criança não havia vacinas”, 29% que “no dia da vacinação da criança o vacinador estava ausente” e 15% das inquiridas mencionaram que “o horário de vacinação não era conveniente”.* *Para a introdução de novas vacinas o MINSA com apoio da GAVI, OMS e UNICEF realizou capacitações curtas em cascata do pessoal envolvido na vacinação em todos os níveis, porém devido a alta rotação do pessoal e baixo nível de muitos funcionários o benefício foi escasso requerendo-se processos graduais de formação, adequados as características do pessoal da rede de serviços de saúde como ser os pacotes modulares do Curso de Gestão Média do PAV (MLM) para supervisores e o pacote Vacinação em Prática para o pessoal das unidades sanitárias* ***Insuficiente vacinação nas comunidades com acesso difícil a serviços de saúde****. Devido a limitada rede nacional de serviços de saúde, a dispersão da população em muitas das províncias e características nómadas de alguns grupos populacionais, a estratégia fixa precisa ser complementada com equipas avançadas e móveis que prestem vacinação e outras intervenções de saúde as populações com falta de acesso a serviços de saúde. Anterior a 2010 as actividades avançadas eram fortemente dependentes do financiamento externo de parceiros e doadores que apoiavam a vacinação em alguns municípios. Desde 2010 os custos destas actividades estão cobertos para todos os municípios com fundos dos Cuidados Primários de Saúde, descentralizados pelo governo nacional (60% do orçamento do MINSA) as administrações municipais como parte da política do reforço sustentável do sistema municipal de saúde. Na prática existem dificuldades na disponibilização oportuna de fundos.**Não obstante as limitações de fundos e insuficientes meios de transporte, em 2013, 156/166 municípios e em 2014, 158/166 municípios implementaram com diverso grau de qualidade a estratégia avançada e móvel, que permitiu a aplicação do 20-21% del total de doses Penta3 administradas no País. Em municípios com poucos postos fixos ate o 47% das doses aplicadas foram dadas por equipas avançadas e móveis. Não entanto nem todas as unidades sanitárias dos municípios empregam estas estratégias; durante a avaliação internacional externa do PAV realizada em 2014 constatou-se que somente 69% das unidades sanitárias avaliadas utilizavam estratégias avançadas ou móveis, negligenciando comunidades com acesso difícil a serviços.* *A descentralização de recursos financeiros a nível municipal constitui uma fortaleza do sistema de saúde porque facilitou grandemente o acesso direto a fundos. Não obstante os progressos alcançados existe o risco de perda de efectividade desta importante estratégia de Governo, pela falta de regulamentação e controlo da utilização dos recursos descentralizados.****Insuficiente supervisão e seguimento das actividades do nível operacional.*** *A supervisão formativa crítica para melhorar o desempenho do pessoal do PAV e das equipas locais de saúde tem muitas lacunas na sua implementação principalmente a nível local. A introdução de novos antígenos no calendário de vacinação exige acompanhamento e ajustes no terreno para garantir a eficaz conservação utilização e registo destas intervenções. A avaliação pós introdução da vacina Pneumo-13 mostrou que houve escasso acompanhamento a nível local. A supervisão do pessoal das províncias realiza-se por técnicos do nível central do MINSA e parceiros uma ou duas vezes ao ano, muitas vezes aproveitando a realização de campanhas de vacinação. A supervisão das equipas municipais são muito escassas e eventuais, ficando muitos municípios sem supervisionar. O pessoal das unidades sanitárias que realiza vacinação recebe supervisões não regulares do pessoal do município e das equipas de vacinação vigilância activa do município e da província.* *As principais razões pelas quais não se realiza supervisão são a escassez ou carência de médios de transporte e a não disponibilização de fundos para o pagamento de perdiem ou aluguer de meios rolantes em alguns níveis. O nível central do PAV tem tido apoio da OMS e GAVI (fundos de introdução de novas vacina) para realizar supervisões. Com fundos do Plano de Graduação uma viatura para nível central esta em processo de compra. O nível municipal tem recursos de fundos descentralizados para aluguer de viaturas ou motas e para pagamento de perdiem, porem estes recursos nem sempre estão disponíveis. O nível provincial esta subfinanciado requere de muito apoio já que só conta escassos recursos e tem a responsabilidade de supervisão, transporte de vacina e material de vacinação.****Insuficiente cadeia de frio, falta de manutenção de equipamentos e deficiências na logística e gestão de vacinas*** *A CECOMA tem escasso pessoal, limitada experiencia e capacidade técnica, pelo que procedimentos os de adquisição, distribuição de vacinas não são eficientes. A CECOMA adquire as vacinas tradicionais de intermediários locais e UNICEF compra as novas vacinas. A distribuição de todas as vacinas às províncias é realizada mediante empresas privadas contratadas pela CECOMA para transporte refrigerado das vacinas conjuntamente com medicamentos, seguindo planos trimestrais ajustados mensalmente pelo PAV nacional em consulta com as províncias. No Plano de graduação da GAVI esta previsto apoio técnico internacional para CECOMA.**O abastecimento de vacinas dos depósitos municipais é um ponto de estrangulamento pela falta de meios de transporte da província e a insuficiente capacidade de armazenamento em muitos municípios o que obriga a abastecimentos muito frequentes. Deficiências nas quantidades de vacina distribuídas criam as vezes roturas de estoque evitáveis. Em geral os municípios recolhem as suas vacinas e material da província aproveitando eventuais deslocações por outros motivos. A distribuição de vacinas as unidades sanitária realizasse por consumo. Durante a avaliação internacional da gestão efectiva de vacinas (EVM-2014) foram detetadas insuficiências na capacidade de armazenamento de vacinas e material, falhas no controlo diário da temperatura, na monitorização da perda de vacinas e no controlo de estoque de vacinas.**O défice de equipamentos e cadeia de frio nas unidades sanitárias novas e aquelas sem equipamento funcional constitui um grande constrangimento que impede aproveitar a capacidade instalada que pode ampliar o acesso a populações rurais e urbanas periféricas que constituem cerca do 27% de centros e postos de saúde do País. A falta de manutenção e peças sobressalentes dos equipamentos da cadeia de frio tem contribuído a reduzir a vida útil dos mesmos.**O depósito central de vacinas foi construído em 2013 com uma capacidade neta de 150 m3, suficiente ate o ano 2025. Dez das doze províncias que precisam câmaras de frio instalaram gradualmente entre 2012 e 2015 estes equipamentos, faltando somente construir a câmara da Huila que não foi adquirida por efeito da crise financeira. As outras províncias de menor população alvo precisam somente complementar arcas de refrigeração. Dos 161 depósitos municipais cerca de 60% requerem renovação já que a miniarca RC50 EG que foi o equipamento padrão para U.S. não é suficientemente espaçosa para receber novas vacinas de municípios médios e grandes**A introdução das novas vacinas: Pentavalente em 2006, Pneumo-13 em 2013, Rotavírus em 2014 e a introdução da vacina Pólio inactivada prevista para 2016, criaram em muito curto tempo necessidade de grande aumento da capacidade de armazenamento da cadeia de frio positiva nos três níveis do sistema de saúde e por outro lado aumentaram a complexidade da gestão da logística de vacinas e do grande volume de seringas e material adicional de vacinação. Devido aos altos custos da infraestrutura de cadeia de frio nacional e provincial e os custos elevados dos equipamentos de refrigeração padrão para a rede de serviços, não foi possível cobrir o défice de equipamentos de cadeia de frio, não obstante o apoio da GAVI.* *Na grande maioria dos municípios os equipamentos funcionam a gás, existindo roturas de abastecimento geral em alguns municípios; por este motivo se pretende substituir gradualmente os equipamentos a gás por arcas solares SDD que são os equipamentos recomendados pela OMS.****Insuficiente comunicação educativa e empoderamento das mães e encarregados das crianças****. Durante a avaliação pós introdução da vacina Pneumo-13 realizada em 5 províncias de Angola, foram identificadas falta de comunicação interpessoal educativa entre o vacinador e as mães durante a vacinação, insuficiente conhecimento das novas vacinas por parte das mães, falta de material de informação sobre as vacinas nas unidades sanitárias e falta de actividades de promoção por activistas comunitários. Em vários inquéritos socio antropológicos realizados pela UNICEF em diferentes contextos culturais do País os resultados foram similares. As mães de crianças não vacinadas ou incompletamente vacinadas inquiridas no IVAC-2013, quando perguntadas sobre seus conhecimentos de vacinação 61% indicaram que “não conheciam corretamente as vezes que deviam levar a criança a vacinação”, 19% delas assinalou que “não levou a criança ao posto de vacinação, porque a criança estive doente” o 16% delas mencionou que “a vacina não era importante, porque não protegia as crianças” e 10% que “a vacina causava doença”. Esta em curso como parte do Plano de Graduação a implementação de actividades para reforço da comunicação educativa interpessoal em 4 províncias do País. Para promover a demanda de vacinação o MINSA e o Ministério de Comunicação veicula mensagens informativos promovendo a vacinação de rotina pela radio e a televisão em línguas nacionais e português.****Fraca qualidade dos dados e insuficiente análise e uso da informação.*** *Os dados administrativos da vacinação de rotina, mesmo que são os mais estruturados do sistema de saúde tem problemas principalmente na oportunidade, integridade e confiabilidade dos mesmos. A estimativa de coberturas de vacinação de rotina tem sido dificultada também pela falta de dados populacionais fiáveis porque o recenseamento nacional da população recém-foi realizado em Maio de 2014, 44 anos após o censo de 1970. Os resultados definitivos ainda estão pendentes.* *Durante a auditoria externa da qualidade dos dados da vacinação de rotina (DQA-2014), os resultados mostraram, que na maioria dos casos não há notificação exata dos dados de vacinação. A sobre notificação foi observada maioritariamente ao nível das unidades sanitárias; as principais causas foram: erros de cálculo ao transferir os dados e a anotação de crianças não registadas como vacinadas. Apenas 11% das unidades visitadas tiveram relatórios exatos; 55% sobre notificaram e 34 % subnotificaram as doses de vacina Penta 3. A nível municipal 46% dos 24 municípios avaliados tinham uma notificação exata do número de doses, 29% sobre notificaram e 25 % subnotificaram. As principais causas da sobre notificação dos dados a nível municipal foram os erros de cálculo ao consolidar os relatórios das unidades sanitárias e o arquivo deficiente que não permitiu verificar alguns relatórios. A principal causa da subnotificação foi a recepção tardia de relatórios de algumas unidades sanitárias.* *Relativamente a qualidade dos componentes do sistema de monitorização encontrou-se a nível das unidades sanitárias o índice global de qualidade (IQ) de 55% os componentes com a pontuação mais fraca foram: conhecimento da população, utilização dos dados, atraso no envio de relatórios. A nível municipal o IQ foi de 70% as componentes com índice mais baixo foram monitorização da taxa de perda de vacinas, notificação oportuna dos relatórios mensais; arquivo e utilização dos dados de vacinação de rotina. Desde 2014 em 8/18 províncias realiza-se periodicamente auto avaliação da qualidade dos dados de vacinação de rotina como parte da iniciativa IMG com melhoria da oportunidade confiabilidade dos mesmos. No Plano de Graduação da GAVI esta previsto realizar capacitações para gestão de dados e inquéritos DQA, bem como a compra de computadores.* ***Rotura de estoque de vacinas e financiamento insuficiente.*** *A rotura de estoque de medicamentos de programas, vacinas, insumos médicos e material de registo continuam a ser um desafio do sistema de saúde. As roturas importantes de estoque central de vacinas tradicionais foram relativamente recentes e escassas e se refletiram em todo o sistema de saúde. Foram provocadas em parte pela mudança de normas e procedimentos de compra de vacina que alargaram os períodos de adquisição (vacina Pólio), a escassa disponibilidade no mercado mundial (febre-amarela e BCG), atraso no pagamento do cofinanciamento de novas vacinas a GAVI. As limitações da CECOMA nos processos de compra contribuíram a alargar os períodos de roturas de estoque. Não se registou rotura de estoque de seringas nem caixas seguras de destruição.* ***Inequidades ao acesso e utilização de serviços de vacinação****. O acesso da população a serviços de saúde com vacinação não é uniforme, uma primeira barreira ao acesso e a mais importante em Angola é a geográfica. Devido a grande extensão do País, a má distribuição da rede sanitária, a grande dispersão da população em muitos municípios e a escassez de meios de transporte público em áreas rurais; a distância a serviços de saúde e determinante para potencialmente aceder a vacinação. Não obstante ter melhorado as vias de transporte, aproximadamente 10-20% da população não tem acesso fácil a serviços fixos de saúde pelo que reque equipas avançadas e móveis para vacinação destes grupos. Não se notificaram casos de rejeição ou discriminação a vacinação de rotina por razões culturais exceto em pequenos grupos religiosos de pessoas provenientes de Bas-Congo que recusam a vacinação. A rejeição a vacinação ou vacinação incompleta por desconhecimento ou temor a efeitos adversos da vacinação e de mediana importância e acontece principalmente em grupos com limitada escolaridade e população indígena, situação que pode ser ultrapassada por um trato apropriado e comunicação interpessoal adequada o que ainda é um problema na rede de serviços. A barreira económica em geral não é um obstáculo para a vacinação já que a vacinação é gratuita. Em escassas oportunidades supervisores informaram casos isolados de cobro da vacinação situações que foram resolvidas pelas autoridades. A barreira económica ganha importância nas famílias pobres pelos altos custos de transporte público, que pode ser determinante para não vacinar o não completar o calendário de vacinação de famílias pobres com vários filhos. As barreiras funcionais a vacinação dos usuários que visitam os serviços de saúde são importantes e tem a ver com largas horas de espera, maus tratos, falta de informação, informação incompleta, falhas na organização do atendimento incluindo disponibilidade de pessoal, vacinas e material. Nos últimos anos a instância de GAVI, se tomou mais atenção a possibilidade de existência de discriminação de género na vacinação não havendo-se encontrado informação consistente que mostre este fenómeno no registo nominal de vacinação. O inquérito nacional MICS em curso realizará análise de cobertura por sexo.*  ***Limitada capacidade de gestão ao nível central****Angola requere apoio para aumentar a governação e facilitar o cumprimento do rol retor do Ministério da Saúde. O estabelecimento de uma entidade independente (NITAG) que apoie na determinação de políticas e estratégias que aumentem os benefícios para a população e a sustentabilidade do sistema de vacinação em seus distintos componentes e por outro lado o desenvolvimento de mecanismos que melhorem a coordenação e harmonização dos distintos projectos de fortalecimento institucional de forma a obter maior eficiência no uso dos recursos disponíveis da cooperação externa.**No entanto a política de descentralização de recursos financeiros seja de grande valor estratégico e apoio para implementação de actividades de saúde a nível local. As equipas de saúde das províncias inquiridas consideraram que a falta de regulamentação da utilização dos recursos financeiros descentralizados direitamente as administrações municipais para actividades operacionais dos Cuidados Primários de Saúde está a impedir sua melhor utilização, já que com os recursos disponíveis pode-se aumentar a eficiência do sistema municipal de saúde para atender melhor a vacinação de populações sem serviços de saúde e garantir a logística de transporte, cadeia de frio e as actividades de supervisão dos Cuidados Primários de Saúde de forma sustentável no curto, medio e longo prazo.**O relatório da Avaliação Internacional do PAV de 2014 menciona a escassez de recurso humano e a insuficiência de pessoal qualificado no sector da saúde pública como factores limitadores da gestão dos programas a todos os níveis do sistema. A nível central os programas de saúde pública contam com muito escasso pessoal qualificado o que dificulta brindar apoio técnico e fazer seguimento das actividades nas 18 províncias do País. A nível central o Programa Alargado de Vacinação tem uma equipa técnica que se limita a 2 médicas, 2 técnicas de enfermagem para supervisão, 2 logísticos e dois gestores de dados. A CECOMA igualmente carece de pessoal experiente qualificado, requerendo ambas entidades Assistência técnica adicional especialmente na logística, cadeia de frio e finanças para cumprir melhor as suas funções.*  |
| ***Pooled fund*** *applicants are required to provide a reference to the relevant section and pages in the NHSP which outline how lessons learned from the previous NHSP have been incorporated into the current NHSP plan. If available, attach documentation on lessons learned implementation of the pooled funding mechanism, including relevant sections from joint annual reviews (JAR), mid-term evaluations etc.* |

|  |
| --- |
| 11. Health system bottlenecks to be targeted through Gavi HSS support *(Maximum 2 pages)* |
| *Identify which of the bottlenecks identified in Question 10 above will be targeted through Gavi HSS support.**O apoio para o Fortalecimento do Sistema de Saúde da GAVI será focalizado em 11 das 18 províncias do País e em 97 dos 161 municípios. A seleção das províncias foi realizada com base nos seguintes critérios: menor cobertura de vacinação, menor equidades medida pela proporção de municípios de cada província com cobertura Penta 3 menor a 80%, províncias com a maior dispersão populacional e menos unidades sanitárias por habitante como indicador indireto do acesso. Outro critério importante foi o número absoluto de crianças não vacinadas por província que mostra o potencial de câmbio na cobertura nacional.* *Desta maneira foram selecionados onze províncias com piores indicadores que em seu conjunto congregam 71% da população nacional (25.090417 para 2015) e 67 % do número absoluto de crianças não vacinadas no País em 2015 (390.610). As províncias selecionadas foram: Cunene, Namibe, Malange, Zaire, Huila Cuanza Sul, Moxico, Cuando Cubango, e Luanda (somente os municípios de Viana, Cacuaco e Belas) estes últimos por seu rápido crescimento populacional por migração recente, fraca estrutura de saúde e por concentrar cerca do 20 % dos não vacinados do País.* *Em cada província exceto Luanda foram tomados todos seus municípios (97) devido a que projectos anteriores que selecionaram só alguns municípios tiveram dificuldades para implementação por falta de envolvimento de todos os níveis do sistema de saúde e desalento dos municípios não apoiados. As actividades básicas de capacitação e supervisão serão realizados em todos os municípios mais os primeiros em beneficiar-se e com maior frequência de acompanhamento serão os municípios com baixo acesso e baixa utilização. As prioridades podem mudar em função a dinâmica do progresso para atingir metas. Os municípios com o maior número absoluto de crianças não vacinadas terão atenção especial. 30 Municípios já foram priorizados para dotação de motorizadas por ter muitas comunidades de difícil acesso.**Os problemas priorizados para sua intervenção no presente Projecto estão interligados e são críticos para melhorar a cobertura sustentável da vacinação de rotina:*1. *Insuficiente oferta de serviços de vacinação de qualidade no sistema público de saúde;*
2. *Insuficiente cadeia de frio, falta de manutenção de equipamentos e deficiências na logística e gestão de vacinas; (o apoio ao componente de abastecimento de vacinas esta planificado no Plano de graduação.*
3. *Insuficiente comunicação educativa e empoderamento das mães e encarregados das crianças;*
4. *Fraca qualidade dos dados, insuficiente monitorização e uso da informação*
5. *Limitada capacidade de gestão ao nível central do MINSA*
6. ***Insuficiente oferta de serviços de vacinação de qualidade no sistema público de saúde****.*

*Para expandir a oferta de serviços de vacinação de qualidade pretende-se melhorar o uso da capacidade instalada do sector público e alargar a cobertura de vacinação a populações com pouco acesso a serviços fixos de saúde mediante: 1) dotação equipamento de cadeia de frio a energia solar principalmente a nível das unidades sanitárias rurais e periurbanas sem este equipamento. 2) Capacitação gradual do pessoal de enfermagem no pacote modular “Vacinação em Prática” que melhorará a competência técnica, a micro planificação, gestão de recursos e o trato das usuárias das unidades sanitárias; 3) Dotação de viaturas para possibilitar supervisões formativas sistemáticas que acompanhem e apoiem o desenvolvimento do recurso humano e 4) Apoiar ao MINSA para regulamentação e controlo do uso dos recursos financeiros descentralizados pelo Ministério da Saúde aos Municípios para os cuidados primários de saúde (fundos para equipas avançadas, móveis e supervisão entre outras).5) Reforço da capacidade operativa dos municípios com populações de difícil acesso mediante a compra de motas de forma a complementar os esforços locais.**Como parte da implementação do Plano de Graduação do GAVI com apoio da OMS já foram formados os capacitadores do nível central e 12 províncias do Pais, num curso intensivo de Gestão Média do PAV (curso MLM) de duas semanas de duração para 40 supervisores do PAV do nível central, escolas de enfermagem e medicina e técnicos de 12 províncias. Estão em preparação outros 2 cursos para formadores provinciais e municipais também financiados com fundos da GAVI. Desta maneira se esta a criar a capacidade nacional para melhorar a gestão do programa e ter recursos humanos para capacitar de forma adequada o pessoal das unidades sanitárias no pacote vacinação em prática com recursos do presente projecto.**Para acompanhar as supervisões e a retro informação pretende-se inovar capacitando técnicos do nível central e das províncias selecionadas com a compra de telefones inteligentes e instalação a “aplicação Magpi” e GPS para colheita e transmissão em tempo real de dados operacionais obtidos a nível de campo durante as supervisões ao nível provincial e nacional, e para apoio na manutenção e operação contínua do sistema.*1. ***Insuficiente cadeia de frio, falta de manutenção de equipamentos e deficiências na logística e gestão de vacinas***

*A melhoria do sistema de abastecimento, transporte e gestão efectiva de medicamentos, vacinas e material de vacinação no sistema de saúde será apoiada através do fortalecimento da capacidade técnica da CECOMA considerado no plano de graduação e a contratação de um consultor nacional para apoio técnico que se realizará com recursos deste projecto (objetivo 5) projecto).**O aumento da rede de cadeia de frio nas unidades sanitárias principalmente rurais e periurbanas das 11 províncias, com equipamentos solares SDD assim como a compra de equipamentos solares para depósitos municipais de redistribuição de vacinas. Será também realizada compra de 1 câmara de refrigeração para Huila de forma de aumentar a capacidade de armazenamento de vacinas da cadeia de frio e a formação de logísticos provinciais e municipais para manutenção preventiva e de reparação dos equipamentos existentes assim como o reforço da supervisão da cadeia de abastecimento contribuirá na melhoria da logística de vacina e material. Os logísticos provinciais serão capacitados na ferramenta Vacine Management Tool.**A última compra nacional de cadeia de frio para as unidades sanitárias foi realizada com apoio do governo do Japão o ano 2.001, e desde então, novos equipamentos foram adquiridos pela UNICEF, Empresas Petroleiras ESSO e Chevron como parte de projectos para áreas específicas. Desde 2010 algumas administrações municipais adquiriram equipamentos de cadeia de frios recomendados pela OMS/UNICEF mas em escassa quantidade devido sobretudo aos altos preços de fornecedores locais. Para a introdução de novas vacinas em 2013 e 2014 a GAVI ofereceu ao País recursos financeiros que foram utilizados entre outras actividades para cobrir parte do défice de cadeia de frio dos depósitos provinciais e municipais.* *No Plano de Graduação da GAVI 2015-2017 foram alocados recursos específicos para elaboração de manuais de gestão de vacinas, manutenção e reparação de equipamentos de cadeia de frio. A compra de equipamentos para controlo contínuo de temperatura e actualização do inventário da cadeia de frio a todos os níveis do sistema de saúde. O inventário está em processo e estará finalizado em Fevereiro de 2016 e será de grande utilidade para racionalizar a dotação de equipamentos aos serviços de saúde e níveis municipais de redistribuição de vacinas.*1. ***Insuficiente comunicação educativa e empoderamento das mães e encarregados das crianças****.*

*O pessoal de saúde das unidades sanitárias em particular o que realiza actividades de vacinação precisa ser dotado de conhecimentos e habilidades para uma comunicação efectiva interpessoal que transfira conhecimentos as mães e encarregados das crianças, dando-lhes poder para exigir seus direitos e qualificar a demanda de serviços.* *Com recursos do Plano de Graduação serão elaborados material de capacitação para comunicação interpessoal e se tem planificada a capacitação de formadores. O presente projecto buscara complementar o já realizado utilizando o material de capacitação preparado e concentrando na formação de capacitadores nas 11 províncias do PFSS\_GAVI não somente a nível de supervisores provinciais e municipais de mobilização social, mas também técnicos de ONGs. O projecto pretende também activar as ONGs, organizações sociais de base e autoridades tradicionais na promoção das vacinas em particular das novas vacinas e na recuperação de crianças faltosas a vacinação com participação comunitária.* *A política nacional de promoção e apoio de Agentes de Desenvolvimento Comunitário e Sanitário (ADECOS) e uma oportunidade para ampliar a comunicação educativa interpessoal em saúde e mobilizar as comunidades alvo do projecto na promoção da própria saúde.*1. ***Fraca qualidade dos dados, insuficiente monitorização e uso da informação***

*O reforço da capacidade institucional do MINSA para melhorar a qualidade dos dados, a monitorização de indicadores e a avaliação dos resultados e uma preocupação do MINSA que esta claramente priorizada no Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário. O presente projecto focaliza em cobrir lacunas e pretende institucionalizar processos de controlo da qualidade dos dados, análise local e uso da informação para tomada de decisões a todos os níveis. Neste sentido serão promovidas a realização de encontros periódicos de análise de dados e monitorização de indicadores e actividades do programa: 1) Encontros mensais da equipa central incluindo as 4 subcomissões: técnica, logística, de mobilização social e de finanças. As actas dos encontros serão apresentadas durante as reuniões do CCI. 2) Encontros bimensais a nível das províncias com uma organização similar a do nível central. As actas serão partilhadas com as autoridades provinciais e nacionais; 3) Encontros semestrais de avaliação nas províncias com a participação das equipas municipais com a finalidade de identificar problemas, necessidades de apoio mais cercano e realizar ajustes para atingir as metas. Nestas reuniões participarão ONGs locais e eventualmente supervisores nacionais ou parceiros; 4) Apoio para a realização de encontros municipais de análise de dados e monitorização das actividades e indicadores cada 2 meses com a participação de pessoal das unidades sanitárias e membros das comunidades.* *A capacitação de estatísticos provinciais e da equipa central em gestão informatizada de dados e a realização de autoavaliação periódica da qualidade dos dados (DQS) assim como a compra de equipamentos de computação não se consideram no presente projecto porque serão realizados com recursos do Plano de Graduação da GAVI e o Projecto FSS do Fundo Global.* 1. ***Limitada capacidade de gestão ao nível central***

*Para apoiar a definição de políticas sustentáveis baseadas em evidência do MINSA esta previsto a apoio ao estabelecimento e institucionalização do Grupo Nacional de Aconselhamento Técnico em Imunização NITAG. Como parte complementar a um projecto também financiado pelo Plano de Graduação da GAVI que permitira dar apoio técnico específico para os membros do NITAG* *O PFSS-GAVI pretende também reforçar a gestão central do MINSA para implementação bem-sucedida do Plano de Graduação da GAVI e do Projecto de Fortalecimento do Sistema de Saúde contratação de consultores para as seguintes áreas 1) Adquisição e distribuição de vacinas (CECOMA) por 17 meses complementário ao plano de graduação; 2) Cadeia de frio e logística por 17 meses para dar apoio ao PAV e provavelmente para substituir ao responsável nacional do MINSA que esta em processo de aposentamento. Também complementário ao apoio internacional previsto no plano de graduação da GAVI 3) Economista da saúde contratação por 3 meses de um economista da saúde para apoiar a Direcção Nacional de Saúde Pública e a Secretaria Geral do MINSA no desenvolvimento de estratégias de financiamento sustentável das vacinações bem como mecanismos para o acompanhamento da execução orçamental e do pagamento do cofinanciamento da GAVI.* |
| ***Pooled fund*** *applicants are not required to complete this question.* |

|  |
| --- |
| 12. Objectives of the NHSP and application *(Maximum 2 pages)* |
| *Present specific objectives to address the identified bottlenecks, explaining how each aligns with objectives in the cMYP and/ or specific health system strengthening policies/ strategies being implemented. These objectives have to be listed in the same order in* ***Attachment #6*** *- Detailed work plan, budget and gap analysis.* ***Pooled fund*** *applicants are not required to prepare separate objectives, rather to list the key objectives from the NHSP, including ones relevant to immunisation.* |
| **Objectives** | **Description** |
| **Objectivo 1** | *Ampliar a oferta de serviços de vacinação de qualidade em 11 províncias e 97 municípios alvo*  |
| **Objectivo 2** | *Expandir a rede de cadeia de frio, aumentar a capacidade de armazenamento de vacinas e melhorar a manutenção de equipamentos, a logística e gestão de vacinas em todos os níveis* |
| **Objectivo 3** | *Fortalecer a comunicação educativa interpessoal em saúde para o empoderamento das mães e encarregados das crianças com foco na vacinação* |
| **Objectivo 4** | *Reforçar a capacidade do MINSA para institucionalizar a análise periódica e utilização da informação, a monitorização das actividades e indicadores em todos os níveis do sistema de saúde.* |
| **Objectivo 5** | *Fortalecer as capacidades nacionais de gestão e de definição de políticas sustentáveis baseadas em evidência* |

|  |
| --- |
| 13. Description of activities *(Maximum 3 pages)* |
| *Describe the key activities which will lead to achievement of objectives set out in Question 12. Please ensure that the activities described align with the activities that are included in* ***Attachment #6*** *- Detailed budget, gap analysis and work plan.****Pooled fund*** *applicants are not required to complete this table, but should provide relevant sub-sections of the NHSP focusing on immunisation, including the annual work plan, activities and budget****; Attachment #34:*** *Pooled Fund Annual Work plan and Budget (AWPB****)*** *and related Terms of Reference* |
| **Objective / Activity** | **Explanation of link to improving immunisation outcomes** |
| **Objectivo 1:** *Ampliar a oferta de serviços de vacinação de qualidade em 11 províncias e 97 municípios alvo*  |
| *Actividade 1.1: Organizar um workshop de introdução no Projecto de Fortalecimento do Sistema de Saúde para a equipa central do MINSA e as 11 equipas provinciais.* | *A equipa central do MINSA as equipas provinciais e parceiros conhecem o conteúdo, actividades cronograma e resultados previstos do projecto.*  |
| *Actividade 1.2: Apoiar ao MINSA para a regulamentação e controlo dos fundos dos cuidados primários de saúde que assegurem actividades de vacinação de equipas avançadas e moveis nas comunidades sem serviços de saúde*  | *Aumento da equidade geográfica no acesso a vacinação de rotina mediante equipas avançadas e móveis a comunidades sem serviços de saúde*  |
| *Actividade 1.2: Formar 97 formadores (supervisores municipais do PAV) nos 8 módulos de "Imunização em Prática"* | *Ter massa crítica de formadores para capacitar o pessoal responsável da vacinação nas unidades sanitárias* |
| *Actividade 1.3: Capacitar 1950 técnicos de saúde de 650 unidades sanitárias nos 8 módulos de "Imunização em Prática" (pelo menos 2 técnicos por unidade sanitária)* | *Melhoria da micro planificação e qualidade do atendimento da vacinação*  |
| *Actividade 1.4: Supervisionar os técnicos das 11 províncias alvo pela equipa central do PAV (1 supervisão por semestre por província)* | *Melhorar o desempenho das equipas provinciais de saúde* |
| *Actividade 1.5: Supervisionar os técnicos dos 97 municípios pelas equipas provinciais (1 supervisão trimestral por município)* | *Melhorar o desempenho das equipas municipais e das unidades sanitárias* |
| *Actividade 1.5: Comprar 11 viaturas para apoiar a supervisão formativa e a logística provincial* | *Melhoria da frequência e regularidade das supervisões do PAV e o envio oportuno de vacinas e material aos municípios*  |
| *Actividade 1.6: Compra de 30 motas para apoiar municípios de difícil acesso*  | *Condições para aumentar o acesso de populações negligenciadas.* |
| **Objectivo 2:** *Expandir a rede de cadeia de frio, aumentar a capacidade de armazenamento de vacinas e melhorar a manutenção de equipamentos, a logística e gestão de vacinas em todos os níveis* |
| *Actividade 2.1: Capacitar logísticos das 11 províncias na gestão de vacinas, instalação, manutenção preventiva e reparação dos equipamentos da cadeia de frio.* | *Melhorar a gestão de vacinas e a funcionalidade contínua de equipamentos de cadeia de frio provincial*  |
| *Actividade 2.2: Capacitar 97 logísticos municipais na gestão de vacinas, instalação, manutenção preventiva e reparação dos equipamentos da cadeia de frio.* | *Melhorar a gestão de vacinas e a funcionalidade contínua de equipamentos de cadeia de frio municipal e das unidades sanitárias* |
| *Actividade 2.3: Comprar 180 arcas TCW 40 SDD solares para estender a vacinação de rotina em unidades sanitárias*  | *Expansão da rede de postos fixos de vacinação.* |
| *Actividade 2.4: Comprar 38 arcas solares TCW 2000 SDD e TCW 3000 SDD para aumentar a capacidade de armazenamento a níveis municipais*  | *Ampliar a capacidade de armazenamento de vacinas a nível de retribuição municipal*  |
| *Actividade 2.5: Transportar e instalar 220 arcas e distribuir 390 portavacinas desde Luanda aos municípios e unidades sanitárias* | *Assegurar a disponibilidade dos equipamentos nos locais planificados* |
| *Actividade 2.6: Comprar 1 câmara de refrigeração de 30 m3 de capacidade neta de armazenamento de vacinas e gerador elétrico para a província da Huila* | *Conservação de quantidades apropriadas de vacinas de forma segura em nível de redistribuição provincial da Huila* |
| **Objectivo 3:** *Fortalecer a comunicação educativa interpessoal em saúde para o empoderamento das mães e encarregados das crianças com foco na vacinação* |
| *Actividade 3.1: Formar 25 capacitadores provinciais de promoção da saúde e parceiros de ONGs em técnicas de comunicação educativa interpessoal em saúde com foco em vacinação* | *Capacidade nacional de expandir nos municípios os conhecimentos e técnicas de comunicação interpessoal em saúde* |
| *Actividade 3.2: Formar 130 capacitadores municipais de promoção da saúde e parceiros de ONGs em técnicas de comunicação educativa interpessoal em saúde com enfase em vacinação.* | *Capacidade local de expandir na rede de serviços de saúde e agentes comunitários os conhecimentos e técnicas de comunicação interpessoal em saúde* |
| *Actividade 3.3: Capacitar 2600 técnicos de saúde de 650 unidades sanitárias em técnicas de comunicação educativa interpessoal em saúde com enfase em vacinação* | *Dotar de conhecimentos as mães e encarregados das crianças, para completar o calendário de vacinação em tempo oportuno e reduzir as taxas de abandono* |
| *Actividade 3.4: Realizar actividades de promoção da vacinação e recuperação de crianças não vacinadas nas comunidades*  | *Aumento da demanda de vacinação. Diminuição do abandono da vacinação.*  |
| *Actividade 3.5: Realizar investigações qualitativas que avaliem o “impacto” e ajustem as actividades educativas. (último trimestre de 2017)*  | *Avaliar o impacto e obter lições aprendidas* |
| **Objectivo 4***: Reforçar a capacidade do MINSA para institucionalizar a análise periódica e utilização da informação, a monitorização das actividades e indicadores em todos os níveis do sistema de saúde.* |
| *Actividade 4.1: Implementar a nível central encontros técnicos mensais de análise de informação dos indicadores de desempenho e monitorização mensal de actividades com a participação das subcomissões: técnica, logística, comunicação e mobilização social e finanças.* | *Reforçar a capacidade institucional de gerir e controlar a qualidade dos dados identificar problemas e tomar decisões*  |
| *Actividade 4.2: Comprar 1 fotocopiadora, 12 data shows para projeção das apresentações (nível central e províncias) e servidor e network para a base de dados central*  | *Facilitar a impressão de documentos para retro informação e as apresentações. Dotar a base de dados central de um servidor e network apropriados* |
| *Actividade 4.3: Realizar a nível das 11 províncias encontros técnicos cada 2 meses para análise de informação do PAV, monitorização das actividades do programa e situação das prestações de contas.* | *Fortalecer a capacidade provincial de gerir dados monitorizar indicadores e identificar problemas conjuntamente dados das supervisões* |
| *Actividade 4.4: Implementar encontros provinciais de avaliação semestral das actividades e indicadores de desempenho nas 11 províncias alvo, com a participação de técnicos dos 97 municípios e ONGs locais.* | *Identificar problemas locais que impedem aumentar as coberturas de vacinação particularmente em municípios críticos tomar decisões de apoio e ajustes na implementação das actividades.*  |
| *Actividade 4.5: Realizar encontros municipais cada 2 meses para análise da informação e monitorização das actividades nos 97 municípios alvo com a participação de técnicos das unidades sanitárias e representantes das comunidades.* | *Rever a qualidade dos dados de vacinação monitorizar as coberturas analisar problemas locais, tomar decisões.*  |
| *Actividade 4.6: Encontro final de avaliação do projecto com a equipa central e as províncias*  | *Avaliar os resultados do projecto em termos do PAV sua contribuição para o fortalecimento institucional e tirar lições aprendidas*  |
| ***Objectivo 5:*** *Fortalecer as capacidades nacionais de gestão e de definição de políticas sustentáveis baseadas em evidência*  |
| *Actividade 5.1: Actividades e reuniões do Grupo Nacional de Aconselhamento Técnico em imunização (NITAG) para apoio ao MINSA na definição de políticas e estratégias nacionais e seguimento independente dos progressos do programa* | *MINSA apoiado por entidade independente para definição de políticas sustentáveis de imunização baseadas em evidência*  |
| *Actividade 5.2: Contratar um economista por 4 meses para apoiar a Direcção Nacional de Saúde Pública na análise de custos e orçamentação, desenvolvimento de mecanismos de financiamento sustentável incluindo seguimento do pagamento do cofinanciamento a GAVI* | *Apoiar a Direcção Nacional de Saúde Pública e a Secção de Imunização para uma definir alternativas de financiamento e gestão eficaz dos recursos*  |
| *Actividade 5.3: Contratar 1 técnico nacional para assistência técnica a CECOMA por 17 meses na implementação de processos eficientes de aquisição, distribuição e gestão integrada de vacina material*  | *Pessoal da CECOMA com capacidades acrescentadas para gerir processos de compras, logística de envio de vacina e material*  |
| *Actividade 5.4: Contratar 1 técnico nacional de cadeia de frio para apoio técnico ao PAV por 17 meses na capacitação e supervisão de técnicos na gestão de vacinas e cadeia de frio a nível sub-nacional* | *Pessoal da logística do PAV do nível sub-nacional capacitado na instalação e mantimento da cadeia de frio* |

|  |
| --- |
| 14. Results chain *(Maximum 4 pages)* |
| *Complete the* ***Results Chain*** *using the template provided below. For each objective defined in Question 12, provide information on: (i) activities (as noted in Question 13); (ii) intermediate results; (iii) immunisation outcomes; (iv) impact; and (v) assumptions for the achievement of results.* |
| *Once the Results Chain has been developed, the next step is to complete the* ***Performance Framework*** *(for all HSS applications i.e. including for applications for pooled fund support). This can be accessed through the Gavi country portal:* [*www.gavi.org*](http://www.gavi.org)  |
| ***Pooled fund*** *applicants are not required to complete this template, but must provide a a summary of how Gavi HSS funds will contribute to improve immunisation outcomes in the context of the NHSP* |

|  |
| --- |
| **Cadeia de resultados (only for key activities)** |
| ***Objectivo 1:*** 🡺 *Ampliar a oferta de serviços de vacinação de qualidade em 11 províncias e 97 municípios do país*  |
|  | **Actividades chave:*** *Capacitar 1950 técnicos de saúde de 650 unidades sanitárias nos 8 módulos de "Imunização em Prática”*
* *Apoiar ao MINSA para a regulamentação e controlo dos fundos dos cuidados primários de saúde que assegurem actividades de vacinação de equipas avançadas e moveis nas comunidades sem serviços de saúde*
* *Supervisionar trimestralmente os técnicos de vacinação dos 97 municípios alvo pelas equipas provinciais do PAV priorizando os municípios com menores coberturas.*
 |  | **Resultados Intermedios:** * *Aumento da capacidade do pessoal de saúde das unidades sanitárias para ampliar a oferta de serviços de vacinação de qualidade*
* *Aumento da equidade geográfica no acesso a vacinação de rotina mediante equipas móveis e avançadas*
* *Melhoria das capacidades técnicas e de organização dos supervisores municipais do PAV para aumentar o número de unidades sanitárias que ofertem serviços de vacinação por postos fixos e avançados*
 |  | **Produtos da vacinação:*** *Cobertura de vacinação DTP-HepB-Hib-3 > 87%*
* *Cobertura de vacinação para Sarampo-1> 90%*
* *> 70% De municípios com cobertura DTP-HepB-Hib-3 > 80%*
* *Taxa de abandono de DTP-HepB-Hib / DTP-HepB-Hib 3 <15%*
 |  |
|  | **Indicadores relativos as actividades chave:*** *Número de técnicos de unidades sanitárias capacitados no pacote de vacinação em prática.*
* *Número de municípios que implementam vacinação por equipas avançadas e móveis*
* *Número de municípios alvo supervisionados Número de municípios supervisionados pelo menos 4 vezes por ano*
 |  | **Indicadores dos Resultados Intermedios:*** *% De unidades sanitárias com pelo menos 2 técnicos de saúde capacitados no pacote de vacinação em prática.*
* *% De Municípios que implementam vacinação por equipas avançadas e móveis.*
* *% De municípios supervisionados pelo menos 4 vezes por ano*
 |  |  |
| ***Objectivo 2:*** 🡺 *Expandir a rede de cadeia de frio, aumentar a capacidade de armazenamento de vacinas e melhorar a manutenção de equipamentos, a logística e gestão de vacinas em todos os níveis*  |  |
|  | **Actividades chave:*** *Comprar 180 arcas SDD solares para estender a vacinação de rotina em unidades sanitárias*
* *Capacitar logísticos das 11 províncias na gestão de vacinas, instalação, manutenção preventiva e reparação dos equipamentos da cadeia de frio.*
 |  | **Resultados Intermedios:** * *Expansão da rede de postos fixos de vacinação (considerando o treinamento em vacinação em prática do pessoal)*
* *Melhoria da gestão efectiva de vacinas, funcionalidade contínua e aumento da vida útil dos equipamentos de cadeia de frio*
 |  | * *Cobertura de vacinação para DTP-HepB-Hib-3> 87%*
* *Cobertura de vacinação PCV-13> 85%*
* *Cobertura de vacinação Rota-2> 85%*
* *Cobertura de vacinação para Sarampo-1> 90%*
 |  |
|  | **Indicadores relativos as actividades chave:*** *Número de novas unidades sanitárias com postos fixos de vacinação*
* *Número de logísticos provinciais capacitados em gestão de vacinas, instalação, manutenção preventiva e reparação dos equipamentos da cadeia de frio.*
 |  | **Indicadores dos Resultados Intermedios:*** *% De unidades sanitárias com postos fixos de vacinação*
* *% De unidades sanitárias com novos postos fixos de vacinação*
* *% De Províncias que enviam mensalmente de forma oportuna o relatório SMT (Stock Management Tool)*
 |  |  |
| ***Objectivo 3:*** 🡺 *Fortalecer a comunicação educativa interpessoal em saúde para o empoderamento das mães e encarregados das crianças com foco na vacinação* |
|  | **Actividades chave:*** *Capacitar 2600 técnicos de saúde de 650 unidades sanitárias em técnicas de comunicação educativa interpessoal em saúde com enfase em vacinação*
 |  | **Resultados Intermedios:** * *Aumento da aderência da população alvo a vacinação pela maior capacidade dos técnicos de saúde das unidades sanitárias para comunicar de forma mais efectiva sobre a vacinação.*
 |  | **Produtos da vacinação:*** *Cobertura de vacinação para DTP-HepB-Hib-3> 87%*
* *Cobertura de vacinação para Sarampo-1> 90%*
* *Taxa de abandono de DTP-HepB-Hib1 / DTP-HepB-Hib 3 <14%*
* *Taxa de abandono de PCV-1 a PCV-3 <14%*
* *Taxa de abandono de Rota1 a Rota2 <16%*
 |  |
|  | **Indicadores relativos as actividades chave:*** *Número de unidades sanitárias com técnicos capacitados em comunicação educativa interpessoal.*
 |  | **Indicadores dos Resultados Intermedios:*** *% De unidades sanitárias com pelo menos 2 técnicos de vacinação capacitados em técnicas de comunicação educativa interpessoal.*
 |  |  |  |
| ***Objectivo 4:*** 🡺*Reforçar a capacidade do MINSA para institucionalizar a análise periódica e utilização da informação, a monitorização das actividades e indicadores em todos os níveis do sistema de saúde.* |  |
|  | **Actividades chave:*** *Realizar encontros municipais cada 2 meses para análise da informação e monitorização das actividades nos 97 municípios alvo com a participação de técnicos das unidades sanitárias e representantes das comunidades.*
* *Implementar encontros provinciais de avaliação semestral das actividades e indicadores de desempenho nas 11 províncias alvo, com a participação de técnicos dos 97 municípios e ONGs locais.*
 |  | **Resultados Intermedios:** * *Problemas específicos da qualidade dos dados e outros que impedem aumentar a cobertura e equidade das vacinações reconhecidas com a participação da comunidade e organizações da sociedade civil.*
* *Avaliação dos progressos ajustes na priorização dos municípios para concentrar apoio. Coordenação e integração de recursos com outros programas e projectos.*
 |  | **Produtos da vacinação:*** *Cobertura de vacinação para DTP-HepB-Hib-3> 87%*
* *Cobertura de vacinação para Sarampo-1> 90%*
* *Cobertura de vacinação PCV-13> 85%*
* *Cobertura de vacinação Rota-2> 85%*
* *Taxa de abandono de DTP-HepB-Hib1 / DTP-HepB-Hib 3 <14%*
* *> 70% De municípios com cobertura DTP-HepB-Hib-3 > 80%*
 |  |
|  | **Indicadores relativos as actividades chave:*** *Número de encontros municipais de análise de dados e monitorização de indicadores de vacinação com técnicos de unidades sanitárias e líderes comunitários (actas disponíveis)*
* *Número de encontros provinciais de avaliação com as equipas municipais (actas disponíveis).*
 |  | **Indicadores dos Resultados Intermedios:*** *% De municípios que realizam encontros de monitorização de indicadores de vacinação pelo menos cada dois meses*
* *% De províncias que realizam encontros semestrais de avaliação*
 |  |  |  |
| ***Objectivo 5:*** 🡺 Fortalecer as capacidades nacionais de gestão e de definição de políticas sustentáveis de imunização baseadas em evidência  |  |
|  | **Actividades chave:*** *Actividades e reuniões do Grupo Nacional de Aconselhamento Técnico em imunização (NITAG) para apoio ao MINSA na definição de políticas e estratégias nacionais e seguimento independente dos progressos do programa*
 |  | **Resultados Intermedios:** * *MINSA apoiado por entidade independente para definição de políticas sustentáveis de imunização baseadas em evidência e acompanhamento externo das actividades do programa*
 |  | **Produtos da vacinação:*** *Cobertura de vacinação para DTP-HepB-Hib-3> 87%*
* *Cobertura de vacinação para Sarampo-1> 90%*
* *Taxa de abandono de DTP-HepB-Hib1 / DTP-HepB-Hib 3 <14%*
* *Todos os Municípios apoiados tem cobertura de vacinação DTP3> 80%*
 |  |
|  | **Indicadores relativos as actividades chave:*** *Número de reuniões do NITAG realizadas*
 |  | **Indicadores dos Resultados Intermedios:*** *% De reuniões trimestrais do NITAG realizadas*
 |  |  |  |
| ***IMPACT*** *Provide an impact statement and indicator (s)*:*Um período de 18 meses não e suficiente para atingir indicadores de impacto mesuráveis, não entanto assume-se que as coortes de crianças e mulheres protegidas com doses completas de vacinação contribuirão na redução da morbilidade e mortalidade na comunidade e dado que o projecto cobre cerca do 60% da população haverá algum impacto nacional.* *A maior contribuição do projecto é de gerar algumas condições de sustentabilidade de aumento da cobertura e melhoria da qualidade do atendimento, dinamizando e ajudando a articular os níveis de gestão do sistema nacional de saúde como um todo.*  |
| ***ASSUMPTIONS**** *O compromisso político liderança e engajamento que o Executivo Angolano, os Governos Provinciais e Administrações Municipais demostraram ao longo dos anos, no âmbito das imunizações, permitiram ao País grandes avances na prevenção e eliminação de doenças. Esta fortaleza que o país tem deve manter-se para continuar a avançar, já que o benefício das imunizações e em particular da introdução de novas vacinas precisa ser consolidado para a redução efectiva e sustentável do fardo de doenças como ser as diarreias e pneumonias que constituem a segunda e terceira causas de mortalidade nacional em crianças menores de 5 anos.*
* *O financiamento de todas as vacinas do calendário nacional de vacinação deve aumentar em função do aumento populacional e principalmente tendo em conta o aumento das obrigações do Governo para assumir nos próximos 2 anos em sua totalidade o custo das novas vacinas Pneumo-13 e Rotavírus.*
* *O fundo do apoio da GAVI para o Fortalecimento do Sistema de Saúde Angolano (FSSA) que permita melhorar a cobertura, equidade e qualidade das imunizações deve estar disponível em tempo hábil em cada nível que tem ações a desenvolver em particular a nível local, de forma que o fluxo das compras, distribuição de materiais e utilização de recursos seja fluido.*
* *Os contratos do pessoal técnico de apoio ao MINSA devem ser realizados de forma ágil e oportuna de forma a não comprometer o cumprimento das actividades do projecto.*
* *Os parceiros de implementação devem dar um apoio efetivo ao MINSA para a implementação das actividades em particular no primeiro ano do projecto dada a concentração de actividades a diferentes níveis. A contratação de técnicos temporais em tempo oportuno será crítico para apoio efetivo ao MINSA.*
* *A recepção, os trâmites e pagamento das alfândegas assim como os arranjos de distribuição e montagem local de equipamentos devem merecer planos interinstitucionais detalhados com responsáveis concretos e orçamentos assegurado em tempo oportuno.*
* *As actividades e os recursos do Projecto de FSSA devem-se coordenar com outros projectos similares e financiamentos para o PAV (fundos do Plano de Graduação da GAVI, Grant de introdução de novas vacinas e recursos de outas agencias) de forma a evitar duplicações, assim mesmo os as províncias não cobertas pelo Pano de FSSA devem beneficiar-se com recursos do plano de graduação para reduzir as inequidades do apoio*
 |

|  |
| --- |
| 15. Monitoring and Evaluation (M&E) *(Maximum 2 pages)* |
| ***Provide a description of how HSS grant performance will be monitored.*** *A monitorização do projecto será realizado de acordo a tabela de indicadores de desempenho; de cobertura e de processo definidos no presente documento. A monitorização será realizada nos três níveis do sistema de saúde:* * *A nível central baixo a coordenação da Directora Nacional de Saúde Pública a Subcomissão Técnica, a Subcomissão de Mobilização Social, a Subcomissão logística e a Subcomissão de Finanças se reunira com periodicidade mensal para monitorizar o cumprimento das actividades, realizar ajustes e apresentar problemas e necessidades de apoio ao CCI.*
* *Durante as reuniões mensais do CCI que são coordenadas pelo Sr. Ministro da Saúde e que contam com a participação de representantes de parceiros de desenvolvimento, técnicos do MINSA e das agências um ponto permanente da agenda será o estado de situação do Projecto de Fortalecimento do Sistema de Saúde – GAVI. Nestas reuniões os técnicos apresentaram a situação dos indicadores de desempenho do PAV desagregados por províncias, assim como os problemas que requerem solução.*
* *A nível provincial o Conselho Provincial de Saúde realizara mensalmente um análise simplificado de acordo a orientação central dos indicadores de desempenho pontos fortes constrangimentos e necessidades de apoio do nível central. O nível provincial também se organizará em 4 comissões ao igual que o nível central. De 6 em seis meses realizará encontros de avaliação com os directores municipais de saúde e com a participação de ONGs locais. Os resultados serão enviados ao nível central para conhecimento e apoio.*
* *A nivelo Municipal os responsáveis das unidades sanitárias se reunirão na sede municipal cada 2 meses para analisar os indicadores de desempenho os problemas e as soluções. Serão convidados membros de organizações sociais de base e ONGs locais.*

*A monitorização de processo e dos resultados intermédios será realizada com base nos indicadores definidos. (ver anexo).* *Para a avaliação final do projecto HSS-GAVI estão previstos encontros provinciais com os municípios, um encontro nacional com as províncias e inquéritos de cobertura vacinal por províncias financiadas no plano de graduação para final de 2017. As investigações qualitativas da equipa de comunicação e mobilização realizadas no último trimestre de 2017 complementarão a informação quantitativa. Os resultados dos encontros das subcomissões do nível central e as actas dos encontros semestrais das províncias e bimensais dos municípios serão de utilidade. Os indicadores de desempenho da GAVI serão utilizados.* |

|  |
| --- |
| 16. PBF Data verification option  |
| *Choose which data verification option to be used for calculating the performance payments.* |
| **Data verification option** | **Select ONE**  |
| **Use of country administrative data**  |  |
| **Use of WHO/ UNICEF estimates**  | **X** |
| **Use of surveys**  |  |

# Part D: Work plan, budget and gap analysis

|  |
| --- |
| 17. Detailed workplan, budget narrative and gap analysis *(Maximum 3 pages)* |
| *Complete* ***Mandatory Attachment #6: Detailed work plan, budget and gap analysis,*** *which can be accessed at the online country portal.* *Detailed instructions to fill in the budget template are available in the first worksheet of the Excel template.*  |
| *Once the budget template and financial gap analysis has been completed, provide a* ***budget and gap analysis narrative*** *here.* *O orçamento total do projecto HSS-GAVI para um período de 18 meses que abarca de 1 de Julho de 2016 a 31 Dezembro de 2017 é de 3.970.000 USD. Estes recursos foram distribuídos em cinco componentes (objectivos) que respondem aos principais problemas nomeadamente:* 1. ***Ampliação da oferta de serviços de vacinação de qualidade no sistema público de saúde****.- Que utilizará 1.134.690 USD (29% do total) em actividades de desenvolvimento de capacidades de pessoal de saúde de nível de unidades sanitárias, municipal e provincial. Estão previstos eventos de capacitação nos 8 módulos de vacinação em prática e perdiem e viaturas para assegurar supervisões formativa que reforce e consolide os conhecimentos e boas práticas. O nível de perdiem planificado foi de o equivalente a 125 USD para Luanda e 100 Dólares para deslocações do nível municipal a provincial ou vice-versa que é o montante que corresponde a norma e que desde há vários anos OMS e UNICEF utilizam-lho, pelo que não se vi-o por conveniente modificar-lho pela inflação que actualmente sofre o País devido a que todo pagamento se realiza em Kwanzas. Para os participantes locais se considerou um subsídio de 15 USD que permite habitualmente cobrir o custo de refeições quando se trata de formações (ver orçamento detalhado). A média dos custos de deslocação de Luanda as províncias ou vice-versa é de 330 USD e as deslocações dos municípios as sedes provinciais é de 50 USD. Para apoiar as actividades de extensão de cobertura em 30 municípios com populações de difícil acesso ou nómadas se pretende comprar 30 motas com respetivas peças sobressalentes e capacetes para proteger os técnicos (ver lista de municípios em anexo). 11 Viaturas foram planificadas para compra, as mesmas que dinamizarão o trabalho e permitirão melhorar a supervisão e logística. As compras de viaturas e motas serão feitas pela OMS que realiza habitualmente este tipo de labor. Por outro lado para a implementação deste componente se planificaram contratações curtas de consultores para regulamentar a utilização dos fundos descentralizados de cuidados primários, tradução de documentos técnicos do Inglês ao Português e revisão e simplificação técnica do pacote vacinação em prática.*
2. ***Expansão da rede de cadeia de frio e capacidade de armazenamento da cadeia de frio****,* ***e manutenção de equipamentos de cadeia de frio****. Este componente utilizará a maior parte do orçamento quer dizer 1.865.175 USD o seja (47% do total). Este componente inclui a compra de 180 arcas solares SDD para estender os postos fixos de vacinação e 38 arcas SDD para aumentar a capacidade de armazenamento municipal, também considera a compra de uma câmara de refrigeração de 30M2 com gerador para a populosa província da Huila. A compra das arcas será realizada pela UNICEF incluindo peças sobressalentes os custos respondem a cotações recentes de UNICEF. (ver orçamento detalhado e plano de compras e distribuição). Um dos desafios mais importantes deste componente é o transporte e instalação que será dificultada pela dispersão dos municípios e a época de chuvas. O custo de transporte é elevado, o mesmo foi calculado tendo em conta o peso e volume dos equipamentos e os custos locais de transporte. O desenvolvimento de capacidades do pessoal da logística de nível provincial e municipal esta priorizada porque será critica para a gestão de vacinas, assim como para a instalação e manutenção dos equipamentos que estão a ser adquiridos. Os parâmetros de perdiem são os mesmos para tudo o projecto. As actividades de capacitação se concentram nas 11 províncias e municípios alvo e são complementarias ao plano de graduação.*
3. ***Reforço da comunicação educativa interpessoal em saúde****.- Esta área crítica que contribuirá a sustentabilidade social do programa esta fortemente apoiada no plano de graduação da GAVI, neste projecto se focalizam também ações nas 11 províncias e 97 municípios alvo, os fundos atribuídos foram 287.080 USD que correspondem ao 7% do total. No foram considerados fundos para elaboração e impressão de manuais e outro material promocional porque espera-se receber da UNICEF. Os recursos para a capacitação de terreno serão administrados pela ONG CORE e suas ONGs afiliadas Os eventos de capacitação de pessoal público de saúde e ONGs tem níveis de perdiem iguais as outras actividades. O relativo alto custo das consultorias para avaliação do componente educativo interpessoal explicam-se por os altos custos logísticos de deslocação as áreas do projecto.*
4. ***Melhoria da qualidade e utilização dos dados, da monitorização e avaliação****.- Este componente esta também grandemente financiado pelo plano de graduação em particular a compra de equipamentos de computação para os níveis provinciais e municipais a capacitação em gestão de dados, capacitações em autoavaliação da qualidade dos dados DQA e outros. Estas actividades não foram planificadas no projecto HSS-GAVI para evitar duplicações. Este componente se concentra na análise e utilização dos dados em todos os níveis do sistema, dando alta prioridade ao nível local. Os fundos programados são complementários ao plano de graduação e alcançam a 393.099 USD (10% dos fundos do Projecto). Adicionalmente pretende-se comprar servidores para a base central de dados que serão articulados a plataforma central de dados do Ministério da Saúde. Se comprará também uma fotocopiadora e 12 data shows para nível central e as províncias apoiadas.*
5. ***Reforço d*as capacidades nacionais de gestão e de definição de políticas sustentáveis de imunização baseadas em evidência**.- O orçamento deste componente é de 92.200 USD *(2% dos fundos do projecto)* e pretende complementar o apoio ao estabelecimento do Grupo de Aconselhamento (NITAG) mediante duas actividades a primeira assegurando um pagamento de 50 Dólares por cada participação de um membro nas reuniões oficiais da NITAG (o mesmo tipo de apoio se da aos membros do Comité Nacional de Peritos de Erradicação da Pólio que se reúnem mensalmente para considerar aspectos críticos do programa). Por outro lado o Projecto pretende contratar um economista por 3 meses com um salario de 3.000 USD mês e 2 consultores nacionais um para apoio a CECOMA no processo de compra de vacinas e outro apoio em cadeia de frio e logística ao PAV Nacional por 17 meses já que no primeiro mês do projecto se deverá finalizar os processos de contratação. O salário mensal destes últimos consultores se estipulou em um monto relativamente baixo de 1700 USD porque existe a perspectiva de absolve-lhos particularmente ao logístico nacional do PAV já que o responsável nacional esta em processo de aposentamento e vai ser necessário contratar outro funcionário.
6. *Foram reservados 197.755 USD o seja 5% dos fundos do projecto para cobrir custos de administração pela OMS e UNICEF. A distribuição proposta de actividades é similar ao plano de graduação e considera actividades para administração pela UNICEF como ser a compra de equipamentos de cadeia de frio, a comunicação e mobilização social, a contratação de técnico de cadeia de frio e técnico da CECOMA. O resto dos fundos incluindo a compra de viaturas, motorizadas e outros equipamentos administraria OMS. A tabela proposta pode-se ver em anexo.*

*Dos 3.970.000 USD planificados, 2920.109 (74%) serão utilizados em 2016 e o restante 1.049.891 (26%) em 2017. Isto se deve as compras de equipamentos de cadeia de frio e meios rolantes que deverão ser realizadas em 2016.**Considerando as categorias orçamentais da GAVI a categoria com maior compromisso do orçamento é “Procurement & Supply chain” que utilizará 2.154.055 USD (54% do total), seguido de “ Work force and human resources” que contempla 861900 USD (22% do total) a categoria “Health Information System” utilizará 372.899 USD (9%), “ Community and other actions” tem um orçamento de 240.900 USD (6%) e outros 9%.**Dos 3772.245 USD disponíveis para actividades 252430 (7%) serão geridos por CSOs.**Referente aos recursos destinados a actividades de monitorização e avaliação do Projecto HSS-GAVI foram orçamentados 380.475 USD (9,6%). Existindo por outro lado 80,000 USD no Plano de Graduação GAVI 2015-2017 que permitirão realizar inquéritos de cobertura de vacinação ao final de 2017.**O GAP analise mostra a existência de recursos de varias fontes que precisam ser integrados e harmonizados para otimizar seu uso e evitar duplicações. As instâncias de coordenação estão dadas pelas reuniões do CCI de revitalização do Sistema Municipal de saúde liderado pelo MINSA e apoiado pelo Banco Mundial. O orçamento de Governo para as actividades ainda não foi aprovado até a data de preparação desta proposta.* *De um orçamento total de 36.164.718 USD de todas as fontes relacionados com os 5 objectivos do projecto HSS-GAVI incluindo orçamento estimado de Governo existe um défice de 11.470.000 USD.**Os principais défices correspondem a cadeia de frios 8.1 milhões (poderá subir com os dados do inventário em curso) e actividades de expansão de cobertura 2.3 Milhões. (ver instrumento Excel da GAVI em anexo)****Apoios para expansão de Cobertura (Objectivo 2 HSS GAVI)**** ***O Banco Mundial*** *através do projecto de Revitalização do Sistema Municipal de Saúde aportará para 2016 a soma de 10.650.00 USD dos quais cerca de 40% na área do projecto HSS-GAVI*

***Apoios para logística e cadeia de frio******(Objectivo 2 HSS GAVI)**** ***Fundo Global*** *tem planificado* o*apoio a implementação de sistema informático de logística e formação complementar dos técnicos por um montante de 523.082 USD para o período Julho de 2016 a Dezembro de 2017.*
* ***USAID*** *apoiou a formação de técnicos do CECOMA e avaliação do sistema de logística no âmbito de medicamentos essenciais a traves da ONG Força Saúde.*
* *A CECOMA tem apoiado a construção de armazéns regionais em* ***Luanda, Benguela, Malanje****, com base no acesso fácil através de portos de entrada e transporte para reduzir custos de distribuição com fundos de Governo os montantes não estão disponíveis.*

***Apoios para agentes comunitários (Objectivo 3 HSS GAVI)**** *Política Nacional de ADECOS do* ***Ministério da Administração Territorial e o Ministério da Saúde***
* *ADECOS são agentes comunitários que trabalham de forma* ***integrada*** *na saúde, educação, agricultura, ambiente e outros.*
* *Formação dos ADECOS financiado pelo* ***Banco Mundial****, e o seu trabalho nas comunidades deve focar-se nos determinantes da saúde com financiamento para ser sustentado pelo MAT. O montante planificado para 2016 é de 1.560.000 USD*
* *O financiamento do* ***Fundo Global*** *assegurará actividades de ADECOS associadas a promoção da saúde o montante é de 3.037.304 USD para o período Julho 2016 – Dezembro 2017.*
* *UNICEF tem comprometido no plano de graduação 257.000 USD em particular para 4 províncias.*

***Apoios ao Sistema de Informação (Objectivo 4 HSS GAVI)**** ***GEPE*** *é órgão delegado do Ministério da Saúde no INE para o sistema de informação esta receber apoio da* ***União Europeia*** *(projecto PASS II) para desenvolver uma plataforma informática integrada nacional, com apoio especial a Província de Benguela. O montante para os próximos 2 anos é de 3.500.000 USD*
* ***OMS*** *esta apoiando o desenvolvimento da vigilância epidemiológica em todas as províncias com pessoal técnico.*
* ***USAID*** *através do projecto Força Saúde esta apoiar na monitorização e avaliação do PNDS que esta actualmente em processo. O montante não foi determinado.*
* ***Banco Mundial*** *através do Projecto de Municipalização dos serviços de saúde do apoio a médicos cubanos que contribuem no desenvolvimento e operação da informação a nível local. O s fundos programados para actividades de monitorização são 418.971 para 2016.*

*A localização geográfica dos apoios é a seguinte:**Nota: As províncias de Lunda Sul e Moxico recém apoio com recursos do Plano de Graduação da GAVI* |
| ***Pooled fund*** *applicants are not required to complete the workplan, budget and gap analysis template. Instead, specific information on the sector wide annual workplan and budget should be provided.* |

|  |
| --- |
| 18. Sustainability *(Maximum 2 pages)* |
| ***Describe how the government is going to ensure financial and programmatic sustainability of the results achieved by the Gavi grant after its completion.*** *Angola, desde 2002 foi desenvolvendo mecanismos de redução gradual da dependência externa no âmbito da saúde e em particular do Programa Alargado de Vacinação. Assim sendo, em 2004 inicia um processo gradual de financiamento das vacinas tradicionais pelo Orçamento Geral do Estado já que até essa data as vacinas eram financiadas quase em sua totalidade pela UNICEF; o processo culminou em 2007 aquando 100% das vacinas tradicionais e material de vacinação já eram financiadas pelo Governo Angolano, situação esta que continua até o presente. As campanhas nacionais de vacinação em particular da Poliomielite e o Sarampo demandaram grande esforço do País e desde 2010 os custos operacionais foram cobertos inteiramente pelo Estado, desde 2013 as vacinas das campanhas também estão sendo financiadas pelo Governo.* *Actualmente o orçamento do Ministério da Saúde tem duas linhas orçamentais específicas para financiar as actividades do PAV sob responsabilidade do nível central, uma delas para o cofinanciamento das novas vacinas e a outra para compra de vacinas tradicionais e actividades operacionais do nível central. Na eventualidade de necessidades adicionais (como o caso de campanhas de vacinação de emergência) pode-se recorrer a outras linhas orçamentais.* *Em relação ao orçamento operacional que permita o desenvolvimento das actividades de campo, existem os fundos descentralizados pelo MINSA diretamente as Administrações Municipais para cobrir as despesas operacionais dos Cuidados Primários da Saúde. Estes recursos foram inicialmente a um grupo piloto de 68 municípios e posteriormente a todos os municípios do País. No âmbito das imunizações estes recursos estão sendo utilizados principalmente nas campanhas de vacinação, deslocação de equipas avançadas e móveis, aquisição e manutenção de equipamentos de cadeia de frio, motas e outros materiais e equipamentos. Não obstante a existência de recursos nos municípios, ainda devem resolver-se aspectos relativos ao uso eficiente dos recursos descentralizados aos municípios que alcançam a 60% do orçamento do MINSA. Este projecto pretende contribuir para a eficaz regulamentação do uso destes fundos e o estabelecimento de mecanismos de controlo.**A evolução do orçamento nacional do PAV mostra um claro aumento de 21,9 a 47,3 milhões de Dólares entre 2011 e 2014*. *Em geral não se apresentaram problemas no financiamento central, exceto o atraso no pagamento do cofinanciamento de novas vacinas com a GAVI. A falta de pagamento oportuno com a GAVI não foi por falta de orçamentação, mas deveio-se principalmente ao fracionamento mensal dos montantes das transferências e a regulamentações e trâmites burocráticos envolvendo varais instituições de Governo que alargaram muito o processo de obtenção e transferência de divisas a UNICEF Copenhaga. Estas situações levaram a acumulação de dívidas que ultrapassaram os orçamentos previstos. Em 2015 o Governo fez um importante esforço para pagar dívidas acumuladas criando situação favorável para cobrir os custos futuros.**Relativamente a continuidade dos salários dos consultores para CECOMA e cadeia de frio que apoiará ao PAV existe a possibilidade de absorção pelo sistema particularmente para o técnico de cadeia de frio e logística. A continuidade dos perdiem para nível central não tem problemas por existir fundos nacionais e da OMS para apoiar os mesmos. A continuidade dos perdiem a nível provincial deve ser parte da negociação com as autoridades províncias para aumentar a quota de participação no financiamento regular aos municípios.**Por outro lado com a eliminação da transmissão do vírus selvagem da Poliomielite no País em 2011, e a redução paulatina das múltiplas campanhas que anteriormente foram ate 8 por ano, serão liberados recursos para fortalecer as actividades rotineiras.* *A sustentabilidade do PAV tem ver também com aspectos de tecnologia abordados neste projecto, como ser a mudança gradual de equipamentos de cadeia de frio a gás para equipamentos padronizados a energia solar (SDD) aprovados pela OMS/UNICEF que são mais sustentáveis, de fácil manutenção e de maior capacidade de armazenamento o que facilita seu uso particularmente em localidades rurais e áreas urbanas com frequentes cortes de energia elétrica. O fortalecimento das capacidades dos logísticos provinciais e municipais para a gestão efectiva de vacinas, manutenção preventiva e de reparação dos equipamentos da cadeia de frio é parte importante da proposta. Assim mesmo foram consideradas a compra de peças sobressalentes para os equipamentos adquiridos de forma a estender a vida útil dos mesmos.**A sustentabilidade programática esta assegurada dado que o Projecto de Fortalecimento do Sistema de Saúde-GAVI está enquadrado no Plano Plurianual do PAV 2016-2020 e no Plano de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025, não existindo ações fora dos mesmos o que significa que haverá continuidade nas actividades em função da disponibilidade de recursos do País e as contribuições dos parceiros.*  |

# Part E: Implementation arrangements and risk mitigation

|  |
| --- |
| 19. Implementation arrangements *(Maximum 2 pages)* |
| *A* ***coordenação geral*** *do uso dos recursos do Projecto de Fortalecimento do Sistrema de Saúde-GAVI (PFSS-GAVI) e a sua integração com fundos de Governamentais e outras fontes externas realizar-se-á pelo Comité de Coordenação Interagências que está presidido pela Sua Excelência o Sr. Ministro da Saúde e que conta com a participação dos Representantes e técnicos do MINSA e parceiros de implementação: OMS, UNICEF, USAID, Grupo CORE, Cruz Vermelha de Angola, Rotary internacional, Sociedade de Pediatria, e Projecto de Fortalecimento dos Serviços Municipais de Saúde do Banco Mundial. O ICC aprova planos, acompanha a implementação dos mesmos e facilita a integração de recursos e a solução de problemas.****As nível central as entidades principais de implementação*** *do PFSS-GAVI serão: A Direcção Nacional de Saúde Pública do Ministério da Saúde (DNSP) através da Secção de Imunização e do Departamento de Promoção da Saúde e o Gabinete de Estudos Projectos e Estatística do Ministério da Saúde (GEPE) através do Departamento de Estatística, em coordenação coma DNSP e o PAV.****A nível da sociedade civil*** *a ONG Grupo Core que integra as ONGs apoiadas pela USAID e Fundação Bill e Melinda Gates (AFRICARE, CRS, WORLD VISION, CARITAS e ASODER) implementara as actividades de informação educação e comunicação baixo orientação do Departamento de Promoção da Saúde do MINSA, em coordenação da Cruz Vermelha de Angola, o Rotary Internacional e apoio técnico da UNICEF**Para responder ao grande volume de actividades que a planificação e implementação do PFSS-GAVI demande, a nível central serão revitalizadas* ***subcomissões funcionais interinstitucionais*** *que permitiram implementar Campanhas de Vacinação (1) Subcomissão Técnica; (2) Subcomissão Logística; (3) Subcomissão de Mobilização Social e a (4) Subcomissão de Finanças. Estas subcomissões trabalharão no MINSA a convocatória da Directora Nacional de Saúde Pública ou da Chefe da Secção de Imunização. As subcomissões estarão constituídas por técnicos dos programas dos Cuidados Primários de Saúde, parceiros de implementação e consultores do PFSS-GAVI e outros invitados.* ***A nível descentralizado as entidades secundárias de implementação*** *do PFSS-GAVI serão as Direcções Provinciais de Saúde (DPS) através dos Departamentos Provinciais de Saúde Pública. Estas entidades acompanharão a implementação de actividades e a utilização dos fundos e bens do PFSS-GAVI pelas Direcções Municipais de Saúde e as Unidades Sanitárias do âmbito do projecto.* *Ao nível provincial, as* ***Comissões Provinciais de Saúde*** *serão revitalizadas e terão também uma organização similar as comissões do nível central e agruparão os técnicos e membros de instituições e organizações locais. Estas comissões estarão coordenadas pelo Director provincial de Saúde ou Chefe Provincial de Saúde Pública.* *A existência de pontos focais da OMS com capacidade técnica e logística em todas as províncias do País será de mais-valia para a implementação do PFSS-GAVI**O projecto pretende apoiar as Direcções municipais de saúde na realização de encontros de análise de dados e monitorização de resultados o que pensamos incentivará para atingir melhores resultados e levará a uma gestão baseada em evidência.****A Entidade Administradora dos fundos*** *do PFSS-GAVI será selecionada por acordo entre GAVI e o MINSA e poderá ser o MINSA a OMS ou UNIICEF.* |

|  |
| --- |
| 20. Involvement of Civil Society Organisations (CSOs) *(Maximum 2 pages)* |
| *Describe how CSOs will be involved in the implementation of the HSS grant.* ***Grupo CORE****O Grupo CORE de Angola agrupa as ONGs financiadas pela USAID e pela Fundação Bill and Melinda Gates, está muito envolvida nas actividades de vacinação de rotina e vigilância epidemiológica do MINSA, participa regularmente nas reuniões do CCI e forma parte da subcomissão técnica de imunizações. O grupo CORE contribui-o também no reconhecimento dos problemas da vacinação mediante a realização de inquéritos qualitativos sobre a perceção das mulheres e os obstáculos para a utilização pleno dos serviços. ONGs ligadas ao Grupo CORE realizaram um inquérito de vacinação por amostragem nas 18 províncias do País a fines de 2013.**As ONGs agrupadas no Grupo CORE são: AFRICARE, CRS, WORLD VISION, ALVATION ARMY e as ONGs nacionais CARITAS e ASODER; estão presentes em 9 das 11 províncias selecionadas, não tendo ações diretas nas províncias de Cunene e Namibe. Para realizar actividades do projecto nas províncias não cobertas tomará acordos com a Cruz Vermelha de Angola, líderes de Igrejas e autoridades tradicionais de forma a cumprir com a promoção das imunizações e recuperação de crianças faltosas a vacinação.****Cruz Vermelha de Angola (CVA)****A Cruz Vermelha de Angola é uma organização no governamental de voluntariado que tem membros activos em todas as províncias, tendo participado de forma regular na promoção e implementação das múltiplas campanhas de vacinação realizadas no País. A CVA forma parte do Comité de Coordenação Interagências do programa Alargado de Vacinação. Durante 2011, 2012 e parte de 2013 administro os recursos de donação da Empresa petrolífera ESSO para imunizações, tendo apoiado com gastos operativos, dotação de viaturas e cadeia de frio para o MINSA.**O rol da Cruz vermelha de Angola será de coadjuvar no terreno na implementação das actividades comunitárias de promoção da vacinação de rotina e de recuperação das crianças que no foram vacinadas ou aquelas que iniciaram a vacinação mas no completaram os esquemas previsto no Calendário Nacional de Vacinação.* ***Conselho de Igrejas Cristãs*** *O Conselho de Igrejas Cristãs agrupa as igrejas católicas e protestantes e tem vindo a participar eventualmente da subcomissão de mobilização social de imunizações. As igrejas cristãs jogam um papel preponderante na promoção e implementação das actividades de vacinação a nível das comunidades durante as campanhas organizadas pelo Ministério da Saúde. Os líderes religiosos tem demonstrado sua abertura para coordenar actividades com as unidades sanitárias e realizar actividades conjuntas de promoção da saúde. O presente projecto pretende obter seu apoio em terreno para a promoção sistemática da vacinação durante os ofícios religiosos e em actividades de extensão as comunidades em coordenação com as ONGs do Grupo CORE e a Cruz vermelha de Angola.*  |

|  |
| --- |
| 21. Risks and mitigation measures *(Maximum 2 pages)* |
| *If available, provide Attachment #35: Health Sector Risk Assessment. If such an assessment is not available, provide an analysis of the risks of not achieving the objectives in this application.**Complete the table below for each of the proposed objectives outlined in Question 12. If the risk is categorised as ‘high’, please provide an explanation as to why it is ‘high’.* |
| **Description of risk** | ***PROBABILITY******(high, medium, low)*** | ***IMPACT******(high, medium, low)*** | ***Mitigation Measures*** |
| **Objective 1** |
| **Institutional Risks:** | *Médio* | *Alto*  |  *Advocacia de alto nível com o Governo Angolano (GAVI - OMS - UNICEF) para pagamento oportuno do cofinanciamento de novas vacinas pelo MINSA e evitar rotura de estoque.* |
| **Fiduciary Risks:** | *Baixo*  | *Baixo* | *OMS administrarão os fundos.* *Pontos focais da OMS nas províncias acompanhando as actividades e recuperando de forma activa os descargos administrativos dos gastos efetuados a nível provincial e municipal.*  |
| **Operational Risks:** | *Baixo* | *Médio* | *Para evitar interferência de actividades competitivas no período intensivo de capacitações planificadas, informar com antecedência e coordenar com as províncias os períodos destinados a capacitações.* *O MINSA deve solicitar cotações para iniciar rapidamente a compra de meios rolantes e evitar atraso na recepção.*  |
| **Programmatic and Performance Risks:**  | *Médio* | *Alto* | *A formação de capacitadores municipais (curso MLM) deve ser realizado durante o primeiro semestre de 2016 como parte do Plano de Graduação já financiado. O atraso demoraria as capacitações do pessoal das unidades sanitárias no pacote vacinação em prática* |
| **Other Risks:** | *Medio* | *Médio*  | *Atraso na liberação das alfândegas dos meios rolantes adquiridos.* *O MINSA deve prever recursos financeiros e dispor pessoal específico para a desalfandeguisação.* |
| **Overall Risk Rating for Objective 1** | *Médio*  | *Médio* |  |
| **Objective 2** |
| **Institutional Risks:** | *Baixo* | *Baixo* |  |
| **Fiduciary Risks:** | *Baixo*  | *Baixo*  | *UNICEF realizará as compras de equipamento de cadeia de frio.* |
| **Operational Risks:** | *Alto* | *Alto* | *Grande volume de equipamentos de cadeia de frio para transportar e instalar em muito curto tempo e início de época de chuvas* *Reforço da equipa do MINSA envolvendo toda a equipa de UNICEF, Banco Mundial, CORE e consultores contratados organizados na subcomissão logística interagências**Contratação oportuna de transportadoras para envio dos equipamentos e identificação de pessoas para instalação local dos equipamentos solares e câmaras de frio.* |
| **Programmatic and Performance Risks:**  | *Medio*  | *Medio*  | *Contratação oportuna de técnicos responsáveis de capacitar na instalação, manutenção e reparação dos equipamentos solares antes da chegada dos mesmos.**Seria desejável que a fabricante de equipamentos solares envie consultores sem custo para apoiar nas capacitações do pessoal logístico.* |
| **Other Risks:** | *Médio* | *Alto* | *Para evitar o atraso na liberação das alfândegas dos equipamentos de cadeia de frio adquiridos o MINSA deve prever recursos financeiros e dispor pessoal específico para a desalfandeguisação.* |
| **Overall Risk Rating for Objective 1** | *Alto* | *Alto* | *Deve assegurar alta prioridade para a contenção de riscos deste componente do projecto* |
| ***Objective 3*** |
| **Institutional Risks:** | *Baixo* | *Baixo* |  |
| **Fiduciary Risks:** | *Baixo* | *Baixo*  | *As ONGs do Grupo CORE realizarão acompanhamento local conjuntamente os supervisores de mobilização social nos municípios* |
| **Operational Risks:** | *Baixo* | *Baixo* |  |
| **Programmatic and Performance Risks:**  | *Baixo* | *Baixo* |  |
| **Other Risks:** | *Baixo*  | *Baixo* | *Insuficiente coordenação com os responsáveis de implementação local da iniciativa ADECOS.**Coordenar em cada município com os responsáveis dos ADECOS.* |
| **Overall Risk Rating for Objective 3** | *Baixo* | *Baixo* |  |
| ***Objective 4*** |
| **Institutional Risks:** | *Baixo* | *Baixo* |  |
| **Fiduciary Risks:** | *Baixo* | *Baixo* | *OMS administrará os fundos.*  |
| **Operational Risks:** | *Médio* | *Médio* | *Atraso nas prestações de contas das reuniões de níveis operativos podem atrasar novos envios de fundos e interromper as actividades.**Pontos focais da OMS nas províncias acompanhando as actividades e recuperando de forma activa os descargos administrativos dos gastos efetuados a nível provincial e municipal.*  |
| **Programmatic and Performance Risks:**  | *Médio* | *Médio* | *A coordenação e colaboração do Departamento de Estatística do GEPE e a Seção de imunização da Direcção Nacional de Saúde Pública deve assegurar-se principalmente na implementação nas províncias das actividades.* *Coordenação estreita com os responsáveis do projecto Plataforma Institucional Nacional de informação apoiada pela União Europeia* |
| **Other Risks:** | *Não* | *Não* |  |
| **Overall Risk Rating for Objective 3** | *Médio* | *Médio* | *Melhorar a coordenação interna e externa* |
| ***Objective 5*** |
| **Institutional Risks:** | *Baixo* | *Baixo* |  |
| **Fiduciary Risks:** | *Baixo* | *Baixo* |  |
| **Operational Risks:** | *Baixo* | *Baixo* |  |
| **Programmatic and Performance Risks:**  | *Médio* | *Médio* | *Qualificação inadequada do pessoal selecionado / atraso na contratação* *Claro estabelecimento dos termos de referência e participação dos parceiros no comité de seleção.**Publicação oportuna e seleção rápida dos candidatos.* |
| **Other Risks:** | *Não* | *Não* |  |
| **Overall Risk Rating for Objective 5** | *Baixo* | *Baixo* | *Deve merecer alta prioridade a seleção de pessoal para assistência técnica*  |

|  |
| --- |
| 22. Financial management and procurement arrangements  |
| *A entidade administradora que gerirá os fundos do PFSS-GAVI (OMS ou UNICEF) definida mediante acordo específico com a GAVI será a responsável de receber os fundos e entregar os mesmos por intermedio da DNSP para as unidades implementadoras das actividades e a UNICEF para as compras por importação. Esta Entidade Administradora assim mesmo será responsável de recuperar as prestações de contas e presentar a GAVI o informe técnico e financeiro do Projecto.**A nível da Direcção Nacional de Saúde Pública do Ministério da Saúde a Unidade de Administração e Finanças será reforçada com um consultor nacional qualificado em gestão financeira. Esta equipa sob a supervisão da Directora Nacional de Saúde Pública será responsável de gerir a conta Bancaria aberta especificamente para recursos financeiros externos do PAV.**O processo do fluxo dos fundos da cooperação GAVI em dinheiro será o seguinte:*1. *A Entidade Administradora OMS e UNICEF recebe fundos do PFSS-GAVI.*
2. *A Directora da DNSP solicita fundos a EA anexando Plano de Acão Trimestral.*
3. *A Entidade Administradora transfere os fundos a conta específica que o PAV mantem na DNSP-MINSA.*
4. *A Chefe da Seção de Imunização do MINSA, a Chefe do Departamento de Promoção da Saúde do MINSA e o Chefe do Departamento de Estatística do GEPE solicitam fundos a DNSP anexando plano detalhado de implementação das actividades.*
5. *A DNSP entrega os fundos as entidades implementadoras do nível central, transfere fundos as províncias implementadoras e/ou ao Grupo CORE em função do plano aprovado.*
6. *As entidades implementadoras apresentam DNSP para revisão o relatório técnico das actividades realizadas e documentação original das despesas efetuadas.*
7. *A DNSP apresenta um sumário do relatório técnico e Financeiro dos fundos recebidos a Entidade Administradora. E mantem em arquivo toda a documentação de descargo original para eventual revisão por auditoria externa.*
8. *A entidade administradora informa a GAVI.*

*O processo do fluxo dos fundos e procedimentos administrativos para compra de equipamentos, viaturas motas ou computadores com fundos do Projecto de Fortalecimento do Sistema de saúde da GAVI será a seguinte:*1. *A Directora da DNSP solicita a realização de compras a UNICEF anexando Plano detalhado de compras que inclui especificações técnicas dos produtos a comprar a quantidade e a data esperada de recepção.*
2. *UNICEF envia a DNSP a cotação dos produtos solicitados e o custo estimado.*
3. *A DNSP confirma por escrito as compras a efetuar e solicita a transferência dos fundos respetivos a UNICEF.*
4. *UNICEF notifica com anterioridade e faz a entrega dos produtos adquiridos nas alfândegas ao transitário do MINSA e aos responsáveis do PFSS-GAVI.*
5. *O MINSA realiza o retiro das alfândegas dos produtos adquiridos e envia as províncias respetivas após de cumprir com as normas de dotação de bens.*
6. *A equipa do PAV com apoio do consultor para cadeia de frio e logística organiza e supervisiona a instalação de cadeia de frio e a entrega de outos bens as entidades implementadoras.*
7. *As entidades implementadoras enviam a DNSP as actas de recepção dos bens doados pelo PFSS-GAVI.*
8. *O Director do GEPE do MINSA ou a Directora da DNSP informam a EA*
9. *A entidade administradora informa a GAVI.*
 |
| ***Describe the main constraints in the health sector’s budgetary and financial management system****.**A economia de Angola baseia-se principalmente nas receitas do petróleo, os rendimentos do petróleo em 2013 foram estimados em 80 % do PIB. Ao longo do 2014 e 2015 a economia angolana tem abrandado devido a descida dramática do preço internacional do petróleo. O défice orçamental alargou-se de 0,3% do PIB em 2013, para 33 % em 2015. Para ultrapassar a crise do petróleo o Executivo está a promover a diversificação da economia e a contenção de custos.* *O orçamento geral do Ministério da Saúde (nível central) para 2016 é de 306 milhões de dólares o mesmo que é menor que do ano anterior segundo informação recebida em cerca de 30-40%%. Este orçamento se encontra em processo de aprovação, pudendo ainda modificar-se.**Os principais constrangimentos são o retraço na recepção de fundos do Ministério das Finanças devido a crise financeira que o pais esta a atravessar o que leva a incumprimento de actividades planificadas e perda parcial da eficácia das mesmas. Durante a implementação dos fundos recebidos o principal problema e o no seguimento das linhas orçamentais atribuídas para os gastos como e o caso dos fundos descentralizados dos cuidados primários de saúde aos municípios e por outro lado o retraço na apresentação das rendições de conta dos fundos recebidos.* |
| *Complete the* ***Budgetary and******Financial Management Arrangements Data Sheet*** *(below) for each organisation that will directly receive HSS grant finance from Gavi.* |
| *Provide* ***Mandatory Attachment #7****: Detailed two-year Procurement Plan* |
| ***Pooled fund*** *applicants are required to provide relevant documents for financial management and procurement under the pooled funding arrangement* |

|  |
| --- |
| **Budgetary and Financial Management Arrangements Data Sheet** |
| **Any recipient organisation/country proposed to receive direct funding from Gavi must complete this Data Sheet (for example, MOH and/or CSO receiving direct funding).** |
| 1. Name and contact information of Focal Point at the Finance Department of the recipient organisation.
 | Patrick Avognon Operation officer OMS Mr. Niladri Bhattacharjee / Financial Specialist/Chief of Operations(OIC) UNICEF |
| 1. Does the recipient organisation experience with Gavi, World Bank, WHO, UNICEF, GFATM or other Development Partners (e.g. receipt of previous grants)?
 | YES |
| 1. If YES:
* Please state the name of the grant, years and grant amount.
* For completed or closed Grants of Gavi and other Development Partners: Please provide a brief description of the main conclusions with regard to use of funds in terms of financial management performance.
* For on-going Grants of Gavi and other Development Partners: Please provide a brief description of any financial management (FM) and procurement implementation issues (e.g. ineligible expenditures, mis-procurement, misuses of funds, overdue / delayed audit reports, and qualified audit opinion).
 | * Introduction of polio inactivated vaccine grand (WHO 785,500 USD)
* GAVI Graduation Plan Grant (WHO 608,325 USD, UNICEF 400,125 USD) both funds are ongoing in process.

The funds are requested by National Directorate of Public Health of MoH to WHO or UNICEF RepresentativesThe funds are transferred to specific bank account for EPI in MoH. The liquidations was collected by MoH and presented to WHO or UNICEF Representatives including technical and financial report. Was observed that the funds were utilized for planned activities, but was detected delay in liquidations. |
| **Oversight, Planning and Budgeting** |
| 1. Which body will be responsible for the in-country oversight of the programme? Please briefly describe membership, meeting frequency as well as decision making process.
 | NA |
| 1. Who will be responsible for the annual planning and budgeting in relation to Gavi HSS?
 | EPI and HSS officers with support of WHO, UNICEF and CORE Group |
| 1. What is the planning & budgeting process and who has the responsibility to approve Gavi HSS annual work plan and budget?
 | The minister of health during the ICC meetings with the participation of chiefs of agencies. |
| 1. Will the Gavi HSS programme be reflected in the budget of the Ministry of Health submitted every year to the Parliament for approval?
 | Yes |
| **Budget Execution (incl. treasury management and funds flow)** |
| 1. What is the suggested banking arrangement? (i.e. account currency, funds flow to programme) Please list the titles of authorised signatories for payment release and funds replenishment request.
 | Utilize the same bank used for other GAVI GRANTsAt the Ministry of Health level exist a specific bank account opened for GAVI Grants in 2003. Banco BFA, Conta Nº 728769/ Programa Alargado de Vacinação. Account in Dollars.Three authorized signatures: 1) Minister of Health; 2) National Director of Public Health; 3) EPI Manager. For every release is necessary at least two signatures. |
| 1. Will Gavi HSS funds be transferred to a bank account opened at the Central Bank or at a commercial bank in the name of the Ministry of Health or the Implementing Entity?
 | Commercial Bank: Banco de Fomento Angola (BFA) |
| 1. Would this bank account hold only Gavi funds or also funds from other sources (government and/or donors- “pooled account”)?
 | No. Is this account also transferred WHO and UNICEF for EPI activities. |
| 1. Within the HSS programme, are funds planned to be transferred from national to sub-national levels (provinces, districts etc.)? If YES, please describe how fund transfers will be executed and controlled, including stating what time of year (month/ quarter) funding must be received at the national level in order to disburse to sub-national levels in a timely manner.
 | YES. The WHO or UNICEF will transferred of funds to MoH central account by quarter. The MOH transfer the funds to provinces by activity according detailed plan. Provinces make the payments to districts. |
| **Procurement** |
| 1. What procurement system will be used for the Gavi HSS Programme? (e.g. National Procurement Code/Act or WB/UNICEF/WHO and other Development Partners’ procurement procedures)
 | UNICEF (cold chain) and WHO (Cars, computers & motorcycles) |
| 1. Are all or certain items planned to be procured through the systems of Gavi’s in-country partners (UNICEF, WHO)?
 | YES |
| 1. What is the staffing arrangement of the organisation in procurement?
 | Supply officers of WHO and UNICEF |
| 1. Are there procedures in place for physical inspection and quality control of goods, works, or services delivered?
 | YES |
| 1. Is there a functioning complaint mechanism? Please provide a brief description.
 | YESThe MoH inform by letter to WHO or UNICEF the identified problem, after the representatives meet with MoH authorities and solve the problem. |
| 1. Are efficient contractual dispute resolution procedures in place? Please provide a brief description.
 | YESPurchase agreement between MoH and Agency. |
| **Accounting and financial reporting (incl. fixed asset management)** |
| 1. What is the staffing arrangement of the organisation in accounting, and reporting?
 | The administrative offices of WHO and UNICEF |
| 1. What accounting system is used or will be used for the Gavi HSS Programme? (i.e. Is it a specific accounting software or a manual accounting system?)
 | WHO have GSM system and UNICEF have specific management system. |
| 1. How often does the implementing entity produce interim financial reports and to whom are those submitted?
 | Monthly submitted to Regional Offices.  |
| **Internal control and internal audit** |
| 1. Does the recipient organisation have a Financial Management or Operating Manual that describes the internal control system and Financial Management operational procedures?
 | YES |
| 1. Does an internal audit department exist within recipient organisation? If yes, please describe how the internal audit will be involved in relation to Gavi HSS.
 | YESUN audit team |
| 1. Is there a functioning Audit Committee to follow up on the implementation of internal audit recommendations?
 | In each organization the Representatives and Operation Officers follow up the accomplishment of internal audit recommendations.  |
| **External audit** |
| 1. Are the annual financial statements planned to be audited by a private external audit firm or a Government audit institution (e.g. Auditor General)?[[1]](#footnote-2)
 | Ministry of Health receive annual audits of “Economic Police”.WHO and UNICEF Internal UN audits every 3 or 5 years. |
| 1. Who is responsible for the implementation of audit recommendations?
 | The General Secretary of the MoH, and in the WHO or UNICEF the Representatives. |

1. If the annual external audit is planned to be performed by a private external auditor, please include an appropriate audit fee within the detailed budget. [↑](#footnote-ref-2)