

Sprawozdanie specjalne

Unijne wsparcie finansowe na rzecz systemów opieki zdrowotnej w wybranych krajach partnerskich

Ogólne cele strategiczne są realizowane, lecz skuteczność interwencji ograniczają problemy w zakresie koordynacji i trwałości



EUROPEJSKI
TRYBUNAŁ
OBRACHUNKOWY

Spis treści

	Punkty
Streszczenie	I-VIII
Wstęp	01-18
Znaczenie poprawy zdrowia dla rozwiązania problemu ubóstwa	01-08
Odpowiedź UE na wyzwania związane ze zdrowiem w krajach partnerskich	09-18
Zakres kontroli i podejście kontrolne	19-25
Uwagi	26-73
UE określiła ogólne priorytety w zakresie pomocy zdrowotnej, ale w przydziale środków finansowych występują niedociągnięcia	26-39
W dokumentach programowych określono ogólne kierunki przydziału finansowania, które utrzymywało się na stałym poziomie w kolejnych okresach programowania	28-32
Sporządzony przez Komisję ranking krajów partnerskich według ich potrzeb zdrowotnych ma niewielki wpływ na przydział finansowania dwustronnego	33-37
Metodyka stosowana do przydziału środków z filaru tematycznego nie jest sformalizowana ani odpowiednio udokumentowana	38-39
Finansowanie UE przyczyniło się do funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej, ale jego skuteczność była utrudniona przez problemy z koordynacją	40-66
UE wsparła szereg interwencji w dziedzinie zdrowia, które były zgodne z potrzebami wybranych krajów	41-44
Działania koordynacyjne i systemy dystrybucji na szczeblu powiatowym są niewystarczające	45-49
Kaskadowa struktura wdrażania ma wpływ na koszty	50-52
Koordynacja różnych strumieni finansowania jest złożona	53-55
Widoczność działań finansowanych przez UE w terenie jest niewielka, zwłaszcza w przypadku łączenia funduszy UE i innych darczyńców	56-59
Szeroki zakres wskaźników wykonania i uchybienia w zakresie danych utrudniają pomiar osiągnięć UE w dziedzinie pomocy zdrowotnej	60-66

Trwałość projektów jest zagrożona 67-73

Rządom będącym beneficjentami brakuje strategii transformacji lub strategii wyjścia z kryzysu oraz zaangażowania, a także dysponują one ograniczonymi zasobami budżetowymi

 68-70

Sprzęt nie zawsze jest odpowiednio utrzymywany

 71-73**Wnioski i zalecenia** 74-83**Załączniki**

Załącznik I – Cele strategii UE w zakresie pomocy na rzecz zdrowia od 2005 r.

Załącznik II – Wykaz skontrolowanych programów i projektów

Załącznik III – Kraje partnerskie, w których zdrowie jest sektorem priorytetowym określonym w krajowych programach orientacyjnych/ wieloletnich programach indykatywnych (MIP)

Załącznik IV — Przydziały środków z filaru tematycznego ISWMR – Globalny Wymiar Europy (styczeń 2024 r.)

Wykaz akronimów**Glosariusz****Odpowiedzi Komisji****Kalendarium****Zespół kontrolny**

Streszczenie

I Wsparcie UE na rzecz zdrowia w krajach partnerskich przyczynia się do realizacji głównego celu polityki rozwojowej UE, jakim jest ograniczenie, a ostatecznie wyeliminowanie skrajnego ubóstwa. Zgodnie z międzynarodowym podejściem do opieki zdrowotnej, w szczególności z celem zrównoważonego rozwoju nr 3 ONZ, UE zapewnia finansowanie systemów opieki zdrowotnej swoich krajów partnerskich za pośrednictwem programów dwustronnych i regionalnych oraz globalnych inicjatyw w dziedzinie zdrowia. Finansowanie to wyniosło ponad 3 mld euro w każdym z dwóch poprzednich okresów programowania (2007–2013 i 2014–2020) oraz ponad 2 mld euro w bieżącym okresie 2021–2027 (na początku 2024 r.).

II Kontrola przeprowadzona przez Trybunał miała na celu ocenienie wsparcia finansowego UE na rzecz zdrowia w krajach partnerskich w tych trzech okresach programowania. Trybunał stwierdził, że Komisja przydzieliła środki finansowe zgodnie ze swoimi ogólnymi priorytetami, jednak w zastosowanej przez nią metodyce wystąpiły niedociągnięcia. Skuteczność projektów ograniczały problemy w zakresie koordynacji i trwałości, a monitorowanie nie zapewniło pełnego obrazu działań Komisji w sektorze zdrowia.

III Trybunał ustalił, że kwota finansowania unijnego przeznaczanego na wsparcie w dziedzinie zdrowia pozostawała stosunkowo stała w skontrolowanych okresach programowania. Zmniejszyła się jednak pomoc dwustronna na rzecz krajów partnerskich, podczas gdy wsparcie w ramach globalnych inicjatyw w dziedzinie zdrowia znacznie wzrosło. Sporządzony przez Komisję ranking krajów partnerskich według potrzeb ich systemów opieki zdrowotnej miał niewielki wpływ na finansowanie dwustronne, głównie dlatego, że zasada odpowiedzialności wymaga, aby programowanie opierało się na decyzjach politycznych uzgodnionych z rządami partnerskimi. Przydział wsparcia na rzecz poszczególnych inicjatyw w dziedzinie zdrowia na świecie nie opierał się na zestawie konkretnych i wymiernych kryteriów, a poza tym nie został wystarczająco udokumentowany.

IV Trybunał zbadał próbę projektów w wybranych krajach partnerskich (Burundi, Demokratyczna Republika Konga i Zimbabwe). Dotyczyły one m.in. bezpłatnej opieki zdrowotnej, organizacji szkoleń dla pracowników służby zdrowia, dostarczania leków i sprzętu oraz odbudowy ośrodków zdrowia. Trybunał stwierdził, że UE udzielała wsparcia na różne interwencje w dziedzinie zdrowia, które były zgodne z potrzebami poszczególnych krajów. Koordynacja na szczeblu okręgowym była jednak niewystarczająca, co doprowadziło do niedociągnięć w dystrybucji sprzętu i leków. Ponadto na koszty interwencji w sektorze zdrowia miała wpływ kaskadowa struktura wdrażania, co zwiększyło koszty realizacji projektów. Dodatkowo widoczność finansowania UE wśród docelowych grup ludności była niska.

V Monitorowanie przez Komisję wydatków na ochronę zdrowia opierało się na niewielkiej liczbie ogólnych wskaźników, które dały jedynie częściowy obraz działań UE w dziedzinie zdrowia i zostały obliczone w taki sposób, że rezultatów nie można przypisać wyłącznie finansowaniu unijnemu. W przypadku pomocy dwustronnej wyniki nie są w zadowalający sposób udostępniane delegaturze UE w danym kraju, a dane zgromadzone przez podmioty realizujące projekty na potrzeby ich sprawozdawczości czasami nie były udostępniane lub okazywały się niewiarygodne.

VI Komisja jest zaangażowana w zarządzanie globalnymi inicjatywami w dziedzinie zdrowia, aby zapewnić ich lepsze dostosowanie, a tym samym położyć kres fragmentacji. Konieczne są jednak dalsze działania, aby osiągnąć te cele i zrationalizować międzynarodowe podejście do globalnych wyzwań zdrowotnych.

VII Trwałość projektów i programów w dziedzinie zdrowia jest zagrożona ze względu na brak jasnych strategii transformacji i wyjścia oraz nieodpowiednią konserwację sprzętu.

VIII Na podstawie tych wniosków Trybunał zaleca, aby Komisja:

- lepiej dopasowywała potrzeby krajów i przydział środków finansowych na opiekę zdrowotną;
- określiła jasne kryteria finansowania globalnych inicjatyw w dziedzinie zdrowia i usprawniła dokumentowanie procesu przydziału środków;
- usprawniła analizę potrzeb i koordynację dystrybucji sprzętu i leków;
- przeanalizowała racjonalność kosztów zarządzania;

- o unikała powielania działań i zapewniła synergię między wspieranymi globalnymi inicjatywami w dziedzinie zdrowia;
- o określiła wskaźniki umożliwiające kompleksowe monitorowanie wsparcia UE dla sektora zdrowia;
- o podjęła działania mające na celu promowanie trwałości systemów opieki zdrowotnej;
- o zapewniła, aby przykładano większą wagę do konserwacji sprzętu dostarczonego w ramach projektów.

Wstęp

Znaczenie poprawy zdrowia dla rozwiązania problemu ubóstwa

01 Wsparcie UE na rzecz zdrowia w krajach partnerskich przyczynia się do osiągnięcia głównego celu polityki rozwojowej UE, jakim jest ograniczenie, a ostatecznie wyeliminowanie skrajnego ubóstwa¹. Ubóstwo może być zarówno przyczyną, jak i konsekwencją niewystarczającej opieki zdrowotnej. Ogólnie rzecz biorąc, wraz z poprawą sytuacji gospodarczej danego kraju, poprawia się stan zdrowia jego obywateli. Ale istnieje też odwrotna tendencja – poprawa zdrowia obywateli może bezpośrednio przełożyć się na wzrost gospodarczy².

02 Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje zdrowie jako stan pełnego komfortu fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie jedynie jako brak choroby czy niepełnosprawności³. WHO uważa, że jednym z podstawowych praw każdego człowieka jest korzystanie z najwyższego osiągalnego poziomu zdrowia. WHO zidentyfikowała przy tym nierównomierne postępy w zakresie promocji zdrowia i zwalczania chorób, zwłaszcza chorób zakaźnych, jako powszechne zagrożenie. Połowa ludności świata nie ma dostępu do usług zdrowotnych, których potrzebuje⁴, a co roku około 100 milionów ludzi popada w skrajne ubóstwo z powodu nadmiernych kosztów opieki zdrowotnej⁵.

¹ Art. 208 ust. 1 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej.

² „Growing importance of health in the economy”, Collins, Francis S., Outlook on the Global Agenda 2015, Światowe Forum Ekonomiczne, 2015.

³ Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia.


⁴ „Monitoring universal health coverage”, Health and demography, Światowa Organizacja Zdrowia.

⁵ Strona internetowa DG ds. Partnerstw Międzynarodowych Komisji Europejskiej na temat zdrowia i demografii”.

03 W 2000 r. Organizacja Narodów Zjednoczonych uzgodniła osiem milenijnych celów rozwoju (MCR), które miały zostać osiągnięte do 2015 r.⁶ Trzy z tych celów były bezpośrednio powiązane ze zdrowiem: zmniejszenie śmiertelności dzieci (MCR4), poprawa zdrowia matek (MCR5) oraz walka z HIV/AIDS, malarią i innymi chorobami (MCR6).

04 Następnie w 2015 r. w ramach Agendy ONZ na rzecz zrównoważonego rozwoju 2030⁷ społeczność międzynarodowa wyznaczyła 17 celów zrównoważonego rozwoju, które mają zostać osiągnięte do 2030 r. Cel nr 3 to „Zapewnić wszystkim ludziom w każdym wieku zdrowe życie oraz promować dobrobyt”. W ramach tego celu wyznaczono dziewięć zadań, z których wszystkie są związane z ograniczeniem poważnych wyzwań zdrowotnych do 2030 r. (zob. *rys. 1*).

Rys. 1 – Zadania dotyczące zdrowia i dobrostanu w ramach celu zrównoważonego rozwoju nr 3

	Zadania 3.1 Śmiertelność okołoporodowa 3.2 Śmiertelność noworodków i dzieci 3.3 Choroby zakaźne 3.4 Choroby niezakaźne 3.5 Nadużywanie substancji odurzających 3.6 Obrażenia poniesione w wypadkach drogowych 3.7 Zdrowie seksualne i reprodukcyjne 3.8 Powszechne zabezpieczenie zdrowotne 3.9 Zdrowie środowiskowe	Środki realizacji 3.a Ograniczenie użycia tytoniu 3.b Leki i szczepionki 3.c Finansowanie ochrony zdrowia i pracownicy 3.d Gotowość na wypadek stanu zagrożenia
--	--	--

Źródło: Europejski Trybunał Obrachunkowy na podstawie strony internetowej WHO.

⁶ Dokument ONZ pt. „2000-2015, Millennium Development Goals”, Dag Hammarskjöld Library.

⁷ Dokument ONZ pt. „Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development”.

05 W sprawozdaniu specjalnym na temat celów zrównoważonego rozwoju z 2023 r. WHO pozytywnie odniosła się do postępów poczynionych w ostatnich latach w zakresie poprawy zdrowia na świecie, ale podkreśliła niewystarczające postępy w obszarach takich jak umieralność matek i rozszerzenie powszechnego zabezpieczenia zdrowotnego. Pandemia COVID-19 spowolniła postęp w realizacji SDG3 (zob. [ramka 1](#)). W związku z tym WHO wezwała do wyeliminowania utrzymujących się od dawna niedociągnięć w opiece zdrowotnej poprzez inwestycje w systemy opieki zdrowotnej, tak aby pomóc krajom w odbudowie i budowaniu odporności na przyszłe zagrożenia dla zdrowia.

Ramka 1

Wpływ COVID-19 na pomoc zdrowotną

W sprawozdaniu specjalnym WHO z 2023 r. dotyczącym celów zrównoważonego rozwoju wskazano na pogorszenie się powszechnego zabezpieczenia zdrowotnego w krajach rozwijających się oraz na zakłócenia w świadczeniu podstawowych usług zdrowotnych (takich jak kampanie szczepień) ze względu na pandemię COVID-19. Stwierdzono w nim, że pandemia spowolniła postępy w realizacji celu zrównoważonego rozwoju nr 3.

W sprawozdaniu stwierdzono ponadto, że w 2021 r. opanowanie pandemii COVID-19 odpowiadało największej części światowej oficjalnej finansowej pomocy rozwojowej na rzecz podstawowej opieki zdrowotnej (9,6 mld dolarów amerykańskich, z czego 6,3 mld dolarów przeznaczono na darowizny szczepionek).

Jeżeli chodzi o działania UE przeciwko skutkom pandemii COVID-19, w 2020 r. Komisja przydzieliła na ten cel ponad 440 mln euro, a do tej pory w okresie programowania 2021–2027 – ponad 1,27 mld euro.

06 Pomimo rosnącego zaniepokojenia na arenie międzynarodowej tym, że postępy w kierunku wprowadzenia powszechnego zabezpieczenia zdrowotnego słabną⁸, wciąż brakuje zasobów finansowych, ludzkich i materialnych, aby zaspokoić potrzeby zdrowotne stale rosnącej liczby ludności krajów rozwijających się. Zgodnie z najnowszymi danymi Unii Afrykańskiej (z 2021 r.) tylko dwa państwa afrykańskie – Republika Południowej Afryki i Republika Zielonego Przylądka – osiągnęły cel określony w [deklaracji z Abudży](#), jakim jest przeznaczanie co roku co najmniej 15% swoich budżetów krajowych na sektor opieki zdrowotnej⁹. Pomoc międzynarodowa w krajach rozwijających się ma na celu poprawę lokalnych systemów opieki zdrowotnej i trwałe wzmocnienie usług zdrowotnych, tak aby odpowiadały one lokalnym potrzebom i były dostępne dla wszystkich, zwłaszcza osób żyjących w ubóstwie.

07 Według WHO system opieki zdrowotnej składa się z „wszystkich organizacji, osób i działań, których głównym celem jest promowanie, przywrócenie lub utrzymanie zdrowia”¹⁰. Odnosi się to do struktur, które muszą istnieć, aby wspierać cele, jakimi są poprawa zdrowia i równość w dziedzinie zdrowia, przy jednoczesnym usuwaniu barier finansowych w opiece zdrowotnej. WHO określiła sześć elementów składających się na system opieki zdrowotnej: świadczenie usług; pracownicy służby zdrowia; informacje; produkty medyczne, szczepionki i technologie; finansowanie; przywództwo i zarządzanie. WHO podkreśla koncepcję „wzmocnienia systemów opieki zdrowotnej”, którą definiuje jako „poprawę tych elementów składowych i zarządzanie ich interakcjami w sposób zapewniający bardziej sprawiedliwą i trwałą poprawę wszystkich usług zdrowotnych i wyników w dziedzinie zdrowia”. Wzmocnienie systemów opieki zdrowotnej zależy od wiedzy technicznej i woli politycznej¹¹.

⁸ [Universal health coverage – Key facts](#), WHO, 2023 r.

⁹ [Tabela wyników dla Afryki dotycząca finansowania wewnętrznego na rzecz zdrowia](#), Unia Afrykańska.

¹⁰ [„Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes”](#), WHO, 2007 r.

¹¹ [„Health systems strengthening”](#), Unlimit Health.

08 Tradycyjnie działania w ramach wzmocnienia systemów opieki zdrowotnej koncentrowały się w dużej mierze na zmniejszeniu „ograniczeń nakładów” – wspieraniu systemów opieki zdrowotnej poprzez dostarczanie zasobów materialnych, takich jak moskitiery, środki antykoncepcyjne lub leki. Działania te same w sobie nie mogą jednak doprowadzić do osiągnięcia kompleksowych celów takich jak poprawa polityki, prawodawstwa, struktur organizacyjnych lub systemów realizacji, aby umożliwić bardziej efektywne wykorzystanie zasobów¹².

Odpowiedź UE na wyzwania związane ze zdrowiem w krajach partnerskich

09 Wsparcie UE na rzecz opieki zdrowotnej w krajach partnerskich opiera się na art. 168 ust. 3 [Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej](#), który stanowi, że „Unia i państwa członkowskie sprzyjają współpracy z państwami trzecimi i organizacjami międzynarodowymi właściwymi w dziedzinie zdrowia publicznego”.

10 Obecna polityka i cele UE w zakresie pomocy na rzecz zdrowia zostały sformułowane w czasie ostatnich cykli budżetowych w wielu różnych dokumentach strategicznych. Odnośne globalne¹³ i unijne polityki i strategie przedstawiono na [rys. 2](#) i w [załączniku I](#).

¹² Chee, G. i in., „Why differentiating between health system support and health system strengthening is needed”, *The International journal of health planning and management*, 28(1), 2013 r., s. 85-9.

¹³ Milenijne cele rozwoju, Deklaracja paryska, Deklaracja z Pusanu i Agenda na rzecz zrównoważonego rozwoju 2030.

Rys. 2 – Kalendarium – globalne i unijne polityki i strategie pomocy w dziedzinie zdrowia

Globalna polityka rozwojowa

Unijna polityka rozwoju

Polityka zdrowotna UE



Źródło: Europejski Trybunał Obrachunkowy na podstawie informacji przekazanych przez DG INTPA.

11 W 2005 r. Parlament Europejski, Rada i Komisja przyjęły „Europejski konsensus w sprawie rozwoju”, w którym potwierdzono zaangażowanie UE w realizację uzgodnionych na szczycie międzynarodowym celów rozwoju (tj. milenijnych celów rozwoju). Począwszy od 2017 r. politykę tę stosowano w odniesieniu do celów zrównoważonego rozwoju.

12 W 2010 r. Komisja przyjęła komunikat w sprawie roli UE w kontekście zdrowia na świecie¹⁴, będący deklaracją polityki UE w zakresie pomocy na rzecz zdrowia, która wpłynęła na dwa kolejne cykle wieloletnich ram finansowych (2014–2020 i 2021–2027). W powiązanych konkluzjach¹⁵ Rada wezwała Komisję i państwa członkowskie do wspólnego działania i priorytetowego traktowania wsparcia na rzecz wzmocnienia systemów opieki zdrowotnej w krajach partnerskich. W listopadzie 2022 r. Komisja przyjęła nową strategię w dziedzinie zdrowia na świecie¹⁶, w której potwierdziła zaangażowanie na rzecz celów zrównoważonego rozwoju i Europejski konsensus w sprawie rozwoju.

¹⁴ COM(2010) 128.

¹⁵ Konkluzje Rady z dnia 10 maja 2010 r. w sprawie roli UE w kontekście zdrowia na świecie.

¹⁶ COM(2022) 675.

13 W *tabeli 1* przedstawiono kwotę wydatków na programy pomocy zdrowotnej, którymi zarządzała Komisja w ciągu ostatnich trzech okresów programowania. Tym obszarem wsparcia finansowego UE zarządza głównie Dyrekcja Generalna ds. Partnerstw Międzynarodowych (DG INTPA).

Tabela 1 – Zmiany w zakresie pomocy zdrowotnej UE w podziale na służby Komisji (płatności w mln euro)

Odpowiedzialna służba Komisji Europejskiej	2007–2013	2014–2020	2021–2027 (styczeń 2024 r.)	% całkowitej kwoty od 2007 r.
DG INTPA (byłe DEVCO)	2 887	2 812	2 244	86,5%
DG NEAR (z wyłączeniem instrumentów IPA)	400	429	193	11,2%
Inne (Służba ds. Instrumentów Polityki Zagranicznej, DG ECHO, DG SANTE i DG REFORM)	55	153	7	2,3%
OGÓŁEM	3 342	3 394	2 444	100%

Źródło: Europejski Trybunał Obrachunkowy na podstawie danych pobranych przez DG INTPA z systemu OPSYS w styczniu 2024 r.

14 Unijne finansowanie pomocy zdrowotnej składa się z filaru geograficznego (działania realizowane w ramach programów krajowych i regionalnych) oraz z filaru tematycznego (działania dotyczące kwestii ogólnoświatowych). Filary geograficzny i tematyczny wymagają opracowania wieloletnich programów indykatywnych, w których ustalane są priorytety i cele na okres siedmiu lat, mające pozwolić na sprostanie określonym w nich wyzwaniom.

15 Przepisy ustanawiające Europejski Fundusz Rozwoju (EFR), Instrument Finansowania Współpracy na rzecz Rozwoju (DCI) oraz Instrument Sąsiedztwa oraz Współpracy Międzynarodowej i Rozwojowej¹⁷ (ISWMR – Globalny Wymiar Europy) obejmowały „filar geograficzny” wraz z pulami środków finansowych, które można wykorzystać do zapewnienia dwustronnej pomocy zdrowotnej UE określonym krajom i regionom partnerskim. Z filaru geograficznego finansuje się przede wszystkim realizację programów i projektów wzmacniających systemy opieki zdrowotnej w krajach partnerskich. Delegatury UE realizują te projekty głównie za pośrednictwem organizacji pozarządowych, agencji wdrażających państw członkowskich UE lub organizacji międzynarodowych takich jak agencje ONZ.

16 Wykorzystując te same instrumenty, Komisja przydziela również środki finansowe na opiekę zdrowotną w ramach filaru tematycznego. Są one przeznaczone głównie na globalne inicjatywy w dziedzinie zdrowia (GHI), w ramach których zainteresowane strony z całego świata starają się wspólnie sprostać globalnym wyzwaniom zdrowotnym. W ramach GHI gromadzi się środki finansowe, zarządza nimi i je dystrybuuje w celu wsparcia realizacji programów w dziedzinie zdrowia w krajach o niskim i średnim dochodzie. Dwie największe inicjatywy wspierane przez Komisję to Globalny Fundusz na rzecz Walki z AIDS, Gruźlicą i Malarią (zwany dalej **Globalnym Funduszem**) oraz Globalny Sojusz na rzecz Szczepionek i Szczepień (**GAVI**).

17 Filar tematyczny w ramach instrumentu ISWMR – Globalny Wymiar Europy składa się z czterech programów tematycznych:

- prawa człowieka i demokracja,
- organizacje społeczeństwa obywatelskiego,
- pokój, stabilność i zapobieganie konfliktom,
- wyzwania globalne.

18 W instrumencie ISWMR – Globalny Wymiar Europy nie określa się kwoty przeznaczonej na ochronę zdrowia. W ramach wieloletniego programu indykatywnego „**Globalne wyzwania**” obszar priorytetowy 1 (ludzie) dysponuje orientacyjnym budżetem w wysokości 1 835 mln euro (28,8% środków udostępnionych dla całego filaru tematycznego ISWMR, czyli 50% finansowania przydzielonego na wieloletni program indykatywny „Globalne wyzwania”) i obejmuje m.in. kwestie zdrowia.

¹⁷ Rozporządzenie (UE) 2021/947.

Zakres kontroli i podejście kontrolne

19 Trybunał ocenił unijne wsparcie finansowe na rzecz systemów opieki zdrowotnej w krajach partnerskich, aby odpowiedzieć na następujące pytania:

- o Czy Komisja jasno określiła cele w zakresie wsparcia finansowego na rzecz zdrowia i wybrała interwencje zgodne z tymi celami?
- o Czy wsparcie finansowe UE na rzecz wzmocnienia systemów opieki zdrowotnej przyniosło oczekiwane rezultaty?
- o Czy Komisja uwzględniła kwestię trwałości działań na wszystkich etapach swoich interwencji?

20 Kontrola koncentrowała się na wsparciu finansowym DG INTPA na rzecz sektora zdrowia w krajach partnerskich w okresie programowania 2014–2020. Trybunał wziął również pod uwagę okres 2007–2013 (na potrzeby oceny trwałości działań) oraz rozpoczęcie programu ISWMR na lata 2021–2027 (uzyskano dane dotyczące okresu do stycznia 2024 r.). Trybunał skoncentrował się na globalnych i krajowych przydziałach środków.

21 Prace Trybunału obejmowały analizę przekazanych przez Komisję (DG INTPA i delegatury UE) dokumentów dotyczących strategii UE w dziedzinie pomocy zdrowotnej, określenia celów i wskaźników oraz podziału finansowania w odpowiednich okresach programowania.

22 Trybunał przeprowadził kilka spotkań z przedstawicielami DG INTPA w Brukseli. Odwiedził również siedzibę Globalnego Funduszu w Genewie, aby uzyskać szczegółowe informacje na temat roli i zakresu interwencji w krajach partnerskich.

23 Ponadto Trybunał wybrał trzy kraje – Burundi, Demokratyczną Republikę Konga (DRK) i Zimbabwe – do dogłębnej analizy wsparcia zdrowotnego UE na miejscu. Do kryteriów wyboru, które zastosował Trybunał, należały: istotność wsparcia finansowego na rzecz zdrowia, strategiczne priorytety UE w dziedzinie zdrowia, zmiany wsparcia finansowego w czasie oraz wysokość pomocy z Globalnego Funduszu. Trybunał dokonał przeglądu krajowych strategii i dokumentów programowych w dziedzinie zdrowia poszczególnych wyselekcjonowanych krajów oraz zbadał próbę 17 największych dwustronnych programów i projektów w dziedzinie zdrowia finansowanych przez UE (zob. [załącznik II](#)).

24 Podczas wizyt w Burundi i Zimbabwe Trybunał przeprowadził wywiady z przedstawicielami władz lokalnych, delegatur UE, innych darczyńców, podmiotów realizujących projekty, organizacji pozarządowych i beneficjentów końcowych. Trybunał przeprowadził kontrolę programów w DRK w drodze przeglądu dokumentacji.

25 Zdaniem Komisji status opieki zdrowotnej zmienił się z polityki na strategię UE, a tym samym stała się ona sektorem priorytetowym. Trybunał postanowił przeprowadzić niniejszą kontrolę ze względu na znaczenie zdrowia na świecie w unijnym planie działania na rzecz rozwoju, a także na istotność unijnego wsparcia finansowego. Oczekuje, że niniejsze sprawozdanie przyczyni się do poprawy sposobu zarządzania wsparciem UE na rzecz zdrowia oraz do debaty na temat przydziału wsparcia UE w tej dziedzinie w przyszłości.

Uwagi

UE określiła ogólne priorytety w zakresie pomocy zdrowotnej, ale w przydziale środków finansowych występują niedociągnięcia

26 Trybunał przeanalizował priorytety unijnych strategii pomocy zdrowotnej oraz finansowanie programów w dziedzinie zdrowia przez DG INTPA. Oceniał, czy zarówno finansowanie ogólne, jak i próba interwencji wybranych do kontroli były zgodne z powyższymi celami strategicznymi.

27 Europejski konsensus w sprawie rozwoju z 2005 r. nałożył na Komisję obowiązek określenia kryteriów uczestnictwa w GHI i wpłat na ich rzecz. W związku z tym Trybunał przeanalizował proces przydzielania środków finansowych na rzecz takich globalnych inicjatyw.

W dokumentach programowych określono ogólne kierunki przydziału finansowania, które utrzymywało się na stałym poziomie w kolejnych okresach programowania

28 W komunikacie Komisji z 2010 r. w sprawie roli UE w kontekście zdrowia na świecie oraz w [odnośnych konkluzjach Rady](#) (konkluzja nr 5) stwierdzono, że UE i jej państwa członkowskie powinny priorytetowo traktować swoje wsparcie na rzecz wzmocnienia systemów opieki zdrowotnej w krajach partnerskich. Chodziło przede wszystkim o to, aby główne elementy systemów – pracownicy służby zdrowia, dostęp do leków, infrastruktura i logistyka oraz zarządzanie zdecentralizowane – były wystarczająco skuteczne, aby zapewnić podstawową, sprawiedliwą i wysokiej jakości opiekę zdrowotną dla wszystkich, zwłaszcza w krajach niestabilnych (zob. [załącznik I](#)). Cel ten miał być realizowany kanałami dwustronnymi, a także poprzez udział w inicjatywach światowych i forach międzynarodowych. W komunikacie zaproponowano też, aby UE wspierała silniejsze przywództwo WHO, działała na rzecz zwiększenia skuteczności systemu ONZ, zapewniła spójność między odpowiednimi politykami UE oraz wspierała badania naukowe, wymianę informacji i zbiorową wiedzę fachową w dziedzinie zdrowia na świecie.

29 Strategia UE w dziedzinie zdrowia na świecie z 2022 r. koncentruje się na trzech powiązanych ze sobą priorytetach (zob. [załącznik I](#)):

- o zapewnienie lepszego zdrowia i dobrostanu ludziom na wszystkich etapach życia;
- o wzmocnienie systemów opieki zdrowotnej i zapewnienie powszechnego zabezpieczenia zdrowotnego;
- o zapobieganie zagrożeniom dla zdrowia, w tym pandemiom, i zwalczanie tych zagrożeń, [zgodnie z podejściem „Jedno zdrowie”](#).

30 W głównych dokumentach strategicznych Komisji nakreślono ogólne ramy udzielania wsparcia finansowego na rzecz ochrony zdrowia, lecz nie sprecyzowano żadnych celów operacyjnych. Wsparcie Komisji na rzecz opieki zdrowotnej odpowiadało określonym priorytetom. Przyczyniło się ono do realizacji MCR 4, 5 i 6, a później SDG 3 – głównie poprzez programy dwustronne i wsparcie dla GHI, takich jak Globalny Fundusz, GAVI lub partnerstwo na rzecz zasobów Funduszu Ludnościowego ONZ (UNFPA). Wsparcie finansowe na rzecz kluczowego priorytetu, jakim jest wzmocnienie systemów opieki zdrowotnej (zob. pkt [28](#)), pochodzące z filaru geograficznego (zob. pkt [15](#)), zostało jednak z czasem zmniejszone.

31 Do 2020 r. Komisja przekazywała środki na pomoc zdrowotną głównie za pośrednictwem EFR i Instrumentu Finansowania Współpracy na rzecz Rozwoju. Od 2021 r. natomiast współpraca na rzecz rozwoju jest realizowana za pośrednictwem ISWMR – Globalny Wymiar Europy.

32 Szczegółowe informacje na temat finansowania przez DG INTPA przedstawiono w [tabeli 2](#). Całkowite kwoty utrzymywały się na stosunkowo stałym poziomie, jednak w ujęciu realnym zmniejszyły się.

Tabela 2 – Zmiany w płatnościach DG INTPA z tytułu pomocy zdrowotnej w podziale na instrumenty finansowania, w mln euro

Unijny instrument finansowania	2007–2013	2014–2020	2021–2027 (styczeń 2024 r.)
Instrument Sąsiedztwa oraz Współpracy Międzynarodowej i Rozwojowej (ISWMR – Globalny Wymiar Europy)			2 244
Europejski Fundusz Rozwoju (EFR)	1 256	1 850	
Instrument Finansowania Współpracy na rzecz Rozwoju (DCI)	1 566	943	
Pozostałe	65	19	
Ogółem	2 887	2 812	2 244

Źródło: Europejski Trybunał Obrachunkowy na podstawie danych DG INTPA.

Sporządzony przez Komisję ranking krajów partnerskich według ich potrzeb zdrowotnych ma niewielki wpływ na przydział finansowania dwustronnego

33 Ponieważ w komunikacie z 2010 r. w sprawie roli UE w kontekście zdrowia na świecie skoncentrowano się na ustalaniu priorytetów i zwiększaniu wsparcia dla krajów niestabilnych (zob. pkt **28**), DG INTPA przygotowała listę krajów najbardziej potrzebujących, aby uwzględnić je w decyzjach w sprawie przydziału środków. W 2020 r. sporządzono nową listę.

34 W 2010 r. Komisja sporządziła ranking krajów partnerskich, korzystając z pięciu wskaźników: zapotrzebowania krajów na pomoc w dziedzinie zdrowia, możliwości finansów publicznych, chęci prawidłowego wydatkowania pomocy na rzecz zdrowia, kwoty otrzymanej pomocy oraz dotychczasowych wyników w zakresie zdrowia. Lista z 2020 r. została sporządzona na podstawie nowej metodyki opartej na trzech wskaźnikach międzynarodowych: [wskaźniku rozwoju społecznego](#), [wskaźniku kapitału ludzkiego](#) i [postępiech w realizacji SDG3](#). Ze względu na tę zmianę metodyczną, a także zmieniającą się sytuację w terenie, rankingi krajów na obu listach znacznie się różnią (zob. [tabela 3](#)).

Tabela 3 – Zmiany w określaniu priorytetów i finansowaniu opieki zdrowotnej dla najbardziej potrzebujących krajów partnerskich w 2010 r.

Ranking INTPA		Kraj partnerski	Zobowiązania na lata 2007–2013 (w mln euro)	Zdrowie jako priorytet w krajowym programie orientacyjnym				
2010	2020			2007–2013	2014–2020	2021–2027		
				Zobowiązania na lata 2014–2020 (w mln euro)	Zobowiązania na lata 2021–2027 (w mln euro)			
1	26	Tanzania	0,018	×	0	×	0	×
2	32	Zambia	68	✓	2,3	×	12,3	✓
3	13	Afganistan	198	✓	172,5	✓	65,3	✓
4	5	Mozambik	24	✓	0	×	4	×(*)
5	33	Republika Środkowo-afrykańska	0	×	7,4	✓	34	✓
6	2	Sierra Leone	24,2	✓	0	×	0	×
7	3	Niger	0	✓	11,8	✓	1	×
8	6	Liberia	63,5	✓	0	×	0	×
9	28	Sudan	0	×	0	×	26	✓
10	29	Zimbabwe	39	✓	132,6	✓	32,8	✓
11	14	Burundi	30,1	✓	120,4	✓	58,7	✓
12	4	Mali	0	✓	1,2	×	0	✓
13	41	Senegal	0	✓	0	×	22,3	×(*)
14	9	Nigeria	85	✓	78,5	✓	52,2	✓
15	43	Rwanda	0	×	0	×	30,1	×(*)
16	20	Gambia	0	×	2,8	×	0	×
17	7	Gwinea	29,5	✓	23	✓	10,3	✓
18	18	Madagaskar	31,9	✓	0	×	32,5	✓
19	1	Czad	10	✓	1,2	×	0	×
20	38	Komory	0	×	0	×	0	×

Fioletowe pola = państwa, w których zdrowie nie jest sektorem priorytetowym w krajowym programie orientacyjnym na lata 2014–2020.

Żółte pola = państwa, w których zdrowie nie jest sektorem priorytetowym w wieloletnim programie indykacyjnym na lata 2021–2027.

(*) Senegal, Rwanda, Mozambik i Niger nie uwzględniają zdrowia jako obszaru priorytetowego w swoich wieloletnich programach indykacyjnych na lata 2021–2027, ale otrzymują środki w ramach regionalnego wieloletniego programu indykacyjnego Afryki Subsaharyjskiej.

Źródło: Europejski Trybunał Obrachunkowy na podstawie danych DG INTPA.

35 Korelacja pomiędzy rankingami krajów partnerskich a dwustronną alokacją środków finansowych dla sektora zdrowia była niewielka (zob. [tabela 3](#)). Tanzania, kraj znajdujący się na pierwszym miejscu na liście z 2010 r., otrzymała bardzo niewielkie wsparcie w latach 2007–2013. Z kolei Sierra Leone zajmowało wysokie miejsca na obu listach, ale otrzymało wsparcie tylko w latach 2007–2013. Mozambik również otrzymał niewielkie wsparcie, mimo że znajdował się na wysokiej pozycji na obu listach. We wszystkich trzech krajach zdrowie nie było jednym z priorytetów finansowania UE. Sektory zdrowia były w pewnym stopniu wspierane z puli środków regionalnych. Z drugiej strony Zimbabwe i Burundi otrzymały pomoc na rzecz zdrowia na stosunkowo wysokim poziomie, chociaż w obu wykazach priorytetów znajdowały się na niskich pozycjach. Kraje, które w latach 2014–2020 otrzymały największe finansowanie, to DRK, Afganistan, Zimbabwe, Etiopia i Burundi. W obecnym okresie programowania (2021–2027) pięcioma głównymi odbiorcami środków finansowych Komisji dla sektora zdrowia są DRK, Afganistan, Burundi, Nigeria i Etiopia.

36 Przyczyny tych rozbieżności leżą głównie w „zasadach programowania”¹⁸, w szczególności wynikają z zasady odpowiedzialności określonej w art. 13 ust. 1 lit. a) [rozporządzenia \(UE\) 2021/947](#), która wymaga, aby programowanie opierało się na dialogu politycznym z rządami partnerskimi. W związku z tym wsparcie sektorowe powinno zależeć od priorytetów każdego kraju partnerskiego. Inne przyczyny to ograniczenia liczby obszarów priorytetowych, które można uwzględnić w krajowych programach orientacyjnych (maksymalnie trzy obszary priorytetowe począwszy od WRF na lata 2014–2020). Inne pilne potrzeby – głównie ekonomiczne – mogą przeszkodzić w koncentracji na potrzebach w zakresie zdrowia: na przykład w przypadku Czadu, znajdującego się na początku listy z 2020 r. (zob. [tabela 3](#)), priorytetami wieloletnimi są zarządzanie, rozwój społeczny (w aspektach innych niż zdrowie) i Zielony Ład. Analiza Komisji zapewniła zatem wskazówki dotyczące rozpoczęcia negocjacji w sprawie programowania, ale nie była decydującym czynnikiem przy przydzielaniu środków finansowych.

¹⁸ Sprawozdanie specjalne 14/2023.

37 Z tych samych powodów liczba wieloletnich programów indykatorywnych, w których zdrowie jest sektorem priorytetowym, spadła z 48 w okresie programowania 2007–2013 do 17 w latach 2014–2020. W ramach ISWMR – Globalny Wymiar Europy (2021–2027) zdrowie jest obszarem priorytetowym w 27 spośród 86 krajowych wieloletnich programów indykatorywnych (tj. w 59 krajowych programach indykatorywnych nie traktuje się zdrowia w ten sposób). Pełna lista krajów, które w ostatnich trzech okresach programowania priorytetowo potraktowały zdrowie, znajduje się w [załączniku III](#).

Metodyka stosowana do przydziału środków z filaru tematycznego nie jest sformalizowana ani odpowiednio udokumentowana

38 Poza przydziałami środków w oparciu o kryterium geograficzne (w podziale na kraje lub regiony) UE wspiera zdrowie w drodze finansowania tematycznego (zob. pkt [16](#)) na rzecz GHI. W trzech objętych niniejszą kontrolą WRF wydatki UE na GHI znacznie wzrosły (zob. [tabela 4](#)). W ostatnich latach pandemia COVID-19 pogłębiła tę tendencję. Ponadto począwszy od wieloletnich ram finansowych na lata 2014–2020 UE zaczęła udzielać większego wsparcia na rzecz GHI niż bezpośrednio krajom partnerskim, w formie pomocy dwustronnej. Dwie główne inicjatywy wspierane przez Komisję to [Globalny Fundusz](#) i [GAVI](#) (zob. pkt [16](#) i [załącznik IV](#)). Komisja Europejska wspiera Globalny Fundusz od czasu jego uruchomienia w 2002 r., a GAVI – od 2003 r., trzy lata po jego uruchomieniu w 2000 r.

Tabela 4 – Zmiany płatności dokonanych przez Komisję na rzecz GHI, w mln euro

Globalna inicjatywa w dziedzinie zdrowia (GHI)	2007–2013	2014–2020	2021–2027 (do stycznia 2024)	Ogółem (2007 – styczeń 2024)
Globalny fundusz	585	853	1 017	2 455
GAVI	20	285	510	815
Partnerstwo WHO-UHC	22	150	37	209
Fundusz Pośrednictwa Finansowego			227	227
Partnerstwo na rzecz zasobów UNFPA	48	50	45	143
Globalny Fundusz Finansowania (IBRD)		24		24
UNAIDS – Sojusz Agend Narodów Zjednoczonych ds. HIV/AIDS	2			2
GHI ogółem	677	1 362	1 836	3 875
Pomoc dwustronna ogółem (kraje wymienione w załączniku III)	1 308	990	136	2 435
Pomoc na rzecz zdrowia DG INTPA ogółem	2 887	2 812	2 244	7 944
% GHI ogółem / pomocy na rzecz zdrowia DG INTPA ogółem	23,4%	48,4%	81,8%	48,7%
% pomoc dwustronna ogółem / pomocy na rzecz zdrowia DG INTPA ogółem	45,3%	35,2%	6,1%	30,7%

Źródło: Tablica wskaźników DG INTPA i ekstrakcja danych z bazy danych CRIS/OPSYS w oparciu o kody DAC dotyczące zdrowia.

39 Ani w rozporządzeniu w sprawie ISWMR – Globalny Wymiar Europy, ani w odpowiednim tematycznym wieloletnim programie indykatywnym nie określono finansowania UE przydzielonego na poszczególne GHI. Według Komisji GHI wybrano do finansowania po dokonaniu przeglądu ocen, luk w finansowaniu, dostępności budżetu, postępów w realizacji celów zrównoważonego rozwoju oraz wskaźników zgłoszonych przez GHI, a także oceny wpływu DG INTPA na organy zarządzające GHI i względów strategicznych. Trybunał stwierdził jednak, że proces ten nie był wystarczająco udokumentowany. Chociaż Komisja zastosowała elementy ilościowe i jakościowe, metodyka nie opierała się na sformalizowanym, z góry określonym zestawie szczegółowych i wymiernych kryteriów.

Finansowanie UE przyczyniło się do funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej, ale jego skuteczność była utrudniona przez problemy z koordynacją

40 Trybunał zbadał przydatność i skuteczność interwencji UE w zakresie pomocy zdrowotnej w trzech krajach partnerskich wybranych do dogłębnej analizy, koordynację między darczyńcami, podmiotami realizującymi projekty i instytucjami rządowymi, koszty zarządzania interwencjami, widoczność finansowania unijnego i mechanizmy monitorowania. Sprawdził, czy Komisja wskazała odpowiednie interwencje i nadała im priorytetowy charakter, aby zapewnić ich spójność z krajową polityką zdrowotną i oczekiwaniami społeczeństwa obywatelskiego oraz zgodność z przydziałami środków finansowych. Zbadał też, czy interwencje są koordynowane z innymi darczyńcami i przyczyniają się do realizacji strategii i celów, oraz czy można zweryfikować rezultaty interwencji.

UE wsparła szereg interwencji w dziedzinie zdrowia, które były zgodne z potrzebami wybranych krajów

41 Trybunał wykrył pewne rozbieżności w zakresie rodzajów interwencji finansowanych przez UE w trzech państwach wybranych do dogłębnej analizy. W Burundi w latach 2014–2020 ze wsparcia UE sfinansowano m.in. bezpłatną opiekę zdrowotną dla kobiet ciężarnych i dzieci poniżej piątego roku życia. W ramach dodatkowych projektów, które miały wzmocnić system opieki zdrowotnej w zakresie zdolności chirurgicznych na szczeblu powiatu, cyfryzacji lub zdrowia psychicznego, przeznaczono na te działania jedynie niewielki odsetek środków. W prowincjach Bururi, Makamba i Gitega z prawie 9 mln euro przyznanych przez UE 28% przeznaczono na koszty bieżące i zasoby ludzkie.

42 Komisja wspierała system opieki zdrowotnej w Zimbabwie za pośrednictwem kolejnych funduszy wielostronnych. Fundusz Rozwoju Zdrowia (HDF), działający w latach 2016–2022, wydał ponad jedną trzecią swojego budżetu na zamówienia na podstawowe leki i produkty żywieniowe (zob. [rys. 3](#)).

43 Wsparcie dla sektora zdrowia było priorytetem dwustronnej pomocy UE dla DRK w ostatnich trzech okresach programowania, w których kraj ten był głównym beneficjentem pomocy zdrowotnej UE. Dwustronne programy i projekty realizowane przez UE w DRK koncentrowały się na:

- o odbudowie szpitali i ośrodków zdrowia;
- o ustanowieniu agencji odpowiedzialnych za zarządzanie kosztami operacyjnymi i kosztami opieki zdrowotnej w strukturach opieki zdrowotnej;
- o poprawie zaopatrzenia w leki wysokiej jakości;
- o wzmocnieniu organów odpowiedzialnych za opiekę zdrowotną.

44 Trybunał jest zdania, że wszystkie te interwencje były zasadniczo adekwatne do potrzeb poszczególnych krajów.

Działania koordynacyjne i systemy dystrybucji na szczeblu powiatowym są niewystarczające

45 W wybranych krajach podjęto działania na rzecz poprawy koordynacji i wzmocnienia systemów dystrybucji. W trakcie swojej analizy Trybunał zauważył, że krajowe wysiłki koordynacyjne często koncentrują się wyłącznie na strategiach ogólnokrajowych i przydziale środków w podziale na regiony. Konieczna jest jednak również koordynacja na niższym szczeblu powiatów i poradni, aby zapewnić im to, co jest naprawdę potrzebne. Wizyty kontrolerów w ośrodkach zdrowia na obszarach wiejskich pokazały, jak ważne jest usprawnienie analizy potrzeb i dystrybucji leków, ponieważ półki w większości aptek w tych ośrodkach – jak wykrył Trybunał – są puste (zob. pkt 47).

46 W Zimbabwie oceniający¹⁹ stwierdzili, że projekty nie zapewniają w pełni rozwiązania podstawowych problemów, co doprowadziło do powielania interwencji. Zarówno w Burundi, jak i w Zimbabwie kontrolerzy sami natknęli się na przypadki sfinansowania sprzętu, który nie był dostatecznie wykorzystywany (zob. ramka 2).

¹⁹ The End-Line Evaluation of the Health Development Fund (HDF) Programme, AAN Associates, 2021 r.

Ramka 2

Niedostatecznie wykorzystywany sprzęt w Burundi i Zimbabwe

W trakcie wizyty w jednym ze szpitali w Burundi kontrolerzy Trybunału stwierdzili, że wprawdzie korzystano z dwóch nowych inkubatorów sfinansowanych przez UE, lecz trzy inne nowe inkubatory (dostarczone przez innego darczyńcę) nie były w użyciu. Nowe inkubatory finansowane przez UE nie byłyby potrzebne, gdyby działały inkubatory otrzymane wcześniej od innych darczyńców.

W jednym ze szpitali okręgowych w Zimbabwe kontrolerzy Trybunału odkryli, że od ponad pół roku na korytarzu stały dwa pudła z całkowicie nowymi ultrazamrażarkami, ponieważ szpital nie znalazł dla nich zastosowania. Beneficjent nie mógł wyjaśnić pochodzenia tych urządzeń i nie było możliwe ustalenie źródła finansowania sprzętu. Gdyby potrzeby szpitala zostały lepiej przeanalizowane, pieniądze społeczności darczyńców mogłyby zostać wydane skuteczniej.

47 W projekcie HDF w Zimbabwe największa linia budżetowa przeznaczona jest na produkty medyczne i szczepionki (zob. [rys. 3](#)). Podczas wizyty na miejscu kontrolerzy zauważyli, że pomimo inwestycji z udziałem wielu darczyńców dostępność leków była ograniczona (zob. [rys. 1](#)). Trybunał stwierdził, że niektóre leki podstawowe od kilku miesięcy były niedostępne. Jednocześnie kontrolerzy spotkali się z przypadkami wyrzucania leków, których data ważności jeszcze nie upłynęła.

48 W końcowej ocenie projektu PASS w Burundi zalecono wzmocnienie zdolności związanych z zarządzaniem produktami farmaceutycznymi. W sprawozdaniu rocznym Ministerstwa Zdrowia za 2021 r. potwierdzono, że główne przeszkody w tym zakresie to zapasy lub niedobory leków.

49 Ponadto w odniesieniu do DRK w ocenie śródkresowej PRO DS (opublikowanej 17 stycznia 2022 r.), największego projektu w dziedzinie zdrowia na lata 2014–2020, stwierdzono, że trzy cele dotyczące dostaw leków podstawowych zostały osiągnięte tylko częściowo ze względu na nieskuteczną reorganizację Federacji Ośrodków Zakupów Leków oraz Dyrekcji Generalnej Organizacji Opieki Zdrowotnej i Zarządzania.

Zdjęcie 1 – Zapas niektórych leków w odwiedzionym przez kontrolerów Trybunału ośrodku zdrowia w Zimbabwie był trwale wyczerpany



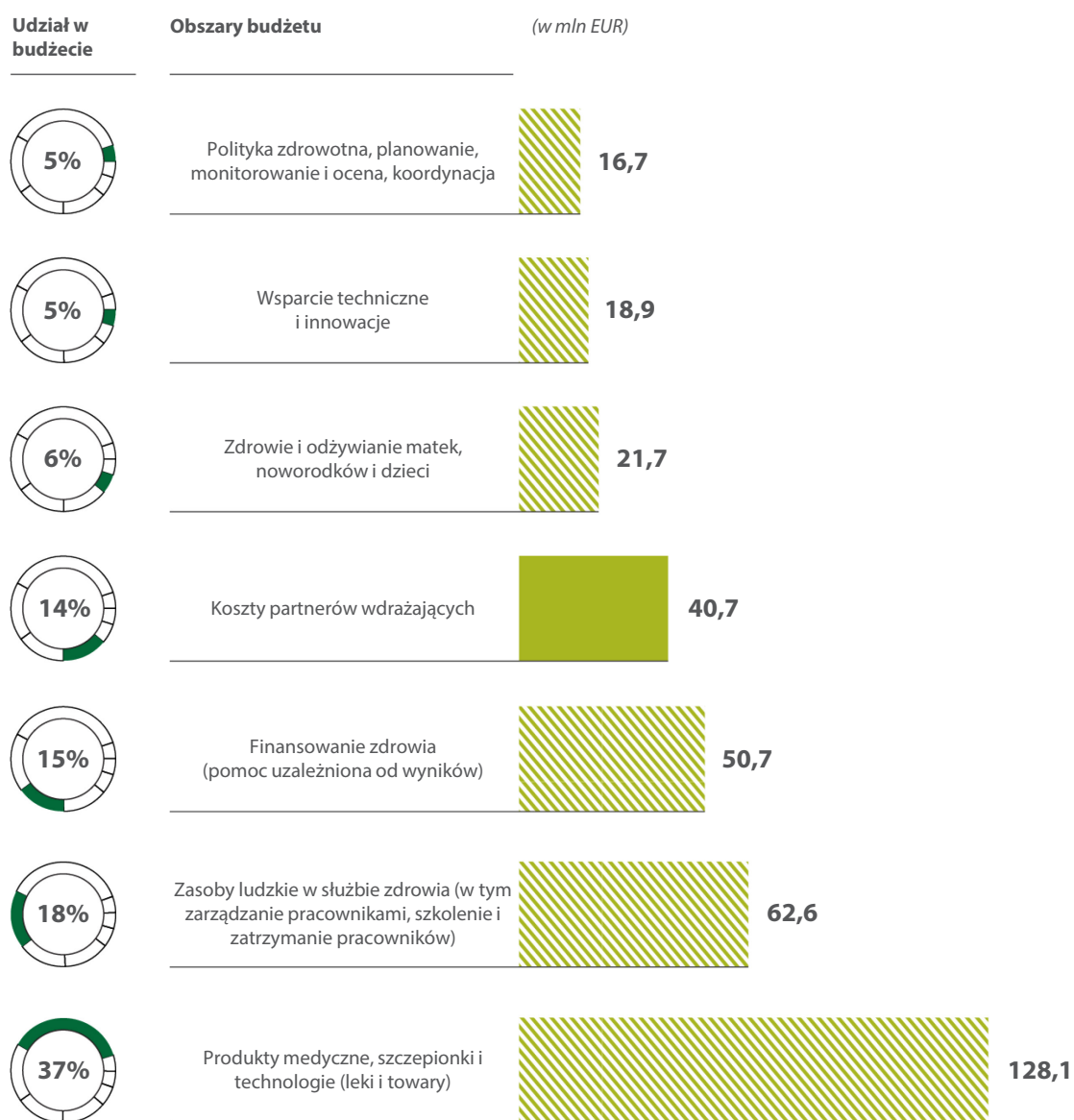
Źródło: Europejski Trybunał Obrachunkowy.

Kaskadowa struktura wdrażania ma wpływ na koszty

50 Na koszty interwencji w sektorze zdrowia ma wpływ kaskadowa struktura wdrażania. Projekty są często prowadzone przez partnerów wdrażających, którzy zatrudniają podwykonawców. Wszystkie te podmioty pobierają opłaty za zarządzanie, które zmniejszają kwotę środków dostępnych dla beneficjentów końcowych.

51 W Zimbabwie Komisja wniosła wkład w fundusze pochodzące od wielu darczyńców. W projekcie HDF, który trwał od 2016 r. do 2020 r., uczestniczyło dwóch partnerów wdrażających. Partnerzy wdrażający pobrali 7% budżetu na koszty zarządzania i dodatkowe 7% na koszty zarządzania centralą – łącznie 14% całego budżetu. Oznaczało to, że całkowite koszty zarządzania były wyższe niż niektóre przydziały dokonane według działów interwencji. Na *rys. 3* pokazano, że koszty partnerów wdrażających były prawie dwukrotnie wyższe niż kwota przeznaczona na zdrowie i odżywianie matek, noworodków i dzieci.

Rys. 3 – Budżet Funduszu Rozwoju Zdrowia (UE + inni darczyńcy) w Zimbabwie (2016–2022)



Źródło: Europejski Trybunał Obrachunkowy.

52 Trybunał ustalił, że koszty operacyjne projektów realizowanych w Burundi pod wspólną nazwą „Twiteho Amagara”, finansowanych bezpośrednio przez UE, przekraczały 30%. Projekty zostały wdrożone przez pięć konsorcjów we wszystkich 18 prowincjach Burundi. Łączna kwota przyznana konsorcjom wyniosła 45 mln euro, z czego prawie jedną trzecią (14 mln euro) przeznaczono na pokrycie kosztów operacyjnych.

Koordinacja różnych strumieni finansowania jest złożona

53 Komisja wykorzystuje dwa odrębne strumienie finansowania – finansowanie geograficzne i inicjatywy globalne – aby wspierać te same terytoria geograficzne. Ponadto w ostatnich latach GHI rozszerzyły swój zakres horyzontalnie o wzmocnienie systemów opieki zdrowotnej. Istnieje zatem ryzyko nakładania się działań Komisji i GHI, a także zagrożenie, że synergie, zarówno między działaniami Komisji i globalnymi inicjatywami, jak i między samymi inicjatywami, nie zostaną wzmocnione.

54 Globalny Fundusz wymaga, aby w każdym kraju będącym beneficjentem istniał czytelny mechanizm, który pozwoli na koordynację wspólnych wysiłków na rzecz dostępu do finansowania i jego wykorzystania. Ze względu na problemy z reprezentacją zainteresowanych stron (w szczególności społeczności lokalnych) w krajowych uzgodnieniach koordynacyjnych często wymaga to utworzenia odrębnego mechanizmu koordynacji na szczeblu krajowym. Trybunał stwierdził, że istnienie tego mechanizmu zwiększa obciążenie administracyjne dla kraju partnerskiego. Na przykład ze względu na tę trudność urzędnicy w Burundi wyrazili zainteresowanie połączeniem krajowego mechanizmu koordynacji z ramami partnerstwa na rzecz zdrowia i rozwoju – ogólną strukturą koordynacyjną, którą zarządza Ministerstwo Zdrowia.

55 Komisja uczestniczy w organach zarządzających GHI, a także jest zaangażowana w kierowanie [agendą z Lusaki](#) z 2023 r. – stanowiącą forum koordynacyjne dotyczące przyszłości GHI – oraz w jej wdrażanie. W agendzie z Lusaki określono szereg kluczowych wymogów niezbędnych do zwiększenia wkładu inicjatyw GHI w ochronę życia i poprawę zdrowia ludzi na całym świecie. Obejmują one: większy wkład w podstawową opiekę zdrowotną, pełnienie roli katalizatora wspierającego usługi zdrowotne finansowane ze środków krajowych, wspólne podejścia do osiągnięcia równości w dziedzinie zdrowia, strategiczną i operacyjną spójność modeli zarządzania GHI oraz koordynację badań i rozwoju z produkcją regionalną. Skuteczne wdrożenie tej agendy będzie miało kluczowe znaczenie dla zapewnienia koordynacji podejścia darczyńców, GHI i rządów krajowych do wzmocnienia systemów opieki zdrowotnej w krajach partnerskich.

Widoczność działań finansowanych przez UE w terenie jest niewielka, zwłaszcza w przypadku łączenia funduszy UE i innych darczyńców

56 Widoczność działań UE jest niezbędna do wzmocnienia roli UE na świecie. Komisja opracowała kilka zestawów wytycznych skoncentrowanych w szczególności na działaniach zewnętrznych²⁰. Odbiorcy finansowania UE muszą spełniać pewne wymogi, które mają zapewnić widoczność UE. Przepisy te dotyczą również co-brandingu – czyli w większości przypadków wymogu wyeksponowania symbolu UE na równi z innymi logo.

57 Wizyty kontrolne wykazały, że widoczność działań finansowanych przez UE jest niewystarczająca. Najpowszechniejszy problem polega na tym, że beneficjenci mają wiedzę na temat projektu lub podmiotów wdrażających, ale nie są świadomi tego, że finansowanie zostało zapewnione przez UE.

58 Podmioty wdrażające projekty są zazwyczaj znacznie bardziej widoczne niż darczyńcy i są postrzegane przez beneficjentów jako finansujące projekty. Na przykład w Burundi kontrolerzy natknęli się na sytuację, w której flaga UE została nadrukowana bez towarzyszącej jej nazwy „Unia Europejska” (zob. [zdjęcie 2](#)), co nie jest zgodne z wytycznymi (zob. pkt**56**). Problem w tym wypadku polega na tym, że ludność lokalna nie zawsze kojarzy flagę z UE. W pozostałych przypadkach wykorzystano jedynie logo podmiotu wdrażającego.

²⁰ Informowanie o UE i zwiększanie jej widoczności: Wytyczne dotyczące działań zewnętrznych, Komisja Europejska.

Zdjęcie 2 – Logo z flagą UE bez tekstu identyfikującego Unię Europejską



Źródło: Europejski Trybunał Obrachunkowy.

59 W przypadku funduszy pochodzących od wielu darczyńców beneficjenci zazwyczaj nie znają tożsamości ich wszystkich, a jedynie nazwę funduszu. Pomimo wymogu, aby o wsparciu unijnym informować co najmniej tak samo jak w przypadku innych darczyńców, beneficjenci końcowi rozpoznają jedynie partnera wykonawczego. W rezultacie cel, jakim jest podnoszenie poziomu wiedzy na temat polityki zewnętrznej UE i jej działań globalnych, nie zostaje osiągnięty.

Szeroki zakres wskaźników wykonania i uchybienia w zakresie danych utrudniają pomiar osiągnięć UE w dziedzinie pomocy zdrowotnej

60 Stosowane przez Komisję unijne ramy wyników obejmują niewielką liczbę wskaźników zdrowotnych służących do pomiaru realizacji celów strategicznych (pięć wskaźników do 2017 r., dwa od tego czasu). Wskaźniki te (zob. [tabela 5](#)) mają na celu zmierzenie konkretnego wsparcia UE. W praktyce pokazują one jednak wynik pomocy ze strony całej społeczności darczyńców i dają jedynie częściowy obraz interwencji UE w sektorze opieki zdrowotnej.

Tabela 5 – Zmiany we wskaźnikach zdrowotnych w unijnych ramach wyników

2015–2017	od 2018 r.
Liczba dzieci w wieku 1 roku zaszczepionych przy wsparciu UE	Liczba dzieci w wieku 1 roku zaszczepionych przy wsparciu UE
Liczba kobiet stosujących jakąkolwiek metodę antykoncepcji dzięki wsparciu UE	Liczba kobiet w wieku rozrodczym stosujących nowoczesne metody antykoncepcji przy wsparciu UE
Liczba porodów, w których uczestniczył wykwalifikowany personel medyczny dzięki wsparciu UE	-
Liczba osób z zaawansowanym zakażeniem wirusem HIV otrzymujących terapię antyretrowirusową przy wsparciu UE	-
Liczba moskitier nasączonych środkiem owadobójczym rozprowadzonych przy wsparciu UE	-

Źródło: unijne ramy wyników w zakresie rozwoju i współpracy międzynarodowej (EURF) (2015), zmienione EURF (2018), oraz system monitorowania wykonania zadań „Globalna Europa” zawierający zmienione ramy wyników z 2022 r.

61 Podobnie wskaźników wykonania stosowanych w ramach globalnych inicjatyw w dziedzinie zdrowia często nie można przypisać wyłącznie działaniom w ramach tych inicjatyw. Odzwierciedlają one wspólne działania wszystkich darczyńców i rządów krajów będących beneficjentami (np. kluczowy wskaźnik wykonania zadań Globalnego Funduszu dotyczący wskaźników umieralności).

62 Delegatury UE nie są w wystarczającym stopniu informowane o produktach wygenerowanych dzięki połączonym funduszom. Na przykład delegatura w Zimbabwie nie otrzymywała kwartalnych sprawozdań z wdrażania, a jedynie roczne sprawozdania z postępu, zawierające niewystarczające informacje na temat wykorzystania funduszy.

63 Jak wyjaśniono powyżej (zob. pkt **60** i **61**), trudno jest oddzielić wpływ interwencji UE od wsparcia ze strony innych darczyńców i od innych czynników zewnętrznych. Według dostępnych ocen szacuje się, że w Burundi wyniki i rezultaty zostały osiągnięte częściowo²¹.

²¹ „Evaluation du programme d’appui au système de santé (PASS) au Burundi”, IBF, 2021 r.; sprawozdanie z oceny śródkresowej programu Twiteho Amagara, Proman, 2022 r. i inne oceny niepubliczne.

64 Zgodnie z oceną końcową Fundusz Rozwoju Zdrowia w Zimbabwie ukierunkowany był na 24 wyniki i 69 produktów. Wskaźniki pokazują, że osiągnięto większość produktów, ale odnotowano mniejsze postępy w osiągnięciu wyników (zob. [rys. 4](#)).

Rys. 4 – Produkty i wyniki Funduszu Rozwoju Zdrowia w Zimbabwie



Źródło: Europejski Trybunał Obrachunkowy na podstawie oceny końcowej Funduszu Rozwoju Zdrowia w Zimbabwie.

65 W DRK śródkresowa ocena PRO DS, największego projektu w dziedzinie zdrowia na lata 2014–2020, wykazała, że trzy na 10 oczekiwanych rezultatów osiągnięto zasadniczo w pełni (np. racjonalizacja funkcjonowania referencyjnego szpitala i ośrodków zdrowia), a pięć zostało częściowo osiągniętych (np. wzmocnienie regulacyjnej roli centralnej administracji zdrowotnej). Postępy w osiągnięciu dwóch rezultatów były znacznie mniejsze, niż oczekiwano (np. powołanie zasobów ludzkich dostosowanych do poziomów operacyjnych i funkcji administracyjnych).

66 Podczas wizyt kontrolnych Trybunał ustalił, że niektóre dane zgromadzone na potrzeby sprawozdawczości były niedostępne lub niewiarygodne. W Burundi wykorzystano kilka wskaźników do monitorowania zdrowia matek. Niektóre zgłoszone wartości były jednak wyraźnie niemożliwe do osiągnięcia. Na przykład wskaźnik dotyczący urodzeń wspomaganych czasami wynosił aż 125%. Komisja wyjaśniła, że wynika to z przestarzałych statystyk dotyczących ludności.

Trwałość projektów jest zagrożona

67 Niewystarczająca trwałość jest nieodłącznym zagrożeniem dla projektów w zakresie pomocy rozwojowej. Pomoc ma charakter tymczasowy, horyzont czasowy interwencji jest krótki, a dostępność środków jest zmienna, co może mieć negatywny wpływ na kontynuację projektów w krajach otrzymujących pomoc. Trybunał zbadał, czy kwestię trwałości uwzględniono na wszystkich etapach interwencji, tj. od planowania przez wdrażanie po monitorowanie.

Rządom będącym beneficjentami brakuje strategii transformacji lub strategii wyjścia z kryzysu oraz zaangażowania, a także dysponują one ograniczonymi zasobami budżetowymi

68 Finansowane projekty są ograniczone czasowo i rzadko są samowystarczalne po zakończeniu finansowania. Darczyńcy muszą więc współpracować z władzami lokalnymi i krajowymi, aby zagwarantować, że rezultaty nie zostaną utracone. Jednocześnie ważne jest, aby finansowaniu przez darczyńców towarzyszyła odpowiednia zdolność absorpcyjna i aby rządy nie wykorzystywały go do zastępowania wydatków krajowych. Ważne jest również, aby kraje otrzymujące pomoc posiadały strategię finansowania opieki zdrowotnej w celu złagodzenia skutków zakończenia wpłat darczyńców.

69 Trybunał ustalił, że w trzech krajach, które szczegółowo przeanalizował, brakuje jasnej strategii transformacji i wyjścia z kryzysu (zob. [ramka 3](#)), co oznacza wyzwania dla trwałości działań po wycofaniu wsparcia UE, biorąc również pod uwagę ograniczone zasoby budżetowe tych krajów.

Ramka 3

Systemy opieki zdrowotnej pozostają zależne od pomocy międzynarodowej

W Burundi interwencja UE w sektorze zdrowia miała początkowo charakter przejściowy, aby ułatwić przejście od wsparcia w sytuacjach nadzwyczajnych do regularnych usług zdrowotnych. Kraj ten jest nadal w dużym stopniu zależny od darczyńców zewnętrznych, a pomoc ledwo wystarcza na utrzymanie systemu. Komisja uznaje, że chociaż trwają prace obejmujące dialog polityczny i sektorowy oraz pomoc techniczną dla rządu, konieczne jest zintensyfikowanie działań na rzecz przygotowania strategii transformacji/wyjścia. Na razie nie ma konkretnych planów w tym zakresie, chociaż trwają rozmowy między darczyńcami.

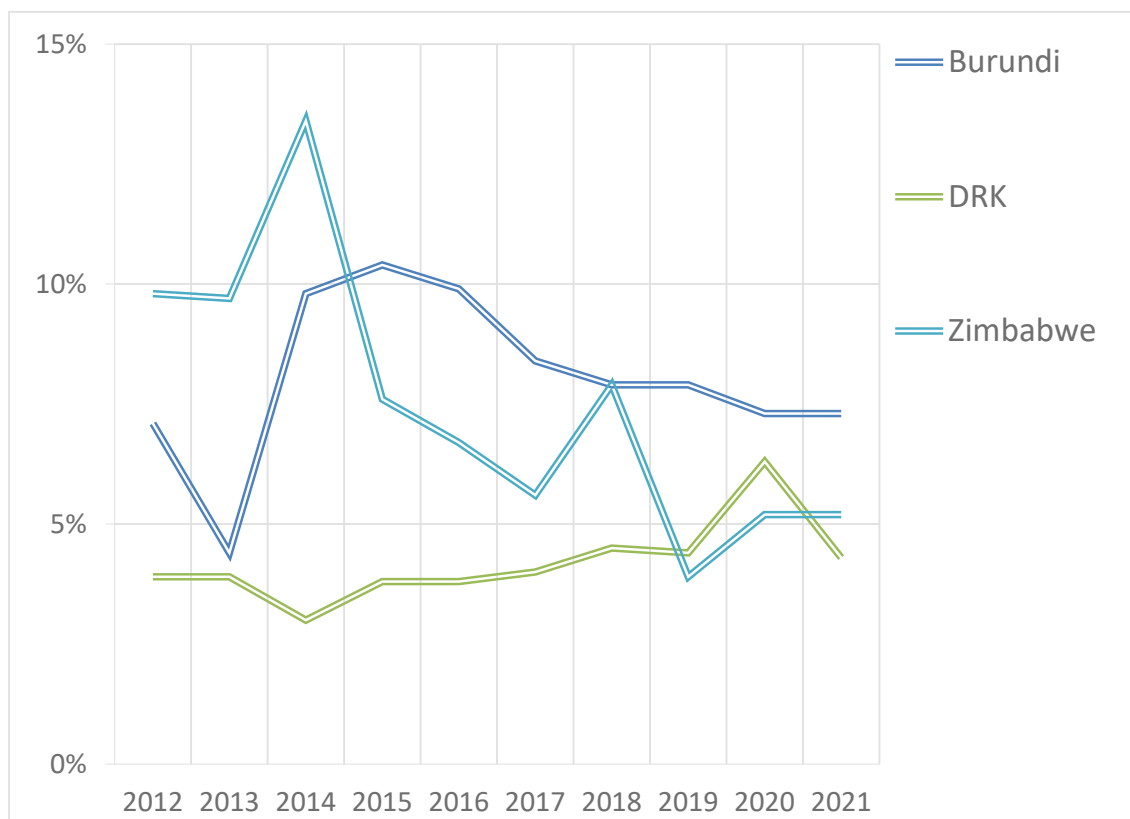
W Zimbabwie w ramach projektu HDF przeznaczono znaczne środki finansowe na potrzeby dotyczące zasobów ludzkich, takie jak wypłata potrąconych kwot, premii za wyniki i innych kosztów personelu. Partnerzy założyli, że rząd przejmie finansowanie lokalnych pracowników służby zdrowia po zakończeniu projektu HDF, po zmniejszeniu finansowania przez darczyńców w następującym po nim funduszu odporności zdrowotnej, jednak nie pojawiło się żadne wsparcie rządowe w zakresie wynagrodzeń i powiązanych kosztów.

W ocenie śródkresowej największego programu UE na rzecz zdrowia w DRK w latach 2014–2020 podkreślono wyzwania związane z trwałością i zalecono opracowanie strategii wyjścia obejmującej wszystkie zainteresowane strony.

70 Strategie wyjścia często wymagają stworzenia przestrzeni fiskalnej, aby umożliwić wystarczające krajowe finansowanie opieki zdrowotnej. Budżety na ochronę zdrowia trzech wybranych krajów nie osiągnęły jeszcze progu 15% całkowitego budżetu zadeklarowanego w [deklaracji z Abudży](#) z 2001 r. (zob. pkt [06](#) i [rys. 5](#))²².

²² Tabela wyników dla Afryki dotycząca finansowania wewnętrznego, Unia Afrykańska.

Rys. 5 – Budżet na opiekę zdrowotną jako % PKB w krajach objętych kontrolą



Źródło: Europejski Trybunał Obrachunkowy na podstawie tabeli wyników dla Afryki dotyczącej finansowania wewnętrznego na rzecz zdrowia.

Sprzęt nie zawsze jest odpowiednio utrzymywany

71 Kiedy darczyńcy finansują lub dostarczają sprzęt, często zakładają, że odbiorcy będą o niego należycie dbać oraz zapewnią niezbędną konserwację i materiały eksploatacyjne. Jednak często wiąże się to z dodatkowymi kosztami: do używania telefonów konieczny jest abonament, samochody należy poddawać regularnym przeglądom i wymieniać w nich części, a do drukarek potrzebne są papier i tonery. Te dodatkowe koszty mogą stanowić ułamek wartości sprzętu, a jednak bywają przeszkodą nie do pokonania przy jego efektywnym wykorzystaniu.

72 W wielu ocenach poinformowano o problemach związanych z konserwacją. Trybunał stwierdził, że w procesie wyboru i konserwacji sprzętu nie uwzględniono w wystarczającym stopniu tego, czy niezbędne usługi, umiejętności i części zamienne były dostępne w państwie będącym odbiorcą. We [wspólnej ocenie](#) pierwszych dwóch projektów finansowania uzależnionego od wyników w Burundi odnotowano problemy w zakresie konserwacji sprzętu.

73 Podczas wizyt kontrolnych w miejscach realizacji projektów kontrolerzy stwierdzili przypadki niewykorzystania (zob. [ramka 4](#)), uszkodzenia (zob. [zdjęcie 3](#)) lub niedostatecznego wykorzystania sprzętu finansowanego bezpośrednio lub pośrednio ze środków UE. Trybunał uważa, że przypadki te wynikały z braku oceny potrzeb lub z faktu, iż była ona niewystarczająca, oraz ze złego doboru sprzętu.

Zdjęcie 3 – Analizator hematologiczny w laboratorium w Burundi zepsuty od ponad 16 miesięcy



Źródło: Europejski Trybunał Obrachunkowy.

Ramka 4

Niedziałające centrum operacji kryzysowych w zakresie zdrowia publicznego w Burundi

Centra operacji kryzysowych w zakresie zdrowia publicznego (PHEOC) koordynują wszystkie działania związane z sytuacjami nadzwyczajnymi dotyczącymi zdrowia publicznego. Do utworzenia PHEOC w Burundi wykorzystano finansowanie unijne w wysokości 800 000 euro, a jego inauguracja miała miejsce 20 kwietnia 2021 r.²³ W czasie wizyty kontrolnej Trybunału, ponad dwa lata później, komputery nadal nie były fizycznie podłączone, telefony nie działały, a sprzęt informatyczny nigdy nie był używany. Kierownictwo centrum wyjaśniło, że taka sytuacja ma miejsce ze względu na to, że Ministerstwu Zdrowia nie udało się osiągnąć porozumienia z operatorem telefonicznym.

²³ Sprawozdanie WHO „Inauguration officielle du Centre des Opérations d’Urgences de Santé Publique”.

Wnioski i zalecenia

74 Ogólnie rzecz biorąc, Trybunał stwierdził, że Komisja przydzieliła środki finansowe zgodnie ze swoimi ogólnymi priorytetami, ale w metodyce przydziału wystąpiły niedociągnięcia. Skuteczność interwencji ograniczały problemy w zakresie koordynacji i trwałości.

75 Główne dokumenty programowe UE wyznaczają ogólne kierunki przydziału finansowania, nie określając celów operacyjnych. W ciągu ostatnich trzech okresów programowania płatności na rzecz wsparcia opieki zdrowotnej utrzymywały się na stosunkowo stałym poziomie. Zmniejszyło się jednak finansowanie współpracy dwustronnej z krajami partnerskimi, natomiast znacznie wzrosło finansowanie wsparcia dla globalnych inicjatyw w dziedzinie zdrowia, również w związku z reakcją na COVID-19 (pkt [28–32](#)).

76 Komisja uszeregowała kraje partnerskie według potrzeb ich systemów opieki zdrowotnej, ale ocena ta miała niewielki wpływ na finansowanie dwustronne, głównie ze względu na zasady programowania (pkt [33–37](#)).

Zalecenie 1 – Lepsze dopasowanie potrzeb krajów i przydziału środków na ochronę zdrowia

Przygotowując kolejne WRF, Komisja, w porozumieniu z krajami będącymi beneficjentami, powinna zbadać, w jaki sposób lepiej dostosować geograficzne przydziały pomocy zdrowotnej UE do rankingu krajów partnerskich według ich potrzeb zdrowotnych oraz, w miarę możliwości, w oparciu o podstawę prawną kolejnych WRF, powinna przywrócić równowagę między przydziałem środków finansowych na rzecz inicjatyw globalnych i regionalnych oraz na rzecz dwustronnego wsparcia dla poszczególnych krajów.

Termin realizacji: z odpowiednim wyprzedzeniem przed następnymi WRF

77 Przydział wsparcia na rzecz poszczególnych inicjatyw w dziedzinie zdrowia na świecie za pośrednictwem programów tematycznych opierał się na elementach ilościowych i jakościowych. Proces ten nie był jednak wystarczająco udokumentowany i nie wykorzystano w nim sformalizowanego z góry określonego zestawu szczegółowych i wymiernych kryteriów (pkt [38–39](#)).

Zalecenie 2 – Ustalenie jasnych kryteriów finansowania globalnych inicjatyw w dziedzinie zdrowia i poprawa dokumentacji procesu przydziału środków

Komisja powinna określić jasne, szczegółowe i, w stosownych przypadkach, wymierne kryteria finansowania globalnych inicjatyw w dziedzinie zdrowia oraz ulepszyć dokumentację tego procesu, uwzględniając analizę wartości dodanej zaangażowania Komisji w te inicjatywy.

Termin realizacji: 2025 r.

78 Projekty, które poddano kontroli, przyniosły szereg produktów – od zwrotu kosztów wizyt lekarskich po leki i budynki szpitalne. Niewystarczająca koordynacja na szczeblu okręgowym doprowadziła jednak do niedociągnięć w dystrybucji sprzętu i leków (pkt [40–49](#)).

Zalecenie 3 – Poprawa analizy potrzeb i koordynacji dystrybucji sprzętu i leków

Komisja powinna współpracować z odpowiednimi podmiotami na stosownym szczeblu w celu poprawy koordynacji dystrybucji sprzętu i leków. Komisja powinna współpracować z krajami partnerskimi w celu zwiększenia ich zdolności w zakresie analizy potrzeb, planowania i koordynacji.

Termin realizacji: 2025 r.

79 Na koszty interwencji w sektorze zdrowia miała wpływ kaskadowa struktura wdrażania. Zwiększyło to koszty realizacji projektów i zmniejszyło kwoty dostępne dla beneficjentów końcowych (pkt [50–52](#)).

Zalecenie 4 – Analiza racjonalności kosztów zarządzania

Komisja powinna usprawnić swoją analizę racjonalności przewidzianych w budżecie kosztów zarządzania, w szczególności kosztów związanych z kaskadową strukturą wdrażania.

Termin realizacji: 2025 r.

80 Komisja uczestniczy w organach zarządzających globalnymi inicjatywami w dziedzinie zdrowia oraz w kierowaniu Agendą z Lusaki i jej wdrażaniu. Ma to zapewnić lepsze dostosowanie tych inicjatyw między sobą, położyć kres fragmentacji i zracjonalizować ich strukturę (pkt 53–55).

Zalecenie 5 – Unikanie powielania działań i zapewnienie synergii między wspieranymi globalnymi inicjatywami w dziedzinie zdrowia

Komisja powinna podjąć dalsze kroki, aby uniknąć powielania działań i zapewnić synergię między wspieranymi globalnymi inicjatywami w dziedzinie zdrowia.

Termin realizacji: 2025 r.

81 Widoczność finansowania UE wśród docelowych grup ludności była niska (pkt 56–59). Komisja wykorzystuje ograniczoną liczbę ogólnych wskaźników związanych ze zdrowiem. Trybunał ustalił, że wskaźniki te dały jedynie częściowy obraz licznych działań UE w dziedzinie opieki zdrowotnej. Ponadto zostały one obliczone w sposób, który w rzeczywistości pozwalał zmierzyć działania różnych podmiotów łącznie, lecz nie można ich było przypisać wyłącznie finansowaniu UE. Uniemożliwiło to Komisji dokonanie pełnego pomiaru wyników osiągniętych dzięki finansowaniu unijnemu w sektorze zdrowia w odniesieniu do celów strategicznych. Co więcej, delegatury UE nie zostały w wystarczającym stopniu poinformowane o rezultatach interwencji dwustronnych wdrożonych w ramach funduszy obejmujących wielu darczyńców. Dane zgromadzone przez podmioty wdrażające projekty na potrzeby sprawozdawczości były czasami niedostępne lub niewiarygodne (pkt 60–66).

Zalecenie 6 – Określenie wskaźników umożliwiających kompleksowe monitorowanie wsparcia UE dla sektora zdrowia

Przygotowując kolejne WRF, Komisja powinna określić wskaźniki dla sektora zdrowia, które pozwolą na monitorowanie w kompleksowy sposób skutków interwencji UE, zgodnie z zasadami skuteczności pomocy. W odniesieniu do funduszy pochodzących od wielu darczyńców Komisja powinna ocenić wykonalność zastosowania proporcjonalnej metody raportowania rezultatów interwencji UE.

Termin realizacji: z odpowiednim wyprzedzeniem przed następnymi WRF, najpóźniej do 2027 r.

82 Brakowało strategii transformacji i wyjścia, które można by zastosować po zmniejszeniu finansowania ze strony darczyńców, aby rząd danego kraju mógł kontynuować finansowanie projektów. Mogło to zagrozić trwałości systemów po wycofaniu wsparcia UE (pkt 67–70).

Zalecenie 7 – Podejmowanie działań na rzecz promowania trwałości systemów opieki zdrowotnej

Komisja powinna dalej badać – wraz ze wszystkimi właściwymi podmiotami zaangażowanymi w krajach partnerskich korzystających ze wsparcia – w jaki sposób zapewnić trwałość systemów opieki zdrowotnej. Dyskusja powinna w dalszym ciągu dotyczyć finansowania zdrowia, w tym mobilizacji dochodów krajowych, oraz jasnych i realistycznych strategii transformacji i wyjścia. Strategie wyjścia powinny obejmować przyszłe planowane finansowanie odpowiednich części systemów opieki zdrowotnej.

Termin realizacji: 2025 r.

83 Trwałość interwencji UE jest zagrożona również ze względu na nieodpowiednią konserwację dostarczonego sprzętu (pkt 71–73).

Zalecenie 8 – Nadanie większego znaczenia konserwacji sprzętu

Trybunał zaleca, aby Komisja:

- a) uwzględniała aspekt konserwacji sprzętu przy jego zamawianiu, tj. brała pod uwagę, czy na szczeblu krajowym dostępne są niezbędne usługi, umiejętności i części zamienne oraz w jaki sposób można to ustalić, jeśli zajdzie taka potrzeba;
- b) podejmowała działania przyczyniające się do zwiększenia poziomu wiedzy i zmiany zachowań w zakresie konserwacji sprzętu, aby dopomóc w ustanowieniu kultury i rutyny konserwacji wśród zainteresowanych stron.

Termin realizacji: 2025 r.

Niniejsze sprawozdanie zostało przyjęte przez Izbę III, której przewodniczy Bettina Jakobsen, członkini Trybunału Obrachunkowego, na posiedzeniu w Luksemburgu w dniu 9 lipca 2024 r.

W imieniu Trybunału Obrachunkowego

Tony Murphy
Prezes

Załączniki

Załącznik I – Cele strategii UE w zakresie pomocy na rzecz zdrowia od 2005 r.

Dokument strategiczny	Cele pomocy na rzecz zdrowia
Europejski konsensus w sprawie rozwoju z 2005 r.	<ul style="list-style-type: none"> — Dążenie do realizacji MCR ONZ związanych ze zdrowiem: MCR4 dotyczący ograniczenia umieralności dzieci, MCR5 dotyczący poprawy zdrowia matek, MCR6 dotyczący zwalczania HIV/AIDS, malarii i innych chorób — Rozwiązanie wyjątkowego kryzysu zasobów ludzkich, z którym borykają się świadczeniodawcy — Sprawiedliwe finansowanie zdrowia — Wzmocnienie systemów opieki zdrowotnej w celu promowania lepszych wyników w dziedzinie zdrowia — Utrzymanie wkładu w inicjatywy globalne; w tym względnie pkt 108 dokumentu (2006/C 46/01) stanowi, że „Komisja ustali kryteria uczestnictwa i wpłat Wspólnoty do funduszy globalnych”
Komunikat Komisji z 2010 r. w sprawie roli UE w kontekście zdrowia na świecie (oraz towarzyszące mu dokumenty robocze służb Komisji)	<ul style="list-style-type: none"> — Przywództwo UE w zakresie koordynowania globalnych inicjatyw w dziedzinie zdrowia, angażowanie zainteresowanych stron na poziomie krajów partnerskich — Powszechne zabezpieczenie zdrowotne: <ul style="list-style-type: none"> ○ priorytetowe traktowanie krajów niestabilnych w ramach kanałów dwustronnych (wykaz państw niestabilnych) oraz udziału w globalnych inicjatywach w dziedzinie zdrowia (promowanie dostosowania istniejących GHI); ○ koncentracja na wsparciu na rzecz wzmocnienia systemów opieki zdrowotnej; ○ finansowanie jednego krajowego budżetu na rzecz zdrowia i jednego procesu monitorowania jako preferowane ramy udzielania wsparcia przez UE; ○ przekazywanie 2/3 oficjalnej pomocy rozwojowej na rzecz zdrowia za pośrednictwem programów rozwoju krajów partnerskich, a 80% z wykorzystaniem systemów zamówień publicznych i zarządzania finansami publicznymi krajów partnerskich. — Zapewnienie spójności z innymi politykami promującymi powszechne zabezpieczenie zdrowotne — Inwestowanie w badania nad zdrowiem dla wszystkich

Dokument strategiczny	Cele pomocy na rzecz zdrowia
Komunikat Komisji z 2011 r. w sprawie programu działań na rzecz zmian (konkluzje Rady z 2012 r.)	<ul style="list-style-type: none"> — Wykorzystanie szeregu instrumentów pomocy, w szczególności „umów dotyczących reform sektorowych” — Rozwijanie i wzmacnianie systemów opieki zdrowotnej — Zmniejszanie nierówności w dostępie do usług zdrowotnych — Wzmacnianie ochrony przed ogólnościowymi zagrożeniami dla zdrowia — Promowanie spójności polityki — Konkluzje Rady: „Wsparcie na rzecz włączenia i rozwoju społecznego [zdrowia, edukacji i ochrony socjalnej] będzie utrzymane na poziomie co najmniej 20% pomocy UE” oraz „UE będzie nadal zaangażowana w państwach niestabilnych...”.
Europejski konsensus w sprawie rozwoju z 2017 r.	<ul style="list-style-type: none"> — Dążenie do realizacji celów zrównoważonego rozwoju ONZ dotyczących zdrowia — UE i jej państwa członkowskie będą promować powszechne zabezpieczenie zdrowotne. — Wsparcie w tworzeniu silnych, odpornych i dobrej jakości systemów opieki zdrowotnej (tj. wzmocnienie systemów opieki zdrowotnej). UE i jej państwa członkowskie będą wspierać kraje rozwijające się w szkoleniu, rekrutacji, wdrażaniu, ustawicznym doskonaleniu zawodowym itp. pracowników służby zdrowia. — Zapobieganie chorobom zakaźnym, takim jak HIV/AIDS, gruźlica, malaria i wirusowe zapalenie wątroby, oraz zwalczanie tych chorób — Podejmowanie działań służących zwalczaniu globalnych zagrożeń (epidemie i oporność na środki przeciwdrobnoustrojowe) — Dążenie do ograniczenia umieralności dzieci i matek, działanie na rzecz zdrowia psychicznego i przeciwdziałanie rosnącemu problemowi dotyczącemu chorób niezakaźnych w krajach partnerskich — Wspieranie innowacji w technologiach medycznych — UE potwierdza swoje zobowiązanie dotyczące przeznaczenia co najmniej 20% oficjalnej pomocy rozwojowej na włączenie społeczne i rozwój społeczny.

Dokument strategiczny	Cele pomocy na rzecz zdrowia
Strategia UE w dziedzinie zdrowia na świecie z 2022 r.	<ul style="list-style-type: none"> — Zapewnienie lepszego stanu zdrowia i dobrostanu ludziom na wszystkich etapach życia (cel zrównoważonego rozwoju nr 3 dotyczący dobrego zdrowia i jakości życia, cel zrównoważonego rozwoju nr 5 dotyczący równości płci, cel zrównoważonego rozwoju nr 10 dotyczący zmniejszenia nierówności w państwach i między nimi) Mowa tu o wzmocnieniu systemów opieki zdrowotnej, środkach zwalczania HIV i wsparciu na rzecz inicjatyw GHI. — Wzmacnianie systemów opieki zdrowotnej i promowanie powszechnego zabezpieczenia zdrowotnego. Obejmuje to cyfryzację, technologię innowacji i przeciwdziałanie problemowi niedoborów siły roboczej — Zapobieganie zagrożeniom dla zdrowia, w tym pandemiom, oraz ich zwalczanie zgodnie z podejściem „Jedno zdrowie” W tym wsparcie na rzecz Funduszu Pośrednictwa Finansowego, mocy produkcyjnych itd. — Ponowne podkreślenie zobowiązania UE dotyczącego przeznaczenia co najmniej 20% swojej oficjalnej pomocy rozwojowej na rozwój społeczny i włączenie społeczne w ramach ISWMR

Załącznik II – Wykaz skontrolowanych programów i projektów

Burundi

Nazwa	WRF	Numer referencyjny	Wsparcie UE (zobowiązania w mln euro)
Programme d'appui au système de santé (PASS) à travers l'outil du financement basé sur la performance (FBP) – Phase 2	2014–2020	FED/2019/413-660 (CL)	27,8
TWITEHO Amagara – Prowincja Miasto Bużumbura, Bużumbura wieś, Muramvya, Rumonge i Kirundo	2014–2020	FED/2019/405-241 (EC)	9,4
TWITEHO AMAGARA – Cankuzo, Ruyigi, Rutana, Mwaro	2014–2020	FED/2019/405-314 (EC)	9,3
TWITEHO AMAGARA – Ngozi, Kayanza, Cibitoke	2014–2020	FED/2019/405-306 (EC)	8,9
TWITEHO AMAGARA – Bururi, Makamba, Gitega	2014–2020	FED/2019/405-304 (CL)	8,1
TWITEHO AMAGARA – Karuzi, Muyinga, Bubanza et santé mentale à Ngozi	2014–2020	FED/2019/405-311 (CL)	7,5

Demokratyczna Republika Konga

Nazwa	WRF	Numer referencyjny	Wsparcie UE (zobowiązania w mln euro)
Programme d'appui au plan national de développement sanitaire (PA PNDS)	2007–2013	FED/ 2009/21511	53,8
Projet d'accélération des progrès vers les OMD 4 et 5 (PAP OMD 4 - 5)	2007–2013	FED/2012/023-801 (EC)	40
Programme de renforcement de l'Offre et Développement de l'accès aux Soins de Santé en RDC (PRODS)	2014–2020	FED/2016/038-165 (KE)	217
Unis pour la santé et l'éducation	2021–2027	NDICI AFRICA/2021/043-305 (EC)	30

Nazwa	WRF	Numer referencyjny	Wsparcie UE (zobowiązania w mln euro)
Unis pour la santé, phase 2	2021–2027	NDICI AFRICA/2022/043-891 (CA)	35
Unis pour la santé, phase 3	2021–2027	NDICI AFRICA/2023/045-313 (EC) (JAD.1258480)	9

Zimbabwe

Nazwa	WRF	Numer referencyjny	Wsparcie UE (zobowiązania w mln euro)
Fundusz Rozwoju Zdrowia (poprawa dostępu wszystkich mieszkańców Zimbabwe do podstawowych usług zdrowotnych)	2014–2020	FED/2015/368-364 (CL)	62,6
Poprawa dostępu wszystkich mieszkańców Zimbabwe do podstawowych usług zdrowotnych II	2014–2020	FED/2020/415-680 (EC)	42,5
Fundusz Odporności Zdrowotnej (HRF)	2021–2027	NDICI AFRICA/2022/438-583 (EC)	41,0
Poprawa dostępu wszystkich mieszkańców Zimbabwe do podstawowych usług zdrowotnych II_UNICEF	2014–2020	FED/2020/415-231 (CA)	35,9
Wkład w Fundusz Transformacji Zdrowotnej IV	2014–2020	FED/2015/356-385 (CA)	12,0

Załącznik III – Kraje partnerskie, w których zdrowie jest sektorem priorytetowym określonym w krajowych programach orientacyjnych/ wieloletnich programach indykatorywnych (MIP)

	WRF 2007–2013	WRF 2014–2020	WRF 2021–2027
Afganistan			
Algieria			
Angola			
Bangladesz			
Belize			
Burkina Faso			
Burundi			
Czad			
Dominika			
DRK			
Egipt			
Eswatini			
Etiopia			
Filipiny			
Ghana			
Grenada			
Guinea Bissau			
Gwinea Konakry			
Indie			
Iran			
Jamajka			
Jemen			
Kenia			
Kongo			
Kuba			
Laotańska Republika Ludowo-Demokratyczna			
Liban			
Liberia			
Libia			
Madagaskar			
Mali			
Maroko			
Mauretania			
Mjanma			

	WRF 2007–2013	WRF 2014–2020	WRF 2021–2027
Mołdawia			
Mozambik			
Namibia			
Niger			
Nigeria			
Palestyna			
Peru			
Republika Południowej Afryki			
Republika Środkowoafrykańska			
Saint Lucia			
Saint Vincent i Grenadyny			
Senegal			
Sierra Leone			
Sudan			
Sudan Południowy			
Syria			
Tadżykistan			
Timor Wschodni			
Togo			
Tunezja			
Uganda			
Uzbekistan			
Wietnam			
Wybrzeże Kości Słoniowej			
Wyspy Świętego Tomasza i Książęca			
Zambia			
Zimbabwe			
Liczba krajów ŁĄCZNIE			

Załącznik IV — Przydziały środków z filaru tematycznego ISWMR – Globalny Wymiar Europy (styczeń 2024 r.)

Programy działań w dziedzinie zdrowia	Zobowiązania (w EUR)
Wkład na rzecz Globalnego Funduszu	1 064 503 222
Wkład na rzecz GAVI	525 000 000
Wkład na rzecz Funduszu Pośrednictwa Finansowego	427 000 000
Wkład na rzecz Funduszu Ludnościowego Narodów Zjednoczonych (UNFPA)	45 000 000
Umowa o dofinansowanie programu przyspieszenia rozwoju społecznego (HDX) – komponent polio	275 000 000
Pozostałe	12 517 500
Suma łączna	2 349 020 722

Uwaga: Wiersze zaznaczone pogrubioną czcionką odnoszą się do przydziałów na rzecz GHI (Globalnego Funduszu, GAVI, w tym instrumentu COVAX na rzecz szczepionek przeciwko COVID-19, UNFPA i Funduszu Pośrednictwa Finansowego).

Wykaz akronimów

DCI – Instrument Finansowania Współpracy na rzecz Rozwoju

DG ECHO – Dyrekcja Generalna ds. Prowadzonych przez UE Operacji Ochrony Ludności i Pomocy Humanitarnej

DG INTPA – Dyrekcja Generalna ds. Partnerstw Międzynarodowych

DG NEAR – Dyrekcja Generalna ds. Polityki Sąsiedztwa i Negocjacji w sprawie Rozszerzenia

EDF – Europejski Fundusz Rozwoju

GAVI – Globalny Sojusz na rzecz Szczepionek i Szczepień

GHI – globalna inicjatywa w dziedzinie zdrowia

HDF – Fundusz Rozwoju Zdrowia

IPA – Instrument Pomocy Przedakcesyjnej

ISWMR – Instrument Sąsiedztwa oraz Współpracy Międzynarodowej i Rozwojowej

MCR – milenijny cel rozwoju

MIP – wieloletni program indykacyjny

PASS – program wsparcia zdrowia w Burundi (fr. *Programme d'appui au système de santé*)

PHEOC – centrum operacji kryzysowych w zakresie zdrowia publicznego

SDG – cel zrównoważonego rozwoju

UNFPA – Fundusz Ludnościowy ONZ

UNICEF – Fundusz Narodów Zjednoczonych na rzecz Dzieci

WHO – Światowa Organizacja Zdrowia

WRF – wieloletnie ramy finansowe

Glosariusz

Cele zrównoważonego rozwoju – 17 celów ustanowionych w Agendzie ONZ na rzecz zrównoważonego rozwoju 2030. Mają one skłonić wszystkie państwa do podjęcia działań w obszarach o kluczowym znaczeniu dla ludzkości i naszej planety.

Delegatura UE – misja dyplomatyczna UE w kraju spoza UE bądź przy organizacji wielostronnej lub międzynarodowej.

Europejski Fundusz Rozwoju – fundusz UE zarządzany przez Komisję poza budżetem ogólnym, w ramach którego zapewnia się pomoc rozwojową państwom Afryki, Karaibów i Pacyfiku oraz krajom i terytoriom zamorskim stowarzyszonym z UE przez państwa członkowskie.

Milenijne cele rozwoju – globalne cele zakładające zmniejszenie ubóstwa i jego przejawów do 2015 r. Zostały przyjęte przez światowych przywódców i największe instytucje rozwojowe na szczycie milenijnym ONZ we wrześniu 2000 r.

Oddziaływanie – szersze długoterminowe skutki ukończonego projektu lub programu, takie jak korzyści społeczno-gospodarcze dla ogółu społeczeństwa.

Oficjalna pomoc rozwojowa – pomoc rządowa, której głównym celem jest wspieranie rozwoju gospodarczego i dobrobytu w krajach rozwijających się.

Podejście „Jedno zdrowie” – zintegrowane, jednolite podejście, którego celem jest trwała równowaga i optymalizacja zdrowia ludzi, zwierząt i ekosystemów.

Produkt – to, co wypracowano lub osiągnięto w ramach projektu, np. przeprowadzenie szkolenia lub wybudowanie drogi.

Rezultat – natychmiastowy skutek projektu lub programu po jego zakończeniu, np. większe szanse na zatrudnienie uczestników kursu lub ulepszony dostęp do danego miejsca dzięki budowie nowej drogi.

Trwałość – możliwość trwania projektu (po jego zakończeniu) lub systemu tak długo, jak jest to konieczne, dzięki temu, że jest on wystarczająco ugruntowany i samowystarczalny finansowo lub wystarczająco dobrze finansowany.

Wskaźnik oddziaływania – zmienna pomiarowa zapewniająca informacje na temat zasobów kadrowych, finansowych i materialnych oraz środków administracyjnych i regulacyjnych wykorzystywanych do wdrożenia danego projektu lub programu.

Wskaźnik produktu – mierzalna zmienna dostarczająca informacji do oceny tego, co wypracowano lub osiągnięto w ramach projektu.

Wynik – natychmiastowa lub długoterminowa, zamierzona lub niezamierzona zmiana wynikająca z realizacji projektu, taka jak korzyść z lepiej wyszkolonego personelu.

Odpowiedzi Komisji

<https://www.eca.europa.eu/pl/publications/sr-2024-18>

Kalendarium

<https://www.eca.europa.eu/pl/publications/sr-2024-18>

Zespół kontrolny

W sprawozdaniach specjalnych Trybunału przedstawiane są wyniki kontroli dotyczących obszarów polityki i programów UE bądź kwestii związanych z zarządzaniem w wybranych obszarach budżetowych. Trybunał wybiera i opracowuje zadania kontrolne tak, aby osiągnąć jak największe oddziaływanie, biorąc przy tym pod uwagę takie kryteria jak zagrożenia dla wykonania zadań lub zgodności, poziom dochodów lub wydatków w danym obszarze, nadchodzące zmiany oraz interes polityczny i społeczny.

Niniejsza kontrola wykonania zadań została przeprowadzona przez Izbę III – której przewodniczy członkini Trybunału Bettina Jakobsen – zajmującą się obszarami wydatków dotyczącymi działań zewnętrznych, bezpieczeństwa i wymiaru sprawiedliwości. Kontrolą kierowali początkowo członkowie Trybunału Baudilio Tomé Muguruza i Hannu Takkula,

ukończył ją zaś członek Trybunału George-Marius Hyzler. W działania kontrolne zaangażowani byli Pietro Puricella, kierownik; Piotr Zych, koordynator zadania, a także kontrolerzy: Alfonso Calles Sánchez i Piotr Senator. Alexandra Damir-Binzaru zapewniła wsparcie graficzne.



George-Marius Hyzler



Pietro Puricella



Piotr Zych



Alfonso Calles Sánchez



Piotr Senator

PRAWA AUTORSKIE

© Unia Europejska, 2024 r.

Polityka Europejskiego Trybunału Obrachunkowego w zakresie ponownego wykorzystywania dokumentów została określona w [decyzji Trybunału nr 6-2019](#) w sprawie polityki otwartych danych oraz ponownego wykorzystywania dokumentów.

O ile nie wskazano inaczej (np. nie zamieszczono szczegółowych adnotacji o prawach autorskich), treści Europejskiego Trybunału Obrachunkowego będące własnością UE objęte są licencją [Creative Commons Uznanie autorstwa 4.0 Międzynarodowe \(CC BY 4.0\)](#). Oznacza to, że co do zasady ponowne wykorzystanie jest dozwolone, pod warunkiem że treści zostaną odpowiednio oznaczone i zostaną wskazane wszelkie dokonane w nich zmiany. W przypadku ponownego wykorzystania treści Trybunału niedozwolone jest zmienianie ich oryginalnego znaczenia albo przesłania. Trybunał nie ponosi odpowiedzialności za jakiegokolwiek konsekwencje ponownego wykorzystania.

Jeżeli konkretna treść wskazuje na możliwą do zidentyfikowania osobę fizyczną – tak jak w przypadku zdjęć, na których widoczni są pracownicy Trybunału – lub zawiera prace stron trzecich, wymagane jest uzyskanie dodatkowego zezwolenia.

W takim przypadku uzyskane dodatkowe zezwolenie na ponowne wykorzystanie określonej treści unieważnia i zastępuje wspomniane wcześniej zezwolenie ogólne. Powinny być w nim wyraźnie wskazane wszelkie ograniczenia dotyczące wykorzystania treści.

W celu wykorzystania lub powielenia treści niebędącej własnością UE konieczne może być wystąpienie o zgodę bezpośrednio do właścicieli praw autorskich.

Rys. 1 – Ikony celów zrównoważonego rozwoju: Prawa autorskie © Organizacja Narodów Zjednoczonych. Wszelkie prawa zastrzeżone. Zawartość niniejszej publikacji nie została zatwierdzona przez Organizację Narodów Zjednoczonych ani nie odzwierciedla stanowiska Organizacji Narodów Zjednoczonych i zatrudnionych w niej urzędników. Ikony dla języków innych niż języki urzędowe ONZ zostały albo pobrane z witryny [Trello](#), albo utworzone przez Europejski Trybunał Obrachunkowy. ONZ nie ponosi żadnej odpowiedzialności za tłumaczenie tekstu stanowiącego część ikon CZR na języki inne niż języki urzędowe ONZ.

Oprogramowanie lub dokumenty objęte prawem własności przemysłowej, takie jak patenty, znaki towarowe, wzory użytkowe, znaki graficzne i nazwy, nie są objęte polityką Europejskiego Trybunału Obrachunkowego w zakresie ponownego wykorzystywania.

Na stronach internetowych instytucji Unii Europejskiej dostępnych w domenie europa.eu zamieszczane są linki do stron zewnętrznych. Trybunał nie ma kontroli nad ich zawartością i w związku z tym zachęca użytkowników, aby we własnym zakresie zapoznali się z polityką ochrony prywatności i polityką w zakresie praw autorskich obowiązującymi na tych stronach.

Wykorzystywanie znaku graficznego Europejskiego Trybunału Obrachunkowego

Znak graficzny Europejskiego Trybunału Obrachunkowego nie może być wykorzystywany bez uprzedniej zgody Trybunału.

HTML	ISBN 978-92-849-2799-9	ISSN 1831-0923	doi:10.2865/695113	QJ-AB-24-017-PL-Q
PDF	ISBN 978-92-849-2831-6	ISSN 1831-0923	doi:10.2865/75433	QJ-AB-24-017-PL-N

Trybunał skontrolował unijne wsparcie finansowe na rzecz systemów opieki zdrowotnej w krajach partnerskich na przestrzeni trzech okresów programowania. Kontrolerzy przeanalizowali dokumentację i zbadali projekty w Burundi, Demokratycznej Republice Konga i Zimbabwe. Stwierdzili, że Komisja przydzieliła środki finansowe zgodnie ze swoimi ogólnymi priorytetami, jednak w zastosowanej przez nią metodyce wystąpiły niedociągnięcia. Projekty nie były w pełni skuteczne ze względu na problemy w zakresie koordynacji, trwałości i monitorowania. Kaskadowa struktura wdrażania zwiększyła koszty projektów, a widoczność finansowania UE wśród grup docelowych była ograniczona. Trybunał sformułował zalecenia dotyczące przydziału i kryteriów finansowania, koordynacji, racjonalności kosztów zarządzania, synergii, monitorowania, trwałości i konserwacji sprzętu dostarczanego w ramach projektów.

Sprawozdanie specjalne Europejskiego Trybunału Obrachunkowego przedstawiono na podstawie art. 287 ust. 4 akapit drugi TFUE.



EUROPEJSKI
TRYBUNAŁ
OBRACHUNKOWY



Urząd Publikacji
Unii Europejskiej

EUROPEJSKI TRYBUNAŁ OBRACHUNKOWY
12, rue Alcide De Gasperi
1615 Luxembourg
LUKSEMBURG

Tel.: +352 4398-1

Formularz kontaktowy: eca.europa.eu/pl/contact

Strona internetowa: eca.europa.eu

Twitter: @EUAuditors