

REIMAGINING GLOBAL HEALTH REFORM IN THE ASIA PACIFIC: Nationally Designed, Regionally Coordinated, and Globally Aligned

FINAL REPORT



PMAC | STRATEGIC
INSTITUTE



Saw Swee Hock
School of Public Health



清华大学
Tsinghua University

This document and its contents are prepared from the
Asia Pacific Regional Dialogue on Global Health Reform

PREFÁCIO DO CONSELHO ESTRATÉGICO

A Ásia-Pacífico é, muito provavelmente, o mais complexo dos cinco diálogos regionais da Wellcome. A nossa região abrange uma diversidade extraordinária de sistemas políticos e de saúde: desde grandes democracias federais até pequenas nações insulares, desde sistemas avançados de cobertura universal de saúde até outros que ainda se encontram a implementar reformas estruturais. A região acolhe igualmente várias plataformas de saúde global com mecanismos de governança únicos. Esta diversidade, apesar dos desafios que apresenta, constitui uma oportunidade valiosa para a recolha de ensinamentos. Apesar das tradições políticas e sistemas de saúde muito distintos, representantes de sub-regiões como o Sul da Ásia, Sudeste Asiático, Ásia Oriental e Oceânia conseguiram chegar a acordo sobre várias prioridades significativas, provando que, mesmo numa região tão diversa como a nossa, é possível definir objetivos comuns.

Organizado pelo Consórcio PMAC, que inclui a International Health Policy Program Foundation (Fundação do Programa Internacional de Políticas de Saúde) da Tailândia, a Saw Swee Hock School of Public Health (Escola de Saúde Pública Saw Swee Hock) da Universidade Nacional de Singapura e a Tsinghua Vanke School of Public Health (Escola de Saúde Pública Tsinghua Vanke) da China, este Diálogo foi inteiramente conduzido por jovens líderes emergentes na área da saúde global provenientes destas instituições, assinalando uma mudança importante no sentido de valorizar e dar voz a futuros líderes.

O Diálogo reuniu antigos ministros da saúde, altos responsáveis políticos, representantes da OMS, financiadores regionais e nacionais, sociedade civil, academias, setor privado, agências das Nações Unidas, bancos de desenvolvimento e parceiros-chave para o desenvolvimento, mantendo-se fiel ao compromisso para com uma participação multissetorial na definição da saúde pública global.

A região Ásia-Pacífico tem tudo o que é necessário para definir o próximo capítulo da saúde global: talento, tecnologia e financiadores como a JICA e o Banco Asiático de Desenvolvimento, que estão empenhados num progresso sustentável e a longo prazo. Enquanto parte do Consórcio PMAC, este Diálogo é mais do que apenas um encontro, é um passo coletivo no sentido de moldar o mundo que queremos.

Chegou o momento de compreendermos as nossas prioridades comuns em matéria de saúde na região Ásia-Pacífico, de valorizarmos os conhecimentos que partilhamos e de trabalharmos lado a lado, com confiança e sentido de responsabilidade, para construirmos um futuro mais justo, mais saudável e mais sustentável para todos.

Margaret Chan, Vanke School of Public Health, Tsinghua University

Soumya Swaminathan, M S Swaminathan Research Foundation

Viroj Tangcharoensathien, International Health Policy Program Foundation

Yik Ying Teo, Saw Swee Hock School of Public Health, National University of Singapore

Suwit Wibulpolprasert, Prince Mahidol Award Conference Strategic Institute

AGRADECIMENTOS

Este relatório é o resultado de um projeto encomendado pela Wellcome Trust. O relatório foi elaborado por (por ordem alfabética): Dorothy Boyle, Margaret Chan, Tashi Chozom, Indira Dewi Kantiana, Aprajita Kaushik, Divya Lakhotia, Angkana Lekagul, Harvy Joy Canlas Liwanag, Jing Ting Ng, Kiesha Prem, Afifah Rahman-Shepherd, Aluquin Dominique Anne Suratos, Soumya Swaminathan, Kun Tang, Viroj Tangcharoensathien, Yik Ying Teo, Jasper Tromp, Suwit Wibulpolprasert e Ivy Yuan Yuan Zou.

Em primeiro lugar, este relatório reconhece e agradece a todos os participantes no inquérito, nas entrevistas com informadores principais, na discussão em grupos focalizados e no encontro de três dias que teve lugar em Singapura. As visões, energia e ideias dos participantes constituem a base deste relatório.

Este relatório agradece também a Jieun Lee, Ji Heon Kim, Sreymom Oy, Nathalie En Dan Ang, Kullaya Petchkanokpraw, Waraporn Pongkantha e Oranicha Khamprapa pelo apoio prestado durante o encontro.

Este relatório contou com o apoio da Wellcome Trust. Contudo, as opiniões expressas neste documento não refletem necessariamente as posições da Wellcome Trust.

CITAÇÃO SUGERIDA

D. Boyle, M. Chan, T. Chozom, et al. 2025. Reimagining Global Health Reform in the Asia Pacific: Nationally Designed, Regionally Coordinated, and Globally Aligned. Thailand, Bangkok: PMAC Institute

Lista de abreviaturas

BAD	Banco Asiático de Desenvolvimento
AP-GHRC	Asia Pacific Global Health Reform Coalition
APEC	Asia-Pacific Economic Cooperation
ASEAN	Association of Southeast Asian Nations
CSO	Civil Society Organization(s)
FGD	Focus Group Discussion(s)
Gavi	Global Vaccine Alliance
GCF	Green Climate Fund
AEC	Avaliação Externa Conjunta
KII	Key Informant Interview(s)
MeA	Monitorização e Avaliação
ONG	Organização Não Governamental
APD	Ajuda Pública ao Desenvolvimento
PIANGO	Pacific Islands Association of Non-Governmental Organisations
PIFS	Pacific Islands Forum Secretariat
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
SPC	South Pacific Commission
ONU	Organização das Nações Unidas
UNESCAP	United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (Comissão Económica e Social das Nações Unidas para a Ásia e o Pacífico)
UNFPA	United Nations Population Fund (Fundo das Nações Unidas para a População)
UNICEF	United Nations Children's Fund (Fundo das Nações Unidas para a Infância)
OMS	Organização Mundial de Saúde
WPRO	Western Pacific Regional Office (Escritório Regional para o Pacífico Occidental)(OMS)

Resumo executivo

O Diálogo Ásia-Pacífico sobre a Reforma da Saúde Global reuniu diversas partes interessadas de 25 países num processo de consulta de quatro meses, com o objetivo de definir a visão da região para a arquitetura da saúde global. Solicitado pela Wellcome Trust como parte de uma série de cinco diálogos regionais sobre a reforma da saúde global, o Diálogo envolveu governos, organizações multilaterais, sociedade civil, meio acadêmico, filantropia e setor privado através da revisão de evidências, mapeamento de partes interessadas, entrevistas, um inquérito regional, grupos focalizados e uma adaptação do método Delphi realizada em Singapura. O resultado é um conjunto coordenado de recomendações para uma arquitetura da saúde global concebida a nível nacional, coordenada a nível regional e alinhada a nível global.

Embora as funções normativas e colaborativas da atual arquitetura sejam válidas, continuam a estar limitadas na prática, e as restantes funções não respondem adequadamente às necessidades e prioridades da região Ásia-Pacífico. O poder de decisão continua a ser dominado pelos países de elevado rendimento. A eficácia das ajudas falhou, como se reflete nas prioridades impostas pelos doadores, que distorceram as agendas nacionais de saúde e perpetuaram a dependência. Os mecanismos de responsabilização são assimétricos, monitorizando o desempenho dos beneficiários, enquanto os doadores enfrentam um escrutínio mínimo. O financiamento fragmentado cria duplicações e encargos administrativos. A nível nacional, processos frágeis de definição de prioridades e corrupção comprometem a legitimidade dos investimentos na saúde. Estas falhas não são acidentais; refletem falhas estruturais fundamentais numa arquitetura concebida para uma era diferente.

Com base numa ampla consulta a partes interessadas de toda a região, o Diálogo propõe seis reformas integradas que abordam as questões da governança e do financiamento. As reformas da governança procuram estabelecer plataformas nacionais multisetoriais para a definição de prioridades com base em evidências, que incluam as vozes marginalizadas; criar sistemas eficazes de monitorização e avaliação que responsabilizem doadores, governos e entidades executantes perante as comunidades; e desenvolver plataformas regionais de coordenação dedicadas, com mandatos claros para harmonizar esforços e amplificar a voz coletiva. As reformas no financiamento visam coordenar os investimentos fragmentados de múltiplos doadores em bens públicos globais e regionais; alinhar os mecanismos de financiamento com prioridades definidas a nível nacional, através da participação equitativa dos países beneficiários nos processos de governança; e apoiar a transição da dependência dos doadores para um investimento interno sustentável, através do aumento do espaço orçamental para a saúde, do reforço das capacidades técnicas e do planeamento da transição.

Três vias práticas traduzem esta visão de reforma em ação: institucionalizar plataformas nacionais de coordenação e transições de financiamento dentro das estruturas governamentais existentes; estabelecer repositórios de dados sub-regionais e mecanismos de coordenação organizados em torno dos doadores, aspetos técnicos e comunidades; e construir um mecanismo de governança regional através da Coligação para a Reforma da Saúde Global na Ásia-Pacífico proposta e do intercâmbio digital de conhecimentos.

A reforma da saúde global na Ásia-Pacífico, rumo a uma arquitetura da saúde global concebida a nível nacional, coordenada a nível regional e alinhada a nível global, vai para além das recomendações técnicas. É um testemunho das vozes regionais a moldarem um consenso regional, das diversas partes interessadas a construírem uma visão partilhada, e da região Ásia-Pacífico a reivindicar um papel ativo na reforma da saúde global, em vez de reagir a agendas definidas noutros contextos.

Índice

I.	Introdução	1
II.	Métodos	1
III.	A arquitetura hoje: o que funciona e o que não funciona na Ásia-Pacífico	2
IV.	Propostas para reformar a Arquitetura da Saúde Global	4
A.	Proposta de reforma da governança (G1-3)	4
	G1. Tornar a definição de prioridades baseada em evidências, multissetorial e centrada na comunidade	4
	G2. Estabelecer sistemas de M&A nacionais e regionais que assegurem a responsabilização de todos os intervenientes	5
	G3. Diferenciar mandatos institucionais para reforçar a governança regional	6
B.	Propostas de reforma do financiamento (F1-3)	8
	F1. Apoiar uma transição responsável da dependência de doadores para um financiamento interno sustentável	8
	F2. Alinhar os mecanismos de financiamento com as prioridades definidas a nível nacional	9
	F3. Coordenar o financiamento fragmentado para bens públicos globais e regionais	9
V.	Vias de reforma identificadas	10
A.	Plataformas nacionais de coordenação para definição de prioridades e transição do financiamento	10
B.	Mecanismos sub-regionais de coordenação e responsabilização	11
C.	Governança regional e arquitetura do conhecimento	12
VI.	Próximos passos propostos	13
VII.	Considerações finais	14

I. Introdução

Solicitada pela Wellcome Trust como parte de uma série de cinco diálogos regionais sobre a reforma da saúde global, esta iniciativa teve três objetivos: identificar prioridades regionais comuns relativamente às funções e formas da arquitetura; extrair princípios que reflitam o que deve mudar; e traçar vias de reforma viáveis a nível global, regional, sub-regional e nacional. O Diálogo reuniu deliberadamente diversos intervenientes, governos, organizações multilaterais, plataformas regionais, meio académico, sociedade civil, filantropia e setor privado, de modo a garantir perspetivas representativas e viáveis. Parceiros de toda a região Ásia-Pacífico participaram num processo de consulta de quatro meses, que combinou a revisão de evidências, o mapeamento de partes interessadas, entrevistas, um inquérito regional, grupos focalizados e uma adaptação do método Delphi. O Diálogo propôs uma arquitetura da saúde global concebida a nível nacional, coordenada a nível regional e alinhada a nível global, com a Ásia-Pacífico a moldar a reforma, em vez de apenas reagir a ela. Neste relatório, apresentamos os contributos do Diálogo em quatro partes: (1) um balanço da atual arquitetura da saúde global; (2) um conjunto de propostas de reforma em matéria de governança e financiamento; (3) um conjunto de vias integradas de reforma; e (4) os próximos passos para manter a dinâmica.

II. Métodos

O Diálogo adotou uma abordagem em duas fases para envolver diversas partes interessadas de 25 países da Ásia-Pacífico na elaboração de uma posição coletiva sobre a reforma da saúde global. Em conjunto, a Fase I (agosto–outubro de 2025) e a Fase II (novembro de 2025) envolveram as seguintes atividades:

1. **Revisão rápida da literatura:** para compreender a atual arquitetura da saúde global, incluindo os mecanismos existentes de governança e financiamento, os desafios e as oportunidades de reforma.
2. **Mapeamento sistemático de partes interessadas:** para identificar participantes para as atividades do projeto.
3. **Entrevistas com informadores principais (KII)** para reunir contributos aprofundados de diversas partes interessadas sobre propostas e vias de reforma da saúde global.
4. **Discussões em grupos focalizados (FGD):** para facilitar o diálogo entre os principais grupos de partes interessadas e identificar, desde cedo, áreas de convergência e divergência.
5. **Inquérito online:** para recolher opiniões em toda a Ásia-Pacífico sobre os desafios atuais na arquitetura da saúde global, bem como sobre potenciais propostas e vias de reforma.
6. **Reunião:** reunião presencial de três dias realizada em Singapura, com o objetivo de facilitar a criação de consenso, utilizando uma adaptação do método Delphi.

Tabela 1: Características dos participantes em todas as atividades do Diálogo

Características	KII e FGD	Inquérito online	Reunião
Sub-região			
- Sul da Ásia	12 (27%)	39 (18%)	12 (23%)
- Sudeste Asiático	15 (33%)	81 (36%)	24 (46%)
- Ásia Oriental	9 (20%)	19 (9%)	10 (19%)

Características	KII e FGD	Inquérito online	Reunião
- Pacífico	8 (18%)	25 (11%)	6 (12%)
- Outra	1 (2%)	58 (26%)	0 (0%)
Tipo de parte interessada			
- Governo ou organização multilateral	20 (44%)	32 (14%)	23 (44%)
- Investigação ou meio académico	12 (27%)	93 (42%)	11 (21%)
- Setor empresarial	1 (2%)	24 (11%)	2 (4%)
- Entidade sem fins lucrativos ¹ ou sociedade civil	12 (27%)	73 (33%)	16 (31%)
Total	45	222	52

¹ Inclui parceiros de desenvolvimento e fundações filantrópicas.

III. A arquitetura hoje: o que funciona e o que não funciona na Ásia-Pacífico

O Diálogo destacou os seguintes aspetos positivos da atual arquitetura da saúde global:

1. **Papel da OMS como organismo normativo:** os participantes reconheceram a necessidade de uma entidade global única com autoridade e legitimidade para estabelecer orientações técnicas e normas. Os participantes consideraram que a função normativa da OMS constitui uma mais-valia para a arquitetura atual, e, de forma geral, apoiaram a continuação do papel da mesma.
2. **Colaboração transnacional e aprendizagem mútua:** instituições de saúde globais e regionais criaram com sucesso colaborações independentes dos interesses dos governos nacionais individuais, dando origem a plataformas de aprendizagem mútua e partilha de conhecimentos. Esta função transnacional permite que países mais pequenos ou com menos recursos beneficiem da experiência e das normas globais, que seriam difíceis de desenvolver de forma autónoma.
3. **Parcerias de várias partes interessadas e modelos de financiamento misto:** os participantes salientaram que as parcerias entre várias partes interessadas, que reúnem a filantropia, o setor privado e o capital comercial, criaram espaços valiosos para a inovação no financiamento da saúde. Os modelos de financiamento misto, nos quais a filantropia reduz o risco dos investimentos para atrair financiamento privado em maior escala, demonstraram eficácia na produção de evidências necessárias para obter o compromisso dos governos e garantir a posterior transição para o financiamento público.
4. **Modelos colaborativos de financiamento conjunto:** Os participantes observaram que os mecanismos de financiamento comum, como o Fundo Global, têm conseguido promover a participação de várias partes interessadas a níveis com os quais se sentem confortáveis, integrando intervenientes não-governamentais em iniciativas estratégicas transregionais que, de outro modo, não participariam.
5. **A saúde é cada vez mais reconhecida como uma prioridade coletiva:** a nível global, regional e nacional, tem vindo a ganhar destaque nas agendas políticas, acompanhada de compromissos sustentados para enfrentar os principais desafios na área da saúde. Esta priorização é evidente na inclusão da saúde entre as principais prioridades nas campanhas eleitorais e manifestos políticos nacionais, bem como na atribuição contínua

de recursos ao setor da saúde ao longo dos anos, provenientes dos orçamentos públicos e de intervenientes filantrópicos, mesmo perante restrições fiscais significativas. Em conjunto, estas tendências sugerem que a saúde continua a ocupar uma posição de destaque na formulação de políticas e na mobilização de recursos, sublinhando o seu papel como uma prioridade partilhada e duradoura.

Por outro lado, o Diálogo destacou as seguintes fragilidades da atual arquitetura da saúde global:

1. **Tomada de decisões liderada pelo hemisfério norte:** o poder de decisão, os recursos e as capacidades técnicas continuam concentrados nos países de elevado rendimento. Isto molda as agendas de saúde dos países do hemisfério sul, visível nas decisões de financiamento, na assistência técnica e nas iniciativas de reforço de capacidades — perpetuando assimetrias de poder e limitando a liderança dos países na definição das suas políticas.
2. **Prioridades orientadas por doadores:** os mecanismos de financiamento orientados pelos doadores podem comprometer as prioridades de saúde nacionais, aumentar os encargos administrativos e duplicar o trabalho técnico entre várias iniciativas. A dependência dos países da Ajuda Pública ao Desenvolvimento (APD) e de outras subvenções de doadores resulta em narrativas e padrões de financiamento dominados pelos doadores, que reforçam a dependência e dificultam o desenvolvimento de um financiamento interno da saúde que seja sustentável. Tal agrava as lacunas de alinhamento entre as agendas nacionais de saúde e as agendas orientadas pelos doadores.
3. **Divisão pouco clara de responsabilidades:** a sobreposição de mandatos entre os intervenientes da saúde global, por exemplo, entre a sede da OMS, os escritórios regionais e os escritórios nos países, leva à duplicação de esforços e a uma resposta insuficiente às prioridades nacionais. Os mandatos de organismos regionais como a Comunidade do Pacífico (SPC) e a Associação das Nações do Sudeste Asiático (ASEAN) não estão suficientemente desenvolvidos para impulsionar agendas regionais de saúde ou representar de forma eficaz as prioridades da região.
4. **Mecanismos de responsabilização frágeis:** a ausência de mecanismos de responsabilização compromete a confiança entre os países financiadores, os países beneficiários e as entidades responsáveis pela implementação. O sistema atual carece de mecanismos eficazes para verificar se os compromissos se traduzem em ações, se os recursos são utilizados conforme previsto e se os progressos são avaliados de forma transparente. Esta lacuna na responsabilização reforça os desequilíbrios de poder. Os países doadores e os financiadores multilaterais estão sujeitos a um escrutínio mínimo no que se refere ao cumprimento dos financiamentos prometidos, ao respeito pelos prazos estabelecidos e à sua consonância com as prioridades dos países beneficiários. Por seu lado, os países beneficiários enfrentam exigências rigorosas no que respeita à prestação de contas aos doadores. O resultado é um défice de confiança entre as nações doadoras e as nações beneficiárias, entre os países beneficiários que competem por recursos limitados, e entre as organizações multilaterais encarregadas de coordenar os esforços globais na área da saúde.
5. **Limitações a nível nacional:** a nível nacional, as decisões populistas de curto prazo e as perdas associadas à corrupção comprometem a eficiência e a sustentabilidade dos investimentos na saúde, ao minarem a credibilidade e a legitimidade do processo de definição de prioridades. A ausência de avaliação independente agrava estes desafios.

IV. Propostas para reformar a Arquitetura da Saúde Global

O Diálogo revelou que uma reforma eficaz exige tanto inovação como otimização. Embora algumas propostas introduzam novos mecanismos, a maioria reforça estruturas existentes que são valiosas, mas continuam a sofrer de falta de recursos, mandatos insuficientes ou coordenação deficiente. Esta abordagem pragmática reflete as prioridades regionais: reforçar o que funciona, corrigir o que não funciona e criar novas capacidades apenas onde existam lacunas evidentes. Esta secção sintetiza as funções, formas e fatores facilitadores¹ definidos como prioridades durante o Diálogo. As propostas de reforma foram concebidas como pacotes integrados, operacionalizados através de três vias de reforma descritas na Secção V.

A. Proposta de reforma da governança (G1-3)

Três reformas de governança abordam o desalinhamento nos processos de definição de prioridades, as lacunas de responsabilização entre doadores e beneficiários, e a necessidade de uma coordenação mais robusta entre níveis, através de um maior investimento na colaboração regional e sub-regional.

G1. Tornar a definição de prioridades baseada em evidências, multissetorial e centrada na comunidade

As decisões populistas de curto prazo e a corrupção comprometem tanto a credibilidade (baseada em evidências) como a legitimidade (apoio alargado) dos investimentos em saúde na região Ásia-Pacífico.

- **Função:** permitir que os países definam prioridades de saúde que sejam relevantes a nível nacional e coordenadas a nível regional como prioridades comuns da região. As prioridades devem ser credíveis e legítimas, baseadas em evidências científicas e com a participação efetiva do governo, da sociedade civil, do setor privado e das comunidades, incluindo jovens, povos indígenas, pessoas com deficiência e outros grupos que enfrentam desigualdades em matéria de saúde.
- **Forma:** plataformas nacionais e/ou sub-regionais que reúnam setores da saúde e setores não ligados à saúde (por ex., finanças, ambiente) e estructurem uma participação inclusiva do governo, da indústria privada, do meio académico e da sociedade civil, com o objetivo de identificar prioridades nacionais de saúde, que contribuam para a definição de prioridades de saúde comuns a nível regional (Caixa 1).
- **Fator facilitador 1: sólida liderança política e técnica a nível nacional e regional.** Tal requer a identificação e capacitação de líderes em saúde global, incluindo líderes políticos e especialistas técnicos, particularmente de países de baixo e médio rendimento e de pequenos estados insulares, para que possam expor e defender com confiança as suas prioridades em fóruns regionais e internacionais, contribuindo assim para o reequilíbrio das dinâmicas de poder.
- **Fator facilitador 2: centros de conhecimento regionais e sub-regionais,** para recolher evidências sobre boas práticas com vista à aprendizagem intersectorial e entre países, apoiados quer por organizações globais existentes, como a OMS, o Fundo Global ou o Banco Mundial, quer por organizações regionais, como o BAD, a ASEAN e a SPC, ou por instituições académicas.

¹ Função, ou seja, o que a reforma deve fazer. Forma, ou seja, a estrutura que a reforma deve assumir. Fator facilitador, ou seja, uma condição, recurso, capacidade ou fator político que permite que a forma funcione de forma eficaz.

- **Fator facilitador 3: mecanismos formais de participação para intervenientes marginalizados.** Muitos intervenientes marginalizados estão sub-representados nos espaços de tomada de decisões, o que compromete a credibilidade dos processos de definição de prioridades. As estruturas de governança têm de incorporar mecanismos concretos e formais de participação da sociedade civil, de modo a eliminar ambiguidades e evitar uma participação meramente simbólica, prescrevendo de forma clara o papel da sociedade civil, assegurando um processo e procedimentos contínuos de consulta, e estabelecendo ciclos de resposta transparentes para avaliar se as vozes da sociedade civil estão efetivamente a ser ouvidas e tidas em consideração.

Caixa 1: exemplo de um modelo de governança inclusiva

A Assembleia Nacional de Saúde da Tailândia reúne anualmente mais de 300 participantes provenientes do governo, do meio académico, da sociedade civil e do setor privado, com o objetivo de definir prioridades na saúde através de um diálogo estruturado. Qualquer cidadão pode propor pontos para a agenda. A Assembleia elabora resoluções políticas — sobre temas que vão desde o controlo do tabaco à saúde de migrantes — que adquirem peso legal quando submetidas à Comissão Nacional de Saúde e ao Conselho de Ministros. Desde 2008, tem demonstrado como plataformas multisetoriais institucionalizadas podem tornar a definição de prioridades simultaneamente baseada em evidências e amplamente legítima. Um mecanismo deste tipo pode ser aplicado a plataformas sub-regionais ou regionais, para identificar desafios de saúde comuns na região.

G2. Estabelecer sistemas de M&A nacionais e regionais que assegurem a responsabilização de todos os intervenientes

Os atuais sistemas de monitorização e avaliação acompanham, sobretudo, o desempenho dos países beneficiários face às metas definidas pelos doadores. Não existem sistemas equivalentes para acompanhar o desempenho dos doadores face às metas definidas pelos países. A responsabilização assimétrica perpetua os desequilíbrios de poder.

- **Função:** responsabilizar os intervenientes pelos seus compromissos na área da saúde global, garantindo que esses compromissos se traduzem em ações, que os recursos são utilizados de forma adequada, que os progressos são avaliados e comunicados de forma transparente, e que esses progressos beneficiam efetivamente as comunidades.
- **Forma:** mecanismos paralelos de monitorização e avaliação, com indicadores claramente definidos e fundamentados na equidade. Deve ser utilizada uma combinação de autoavaliação, avaliação pelos pares e avaliação externa independente que envolva de forma significativa a comunidade (consultar a Caixa 2). Os mecanismos de responsabilização têm de estar integrados nas plataformas de definição de prioridades (consultar G1), de modo a permitir uma supervisão consistente e uma aprendizagem partilhada desde o início.
- **Fator facilitador 1: Um grupo de trabalho regional de reforma, composto por várias partes interessadas, multisetorial,** integrando líderes previamente identificados, proporcionaria a estrutura operacional para orientar a agenda da reforma regional, desenvolver um quadro de colaboração regional e monitorizar a sua implementação.

Caixa 2: Mecanismo de fiscalização do cumprimento paralelo, com participação de várias partes interessadas e multisetorial

O Quadro de Monitorização das Ilhas Saudáveis constitui um modelo robusto para o Pacífico, com indicadores obrigatórios claramente definidos, matrizes de responsabilização, funções e responsabilidades bem delineadas, e um processo de avaliação externa liderado pela SPC e pela OMS.

Contudo, embora proporcione supervisão técnica e política estruturada, não integra ainda mecanismos de responsabilização participativa: as comunidades, a sociedade civil e os grupos marginalizados não estão formalmente integrados no processo de avaliação.

A Comissão Económica e Social das Nações Unidas para a Ásia e o Pacífico (UNESCAP) tem explorado mecanismos de responsabilização participativa no âmbito dos ODS — como a avaliação pelos pares e a avaliação independente — que, embora não sejam específicos da área da saúde, podem constituir um modelo valioso para a governança da saúde global.

O processo de **avaliação externa conjunta**, no âmbito do Regulamento Sanitário Internacional, constitui um modelo de avaliação externa voluntária das capacidades de segurança sanitária, complementar à autoavaliação. No entanto, carece de uma avaliação externa independente (por ex., um comité independente de fiscalização do cumprimento ou a participação formal da sociedade civil). Este modelo consolidado pode ser alargado a outras áreas da saúde, como o reforço dos sistemas de saúde, de forma a assegurar que os países e os doadores cumprem os compromissos que são relevantes para as comunidades.

G3. Diferenciar mandatos institucionais para reforçar a governança regional

A divisão pouco clara de responsabilidades entre níveis cria sobreposição. A regionalização, aliada a uma reforma explícita dos mandatos, pode clarificar as funções em cada nível. As instituições de saúde mundiais emitem orientações técnicas e normas relativas aos bens públicos globais (como o Regulamento Sanitário Internacional); as instituições financeiras mundiais coordenam os fluxos financeiros provenientes de diversos intervenientes e setores; as instituições regionais identificam necessidades e prioridades comuns, definem bens públicos regionais, mobilizam recursos financeiros e técnicos, e supervisionam a responsabilização ao nível dos países.

- **Função:** identificar prioridades partilhadas entre países (G1), coordenar a definição de agendas a nível regional e sub-regional, e promover, em conformidade, colaborações regionais e sub-regionais. Isto inclui a definição de prioridades partilhadas, conforme identificadas pelos países, a harmonização de esforços entre as várias *partes interessadas* e a mobilização de recursos coletivos, incluindo vontade política, conhecimento técnico e recursos financeiros.
- **Forma:** plataformas regionais e sub-regionais dedicadas ao diálogo multilateral e entre as várias *partes interessadas*, bem como à colaboração coordenada. A(s) plataforma(s) deve(m) articular-se estreitamente com os mecanismos globais, mantendo-se simultaneamente sensível(eis) às necessidades dos países (Caixa 3).
- **Fator facilitador 1: reforma explícita dos mandatos**, para conferir às instituições regionais a autoridade e legitimidade necessárias para coordenarem de forma eficaz, sem duplicar os esforços globais ou nacionais. A reforma dos mandatos deve recentrar as instituições nas suas funções primárias, onde possuem uma vantagem comparativa, minimizando a sobreposição com outras instituições a diferentes níveis. Comitês organizacionais, como o Conselho Executivo da OMS, ou conselhos independentes, como os The Elders, podem supervisionar as reformas. A reforma dos mandatos deve abranger agências das Nações Unidas, instituições financeiras internacionais, blocos regionais, ONG e intervenientes privados.
- **Fator facilitador 2: estratégias regionais de saúde**, formalmente aprovadas pelos países e integradas nos mandatos das organizações, conferem às plataformas de coordenação regional a base política necessária para operarem de forma eficaz. Modelos existentes, como o Roteiro do Pacífico para o Desenvolvimento Sustentável e o renovado Quadro das Ilhas Saudáveis 2025, demonstram como os mecanismos sub-regionais podem servir de base à colaboração intersetorial.

Caixa 3: Coligação para a Reforma da Saúde Global na Ásia-Pacífico

A Coligação para a Reforma da Saúde Global na Ásia-Pacífico proposta (detalhada na Secção V) reuniria diversas *partes interessadas*, facilitaria a partilha de evidências, apoiaria a coerência das políticas e proporcionaria um espaço estruturado onde as realidades ao nível comunitário informariam as agendas sub-regionais e regionais, moldando, em última instância, a tomada de decisões a nível global. Isto poderia representar uma expansão do atual Fórum Parlamentar da Ásia-Pacífico sobre Saúde Global, atualmente limitado a parlamentares dos Estados-membros do WPRO da OMS e da ASEAN, mas que funciona como uma plataforma para a troca de ideias, construção de vontade política, reforço de capacidades e promoção da colaboração a nível regional, através de uma abordagem de todo o governo.

B. Propostas de reforma do financiamento (F1-3)

Três reformas no financiamento abordam as falhas de coordenação a nível global, os desequilíbrios de poder na governança do financiamento e a necessidade urgente de transição para o investimento interno sustentável. Estas propostas foram concebidas para funcionar em conjunto com as reformas de governança.

F1. Apoiar uma transição responsável da dependência de doadores para um financiamento interno sustentável

Embora alguns países da Ásia-Pacífico continuem dependentes da APD, de subvenções de doadores e de despesas diretas suportadas pelos próprios cidadãos, muitos já fizeram a transição para o financiamento interno. Apesar desta mudança, a saúde continua a ser subvalorizada nos orçamentos nacionais, o que dificulta o desenvolvimento de um financiamento interno sustentável para o setor da saúde. A arquitetura atual carece de mecanismos explícitos para desenvolver a capacidade interna e planear uma transição responsável do financiamento externo.

- **Função:** apoiar a transição dos países para um investimento interno mais robusto na área da saúde, através de um planeamento de transição explícito, do reforço das capacidades nacionais e da implementação de mecanismos de financiamento diversificados que reduzam a dependência em relação a um número limitado de doadores com muitos recursos.
- **Forma:** financiamento condicionado que exija planos explícitos de transição, saída e descontinuação, incluindo apoio dedicado ao aumento do espaço orçamental para a saúde e ao reforço da capacidade técnica e institucional interna. O financiamento seria direcionado para funções horizontais ao nível dos sistemas, incluindo a avaliação de tecnologias de saúde, as autoridades reguladoras nacionais, os sistemas nacionais de aquisição de bens e serviços, os mecanismos de avaliação e os quadros digitais de gestão de dados.
- **Fator facilitador 1: mecanismos robustos de mapeamento de recursos e de monitorização da despesa.** Sistemas nacionais e regionais que acompanhem, de forma precisa e dinâmica, a alocação e a execução dos recursos financeiros provenientes de todas as fontes (governo, setor privado, filantropia e APD). Estes mecanismos melhoram a coordenação, reduzem a fragmentação, protegem contra a corrupção e o uso indevido, e permitem um planeamento baseado em evidências para a mobilização de recursos.
- **Fator facilitador 2: maior participação do setor privado com salvaguardas de responsabilização.** Melhor integração do setor privado na arquitetura de governança e financiamento, de forma a desbloquear financiamento adicional para os sistemas nacionais e para os bens públicos regionais. Isto exige quadros que aumentem a

participação do setor privado sem ampliar de forma desproporcionada a sua influência, garantindo um financiamento responsável e sustentável.

- **Fator facilitador 3: mecanismos de financiamento misto e de financiamento inovador.** Empréstimos baseados em políticas, modelos de financiamento misto e mecanismos inovadores (como as obrigações de impacto na saúde ou a aquisição conjunta a nível regional) que reforcem a capacidade nacional, reduzam os riscos do investimento interno e atraiam fontes de financiamento diversificadas, mantendo a liderança por parte dos países.

F2. Alinhar os mecanismos de financiamento com as prioridades definidas a nível nacional

As prioridades orientadas pelos doadores distorcem as agendas nacionais de saúde, aumentam os encargos administrativos e perpetuam a dependência em detrimento da parceria. A arquitetura de financiamento atual concede aos países beneficiários uma margem mínima de participação na conceção dos mecanismos que moldam os seus sistemas.

- **Função:** garantir que os fluxos de financiamento respondem às prioridades de saúde definidas a nível nacional e lhes prestam contas, assegurando a participação significativa dos países beneficiários na conceção, definição e governança dos mecanismos globais de financiamento da saúde.
- **Forma:** exercícios regulares de definição de prioridades liderados a nível nacional, alinhados com as plataformas descritas em G1, que orientem explicitamente as decisões de financiamento ao nível dos países. Estas prioridades nacionais orientariam a alocação do financiamento a nível sub-regional e regional, criando um fluxo ascendente de necessidades definidas pelos próprios países, em vez de agendas impostas de cima para baixo pelos doadores.
- **Fator facilitador 1: participação equitativa dos beneficiários na governança do mecanismo de financiamento.** Envolvimento significativo dos países de baixo e médio rendimento nos processos de tomada de decisão relativos aos mecanismos globais de financiamento conjunto, incluindo a conceção, a alocação de recursos e a monitorização do desempenho. Os países devem dispor de poder de voto proporcional ao seu interesse nos resultados, e não apenas às suas contribuições financeiras.
- **Fator facilitador 2: apoio financeiro aos processos nacionais de definição de prioridades.** Financiamento dedicado, para estabelecer e sustentar as plataformas nacionais multissetoriais e promover os defensores da saúde global referidos em G1, garantindo que estes exercícios dispõem dos recursos adequados e ocorrem regularmente, de modo a orientar as decisões de financiamento.

F3. Coordenar o financiamento fragmentado para bens públicos globais e regionais

Os mecanismos de financiamento orientados pelos doadores resultam em investimentos fragmentados, duplicação de esforços e coordenação insuficiente entre múltiplas fontes de financiamento. Isto compromete a eficiência e impede o financiamento adequado de bens públicos globais e regionais essenciais.

- **Função:** coordenar, harmonizar e gerar sinergias entre as estratégias de financiamento e os investimentos dos bancos multilaterais de desenvolvimento, doadores bilaterais, fundações filantrópicas e intervenientes do setor privado que apoiam bens públicos globais e regionais. A nível regional, instituições designadas (como bancos regionais de desenvolvimento ou instituições académicas) podem realizar, de forma regular, o mapeamento multissetorial de recursos associado às estratégias regionais de saúde.

- **Forma:** mecanismos de coordenação claros que separem as funções de financiamento das funções de implementação e de definição de prioridades.
- **Fator facilitador 1: reforma explícita dos mandatos** das instituições financeiras globais e regionais. Mandatos claros e transparentes, para coordenar o financiamento sem duplicar as funções de implementação. Isto requer o envolvimento com órgãos de governança, incluindo o FMI, o Banco Mundial e os bancos regionais de desenvolvimento, para formalizar estratégias de coordenação.
- **Fator facilitador 2: mecanismos regionais de mapeamento de recursos e de monitorização da despesa (F1).** Todos os intervenientes financeiros devem estar obrigados a cumprir os requisitos de prestação de contas.

V. Vias de reforma identificadas

Enquanto a Secção IV expõe aquilo que a futura arquitetura da saúde global deve alcançar, através de seis propostas de reforma, a presente secção apresenta vias práticas para atingir esses objetivos, com base nas intervenções dos participantes durante o Diálogo. Tendo em conta as fragilidades da atual arquitetura da saúde global descritas na Secção III, as vias propostas centram-se nos níveis nacional, sub-regional e regional. Esta abordagem é intencional, com o objetivo de impulsionar um processo de reforma de base, refletindo uma característica definidora da visão da Ásia-Pacífico: a reforma deve ser concebida a nível nacional, coordenada a nível regional e alinhada a nível global. Assim, a maior parte da implementação ocorre a nível nacional, sub-regional e regional, cabendo ao nível global um papel de apoio e não de determinação. A inversão proposta das dinâmicas de poder tradicionais é deliberada. Os países começam por definir prioridades e reforçar a capacidade interna. Os mecanismos sub-regionais coordenam, em segundo lugar, os desafios e recursos partilhados. As plataformas regionais coordenam os esforços e dão maior projeção à voz coletiva. As três vias atuam em sintonia. Cada via aborda várias propostas de reforma em simultâneo, reconhecendo que as reformas na governança e no financiamento estão profundamente interligadas (Figura 1).

A. Plataformas nacionais de coordenação para definição de prioridades e transição do financiamento

A reforma tem início no plano nacional. Os participantes identificaram a necessidade de institucionalizar plataformas nacionais de coordenação inclusivas, que reúnam organismos governamentais de vários setores (saúde, finanças, ambiente) e partes interessadas (setor privado, sociedade civil e grupos marginalizados). Estas plataformas operacionalizam a definição de prioridades com base em evidências e de forma multissetorial (G1), bem como a monitorização e avaliação com responsabilização ao nível nacional (G2), assegurando simultaneamente que os fluxos de financiamento estão em linha com as prioridades definidas a nível nacional (F2) e apoiam a transição para o investimento interno (F3). As plataformas nacionais de coordenação desempenhariam quatro funções: 1) desenvolver Planos Nacionais de Investimento e Transição na Saúde, mapeando os recursos atuais e traçando vias para o financiamento interno; 2) definir prioridades intersectoriais, reconhecendo as interligações da saúde com o clima e o desenvolvimento económico; 3) mapear fontes de financiamento interno existentes e potenciais, com vista a melhorar a transparência; e 4) transmitir as prioridades a instâncias superiores, de modo a garantir que a coordenação sub-regional e/ou regional reflita as necessidades identificadas a nível nacional.

- **Implementação:** os países integrariam estas funções nos atuais Comitês de Coordenação do Setor da Saúde, em vez de criarem estruturas paralelas, alargando os respetivos mandatos para incluir os ministérios das finanças, os setores do clima e os grupos marginalizados atualmente excluídos.
- **Prazo:** 1 a 2 anos para institucionalizar as plataformas e iniciar a elaboração dos planos de investimento.
- **Principais riscos:** dependência contínua da ODA ou de despesas diretas por parte dos cidadãos; corrupção e desvios de recursos; mudanças na liderança política e nas prioridades; compartimentação e concorrência entre setores; falta de sinergia entre mandatos institucionais; e escassez de profissionais.
- **Medidas de mitigação:** institucionalizar as funções-chave em estruturas de governança estáveis.

B. Mecanismos sub-regionais de coordenação e responsabilização

Funções-chave a nível sub-regional podem colmatar lacunas de responsabilização (G2 e F2), coordenar prioridades e financiamentos fragmentados (G3 e F1) e viabilizar o planeamento da transição através do mapeamento de recursos (F3). Repositórios de dados sub-regionais apoiariam a definição de prioridades nacionais baseada em evidências, fornecendo dados comparáveis sobre o financiamento da saúde, o desempenho dos programas e os respetivos resultados. Um **Repositório de Dados de Saúde da ASEAN**, por exemplo, poderia permitir aos países do Sudeste Asiático comparar os investimentos nos sistemas de saúde e identificar boas práticas em modelos de financiamento sustentável. Os repositórios seriam propriedade dos países, com alojamento sub-regional facilitado por fóruns nacionais de várias partes interessadas, distribuindo assim o encargo administrativo e reforçando o papel da coordenação sub-regional ao serviço das prioridades nacionais.

Os mecanismos de coordenação sub-regional poderiam operar através de três vertentes. A **vertente dos doadores/parceiros** (liderada pelo BAD, Banco Mundial, DFAT, MFAT, JICA, GCF) consolidaria as prioridades da ajuda ao desenvolvimento, criaria matrizes de mapeamento de recursos e de coordenação entre parceiros, e facilitaria diálogos sobre investimento — abordando diretamente a fragmentação do financiamento. A **vertente técnica** (alicerçada na WPRO da OMS, SPC, agências das Nações Unidas e meio académico) facilitaria plataformas de aprendizagem entre países e manteria painéis de desempenho para efeitos de responsabilização. A **vertente de envolvimento comunitário** (PIANGO e redes regionais de ONG) garantiria que as vozes da sociedade civil moldassem as prioridades de coordenação e responsabilizassem os intervenientes. As vertentes poderiam ser coordenadas a nível regional, por exemplo, pela Coligação para a Reforma da Saúde Global na Ásia-Pacífico proposta na via regional abaixo; ou por quadros e mecanismos sub-regionais, como o Pacto para o Financiamento da Saúde no Pacífico, proposto por participantes da sub-região do Pacífico, que integraria cofinanciamento interno, compras regionais em agrupamento e roteiros de transição em consonância com as reformas de financiamento (F3).

- **Implementação:** utilização pragmática das instituições existentes; por exemplo, a sub-região do Pacífico propõe formalizar os agrupamentos de saúde da Melanésia, Polinésia e Micronésia sob a égide da SPC/WPRO ao longo de 2 a 3 anos, e realizar um mapeamento conjunto dos doadores.

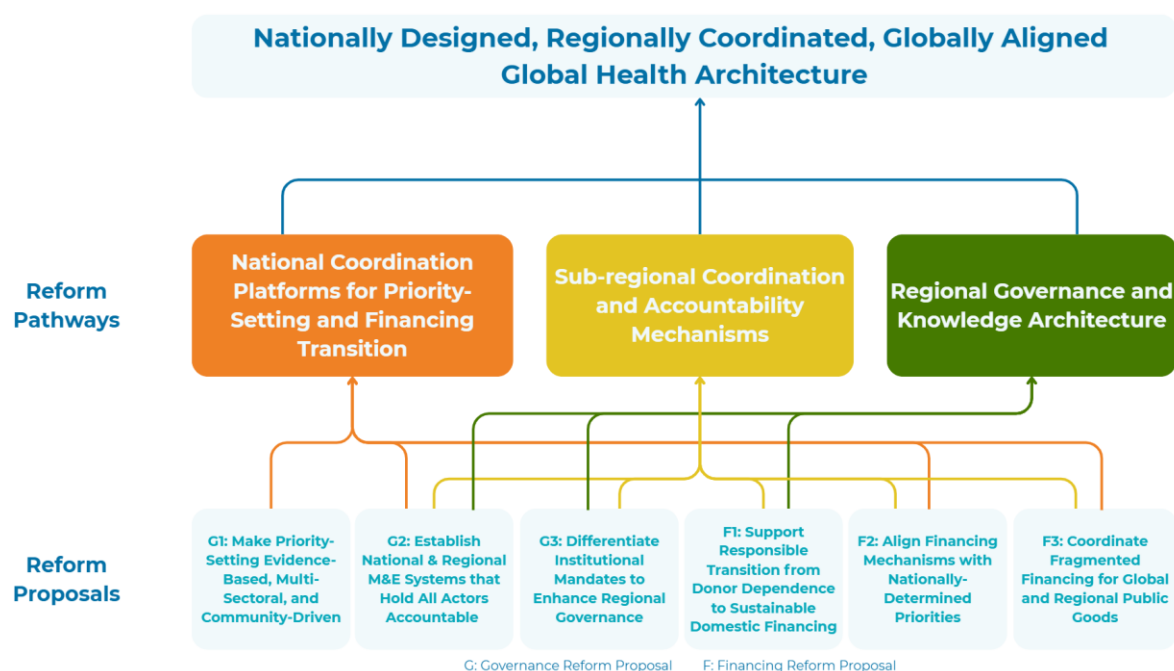
- **Prazo:** repositórios de dados operacionais até 2030, vertentes de coordenação implementadas dentro de 2 a 3 anos.
- **Principais riscos:** agendas orientadas pelos financiadores podem comprometer a liderança nacional; a falta de apoio político pode deixar os mecanismos com recursos insuficientes; problemas relacionados com a qualidade dos dados podem comprometer a credibilidade.
- **Medidas de mitigação:** integrar o mapeamento de recursos nos ciclos de monitorização existentes, como o Quadro das Ilhas Saudáveis, de forma a reforçar, e não duplicar, as instituições atuais.

C. Governança regional e arquitetura do conhecimento

A coordenação regional (G3) requer uma infraestrutura dedicada que harmonize os esforços, mobilize recursos coletivos e assegure que as necessidades nacionais sejam canalizadas para os fóruns globais. O Diálogo propôs quatro componentes interligados, que também reforçam a responsabilização regional (G2) e coordenam o financiamento (F1). A **Coligação para a Reforma da Saúde Global na Ásia-Pacífico** (ver Caixa 3) proporcionaria uma plataforma de concertação entre várias partes interessadas para o codesenvolvimento de áreas prioritárias de reforma, indicadores de responsabilização e ações-piloto. Liderada pelo meio académico, com a participação de governos, escritórios regionais da OMS, BAD, ASEAN, organizações multilaterais (UNFPA, UNICEF), sociedade civil, setor privado e doadores, a Coligação cria um espaço para que diversos intervenientes possam moldar as agendas regionais. Um **Grupo de Trabalho ou Secretariado Regional para a Reforma** proporcionaria uma estrutura operacional para desenvolver e monitorizar um quadro de colaboração regional, assegurar a participação inclusiva de partes interessadas marginalizadas e coordenar o financiamento entre diferentes doadores. A **Asia Health Exchange**, uma plataforma digital, operacionalizaria o alinhamento contínuo através da partilha de conhecimentos, desenvolvimento de capacidades, mapeamento de recursos e monitorização de despesas (F1), e parcerias estratégicas para fortalecer o investimento interno.

- **Implementação:** uma reunião inicial para lançar informalmente a arquitetura regional, seguida de um período alargado de mobilização política antes da sua operacionalização. A abordagem faseada reconhece que a conquista de adesão e o estabelecimento de mecanismos adequados demoram tempo.
- **Principais riscos:** fragmentação entre sub-regiões; interesses instalados das partes interessadas e resistência à cooperação; financiamento insuficiente; e falta de legitimidade ou credibilidade percebida entre certas partes interessadas (por ex., o meio académico).
- **Medidas de mitigação:** financiamento diversificado proveniente da filantropia, bancos de desenvolvimento e apoio não financeiro por parte do meio académico; combinação de fundos para o clima e a saúde, para enfrentar restrições orçamentais; mecanismos robustos de monitorização e avaliação, para acompanhar o valor acrescentado de todos os parceiros.

Figura 1 Propostas e vias de reforma na Ásia-Pacífico



VI. Próximos passos propostos

A prioridade imediata é manter a dinâmica gerada pelo encontro de Singapura e traduzir o consenso alcançado em ações. O Diálogo identificou as seguintes oportunidades para 2026 e anos seguintes:

1. **Sessão especial na PMAC 2026.** Uma sessão dedicada na Conferência do Prémio Príncipe Mahidol (Prince Mahidol Award Conference, PMAC) 2026 apresentará a posição regional a uma audiência mais ampla da área da saúde global. A PMAC pode proporcionar visibilidade e legitimidade, acelerando a adesão por parte de partes interessadas e posicionando a perspectiva da Ásia-Pacífico nas discussões globais mais amplas sobre a reforma.
2. **Dinâmica orgânica resultante das relações estabelecidas através de encontros.** As relações e os compromissos estabelecidos durante o encontro representam o resultado mais valioso do Diálogo. Os participantes regressam com uma compreensão partilhada das prioridades regionais, e com ligações a potenciais parceiros de diversos setores e sub-regiões. Espera-se que estas interações catalisem mudanças através de colaborações bilaterais, iniciativas sub-regionais e inovações institucionais, sem que sejam necessários mecanismos centralizados ou formais num futuro próximo.
3. **Pontos de contacto estratégicos ao longo de 2026.** Pontos de contacto estratégicos ao longo de 2026 podem revelar iniciativas emergentes, partilhar lições iniciais de implementação, facilitar ligações entre intervenientes que promovem reformas complementares e manter o compromisso coletivo. As oportunidades incluem o UHC High-level Forum (Fórum de Alto Nível sobre CSU) 2025, a Global Health Security Conference (Conferência sobre Segurança Sanitária Global) 2026, a WHS Regional Meeting (Reunião Regional da WHS) 2026 e o HSR2026 Global Symposium on Health Systems Research (Simpósio Global HSR2026 sobre Investigação em Sistemas de Saúde). Estes pontos de contacto não necessitam de ser elaborados; o seu propósito é manter o Diálogo vivo e visível, evitando que a dinâmica se dissipe.

4. **Reforço da capacidade regional para a definição de prioridades e a responsabilização em 2026.** Para passar do consenso à implementação, podem ser lançadas em 2026 várias iniciativas concretas. O primeiro passo é estabelecer uma equipa de peritos técnicos da Ásia-Pacífico (ou sub-regional) com competências na definição de prioridades na saúde. Esta rede de peritos apoiaria os governos nacionais e as coligações sub-regionais (ASEAN, SPC, SAARC) na identificação de prioridades nacionais de saúde e de bens públicos regionais. Paralelamente, uma mesa-redonda regional sobre financiamento deverá reunir financiadores, doadores e bancos de desenvolvimento, para discutir estratégias de financiamento alinhadas com as prioridades identificadas, incluindo abordagens inovadoras para o financiamento de bens públicos regionais. Por fim, deverá ser criada uma rede paralela de peritos em MeA e responsabilização, com o objetivo de reforçar a capacidade interna para a avaliação de políticas e programas.
5. **Para além de 2026.** As propostas e vias de reforma descritas nas Secções IV e V representam ambições de médio e longo prazo que devem ter por base necessidades demonstradas, e não ser impostas. Projetos-piloto iniciais de plataformas nacionais de coordenação, mapeamento de doadores a nível sub-regional e atividades de intercâmbio de conhecimentos podem ajudar a avaliar a viabilidade.

VII. Considerações finais

O Diálogo Ásia-Pacífico apresenta uma arquitetura alternativa, assente nos princípios da subsidiariedade, inclusão e liderança nacional e regional. O Diálogo constrói propostas e vias de reforma com base nas prioridades definidas pelos países, e só depois considera de que forma as instituições globais se devem alinhar. As reformas são ambiciosas em termos de visão — governança regionalizada, colaboração inclusiva, financiamento orientado a nível nacional e responsabilização institucionalizada — mas pragmáticas em termos de implementação: assentam em instituições existentes, integram-se em estruturas já estabelecidas e reconhecem a necessidade de adaptação a contextos diversos. O Diálogo revelou um consenso significativo em torno dos princípios fundamentais, mesmo tendo gerado diversas vias de implementação a nível nacional, sub-regional e regional. Este relatório representa o conhecimento coletivo de diversas partes interessadas de 25 países da Ásia-Pacífico, promovendo uma reforma concebida a nível nacional, coordenada a nível regional e alinhada a nível global.



PMAC | STRATEGIC
INSTITUTE



Saw Swee Hock
School of Public Health



清華大學
Tsinghua University

Funded by



This paper captures the outcomes of one of five regional dialogues supported by Wellcome, and led by regional partners. The views and opinions expressed throughout the dialogue are those of individual participants, and do not necessarily reflect the official policy or position of Wellcome.