

Raportul special

Sprijinul financiar din partea UE pentru sistemele de sănătate în anumite țări partenere

Aliniat la obiectivele strategice generale, dar intervențiile sunt afectate de probleme legate de coordonare și de sustenabilitate



CURTEA DE
CONTURI
EUROPEANĂ

Cuprins

	Puncte
Sinteză	I-VIII
Introducere	01-18
Importanța unui sector de sănătate mai bun în lupta împotriva sărăciei	01-08
Răspunsul UE la provocările în materie de sănătate în țările partenere	09-18
Sfera și abordarea auditului	19-25
Observații	26-73
UE a stabilit priorități generale în ceea ce privește ajutorul pentru sănătate, dar alocarea fondurilor este afectată de deficiențe	26-39
Documentele de politică au stabilit parametri vagi pentru alocarea fondurilor, care au rămas constante de-a lungul perioadelor de programare	28-32
Clasamentul țărilor partenere în funcție de nevoile lor în materie de sănătate, realizat de Comisie, a avut un efect redus asupra alocării finanțării bilaterale	33-37
Metodologia utilizată pentru alocările din pilonul tematic nu este formalizată și nu este documentată în mod corespunzător	38-39
Finanțarea UE a contribuit la funcționarea sistemelor de sănătate, dar eficacitatea sa a fost afectată de probleme de coordonare	40-66
UE a sprijinit diferite intervenții în domeniul sănătății care erau în concordanță cu nevoile țărilor selectate	41-44
Eforturile de coordonare și sistemele de distribuție la nivelul districtelor sunt inadecvate	45-49
Structura „în cascada” aleasă pentru implementare are un impact asupra costurilor	50-52
Coordonarea diferitelor fluxuri de finanțare este complexă	53-55
Vizibilitatea pe teren a acțiunilor finanțate de UE este scăzută, în special atunci când fondurile sunt puse în comun cu alți donatori	56-59
Realizările obținute datorită sprijinului UE în domeniul sănătății sunt greu de măsurat din cauza indicatorilor de performanță foarte generali și a deficiențelor de la nivelul datelor	60-66

Sustenabilitatea proiectelor este în pericol 67-73

Guvernele beneficiare nu dispun de strategii de tranziție sau de ieșire și nici de angajamente în acest sens, iar resursele bugetare pe care le au la dispoziție sunt limitate

 68-70

Echipamentele nu sunt întotdeauna întreținute în mod adecvat

 71-73**Concluzii și recomandări** 74-83**Anexe**

Anexa I – Obiectivele strategiilor UE de ajutor în domeniul sănătății începând din 2005

Anexa II – Lista programelor și a proiectelor auditate

Anexa III – Țările partenere care, în programele lor indicative naționale/programele indicative multianuale, au identificat sănătatea drept un sector prioritar

Anexa IV – Alocările din pilonul tematic al IVCDCl – Europa globală (ianuarie 2024)

Acronime**Glosar****Răspunsurile Comisiei****Calendar****Echipa de audit**

Sinteză

I Sprijinul UE pentru sănătate în țările partenere contribuie la obiectivul principal al politicii de dezvoltare a UE de reducere și, în cele din urmă, de eradicare a sărăciei extreme. În conformitate cu abordarea internațională privind sănătatea, în special cu obiectivul de dezvoltare durabilă 3 al Organizației Națiunilor Unite, UE oferă finanțare sistemelor de sănătate din țări partenere prin intermediul programelor bilaterale și regionale și al inițiativelor în domeniul sănătății la nivel mondial. Acest sprijin s-a ridicat la peste 3 miliarde de euro în fiecare dintre cele două perioade de programare anterioare (2007-2013 și 2014-2020) și la peste 2 miliarde de euro la începutul anului 2024 pentru perioada curentă (2021-2027).

II Obiectivul Curții de Conturi Europene a fost de a evalua sprijinul financiar acordat de UE pentru sănătate în țările partenere în cursul acestor trei perioade de programare. Concluzia la care s-a ajuns a fost că Comisia a alocat fondurile în concordanță cu prioritățile sale generale, metodologia acestei alocări fiind însă afectată de deficiențe. Eficacitatea proiectelor a fost subminată de aspecte problematice legate de coordonare și de sustenabilitate, iar monitorizarea nu oferea o imagine completă a activităților Comisiei în sectorul sănătății.

III Curtea a constatat că cuantumul finanțării acordate de UE ca sprijin pentru sănătate a rămas relativ constant în cursul perioadelor de programare examinate. În schimb, asistența bilaterală acordată țărilor partenere a scăzut, în timp ce sprijinul acordat prin intermediul inițiativelor în domeniul sănătății la nivel mondial a crescut substanțial. Clasamentul țărilor partenere în funcție de nevoile sistemelor lor de sănătate, realizat de Comisie, a avut un efect redus asupra finanțării bilaterale, în principal din cauza aplicării principiului însușirii, care impune ca programarea să se bazeze pe opțiuni de politică convenite cu guvernele partenere. Alocarea sprijinului pentru inițiativele individuale în domeniul sănătății la nivel mondial nu s-a bazat pe un set de criterii specifice și cuantificabile, iar procesul nu a fost suficient documentat.

IV S-a procedat la examinarea unui eșantion de proiecte din anumite țări partenere selectate, și anume Burundi, Republica Democratică Congo și Zimbabwe. Aceste proiecte vizau, printre altele, furnizarea de servicii medicale gratuite, organizarea de formări pentru personalul medical, furnizarea de medicamente și de echipamente și reconstrucția unor centre medicale. S-a constatat că UE a sprijinit diferite intervenții în domeniul sănătății, care răspundeau la nevoile țărilor respective. În schimb, coordonarea la nivelul districtelor era insuficientă, ceea ce a condus la deficiențe în distribuția echipamentelor și a medicamentelor. În plus, costurile intervențiilor în sectorul sănătății erau afectate de structura „în cascadă” a punerii în aplicare. Acest lucru a dus la costuri mai mari de punere în aplicare a proiectelor. De asemenea, vizibilitatea finanțării UE în rândul populațiilor vizate era redusă.

V Monitorizarea de către Comisie a cheltuielilor pentru sănătate s-a sprijinit pe un număr mic de indicatori de nivel înalt, care nu oferă decât o imagine parțială asupra acțiunilor UE în acest domeniu și care au fost astfel calculați încât rezultatele nu pot fi atribuite exclusiv finanțării furnizate de UE. În ceea ce privește asistența bilaterală, rezultatele nu sunt partajate la un nivel satisfăcător cu delegațiile UE din țara respectivă, iar uneori datele care trebuiau colectate de promotorii proiectelor în scopul raportării lor fie nu erau puse la dispoziție, fie se dovedeau a fi nefiabile.

VI Comisia este implicată în guvernarea inițiativelor în domeniul sănătății la nivel mondial pentru a se asigura că acestea sunt mai bine aliniată între ele și, astfel, că nu mai există fragmentare. Sunt însă necesare eforturi suplimentare pentru a atinge aceste obiective și pentru a raționaliza modul în care provocările mondiale în materie de sănătate sunt abordate la nivel internațional.

VII Sustenabilitatea proiectelor și programelor din domeniul sănătății este pusă în pericol din cauza lipsei unor strategii clare de tranziție și de ieșire, precum și din cauza întreținerii inadecvate a echipamentelor.

VIII Pe baza acestor concluzii, Curtea recomandă Comisiei:

- să asigure o mai bună corelare între nevoile țărilor și alocarea fondurilor pentru sănătate;
- să stabilească criterii clare pentru finanțarea inițiativelor în domeniul sănătății la nivel mondial și să îmbunătățească documentarea procesului de alocare;
- să îmbunătățească analiza nevoilor și coordonarea distribuției de echipamente și de medicamente;
- să analizeze dacă costurile de gestionare sunt rezonabile;
- să evite suprapunerile și să asigure sinergii între inițiativele în domeniul sănătății la nivel mondial care beneficiază de sprijin;
- să identifice indicatori care să monitorizeze în mod cuprinzător sprijinul UE pentru sectorul sănătății;
- să ia măsuri pentru a promova sustenabilitatea sistemelor de sănătate;
- să pună un accent mai mare pe importanța întreținerii echipamentelor furnizate de proiecte.

Introducere

Importanța unui sector de sănătate mai bun în lupta împotriva sărăciei

01 Sprijinul UE pentru sănătate în țările partenere contribuie la [obiectivul principal al politicii de dezvoltare a UE](#) de reducere și, în cele din urmă, de eradicare a sărăciei extreme¹. Sărăcia poate fi atât o cauză, cât și o consecință a unei acoperiri medicale insuficiente. În general, pe măsură ce economia unei țări se îmbunătățește, sănătatea cetățenilor săi se îmbunătățește. Dar și reciprocă este valabilă – îmbunătățirea sănătății cetățenilor poate duce direct la creșterea economică².

02 Organizația Mondială a Sănătății (OMS) definește sănătatea ca „o stare de deplină bunăstare fizică, mintală și socială, neconstând doar într-o absență a bolii sau a infirmității”³. OMS include accesul la cel mai înalt standard de sănătate posibil printre drepturile fundamentale ale fiecărei ființe umane și identifică dezvoltarea inegală în ceea ce privește promovarea sănătății și controlul bolilor, în special al bolilor transmisibile, drept un pericol comun. Jumătate din populația lumii nu are acces la serviciile de sănătate de care are nevoie⁴, iar aproximativ 100 de milioane de persoane cad în sărăcie extremă în fiecare an din cauza cheltuielilor medicale excesive⁵.

03 În 2000, Organizația Națiunilor Unite a convenit asupra a opt obiective de dezvoltare ale mileniului (ODM) care trebuiau atinse până în 2015⁶. Trei dintre acestea erau direct legate de sănătate: reducerea mortalității infantile (ODM 4), îmbunătățirea sănătății materne (ODM 5) și combaterea HIV/SIDA, a malariei și a altor boli (ODM 6).

¹ Articolul 208 alineatul (1) din Tratatul privind funcționarea Uniunii Europene.

² „Growing importance of health in the economy”, Collins, Francis S., *Outlook on the Global Agenda 2015*, Forumul Economic Mondial, 2015.

³ *Constitution of the World Health Organization*.

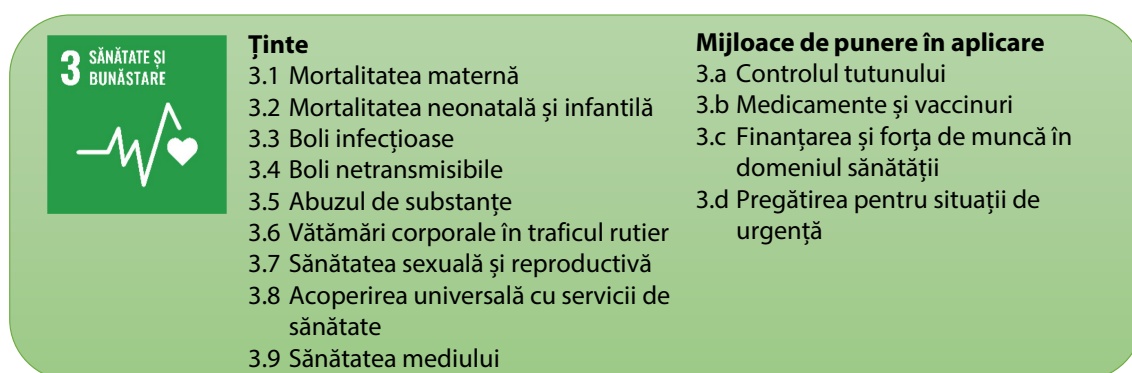
⁴ *Monitoring universal health coverage*, Organizația Mondială a Sănătății.

⁵ *Health and demography*, Comisia Europeană – DG Parteneriate Internaționale.

⁶ *2000-2015, Millennium Development Goals*, Dag Hammarskjöld Library, Organizația Națiunilor Unite.

04 Ulterior, în 2015, în cadrul Agendei 2030 pentru dezvoltare durabilă a ONU⁷, comunitatea internațională a stabilit 17 obiective de dezvoltare durabilă (ODD) care trebuie atinse până în 2030. ODD 3 se referă la asigurarea unei vieți sănătoase și la promovarea bunăstării tuturor, la orice vârstă. Aceștia îi corespund 9 ținte, toate fiind legate de reducerea provocărilor majore în materie de sănătate până în 2030 (a se vedea *figura 1*).

Figura 1 – Țintele ODD 3 privind sănătatea și bunăstarea



Sursa: Curtea de Conturi Europeană, pe baza datelor OMS.

05 Raportul special al OMS din 2023 privind ODD-urile a lăudat progresele înregistrate în ultimii ani în ceea ce privește îmbunătățirea sănătății la nivel mondial, dar a subliniat că nu s-au realizat progrese suficiente în domenii precum mortalitatea maternă și extinderea acoperirii universale cu servicii de sănătate. Pandemia de COVID-19 a încetinit progresele către ODD 3 (a se vedea *caseta 1*). Prin urmare, OMS a făcut apel să se remedieze deficiențele existente de mai mult timp în materie de îngrijiri medicale, prin investiții în sistemele de sănătate pentru a ajuta țările să se redreseze și să consolideze reziliența în fața viitoarelor amenințări la adresa sănătății.

⁷ *Transforming our World: the 2030 Agenda for Sustainable Development*, Organizația Națiunilor Unite.

Caseta 1

Efectele pandemiei de COVID-19 asupra ajutorului pentru sănătate

Raportul special al OMS din 2023 privind ODD-urile indica o deteriorare a acoperirii universale cu servicii de sănătate în țările în curs de dezvoltare și perturbări în furnizarea serviciilor de sănătate de bază (de exemplu, campanii de vaccinare) din cauza pandemiei de COVID-19. Raportul concluziona că pandemia a încetinit progresele în direcția ODD 3.

Raportul afirma, de asemenea, că, în 2021, controlul pandemiei de COVID-19 a reprezentat cea mai mare parte a asistenței financiare oficiale pentru dezvoltare la nivel mondial direcționate către serviciile de sănătate de bază (9,6 miliarde de dolari americani, din care 6,3 miliarde au mers către donații de vaccinuri).

Cât despre acțiunile UE împotriva efectelor pandemiei de COVID-19, Comisia a alocat peste 440 de milioane de euro în 2020 și peste 1,27 miliarde de euro până în prezent pentru perioada de programare 2021-2027.

06 Deși preocupările internaționale cu privire la slabele progrese către acoperirea universală cu servicii de sănătate sunt în creștere⁸, există o penurie cronică de resurse financiare, umane și materiale pentru a face față nevoilor în materie de sănătate ale unei populații aflate în continuă creștere în țările în curs de dezvoltare. Conform celor mai recente date ale Uniunii Africane (2021), doar două țări din Africa – Africa de Sud și Cabo Verde – au îndeplinit obiectivul [Declarației de la Abuja](#) de a aloca anual cel puțin 15 % din bugetele naționale sectorului sănătății⁹. Ajutorul internațional în țările în curs de dezvoltare vizează îmbunătățirea sistemelor locale de sănătate și consolidarea durabilă a serviciilor de sănătate, astfel încât acestea să răspundă nevoilor locale și să fie accesibile tuturor, în special celor care trăiesc în sărăcie.

07 Definiția dată de OMS unui sistem de sănătate cuprinde „toate organizațiile, persoanele și acțiunile a căror intenție primordială este de a promova, a restabili sau a menține sănătatea”¹⁰. Se face referire aici la structurile care trebuie instituite pentru a sprijini obiectivele de îmbunătățire a sănătății și a echității în materie de sănătate, eliminând în același timp barierele financiare din calea asistenței medicale. OMS a stabilit șase elemente constitutive ale unui sistem de sănătate: furnizarea de servicii

⁸ *Universal health coverage - Key facts*, OMS, 2023.

⁹ *Africa Scorecard on Domestic Financing for Health*, Uniunea Africană.

¹⁰ *Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes*, OMS, 2007.

de sănătate, forța de muncă din domeniul sănătății, sistemele de informații în materie de sănătate, accesul la medicamente, vaccinurile și tehnologia, finanțarea și conducerea/guvernanța. OMS pune accentul pe conceptul de „consolidare a sistemelor de sănătate” (*health systems strengthening – HSS*), pe care îl definește ca fiind „îmbunătățirea acestor elemente constitutive și gestionarea interacțiunilor dintre acestea, astfel încât să se obțină îmbunătățiri mai echitabile și mai susținute ale tuturor serviciilor de sănătate și ale rezultatelor în materie de sănătate”. HSS depinde de cunoștințele tehnice și de voința politică¹¹.

08 În mod tradițional, activitățile HSS s-au axat în mare măsură pe reducerea „constrângerilor legate de resurse”. Mai exact, s-au sprijinit sistemele de sănătate prin furnizarea de resurse materiale precum plase pentru țânțari, contraceptive sau medicamente. Aceste activități nu pot duce *per se* la atingerea unor obiective atât de cuprinzătoare precum îmbunătățirea politicilor, a legislației, a structurilor organizaționale sau a sistemelor de furnizare a serviciilor pentru a permite o utilizare mai eficientă a resurselor¹².

Răspunsul UE la provocările în materie de sănătate în țările partenere

09 Sprijinul pentru sănătate acordat de UE țărilor partenere se întemeiază pe articolul 168 alineatul (3) din [Tratatul privind funcționarea Uniunii Europene](#), care prevede că „Uniunea și statele membre favorizează cooperarea cu țările terțe și cu organizațiile internaționale competente în domeniul sănătății publice”.

10 Politica și obiectivele actuale ale UE în materie de ajutor în domeniul sănătății au fost elaborate prin intermediul mai multor documente de politică în cursul ciclurilor bugetare recente. Politicile și strategiile relevante de la nivel mondial¹³ și de la nivelul UE sunt prezentate în [figura 2](#) și în [anexa I](#).

¹¹ *Health systems strengthening*, Unlimit Health.

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

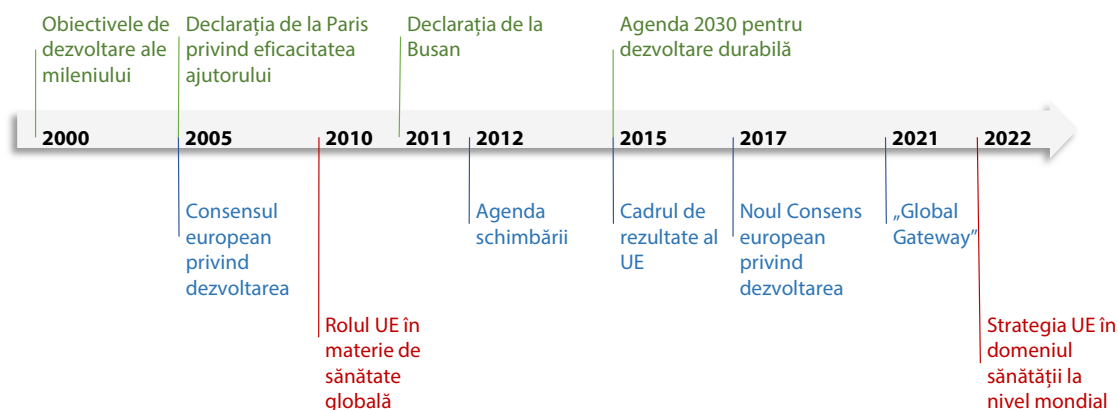
¹³ Obiectivele de dezvoltare ale mileniului, Declarația de la Paris, Declarația de la Busan și Agenda 2030 pentru dezvoltare durabilă.

Figura 2 – Prezentare cronologică a politicilor și strategiilor de la nivel mondial și ale UE în domeniul sănătății

Politica de dezvoltare la nivel mondial

Politica de dezvoltare a UE

Politica UE în domeniul sănătății



Sursa: Curtea de Conturi Europeană, pe baza informațiilor din partea DG INTPA.

11 În 2005, Parlamentul European, Consiliul și Comisia au adoptat „**Consensul european privind dezvoltarea**”, care a reiterat angajamentul UE de a îndeplini obiectivele de dezvoltare convenite la nivel mondial (ODM). În 2017, această **politică** a fost adaptată pentru a ține seama de ODD-uri.

12 În 2010, Comisia a adoptat o comunicare privind rolul UE în materie de sănătate globală¹⁴, o declarație a politicii UE privind ajutorul pentru sănătate, care a influențat două cadre financiare multianuale succesive (2014-2020 și 2021-2027). Concluziile conexe ale Consiliului¹⁵ au invitat Comisia și statele membre să acționeze împreună, acordând prioritate sprijinului pentru consolidarea sistemelor de sănătate din țările partenere. În noiembrie 2022, Comisia a adoptat o nouă strategie în domeniul sănătății la nivel mondial¹⁶, în care a reafirmat angajamentul față de ODD și de Consensul european privind dezvoltarea.

¹⁴ COM(2010) 128.

¹⁵ Concluziile Consiliului privind rolul UE în materie de sănătate globală din 10 mai 2020.

¹⁶ COM(2022) 675.

13 *Tabelul 1* prezintă sumele cheltuite pentru programele de ajutor pentru sănătate gestionate de Comisie în cursul ultimelor trei perioade de programare. Acest domeniu al sprijinului financiar al UE este gestionat în principal de Direcția Generală Parteneriate Internaționale (DG INTPA).

Tabelul 1 – Evoluția ajutorului pentru sănătate acordat de UE, per serviciu al Comisiei (plăți exprimate în milioane de euro)

Serviciul responsabil din cadrul Comisiei Europene	2007-2013	2014-2020	2021-2027 (ianuarie 2024)	% din total începând din 2007
DG INTPA (fosta DEVCO)	2 887	2 812	2 244	86,5 %
DG NEAR (cu excepția instrumentelor IPA)	400	429	193	11,2 %
Altele (Serviciul Instrumente de Politică Externă, DG ECHO, DG SANTE și DG REFORM)	55	153	7	2,3 %
TOTAL	3 342	3 394	2 444	100 %

Sursa: Curtea de Conturi Europeană, pe baza datelor extrase de DG INTPA din OPSYS în ianuarie 2024.

14 Finanțarea UE pentru ajutorul în domeniul sănătății constă într-un pilon geografic (acțiunile sunt puse în aplicare prin programe naționale și regionale) și un pilon tematic (acțiunile abordează probleme la nivel mondial). Pentru pilonul geografic și cel tematic trebuie elaborate programe indicative multianuale, în care se stabilesc, pentru o perioadă de șapte ani, prioritățile și obiectivele menite să aducă răspunsuri la provocările identificate.

15 Legislația de instituire a Fondului european de dezvoltare (FED), a Instrumentului de cooperare pentru dezvoltare (ICD) și a Instrumentului de vecinătate, cooperare pentru dezvoltare și cooperare internațională¹⁷ (IVCDI – Europa globală) a inclus un „pilon geografic” cu pachete financiare care pot fi utilizate pentru a furniza asistență medicală bilaterală din partea UE anumitor țări și regiuni partenere. Pilonul geografic finanțează în primul rând punerea în aplicare a programelor și proiectelor menite să consolideze sistemele de sănătate din țările partenere. Delegațiile UE pun în aplicare aceste proiecte în principal prin intermediul organizațiilor neguvernamentale, al agențiilor de punere în aplicare ale statelor membre ale UE sau al organizațiilor internaționale, cum ar fi agențiile ONU.

¹⁷ Regulamentul (UE) 2021/947.

16 Cu ajutorul aceluiași instrumente, Comisia alocă, de asemenea, finanțare în domeniul sănătății prin intermediul „pilonului tematic”, în principal pentru inițiativele în domeniul sănătății la nivel mondial (*global health initiatives* – GHI). Acestea sunt inițiative care combină eforturile părților interesate din întreaga lume de a răspunde provocărilor în materie de sănătate de la nivel mondial. Ele mobilizează, gestionează și distribuie fonduri pentru a sprijini punerea în aplicare a programelor de sănătate în țările cu venituri mici și medii. Cele mai mari două inițiative sprijinite de Comisie sunt Fondul global de luptă împotriva HIV/SIDA, tuberculozei și malariei (**Fondul global**) și Alianța Mondială pentru Vaccinuri și Imunizare (**GAVI**).

17 Pilonul tematic din cadrul IVCDCI – Europa globală este alcătuit din patru programe tematice:

- drepturile omului și democrația;
- organizațiile societății civile;
- pace, stabilitate și prevenirea conflictelor;
- provocări globale.

18 IVCDCI – Europa globală nu specifică suma alocată sănătății. În cadrul programului indicativ multianual „**Provocări globale**”, domeniul prioritar 1 (Oameni) are un buget indicativ de 1 835 de milioane de euro (28,8 % din pilonul tematic total al IVCDCI sau 50 % din programul indicativ multianual „Provocări globale”) și include și sănătatea printre alte priorități.

Sfera și abordarea auditului

19 Curtea a evaluat sprijinul financiar acordat de UE pentru sistemele de sănătate din țările partenere pentru a răspunde la următoarele întrebări:

- A stabilit Comisia obiective clare pentru sprijinul său financiar pentru sănătate și a selectat intervenții coerente cu obiectivele?
- A obținut rezultatele scontate sprijinul financiar acordat de UE pentru consolidarea sistemelor de sănătate?
- A luat Comisia în considerare sustenabilitatea în toate etapele intervențiilor sale?

20 Auditul s-a axat pe sprijinul financiar acordat de DG INTPA sectorului sănătății în țările partenere în perioada de programare 2014-2020. Curtea a ținut seama, de asemenea, de perioada 2007-2013 (pentru analiza sustenabilității) și de începutul perioadei 2021-2027 a IVDCI (datele extrase se referă la perioada până în ianuarie 2024). Accentul s-a pus pe alocările la nivel mondial și la nivel de țară.

21 Activitatea Curții a inclus o analiză a documentelor furnizate de Comisie (DG INTPA și delegațiile UE) cu privire la strategiile UE de ajutor în domeniul sănătății, la definirea obiectivelor și a indicatorilor și la distribuirea finanțării în perioadele de programare respective.

22 Au avut loc mai multe reuniuni cu DG INTPA la Bruxelles. De asemenea, Curtea a vizitat sediul de la Geneva al Fondului global pentru a obține informații detaliate cu privire la rolul și domeniul de aplicare al intervențiilor acestuia în țările partenere.

23 În vederea unei analize aprofundate a sprijinului acordat de UE în domeniul sănătății, Curtea a selectat trei țări – Burundi, Republica Democratică Congo (R.D. Congo) și Zimbabwe. Criteriile de selecție ale Curții au fost importanța sprijinului financiar pentru sănătate, prioritățile strategice în materie de sănătate ale UE, evoluția sprijinului financiar de-a lungul timpului și volumul asistenței din partea Fondului global. Curtea a examinat strategia națională în domeniul sănătății și documentele de programare ale fiecărei țări selectate, precum și un eșantion care a inclus 17 dintre cele mai mari programe și proiecte bilaterale în domeniul sănătății finanțate de UE în aceste țări (a se vedea [anexa II](#)).

24 În cursul vizitelor în Burundi și Zimbabwe, Curtea a intervievat autorități locale, delegații ale UE, alți donatori, promotori de proiecte, organizații neguvernamentale și beneficiari finali. Auditul Curții cu privire la programele din R.D. Congo a fost efectuat prin intermediul unei examinări documentare.

25 Potrivit Comisiei, sănătatea a devenit un sector prioritar, trecând de la statutul de politică la statutul de strategie a UE. Curtea a decis să efectueze acest audit având în vedere importanța sănătății la nivel mondial pe agenda de dezvoltare a UE, precum și importanța sprijinului financiar acordat de UE. Curtea se așteaptă ca acest raport să contribuie la îmbunătățirea modului în care este gestionat sprijinul UE pentru sănătate, precum și la dezbateră privind alocarea în viitor a sprijinului UE în acest domeniu.

Observații

UE a stabilit priorități generale în ceea ce privește ajutorul pentru sănătate, dar alocarea fondurilor este afectată de deficiențe

26 Curtea a analizat prioritățile strategiilor UE de ajutor în domeniul sănătății și finanțarea acordată de DG INTPA pentru programele din domeniul sănătății. S-a evaluat dacă atât finanțarea globală, cât și eșantionul de intervenții selectate pentru audit erau aliniate la obiectivele strategice descrise mai sus.

27 Consensul european privind dezvoltarea din 2005 a solicitat Comisiei să elaboreze criteriile de participare la inițiativele în domeniul sănătății la nivel mondial (GHI) și contribuții la aceste inițiative. Prin urmare, Curtea a examinat procesul de alocare a fondurilor către GHI.

Documentele de politică au stabilit parametri vagi pentru alocarea fondurilor, care au rămas constante de-a lungul perioadelor de programare

28 Comunicarea Comisiei din 2010 privind rolul UE în materie de sănătate globală și concluziile corespunzătoare ale Consiliului (concluzia nr. 5) afirmau necesitatea ca UE și statele sale membre să acorde prioritate sprijinului lor pentru consolidarea sistemelor de sănătate din țările partenere. Intenția era ca accentul să fie pus pe asigurarea faptului că principalele componente ale acestor sisteme – forța de muncă din domeniul sănătății, accesul la medicamente, infrastructura și logistica, precum și gestionarea descentralizată – sunt suficient de eficiente pentru a oferi asistență medicală de bază echitabilă și de calitate pentru toți, în special în țările fragile (a se vedea *anexa I*). Acest obiectiv urma să fie atins prin canale bilaterale, precum și prin participarea la inițiative globale și la foruri internaționale. Comunicarea propune, de asemenea, ca UE ar trebui să contribuie la dezvoltarea rolului ONU de lider mondial puternic, să îmbunătățească eficacitatea sistemului ONU, să asigure coerența între politicile relevante ale UE și să sprijine cercetarea, schimbul de informații și o expertiză colectivă în materie de sănătate globală.

29 Strategia UE în domeniul sănătății la nivel mondial din 2022 se axează pe trei priorități interconectate (a se vedea [anexa I](#)):

- o asigurarea unui nivel mai bun de sănătate și de bunăstare a oamenilor în toate etapele vieții lor;
- o consolidarea sistemelor de sănătate și promovarea acoperirii universale cu servicii de sănătate;
- o prevenirea și combaterea amenințărilor la adresa sănătății, inclusiv a pandemiilor, aplicând o abordare de tip „O singură sănătate”.

30 Principalele documente de politică ale Comisiei au oferit un cadru general pentru furnizarea de sprijin financiar pentru sănătate, fără a specifica niciun obiectiv operațional. Sprijinul pentru sănătate acordat de Comisie corespundea priorităților declarate. Acesta a contribuit la ODM 4, 5 și 6 și, ulterior, la ODD 3 – în principal prin programe bilaterale și sprijin pentru inițiative GHI precum Fondul global, GAVI sau Parteneriatul pentru aprovizionare al Fondului Națiunilor Unite pentru Populație (UNFPA). Cu toate acestea, sprijinul financiar pentru prioritatea-cheie constând în consolidarea sistemelor de sănătate (a se vedea punctul [28](#)), care provine în cea mai mare parte din pilonul geografic (a se vedea punctul [15](#)), a fost redus în timp.

31 Până în 2020, Comisia a angajat fonduri pentru asistența în domeniul sănătății, în principal prin intermediul FED și al ICD. Din 2021, cooperarea pentru dezvoltare a fost pusă în aplicare prin intermediul IVCDCI – Europa globală.

32 Finanțarea din partea DG INTPA este prezentată detaliat în [tabelul 2](#). Sumele totale au rămas relativ constante, deși, în termeni reali, s-au diminuat.

Tabelul 2 – Evoluția plăților de sprijin pentru sănătate ale DG INTPA, per instrument de finanțare (în milioane de euro)

Instrumentul de finanțare al UE	2007-2013	2014-2020	2021-2027 (ianuarie 2024)
Instrumentul de vecinătate, cooperare pentru dezvoltare și cooperare internațională (IVCDCl – Europa globală)			2 244
Fondul european de dezvoltare (FED)	1 256	1 850	
Instrumentul de cooperare pentru dezvoltare (ICD)	1 566	943	
Altele	65	19	
Total general	2 887	2 812	2 244

Sursa: Curtea de Conturi Europeană, pe baza datelor DG INTPA.

Clasamentul țărilor partenere în funcție de nevoile lor în materie de sănătate, realizat de Comisie, a avut un efect redus asupra alocării finanțării bilaterale

33 Întrucât comunicarea din 2010 privind rolul UE în materie de sănătate globală s-a axat pe prioritizarea și creșterea sprijinului pentru țările aflate în contexte fragile (a se vedea punctul **28**), DG INTPA a întocmit o listă a țărilor care au cea mai mare nevoie de acest sprijin, care să stea la baza deciziilor de alocare. În 2020 a urmat o nouă listă.

34 În 2010, Comisia a realizat un clasament al țărilor partenere în funcție de cinci indicatori: nevoia de asistență medicală a țărilor, capacitatea financiară publică, disponibilitatea de a cheltui în mod corespunzător ajutorul pentru sănătate, valoarea ajutorului primit și performanțele anterioare în domeniul sănătății. Lista din 2020 a fost întocmită cu ajutorul unei noi metodologii bazate pe trei indici internaționali: [indicele dezvoltării umane](#), [indicele capitalului uman](#) și [progresul în direcția îndeplinirii ODD 3](#). Din cauza acestei schimbări metodologice, precum și a evoluției situației de pe teren, clasamentele țărilor din cele două liste diferă substanțial (a se vedea [tabelul 3](#)).

Tabelul 3 – Evoluția priorităților în materie de sănătate și a finanțării în domeniul sănătății pentru țările partenere cu cea mai mare nevoie de sprijin în 2010

Clasamentul INTPA		Țara parteneră	Sănătatea ca prioritate în programul indicativ național					
2010	2020		2007-2013		2014-2020		2021-2027	
			Angajamente 2007-2013 (în milioane de euro)		Angajamente 2014-2020 (în milioane de euro)		Angajamente 2021-2027 (în milioane de 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	Mozambic	24	✓	0	×	4	×(*)
5	33	Republica Centrafricană	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	Guinea	29,5	✓	23	✓	10,3	✓
18	18	Madagascar	31,9	✓	0	×	32,5	✓
19	1	Ciad	10	✓	1,2	×	0	×
20	38	Comore	0	×	0	×	0	×

Căsuțele în violet = țările în care sănătatea nu este un sector prioritar în programul indicativ național pentru perioada 2014-2020.

Căsuțele în galben = țările în care sănătatea nu este un sector prioritar în programul indicativ multinațional pentru perioada 2021-2027.

(*) Senegal, Rwanda, Mozambic și Niger nu includ sănătatea printre domeniile prioritare în programele lor indicative multianuale pentru perioada 2021-2027, dar primesc alocări în cadrul programului indicativ multianual regional „Africa Subsahariană”.

Sursa: Curtea de Conturi Europeană, pe baza datelor DG INTPA.

35 Corelația dintre clasamentul țărilor partenere și alocarea financiară bilaterală pentru sectorul sănătății era redusă (a se vedea [tabelul 3](#)). Tanzania, țară aflată pe primul loc pe lista din 2010, a primit foarte puțin sprijin în perioada 2007-2013. Sierra Leone, deși clasată în fruntea ambelor liste, a primit sprijin doar în perioada 2007-2013. Mozambic a primit, de asemenea, un sprijin redus, în ciuda faptului că se numără printre primele țări în topul celor două liste. În niciuna dintre cele trei țări, sănătatea nu a fost una dintre prioritățile finanțării din partea UE. Sectoarele sănătății au fost sprijinite într-o anumită măsură din pachetele financiare regionale. Pe de altă parte, Zimbabwe și Burundi au primit ajutoare relativ ridicate pentru sănătate, deși se aflau pe locuri mai joase în listele de prioritate. Țările care au beneficiat de cele mai mari finanțări în perioada 2014-2020 au fost R.D. Congo, Afganistan, Zimbabwe, Etiopia și Burundi. În actuala perioadă de programare (2021-2027), principalii cinci beneficiari ai finanțării pentru sectorul sănătății din partea Comisiei au fost R.D. Congo, Afganistan, Burundi, Nigeria și Etiopia.

36 În spatele acestor discrepanțe se află în principal „principiile de programare”¹⁸, în special principiul însușirii prevăzut la articolul 13 alineatul (1) litera (a) din [Regulamentul \(UE\) 2021/947](#), conform căruia programarea trebuie să se bazeze pe un dialog politic cu guvernele partenere. În consecință, sprijinul sectorial ar trebui să depindă de prioritățile fiecărei țări partenere. Printre alte explicații se numără și limitările impuse cu privire la numărul de domenii prioritare care să fie incluse în programele indicative naționale (maximum trei domenii prioritare începând cu CFM 2014-2020). Alte nevoi urgente – în principal economice – pot distra atenția dinspre nevoile în materie de sănătate: de exemplu, Ciadul, în fruntea listei din 2020 (a se vedea [tabelul 3](#)), are ca priorități multianuale guvernanta, dezvoltarea umană (la alte niveluri decât cel al sănătății) și Pactul verde. Prin urmare, analiza Comisiei a oferit orientări pentru începerea negocierilor de programare, dar nu a fost un factor decisiv în alocarea fondurilor.

37 Din aceleași motive, numărul de programe indicative multianuale naționale în care sănătatea este un sector prioritar a scăzut de la 48 în perioada de programare 2007-2013 la 17 în perioada 2014-2020. În cadrul IVCDCI – Europa globală (2021-2027), sănătatea este un domeniu prioritar pentru 27 dintr-un total de 86 de programe indicative multianuale naționale (59 nu includeau sănătatea printre sectoarele prioritare). O listă exhaustivă a țărilor care au acordat prioritate sănătății în cursul ultimelor trei perioade de programare este prezentată în [anexa III](#).

¹⁸ [Raportul special nr. 14/2023](#).

Metodologia utilizată pentru alocările din pilonul tematic nu este formalizată și nu este documentată în mod corespunzător

38 Pe lângă alocările geografice (pe țări sau regiuni), UE sprijină sănătatea prin finanțare tematică (a se vedea punctul 16), care acoperă inițiativele în domeniul sănătății la nivel mondial. Cheltuielile UE pentru aceste inițiative în cele trei CFM-uri auditate au crescut substanțial (a se vedea [tabelul 4](#)). În ultimii ani, pandemia de COVID-19 a consolidat această tendință. În plus, începând de la CFM 2014-2020, s-a acordat mai mult sprijin din partea UE prin intermediul inițiativelor decât direct, ca asistență bilaterală, țărilor partenere. Cele două inițiative principale sprijinite de Comisie sunt [Fondul global](#) și [GAVI](#) (a se vedea punctul 16 și [anexa IV](#)). Comisia Europeană a sprijinit Fondul global de la lansarea acestuia în 2002 și GAVI începând din 2003, la trei ani după ce a fost lansat în 2000.

Tabelul 4 – Evoluția plăților efectuate de Comisie către GHI, în milioane de euro

Inițiativa în domeniul sănătății la nivel mondial (GHI)	2007-2013	2014-2020	2021-2027 (până în ianuarie 2024)	Total general (2007-ianuarie 2024)
Fondul global	585	853	1 017	2 455
GAVI	20	285	510	815
Parteneriatul OMS-UHC	22	150	37	209
Fondul pentru pandemii			227	227
Parteneriatul pentru aprovizionare al UNFPA	48	50	45	143
Mecanismul global de finanțare (IBRD)		24		24
Programul Comun al Națiunilor Unite pentru HIV/SIDA (UNAIDS)	2			2
Total GHI	677	1 362	1 836	3 875
Total ajutor bilateral (țările enumerate în anexa III)	1 308	990	136	2 435
Total ajutoare pentru sănătate acordate de DG INTPA	2 887	2 812	2 244	7 944
% total GHI/total ajutor pentru sănătate acordat de DG INTPA	23,4 %	48,4 %	81,8 %	48,7 %
% total ajutor bilateral/total ajutor pentru sănătate acordat de DG INTPA	45,3 %	35,2 %	6,1 %	30,7 %

Sursa: tabloul de bord al DG INTPA și date extrase din baza de date CRIS/OPSYs, pe baza codurilor CAD privind sănătatea.

39 Nici Regulamentul privind IVCDCI – Europa globală, nici programul indicativ multianual tematic corespunzător nu specifică finanțarea UE alocată pentru fiecare GHI. Potrivit Comisiei, GHI au fost selectate pentru finanțare după o examinare a evaluărilor, a deficitelor de finanțare, a disponibilității bugetului, a progreselor înregistrate în direcția atingerii obiectivelor de dezvoltare durabilă și a indicatorilor raportați de GHI, precum și după o analiză atât a influenței DG INTPA în cadrul organismelor de guvernare ale GHI, cât și a considerentelor strategice. Curtea a constatat însă că procesul nu era suficient de documentat. Deși Comisia a utilizat elemente cantitative și calitative, metodologia nu s-a bazat pe un set formal predefinit de criterii specifice și cuantificabile.

Finanțarea UE a contribuit la funcționarea sistemelor de sănătate, dar eficacitatea sa a fost afectată de probleme de coordonare

40 Curtea a examinat relevanța și eficacitatea intervențiilor UE în domeniul sănătății în trei țări partenere selectate pentru o analiză aprofundată, coordonarea între donatori, promotori de proiecte și instituții guvernamentale, costurile gestionării intervențiilor, vizibilitatea finanțării UE și mecanismele de monitorizare. Curtea a examinat dacă Comisia a identificat și a priorizat intervențiile relevante pentru a se asigura că acestea sunt coerente cu politica națională în domeniul sănătății, cu așteptările societății civile și cu alocarea fondurilor. Curtea a examinat dacă intervențiile sunt coordonate cu alți donatori, dacă ele contribuie la punerea în aplicare a strategiei și a obiectivelor și dacă rezultatele intervențiilor pot fi verificate.

UE a sprijinit diferite intervenții în domeniul sănătății care erau în concordanță cu nevoile țărilor selectate

41 Curtea a constatat o anumită divergență în ceea ce privește tipul de intervenții finanțate de UE în cele trei țări selectate pentru o analiză aprofundată. În Burundi, în cursul perioadei 2014-2020, sprijinul UE a fost cheltuit, printre altele, pentru servicii medicale gratuite pentru femeile însărcinate și pentru copiii cu vârsta sub cinci ani. Proiectele suplimentare care ar fi trebuit să consolideze sistemul de sănătate în domeniul capacității de chirurgie la nivelul districtelor, al digitalizării sau al sănătății mintale au alocat doar un mic procent din fonduri pentru aceste activități. În provinciile Bururi, Makamba și Gitega, din aproape 9 milioane de euro alocați de UE, 28 % au fost destinați costurilor de funcționare și resurselor umane.

42 Comisia a sprijinit sistemul de sănătate din Zimbabwe prin fonduri consecutive cu donatori multipli. Fondul de dezvoltare în domeniul sănătății (HDF), care a existat între 2016 și 2022, a cheltuit peste o treime din bugetul său pentru achiziții de medicamente esențiale și de produse nutritive (a se vedea *figura 3*).

43 Sprijinul pentru sectorul sănătății a reprezentat o prioritate pentru ajutorul bilateral al UE către R.D. Congo în ultimele trei perioade de programare, în cursul cărora, țara s-a numărat printre principalii beneficiari ai ajutorului pentru sănătate acordat de UE. Programele și proiectele bilaterale pe care UE le-a pus în aplicare în R.D. Congo s-au axat pe următoarele:

- reconstrucția de spitale și de centre medicale;
- înființarea de agenții pentru gestiunea costurilor de funcționare și de îngrijire ale structurilor de sănătate;
- îmbunătățirea aprovizionării cu medicamente de calitate;
- consolidarea autorităților din domeniul sănătății.

44 Curtea consideră că toate aceste intervenții au fost, în linii mari, pertinente în raport cu nevoile țării.

Eforturile de coordonare și sistemele de distribuție la nivelul districtelor sunt inadecvate

45 În țările selectate, s-au depus eforturi de îmbunătățire a coordonării și de consolidare a sistemelor de distribuție. În cursul analizei sale, Curtea a observat că eforturile naționale de coordonare se concentrează adesea numai asupra strategiilor la nivel național și asupra alocării pe regiuni. Cu toate acestea, coordonarea este necesară și la nivelul inferior al districtelor și al clinicilor, pentru a se asigura că acestea primesc ceea ce este cu adevărat necesar. Vizitele efectuate de Curte la clinicile din mediul rural au scos în evidență importanța îmbunătățirii analizei nevoilor și a distribuției de medicamente, dat fiind că au fost observate rafturi goale în majoritatea farmaciilor acestora (a se vedea punctul *47*).

46 În Zimbabwe, evaluatorii¹⁹ au constatat că proiectele nu abordau în mod exhaustiv problemele subiacente, ceea ce a condus la duplicarea intervențiilor. Atât în Burundi, cât și în Zimbabwe, auditorii înșiși au constatat cazuri în care au fost finanțate echipamente insuficient utilizate ulterior (a se vedea [caseta 2](#)).

Caseta 2

Echipamente insuficient utilizate în Burundi și Zimbabwe

În Burundi, Curtea a vizitat un spital și a constatat că două incubatoare noi finanțate de UE erau utilizate, dar altele trei (furnizate de un donator diferit) nu. Noile incubatoare finanțate de UE nu ar fi necesare dacă incubatoarele primite anterior de la alți donatori ar fi funcționale.

Într-un spital districtual din Zimbabwe, Curtea a constatat că două cutii care conțineau aparate de congelare la temperatură ultrascăzută noi se aflau pe coridor de mai mult de o jumătate de an, deoarece spitalul nu avea nicio utilitate pentru acestea. Beneficiarul nu a putut clarifica originea acestor obiecte și nu a fost posibil să se stabilească sursa de finanțare a acestor echipamente. Dacă nevoile spitalului ar fi fost mai bine analizate, banii alocați de comunitatea donatorilor ar fi putut fi cheltuiți mai eficient.

47 În cadrul proiectului HDF din Zimbabwe, cea mai mare linie bugetară este destinată produselor medicale și vaccinurilor (a se vedea [figura 3](#)). În pofida investițiilor de la donatori multipli, Curtea a observat în timpul vizitelor sale la fața locului că disponibilitatea medicamentelor era redusă (a se vedea [imaginea 1](#)). Curtea a constatat că unele medicamente de bază nu mai erau în stoc de mai multe luni și că, în unele cazuri, fuseseră aruncate medicamente neexpirate.

48 Evaluarea finală a proiectului PASS din Burundi recomandă consolidarea capacităților legate de gestionarea produselor farmaceutice. Raportul anual pe 2021 al Ministerului Sănătății confirmă că stocurile epuizate sau deficitale de medicamente se numără printre principalele probleme.

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

49 În ceea ce privește R.D. Congo, evaluarea la jumătatea perioadei a PRO DS (publicată la 17 ianuarie 2022), cel mai mare proiect în domeniul sănătății din perioada 2014-2020, a constatat că trei obiective legate de aprovizionarea cu medicamente esențiale au fost doar parțial îndeplinite din cauza reorganizării ineficiente a Federației centrelor de achiziționare de medicamente și a Direcției Generale Organizare și Management al Asistenței Medicale.

Imaginea 1 – Unele medicamente dintr-o clinică din Zimbabwe vizitată de Curte lipseau în permanență



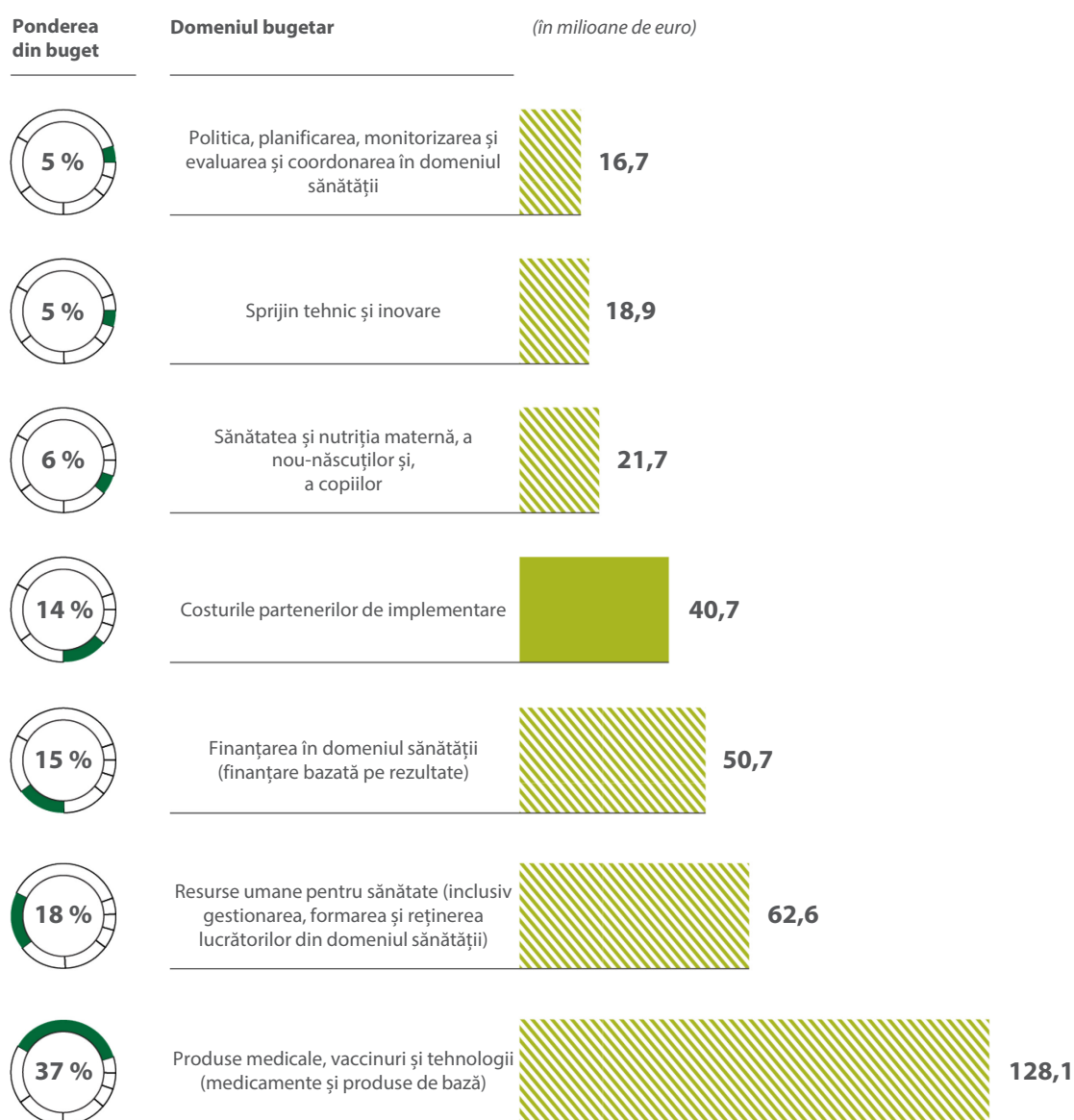
Sursa: Curtea de Conturi Europeană.

Structura „în cascada” aleasă pentru implementare are un impact asupra costurilor

50 Costurile intervențiilor în sectorul sănătății sunt afectate de structura „în cascada” a implementării. Proiectele sunt adesea conduse de parteneri de implementare care angajează subcontractanți. Toți acești actori percep comisioane de gestiune, care reduc suma de bani disponibilă pentru beneficiarii finali.

51 În Zimbabwe, Comisia a contribuit la fonduri cu donatori multipli. Existau doi parteneri de implementare pentru proiectul HDF, care s-a desfășurat între 2016 și 2020. Partenerii de implementare au facturat 7 % din buget pentru costurile de gestionare și un procent suplimentar de 7 % pentru costurile de administrare a sediului central – un total de 14 % din întregul buget. Aceasta a însemnat că costurile totale de gestionare au fost mai mari decât alocările pentru unele dintre rubricile de intervenție. **Figura 3** arată cum costurile partenerilor de implementare au fost aproape duble față de suma alocată sănătății și nutriției materne, a nou-născuților și a copiilor.

Figura 3 – Bugetul HDF (UE + alți donatori) în Zimbabwe (2016-2022)



Sursa: Curtea de Conturi Europeană.

52 Curtea a constatat că proiectele din Burundi, reunite sub denumirea comună „Twiteho Amagara” și finanțate direct de UE, aveau costuri de funcționare de peste 30 %. Proiectele au fost puse în aplicare de cinci consorții și în toate cele 18 provincii din Burundi. Suma totală acordată consorțiilor a fost de 45 de milioane de euro, din care cu aproape o treime (14 milioane de euro) s-au acoperit costurile de funcționare.

Coordonarea diferitelor fluxuri de finanțare este complexă

53 Comisia utilizează doi vectori de finanțare distincți – finanțarea geografică și inițiativele globale – pentru a sprijini aceleași teritorii geografice. În plus, în ultimii ani, sfera de cuprindere a GHI s-a extins pe plan orizontal pentru a include HSS. Prin urmare, există un risc de suprapunere între acțiunile Comisiei și cele ale GHI, precum și riscul ca sinergiile, atât între domeniile de intervenție ale Comisiei și ale GHI, cât și între diferitele GHI, să nu fie consolidate.

54 Fondul global impune existența unui mecanism clar în fiecare țară beneficiară pentru coordonarea eforturilor comune de accesare și utilizare a finanțării. Din cauza problemelor legate de reprezentarea părților interesate (în special a comunităților locale) în cadrul mecanismelor naționale de coordonare, este adesea nevoie să se creeze un mecanism separat de coordonare la nivel de țară. Curtea a constatat că acest mecanism sporește sarcina administrativă pentru țara parteneră. De exemplu, din cauza acestei complexități, funcționarii din Burundi au informat Curtea cu privire la interesul lor de a integra mecanismul de coordonare de la nivel de țară în cadrul de parteneriat în domeniul sănătății și dezvoltării, care este structura generală de coordonare gestionată de Ministerul Sănătății.

55 Comisia s-a implicat în organismele de guvernare ale GHI, precum și în coordonarea și punerea în aplicare a [Agendei de la Lusaka](#) din 2023, care oferă un forum de coordonare privind viitorul GHI. Agenda de la Lusaka a identificat mai multe cerințe-cheie necesare pentru a îmbunătăți contribuția GHI la protejarea vieților omenești și la îmbunătățirea sănătății oamenilor la nivel mondial. Printre acestea se numără o contribuție mai mare la asistența medicală primară, un rol catalizator de sprijinire a serviciilor de sănătate finanțate la nivel național, abordări comune pentru realizarea echității în materie de sănătate, coerența strategică și operațională a modelelor de guvernare ale GHI și coordonarea cercetării și dezvoltării cu industria prelucrătoare regională. Punerea în aplicare cu eficacitate a agendei va fi esențială pentru asigurarea unei abordări coordonate între donatori, GHI și guvernele naționale, în vederea consolidării sistemelor de sănătate în țările partenere.

Vizibilitatea pe teren a acțiunilor finanțate de UE este scăzută, în special atunci când fondurile sunt puse în comun cu alți donatori

56 Vizibilitatea acțiunilor UE este esențială pentru consolidarea rolului UE în lume. Comisia a elaborat mai multe orientări axate în mod specific pe acțiunile externe²⁰. Destinatarii fondurilor UE au obligații menite să asigure vizibilitatea UE. Normele se referă, de asemenea, la comarcare – în majoritatea cazurilor, o cerință de afișare a emblemei UE cel puțin la fel de vizibil ca alte logouri.

57 În cursul vizitelor Curții, s-a constatat că acțiunile finanțate de UE nu sunt suficient de vizibile. Cea mai frecventă problemă este aceea că beneficiarii, deși cunosc proiectul sau promotorii, nu știu că finanțarea provine de la UE.

58 Promotorii proiectelor sunt, de obicei, mult mai vizibili decât donatorii și, de regulă, sunt percepuți de beneficiari drept cei care oferă finanțarea. De exemplu, în Burundi, s-au constatat cazuri în care drapelul UE era afișat fără niciun text atașat care să permită identificarea Uniunii Europene (a se vedea *imaginea 2*), ceea ce nu este în conformitate cu orientările (a se vedea punctul **56**). Acest lucru este problematic deoarece populațiile locale nu asociază întotdeauna drapelul cu UE. În alte cazuri, era afișat numai logoul promotorului.

²⁰ *Communicating and raising EU visibility: Guidance for external actions*, Comisia Europeană.

Imaginea 2 – Logo al drapelului UE fără niciun text care să permită identificarea Uniunii Europene



Sursa: Curtea de Conturi Europeană.

59 În cazul fondurilor cu donatori multipli, beneficiarii nu cunosc, de obicei, identitatea tuturor donatorilor, fiindu-le familiară doar denumirea fondului. În pofida cerinței ca sprijinul UE să fie cel puțin la fel de vizibil ca cel al celorlalți contribuitori, beneficiarii finali nu recunosc decât partenerii de implementare. Acest lucru este în detrimentul obiectivului de sensibilizare cu privire la politicile externe ale UE și la acțiunile UE la nivel mondial.

Realizările obținute datorită sprijinului UE în domeniul sănătății sunt greu de măsurat din cauza indicatorilor de performanță foarte generali și a deficiențelor de la nivelul datelor

60 Cadrul UE privind rezultatele utilizat de Comisie include un număr mic de indicatori legați de sănătate pentru a măsura gradul de realizare a obiectivelor strategice (cinci indicatori până în 2017 și doi de atunci). Acești indicatori (a se vedea [tabelul 5](#)) sunt destinați să măsoare sprijinul specific din partea UE. Cu toate acestea, în practică, ei arată efectul asistenței din partea întregii comunități de donatori și oferă doar o imagine parțială a intervenției UE în sectorul sănătății.

Tabelul 5 – Evoluția indicatorilor de sănătate în cadrul UE privind rezultatele

2015-2017	Începând cu 2018
Numărul copiilor cu vârsta de 1 an care sunt imunizați cu sprijinul UE	Numărul copiilor cu vârsta de 1 an care sunt imunizați cu sprijinul UE
Numărul de femei care utilizează orice metodă de contracepție datorită sprijinului UE	Numărul de femei aflate la vârsta reproducerii care utilizează metode contraceptive moderne datorită sprijinului UE
Numărul de nașteri care, datorită sprijinului UE, au fost asistate de personal medical calificat	-
Numărul de persoane infectate cu HIV în stadiu avansat care primesc medicamente antiretrovirale cu sprijinul UE	-
Numărul plaselor de pat anti-țânțari tratate cu insecticide și distribuite cu sprijinul UE	-

Sursa: cadrul UE privind rezultatele dezvoltării și cooperării internaționale (EURF) (2015), cadrul EURF revizuit (2018) și Sistemul de monitorizare a performanței programului „Europa globală”, care conține un cadru revizuit privind rezultatele pentru „Europa globală” (2022).

61 În mod similar, indicatorii de performanță utilizați de inițiativele în domeniul sănătății la nivel mondial adesea nu reflectă exclusiv acțiunile acestor inițiative, ci acțiunea comună a tuturor donatorilor și guvernelor țărilor beneficiare (de exemplu, indicatorul-cheie de performanță al Fondului global privind ratele mortalității).

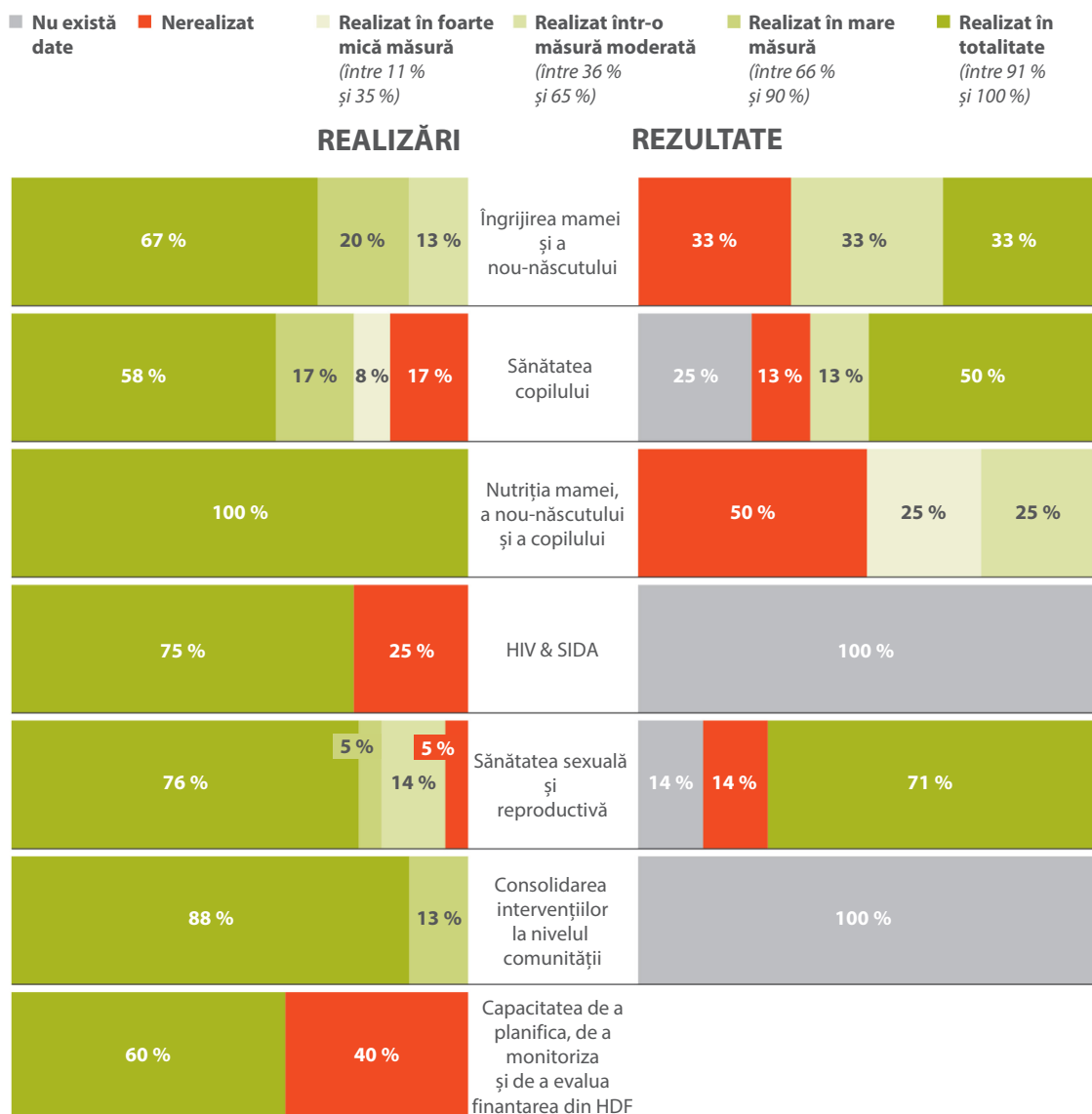
62 Delegațiile UE nu sunt suficient informate cu privire la realizările obținute datorită fondurilor puse în comun. De exemplu, delegația din Zimbabwe nu a primit rapoarte trimestriale privind punerea în aplicare, ci doar rapoarte anuale privind progresele înregistrate, cu informații insuficiente privind utilizarea fondurilor.

63 Astfel cum s-a explicat mai sus (a se vedea punctele **60** și **61**), este dificil să se izoleze impactul intervenției UE de sprijinul altor donatori și de alți factori exogeni. În Burundi, evaluările disponibile estimează că efectele și rezultatele vizate au fost obținute parțial²¹.

²¹ *Evaluation du programme d'appui au système de santé (PASS) au Burundi*, IBF, 2021; *Interim evaluation report of the programme Twiteho Amagara*, Proman, 2022, precum și alte evaluări din afara sferei publice.

64 Conform evaluării finale, Fondul de dezvoltare în domeniul sănătății din Zimbabwe a vizat obținerea a 24 de rezultate și a 69 de realizări. Indicatorii arată că majoritatea realizărilor au fost obținute, dar că progresul în obținerea rezultatelor a fost mai modest (a se vedea *figura 4*).

Figura 4 – Realizările și rezultatele Fondului de dezvoltare în domeniul sănătății (HDF) în Zimbabwe



Sursa: Curtea de Conturi Europeană, pe baza evaluării finale a Fondului de dezvoltare în domeniul sănătății în Zimbabwe.

65 În R.D. Congo, evaluarea la jumătatea perioadei a PRO DS, cel mai mare proiect în domeniul sănătății din perioada 2014-2020, a arătat că 3 dintre cele 10 rezultate preconizate au fost, în esență, obținute integral (de exemplu, raționalizarea funcționării unui spital de referință și a unor centre medicale) și că 5 rezultate au fost obținute parțial (de exemplu, consolidarea rolului de reglementare al administrației centrale din domeniul sănătății). Progresul realizat în obținerea a două rezultate a fost cu mult sub nivelul preconizat (de exemplu, asigurarea unor resurse umane adaptate la nivelurile operaționale și la funcțiile administrative).

66 În cursul vizitelor sale de audit, Curtea a constatat că unele date care trebuiau colectate pentru raportare nu erau disponibile sau nu erau fiabile. În Burundi, au fost utilizați mai mulți indicatori pentru monitorizarea sănătății materne. Cu toate acestea, unele valori raportate erau în mod evident imposibil de atins. De exemplu, indicatorul nașterilor asistate era uneori atât de ridicat încât ajungea până la 125 %. Potrivit explicațiilor Comisiei, acest lucru are la bază faptul că statisticile referitoare la populație nu erau actualizate.

Sustenabilitatea proiectelor este în pericol

67 Un risc inerent la nivelul proiectelor de ajutor pentru dezvoltare este ca ele să nu fie sustenabile. Ajutorul este temporar, orizontul de timp pentru intervenții este scurt, iar disponibilitatea fondurilor fluctuează, toate acestea putând avea un impact negativ asupra continuării proiectelor în țările beneficiare. Curtea a examinat dacă sustenabilitatea a fost luată în considerare în toate etapele intervențiilor, și anume de la planificare, trecând prin implementare, până la monitorizare.

Guvernele beneficiare nu dispun de strategii de tranziție sau de ieșire și nici de angajamente în acest sens, iar resursele bugetare pe care le au la dispoziție sunt limitate

68 Proiectele finanțate sunt limitate în timp și rareori devin autonome după încheierea finanțării. Prin urmare, donatorii trebuie să colaboreze cu autoritățile locale și naționale pentru a se asigura că rezultatele obținute nu vor fi pierdute. În același timp, este important ca finanțarea din partea donatorilor să fie în echilibru cu capacitatea de absorbție a țărilor și să nu fie utilizată de guverne pentru a înlocui cheltuieli naționale. Este important și ca țările beneficiare să dispună de strategii de finanțare în domeniul sănătății pentru a atenua efectele încheierii contribuțiilor donatorilor.

69 Curtea nu a identificat nicio strategie clară de tranziție și de ieșire în cele trei țări selectate pentru o analiză aprofundată (a se vedea [caseta 3](#)), fiind astfel dificil să se asigure sustenabilitatea operațiunilor după retragerea sprijinului acordat de UE, având în vedere, de asemenea, resursele bugetare limitate ale țărilor.

Caseta 3

Sistemele de sănătate rămân dependente de ajutorul internațional

În Burundi, intervenția UE în sectorul sănătății a fost inițial cu scop tranzitoriu, pentru a facilita trecerea de la sprijin de urgență la servicii de sănătate regulate. Burundi este încă foarte dependent de donatorii externi, iar ajutorul abia menține sistemul în picioare. Comisia recunoaște că, deși sunt în curs pregătiri pentru un dialog sectorial și politic, iar guvernul este în curs de a primi asistență tehnică, ar fi necesare eforturi de o mai mare amploare pentru a pregăti o strategie de tranziție sau de ieșire. Până în prezent, nu există planuri concrete în acest sens, deși discuțiile dintre donatori sunt în curs de desfășurare.

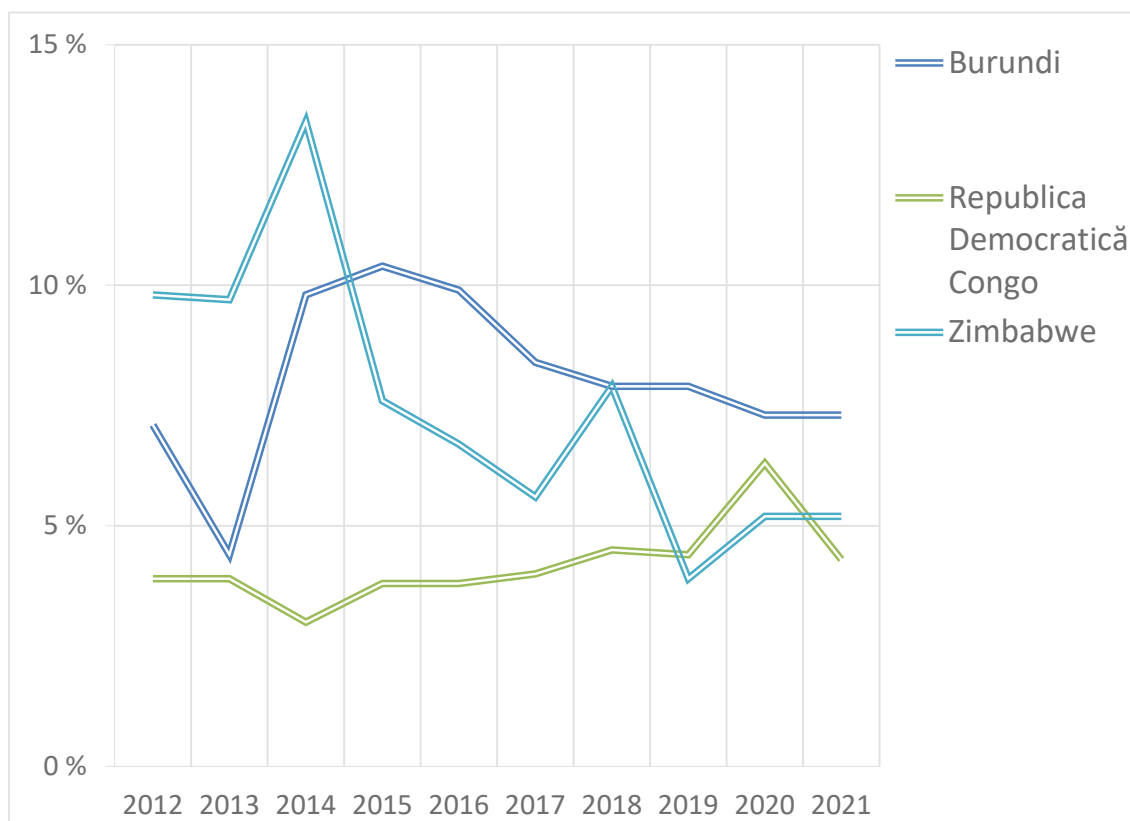
În Zimbabwe, proiectul din cadrul HDF a alocat o finanțare considerabilă pentru acoperirea nevoilor de resurse umane, cum ar fi plata indemnizațiilor de reținere a personalului, precum și plata primelor de performanță și a altor costuri cu personalul. Partenerii au presupus că guvernul va prelua finanțarea personalului sanitar din cadrul comunităților la sfârșitul proiectului, după diminuarea treptată a finanțării din partea donatorilor în cadrul Fondului pentru reziliență în domeniul sănătății (HRF) următor, dar niciun sprijin guvernamental nu s-a materializat pentru salarii și costuri asimilate.

Evaluarea la jumătatea perioadei a celui mai mare program al UE pentru sănătate în R.D. Congo în perioada 2014-2020 a evidențiat provocări legate de sustenabilitate și a pledat pentru elaborarea unei strategii de ieșire care să implice toate părțile interesate.

70 Strategiile de ieșire necesită adesea crearea unei marje de manevră bugetară pentru a permite o finanțare națională suficientă în domeniul sănătății. Bugetele pentru sănătate ale celor trei țări selectate nu au atins încă pragul de 15 % din bugetul total promis în [Declarația de la Abuja](#) din 2001 (a se vedea punctul **06** și [figura 5](#))²².

²² *Africa Scorecard on Domestic Financing for Health*, Uniunea Africană.

Figura 5 – Bugetul pentru sănătate ca procent din PIB în țările auditate



Sursa: Curtea de Conturi Europeană, pe baza tabloului de bord privind finanțarea națională pentru sănătate în Africa (*Africa Scorecard on Domestic Financing for Health*).

Echipamentele nu sunt întotdeauna întreținute în mod adecvat

71 Atunci când finanțează sau livrează echipamente, donatorii presupun adesea că beneficiarii vor avea grijă de ele și vor asigura întreținerea și consumabilele necesare. Acest lucru implică însă adesea costuri suplimentare: telefoanele necesită un abonament, automobilele au nevoie de întreținere periodică și de piese de schimb, iar pentru imprimante sunt necesare hârtie și cartușe de toner. Chiar dacă reprezintă doar o fracțiune din valoarea echipamentelor, aceste costuri suplimentare tot pot deveni uneori o barieră nesurmontabilă în calea utilizării lor efective.

72 Problema întreținerii a fost identificată în multe evaluări și Curtea a constatat că procesul de selecție și de întreținere a echipamentelor nu lua suficient în considerare dacă serviciile, competențele și piesele de schimb necesare erau disponibile în țara beneficiară. **Evaluarea comună** a primelor două proiecte de finanțare bazată pe performanță din Burundi a constatat probleme legate de întreținerea echipamentelor.

73 În cursul vizitelor la proiecte, Curtea a identificat cazuri de echipamente neutilizate (a se vedea *caseta 4*), deteriorate (a se vedea *imaginea 3*) sau de echipamente insuficient utilizate, care fuseseră finanțate direct sau indirect din fonduri ale UE. În opinia Curții, motivele sunt legate de lipsa evaluării nevoilor sau de o evaluare insuficientă a acestora și de alegerea necorespunzătoare a echipamentelor.

Imaginea 3 – Analizor de hematologie defect de peste 16 luni, într-un laborator din Burundi



Sursa: Curtea de Conturi Europeană.

Caseta 4

Centre de operațiuni pentru situații de urgență de sănătate publică neoperaționale în Burundi

Centrele de operațiuni pentru situații de urgență de sănătate publică (PHEOC) coordonează toate activitățile legate de urgențele de sănătate publică. Fonduri în valoare de 800 000 de euro din partea UE au fost utilizate pentru înființarea în Burundi a unui astfel de centru, care a fost inaugurat la 20 aprilie 2021²³. La momentul vizitei de audit a Curții, la doi ani de la inaugurare, calculatoarele nu erau încă conectate fizic, telefoanele nu funcționau, iar alte echipamente informatice nu fuseseră utilizate niciodată. Conducerea centrului a explicat că acesta nu era operațional deoarece Ministerul Sănătății nu a putut ajunge la un acord cu o societate de telefonie.

²³ Raportul OMS: *Inauguration officielle du Centre des Opérations d'Urgences de Santé Publique*.

Concluzii și recomandări

74 Per ansamblu, Curtea a constatat că Comisia a alocat finanțare în concordanță cu prioritățile sale generale, metodologia acestei alocări fiind însă afectată de deficiențe. Eficacitatea intervențiilor a fost subminată de aspecte problematice legate de coordonare și de sustenabilitate.

75 Principalele documente de politică ale UE stabilesc parametri generali pentru alocarea fondurilor, fără a specifica obiective operaționale. Plățile aferente sprijinului pentru sănătate au rămas relativ constante în ultimele trei perioade de programare. În schimb, finanțarea cooperării bilaterale cu țările partenere a scăzut, în timp ce finanțarea sprijinului pentru inițiativele în domeniul sănătății la nivel mondial a crescut substanțial și din cauza răspunsului la pandemia de COVID-19 (punctele **28-32**).

76 Comisia a clasat țările partenere în funcție de nevoile sistemelor lor de sănătate, dar această evaluare a avut un efect redus asupra finanțării bilaterale, în principal din cauza principiilor de programare (punctele **33-37**).

Recomandarea 1 – Să se asigure o mai bună corelare între nevoile țărilor și alocarea fondurilor pentru sănătate

În contextul pregătirilor pentru următorul CFM, Comisia, în dialog cu țările beneficiare, ar trebui să exploreze modalități prin care să coreleze mai bine clasamentul în funcție de nevoi al țărilor partenere cu alocarea geografică a ajutorului UE pentru sănătate și, dacă este posibil, pe baza temeiului juridic al următorului CFM, să reechilibreze alocarea finanțării între inițiativele globale, sprijinul regional și sprijinul bilateral acordat țărilor.

Data-țintă pentru punerea în aplicare a recomandării: în timp util pentru următorul CFM.

77 Alocarea sprijinului pentru inițiativele individuale în domeniul sănătății la nivel mondial prin intermediul programelor tematice s-a bazat pe elemente cantitative și calitative. Ea nu s-a fundamentat însă pe un set formal predefinit de criterii specifice și cuantificabile, iar procesul nu era suficient documentat (punctele **38-39**).

Recomandarea 2 – Să se stabilească criteriile clare pentru finanțarea inițiativelor în domeniul sănătății la nivel mondial și să se îmbunătățească documentarea procesului de alocare

Comisia ar trebui să stabilească criteriile clare, specifice și, după caz, cuantificabile pentru finanțarea inițiativelor în domeniul sănătății la nivel mondial și să îmbunătățească documentarea procesului, incluzând o analiză a valorii adăugate a implicării Comisiei în aceste inițiative.

Data-țintă pentru punerea în aplicare a recomandării: 2025.

78 Proiectele examinate au condus la o serie de realizări – rambursarea vizitelor medicale, furnizarea de medicamente și construirea de spitale. În schimb, coordonarea la nivelul districtelor era insuficientă, ceea ce a condus la deficiențe în distribuția echipamentelor și a medicamentelor (punctele **40-49**).

Recomandarea 3 – Să se îmbunătățească analiza nevoilor și coordonarea distribuției de echipamente și medicamente

Comisia ar trebui să colaboreze cu actorii relevanți la nivelul adecvat pentru a îmbunătăți coordonarea distribuției echipamentelor și a medicamentelor. Ea ar trebui să colaboreze cu țările partenere pentru a spori capacitatea acestora de analiză a nevoilor, de planificare și de coordonare.

Data-țintă pentru punerea în aplicare a recomandării: 2025.

79 Costurile intervențiilor în sectorul sănătății au fost afectate de structura „în cascada” aleasă pentru implementare. Acest lucru a dus la creșterea costurilor de implementare a proiectelor și la reducerea sumelor disponibile pentru beneficiarii finali (punctele **50-52**).

Recomandarea 4 – Să se analizeze dacă costurile de gestionare sunt rezonabile

Comisia ar trebui să analizeze mai în detaliu dacă costurile de gestionare înscrise în buget sunt rezonabile – în special atunci când pentru implementare se alege o structură „în cascadă”.

Data-țintă pentru punerea în aplicare a recomandării: 2025.

80 Comisia s-a implicat în organismele de guvernare ale inițiativelor în domeniul sănătății la nivel mondial, cât și în coordonarea și în punerea în aplicare a Agendei de la Lusaka. Obiectivul său este de a asigura o mai bună aliniere între aceste inițiative, de a pune capăt fragmentării lor și de a perfecționa arhitectura acestora (punctele 53-55).

Recomandarea 5 – Să se evite suprapunerile și să se asigure sinergii între inițiativele în domeniul sănătății la nivel mondial care beneficiază de sprijin

Comisia ar trebui să ia măsuri suplimentare pentru a evita suprapunerile și pentru a asigura sinergii între inițiativele în domeniul sănătății la nivel mondial care beneficiază de sprijin.

Data-țintă pentru punerea în aplicare a recomandării: 2025.

81 Vizibilitatea finanțării UE în rândul populațiilor țintă era redusă (punctele 56-59). Comisia utilizează un număr mic de indicatori de nivel înalt referitori la sănătate. Curtea a constatat că acești indicatori ofereau doar o imagine parțială a numeroaselor acțiuni ale UE în domeniul sănătății. În plus, aceștia erau calculați într-un mod care măsura *de facto* efortul comun al diferiților actori, performanța lor neputând fi atribuită exclusiv finanțării din partea UE. Acest lucru a împiedicat Comisia să măsoare pe deplin rezultatele obținute datorită finanțării din partea UE în sectorul sănătății în raport cu obiectivele strategice. În plus, rezultatele intervențiilor bilaterale puse în aplicare prin fonduri cu donatori multipli nu au fost comunicate la un nivel suficient delegațiilor UE. Uneori, datele care trebuiau colectate de promotorii proiectelor pentru raportare fie nu erau disponibile, fie nu erau fiabile (punctele 60-66).

Recomandarea 6 – Să se identifice indicatori care să monitorizeze în mod exhaustiv sprijinul UE pentru sectorul sănătății

În contextul pregătirilor pentru următorul CFM, Comisia ar trebui să identifice indicatori pentru sectorul sănătății care să monitorizeze în mod cuprinzător efectele intervențiilor UE, în concordanță cu principiile eficacității ajutorului. În ceea ce privește fondurile cu donatori multipli, Comisia ar trebui să evalueze fezabilitatea aplicării unei metode proporționale de raportare a rezultatelor intervențiilor UE.

Data-țintă pentru punerea în aplicare a recomandării: în timp util pentru următorul CFM, cel târziu până în 2027.

82 Nu existau strategii clare de tranziție și de ieșire prin care guvernul să preia finanțarea după reducerea treptată a finanțării din partea donatorilor. Acest lucru ar putea pune în pericol sustenabilitatea sistemelor odată ce sprijinul UE este retras (punctele [67-70](#)).

Recomandarea 7 – Să se ia măsuri pentru a promova sustenabilitatea sistemelor de sănătate

Comisia ar trebui să examineze mai detaliat, împreună cu toți actorii relevanți implicați în țările partenere sprijinite, eventualele modalități de asigurare a sustenabilității sistemelor de sănătate. Discuția ar trebui să abordeze și finanțarea destinată sectorului sănătății, inclusiv mobilizarea veniturilor interne și strategii de tranziție și de ieșire clare și realiste. Strategiile de ieșire ar trebui să acopere finanțarea planificată în viitor a unor părți relevante ale sistemelor de sănătate.

Data-țintă pentru punerea în aplicare a recomandării: 2025.

83 Sustenabilitatea intervențiilor UE este amenințată și din cauza întreținerii inadecvate a echipamentelor furnizate (punctele [71-73](#)).

Recomandarea 8 – Să se pună un accent mai mare pe importanța întreținerii echipamentelor

Comisia ar trebui:

- (a) să includă aspectul întreținerii în procedurile de achiziții ale echipamentelor, și anume să ia în considerare dacă serviciile, competențele și piesele de schimb necesare sunt disponibile la nivel de țară, precum și modul în care s-ar putea asigura disponibilitatea lor, acolo unde este necesar;
- (b) să ia măsuri pentru a contribui la creșterea gradului de conștientizare și la schimbarea comportamentului în ceea ce privește întreținerea, pentru a favoriza crearea unei culturi și a unei activități de rutină sub acest aspect în rândul părților interesate.

Data-țintă pentru punerea în aplicare a recomandării: 2025.

Prezentul raport a fost adoptat de Camera III, condusă de doamna Bettina Jakobsen, membră a Curții de Conturi, la Luxemburg, în ședința sa din 9 iulie 2024.

Pentru Curtea de Conturi

Tony Murphy
Președinte

Anexe

Anexa I – Obiectivele strategiilor UE de ajutor în domeniul sănătății începând din 2005

Documentul strategic	Obiectivele ajutorului pentru sănătate
<p>Consensul european privind dezvoltarea din 2005</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Încercarea de a îndeplini obiectivele de dezvoltare ale mileniului (ODM) ale ONU în materie de sănătate: ODM 4 privind reducerea mortalității infantile, ODM 5 privind îmbunătățirea sănătății materne și ODM 6 privind combaterea HIV/SIDA, a malariei și a altor boli. — Abordarea crizei excepționale a resurselor umane cu care se confruntă furnizorii de servicii medicale. — Finanțare echitabilă pentru sănătate. — Consolidarea sistemelor de sănătate (HSS) pentru a promova rezultate mai bune în materie de sănătate. — Continuarea contribuției la inițiativele globale; punctul 108 din documentul 2006/C 46/01 prevede că „Comisia va elabora criterii pentru participarea Comunității la fondurile globale și pentru contribuțiile la acestea”.
<p>Comunicarea Comisiei din 2010 privind rolul UE în materie de sănătate globală (și documentele de lucru conexe ale serviciilor Comisiei)</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Rolul de lider al UE în coordonarea inițiativelor în domeniul sănătății la nivel mondial, implicarea părților interesate de la nivelul țărilor partenere. — Acoperirea universală cu servicii de sănătate (UHC): <ul style="list-style-type: none"> ○ Prioritate pentru țările fragile prin canale bilaterale (lista țărilor fragile) și prin participarea la inițiative în domeniul sănătății la nivel mondial (promovarea adaptării celor existente). ○ Concentrarea asupra sprijinului pentru consolidarea sistemelor de sănătate (HSS). ○ Finanțarea unui buget național pentru sănătate și a unui proces de monitorizare drept cadru preferat pentru furnizarea de sprijin din partea UE. ○ Canalizarea a două treimi din asistența oficială pentru dezvoltare în domeniul sănătății prin intermediul programelor de dezvoltare ale țărilor partenere și a 80 % prin utilizarea sistemelor de achiziții publice și de gestiune a finanțării publice ale țărilor partenere. — Asigurarea coerenței cu alte politici de promovare a UHC. — Investiții în cercetarea în domeniul sănătății pentru toți.

Documentul strategic	Obiectivele ajutorului pentru sănătate
Comunicarea din 2011 a Comisiei privind o agendă a schimbării (Concluziile Consiliului din 2012)	<ul style="list-style-type: none"> — Utilizarea întregului spectru de instrumente de ajutor, în special „contractele în materie de reformă sectorială”. — Dezvoltarea și consolidarea sistemelor de sănătate (HSS). — Reducerea inegalităților în ceea ce privește accesul la serviciile de sănătate. — Creșterea nivelului de protecție față de amenințările globale la adresa sănătății. — Promovarea coerenței politicilor. — Concluziile Consiliului: „Sprijinul pentru incluziunea socială și dezvoltarea umană [protecție socială, sănătate și educație] se va acorda în continuare prin cel puțin 20 % din ajutorul UE” și „UE se va implica în continuare în statele fragile [...]”.
Consensul european privind dezvoltarea din 2017	<ul style="list-style-type: none"> — Încercarea de a îndeplini obiectivele de dezvoltare durabilă (ODD) ale ONU în materie de sănătate. — UE și statele sale membre vor promova UHC. — Sprijin pentru a construi sisteme de sănătate puternice, de calitate și reziliente (HSS). UE și statele sale membre vor sprijini țările în curs de dezvoltare în formarea, recrutarea, desfășurarea și dezvoltarea profesională continuă a forței de muncă din domeniul sănătății etc. — Prevenirea și combaterea bolilor transmisibile, cum ar fi HIV/SIDA, tuberculoza, malaria și hepatita. — Abordarea amenințărilor globale la adresa sănătății (epidemiile și rezistența la antimicrobiene). — Depunerea de eforturi pentru a reduce mortalitatea maternă și infantilă, pentru a promova sănătatea mintală și pentru a aborda problema din ce în ce mai mare pe care o reprezintă bolile netransmisibile, în țările partenere. — Promovarea inovării în domeniul tehnologiilor medicale. — UE își reiterează angajamentul de a aloca cel puțin 20 % din asistența oficială pentru dezvoltare pentru incluziunea socială și dezvoltarea umană.

Documentul strategic	Obiectivele ajutorului pentru sănătate
<p>Strategia UE în domeniul sănătății la nivel mondial din 2022</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Asigurarea unui nivel mai bun de sănătate și bunăstare a oamenilor pe tot parcursul vieții lor (ODD 3 privind asigurarea unei vieți sănătoase, ODD 5 privind realizarea egalității de gen și ODD 10 privind reducerea inegalităților dintre țări și în interiorul acestora). Sunt menționate aici consolidarea sistemelor de sănătate (HSS), măsuri de combatere a HIV și sprijinul pentru inițiativele în domeniul sănătății la nivel mondial (GHI). — Consolidarea sistemelor de sănătate (HSS) și promovarea acoperirii universale cu servicii de sănătate. Sunt incluse aici digitalizarea, inovarea tehnologică și abordarea deficitului de forță de muncă din domeniul sănătății. — Prevenirea și combaterea amenințărilor la adresa sănătății, inclusiv a pandemiilor, aplicând o abordare de tip „O singură sănătate”. Inclusiv sprijin pentru Fondul pentru pandemii, capacitatea de producție etc. — Reiterează angajamentul UE de a aloca cel puțin 20 % din asistența sa oficială pentru dezvoltare pentru dezvoltarea umană și incluziunea socială în cadrul IVCDI.

Anexa II – Lista programelor și a proiectelor auditate

Burundi

Denumirea	CFM	Referința	Sprijinul din partea UE (angajamente exprimate în milioane de euro)
<i>Programme d'Appui au Système de la Santé (PASS) à travers l'outil du Financement Basé sur la Performance (FBP) – Phase 2</i>	2014-2020	FED/2019/413-660 (CL)	27,8
<i>TWITEHO AMAGARA - Bujumbura Mairie, Bujumbura rural, Muramvya, Rumonge et Kirundo</i>	2014-2020	FED/2019/405-241 (EC)	9,4
<i>TWITEHO AMAGARA - Cankuzo, Ruyigi, Rutana, Mwaro</i>	2014-2020	FED/2019/405-314 (EC)	9,3
<i>TWITEHO AMAGARA - Ngozi, Kayanza, Cibitoke</i>	2014-2020	FED/2019/405-306 (EC)	8,9
<i>TWITEHO AMAGARA - Bururi, Makamba, Gitega</i>	2014-2020	FED/2019/405-304 (CL)	8,1
<i>TWITEHO AMAGARA - Karuzi, Muyinga, Bubanza et santé mentale à Ngozi</i>	2014-2020	FED/2019/405-311 (CL)	7,5

Republica Democratică Congo

Denumirea	CFM	Referința	Sprijinul din partea UE (angajamente exprimate în milioane de euro)
<i>Programme d'Appui au Plan national de Développement sanitaire (PA PNDS)</i>	2007-2013	FED/ 2009/21511	53,8
<i>Projet d'accélération des progrès vers les objectifs 4 et 5 du millénaire pour le développement (PAP-OMD 4&5)</i>	2007-2013	FED/2012/023-801 (EC)	40
<i>Programme de renforcement de l'offre et développement de l'accès aux soins de santé en RDC (PRODS)</i>	2014-2020	FED/2016/038-165 (EC)	217

Denumirea	CFM	Referința	Sprijinul din partea UE (angajamente exprimate în milioane de euro)
<i>Unis pour la santé et l'éducation</i>	2021-2027	NDICI AFRICA/2021/043-305 (EC)	30
<i>Unis pour la santé, phase 2</i>	2021-2027	NDICI AFRICA/2022/043-891 (CA)	35
<i>Unis pour la santé, phase 3</i>	2021-2027	NDICI AFRICA/2023/045-313 (EC) (JAD.1258480)	9

Zimbabwe

Denumirea	CFM	Referința	Sprijinul din partea UE (angajamente exprimate în milioane de euro)
<i>Health Development Fund (Improving access to basic health services to all Zimbabweans)</i>	2014-2020	FED/2015/368-364 (CL)	62,6
<i>Improving access to basic health services to all Zimbabweans II</i>	2014-2020	FED/2020/415-680 (EC)	42,5
<i>Health Resilience Fund (HRF)</i>	2021-2027	NDICI AFRICA/2022/438- 583 (EC)	41,0
<i>Improving access to basic health services to all Zimbabweans II_UNICEF</i>	2014-2020	FED/2020/415-231 (CA)	35,9
<i>Contribution to Health Transition Fund IV</i>	2014-2020	FED/2015/356-385 (CA)	12,0

Anexa III – Țările partenere care, în programele lor indicative naționale/programele indicative multianuale, au identificat sănătatea drept un sector prioritar

	CFM 2007-2013	CFM 2014-2020	CFM 2021-2027
Afganistan	•	•	•
Africa de Sud	•		
Algeria	•		
Angola	•		
Bangladesh	•		
Belize		•	
Burkina Faso	•	•	
Burundi	•	•	•
Ciad	•		
Congo	•		
Côte d'Ivoire	•		
Cuba			•
Dominica	•		
Egipt	•		•
Etiopia		•	•
Filipine	•		
Ghana	•		
Grenada		•	
Guineea-Bissau	•	•	•
Guineea Conakry	•	•	•
India	•		
Iran			•
Jamaica	•		
Kenya			•
Liban			•
Liberia	•		
Libia	•	•	•
Madagascar	•		•
Mali	•		•
Maroc	•	•	•
Mauritania	•	•	•
Mozambic	•		
Myanmar/ Birmania	•		
Namibia	•		
Niger	•		

	CFM 2007-2013	CFM 2014-2020	CFM 2021-2027
Nigeria	•	•	•
Palestina			•
Peru	•		
Republica Centrafricană		•	•
Republica Democrată Populară Laos			•
Republica Democratică Congo	•	•	•
Republica Moldova	•		
Saint Lucia	•		
Saint Vincent și Grenadinele	•		
São Tomé și Príncipe	•		
Senegal	•		
Sierra Leone	•		
Siria	•		
Sudan			•
Sudanul de Sud	•	•	•
Swaziland	•		
Tadjikistan	•	•	•
Timorul de Est	•		
Togo	•		
Tunisia			•
Uganda			•
Uzbekistan	•		
Vietnam	•		
Yemen	•		
Zambia	•		•
Zimbabwe	•	•	•
TOTAL țări	48	17	27

Anexa IV – Alocările din pilonul tematic al IVCDCl – Europa globală (ianuarie 2024)

Programele pentru sănătate	Angajamente (în euro)
Contribuția la Fondul global	1 064 503 222
Contribuția la GAVI	525 000 000
Contribuția la Fondul pentru pandemii	427 000 000
Contribuția la Fondul Națiunilor Unite pentru Populație (UNFPA)	45 000 000
Acordul de contribuție pentru programul de accelerare a dezvoltării umane (HDX) – componenta poliomielită	275 000 000
Altele	12 517 500
Total general	2 349 020 722

Notă: rândurile cu caractere albine se referă la alocările către inițiativele în domeniul sănătății la nivel mondial (Fondul global, GAVI, inclusiv mecanismul COVAX pentru vaccinurile împotriva COVID-19, UNFPA și Fondul pentru pandemii).

Acronime

CFM: cadru financiar multianual

DG ECHO: Direcția Generală Protecție Civilă și Operațiuni Umanitare Europene

DG INTPA: Direcția Generală Parteneriate Internaționale

DG NEAR: Direcția Generală Vecinătate și Negocieri privind Extinderea

FED: Fondul european de dezvoltare

GAVI: Alianța Mondială pentru Vaccinuri și Imunizare

GHI: inițiativă în domeniul sănătății la nivel mondial (*global health initiative*)

HDF: Fondul de dezvoltare în domeniul sănătății (*Health Development Fund*)

HSS: consolidarea sistemelor de sănătate (*health system strengthening*)

ICD: Instrumentul de cooperare pentru dezvoltare

IPA: Instrumentul de asistență pentru preaderare

IVDCI: Instrumentul de vecinătate, cooperare pentru dezvoltare și cooperare internațională

ODD: obiectiv de dezvoltare durabilă

OMS: Organizația Mondială a Sănătății

PASS: *Programme d'appui au système de santé* (Programul de sprijin în domeniul sănătății din Burundi)

PHEOC: centru de operațiuni pentru situații de urgență de sănătate publică (*public health emergency operations centre*)

UNFPA: Fondul Națiunilor Unite pentru Populație

UNICEF: Fondul Națiunilor Unite pentru Copii

Glosar

Abordarea de tip „O singură sănătate”: o abordare integrată și unificatoare prin care se urmărește echilibrarea și optimizarea durabilă a sănătății oamenilor, a animalelor și a ecosistemelor.

Asistență oficială pentru dezvoltare: ajutor guvernamental menit să promoveze dezvoltarea economică și bunăstarea țărilor în curs de dezvoltare.

Delegație a UE: reprezentanță diplomatică a UE într-o țară terță sau pe lângă o organizație multilaterală sau internațională.

Efect: modificare imediată sau pe termen mai lung, intenționată sau neintenționată, generată de un proiect, precum beneficiile datorate unei mai bune instruirii a forței de muncă.

Fondul european de dezvoltare: fond al UE, gestionat de Comisie în afara bugetului general, prin care se acordă ajutor pentru dezvoltare țărilor din Africa, zona Caraibilor și Pacific și țărilor și teritoriilor de peste mări care sunt asociate la UE prin statele membre.

Impact: consecințele pe termen lung mai ample ale unui proiect sau ale unui program finalizat, cum ar fi beneficiile socioeconomice pentru populație în ansamblul acesteia.

Indicator de impact: o variabilă măsurabilă care oferă informații privind mijloacele umane, financiare, fizice, administrative și de reglementare utilizate pentru implementarea unui proiect sau a unui program.

Indicator de realizare: variabilă măsurabilă care oferă informații în vederea evaluării livrabililor sau a realizărilor unui proiect.

Obiective de dezvoltare durabilă: 17 obiective stabilite în Agenda 2030 pentru dezvoltare durabilă a Organizației Națiunilor Unite pentru a stimula acțiunea tuturor țărilor în domenii de importanță critică pentru umanitate și pentru planetă.

Obiectivele de dezvoltare ale mileniului: ținte globale de reducere a sărăciei și a manifestărilor acesteia până în 2015. Au fost stabilite de liderii mondiali și de principalele instituții de dezvoltare la Summitul mileniului al ONU din septembrie 2000.

Realizare: ceea ce se produce sau se obține cu ajutorul unui proiect (de exemplu, predarea unui curs de formare profesională sau construcția unui drum).

Rezultat: efect imediat al unui proiect sau al unui program după finalizarea acestuia, cum ar fi capacitatea îmbunătățită de inserție profesională a participanților la un curs sau accesul îmbunătățit ca urmare a construcției unui drum nou.

Sustenabilitate: capacitatea unui proiect sau a unui sistem de a continua atât timp cât este necesar, deoarece este suficient de bine stabilit și fie suficient de autonom din punct de vedere financiar, fie suficient de bine finanțat.

Răspunsurile Comisiei

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

Calendar

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

Echipa de audit

Rapoartele speciale ale Curții de Conturi Europene prezintă rezultatele auditurilor sale cu privire la politicile și programele UE sau la diverse aspecte legate de gestiune aferente unor domenii bugetare specifice. Curtea de Conturi Europeană selectează și concepe aceste sarcini de audit astfel încât impactul lor să fie maxim, luând în considerare riscurile la adresa performanței sau a conformității, nivelul de venituri sau de cheltuieli implicat, evoluțiile viitoare și interesul politic și public.

Acest audit al performanței a fost efectuat de Camera de audit III – Acțiuni externe, securitate și justiție, condusă de doamna Bettina Jakobsen, membră a Curții de Conturi Europene. Auditul a fost condus inițial de domnul Baudilio Tomé Muguruza și de domnul Hannu Takkula, membri ai Curții de Conturi Europene.

Auditul a fost finalizat de domnul George-Marius Hyzler, membru al Curții de Conturi Europene, asistat de: Pietro Puricella, manager principal; Piotr Zych, coordonator; Alfonso Calles Sánchez și Piotr Senator, auditori. Alexandra Damir-Bînzaru a asigurat sprijin pentru concepția grafică.



George-Marius Hyzler



Pietro Puricella



Piotr Zych



Alfonso Calles Sánchez



Piotr Senator

DREPTURI DE AUTOR

© Uniunea Europeană, 2024

Politica Curții de Conturi Europene referitoare la reutilizare este definită în [Decizia nr. 6-2019 a Curții de Conturi Europene](#) privind politica în materie de date deschise și reutilizarea documentelor.

Cu excepția cazului în care se precizează altceva (de exemplu, într-o mențiune separată indicând drepturile de autor), conținutul elaborat de Curtea de Conturi Europeană pentru care UE deține drepturile de autor face obiectul licenței [Creative Commons Atribuire 4.0 Internațional \(CC BY 4.0\)](#). Prin urmare, ca regulă generală, reutilizarea este autorizată cu condiția menționării adecvate a autorilor și a indicării eventualelor modificări. Reutilizatorul conținutului elaborat de Curtea de Conturi Europeană nu poate altera sensul sau mesajul inițial. Curtea de Conturi Europeană nu răspunde pentru eventualele consecințe ale reutilizării.

Este necesar să obțineți o permisiune suplimentară în cazul în care un anumit conținut prezintă persoane fizice ce pot fi identificate, de exemplu, în cazul fotografiilor în care apar membri ai personalului Curții de Conturi Europene sau în cazul în care conținutul include lucrări ale unor terți.

Dacă se obține o astfel de permisiune, ea anulează și înlocuiește permisiunea de natură generală menționată mai sus și va indica în mod clar eventualele restricții de utilizare.

Pentru a utiliza sau a reproduce un conținut pentru care UE nu deține drepturile de autor, poate fi necesar să obțineți o permisiune în acest sens direct de la titularii drepturilor de autor.

Figura 1 – pictograma pentru ODD: Drepturi de autor: © Organizația Națiunilor Unite. Toate drepturile rezervate. Conținutul acestei publicații nu a fost aprobat de Organizația Națiunilor Unite și nu reflectă opiniile acesteia și nici ale funcționarilor săi. Pictogramele pentru alte limbi decât limbile oficiale ale ONU au fost fie descărcate de pe [Trello](#), fie au fost create de Curtea de Conturi Europeană. Națiunile Unite nu își asumă răspunderea pentru traduceri textelor care figurează pe pictogramele corespunzătoare ODD-urilor în alte limbi decât limbile oficiale ale ONU.

Programele informatice sau documentele care fac obiectul unor drepturi de proprietate industrială, cum ar fi brevetele, mărcile, desenele și modelele înregistrate, logourile și denumirile, sunt excluse din politica Curții de Conturi Europene referitoare la reutilizare.

Familia site-urilor instituționale ale Uniunii Europene care sunt incluse în domeniul europa.eu oferă linkuri către site-uri terțe. Deoarece Curtea de Conturi Europeană nu are control asupra acestor site-uri, sunteți încurajați să verificați politica aplicată de ele în ceea ce privește respectarea vieții private și drepturile de autor.

Utilizarea logoului Curții de Conturi Europene

Logoul Curții de Conturi Europene nu poate fi utilizat fără acordul prealabil al Curții de Conturi Europene.

HTML	ISBN 978-92-849-2800-2	ISSN 1977-5806	doi:10.2865/096750	QJ-AB-24-017-RO-Q
PDF	ISBN 978-92-849-2834-7	ISSN 1977-5806	doi:10.2865/345583	QJ-AB-24-017-RO-N

Curtea de Conturi Europeană a auditat sprijinul financiar furnizat de UE pentru sistemele de sănătate din țări partenere pe parcursul a trei perioade de programare. În acest scop, s-a procedat la o analiză documentară și la examinarea unor proiecte din Burundi, Republica Democratică Congo și Zimbabwe. Concluzia la care s-a ajuns a fost că Comisia a alocat fondurile în concordanță cu prioritățile sale generale, metodologia acestei alocări fiind însă afectată de deficiențe. Eficacitatea proiectelor a fost subminată de aspecte problematice legate de coordonare, de sustenabilitate și de monitorizare. Din cauza structurii „în cascadă” alese pentru punerea în aplicare a proiectelor, costurile acestora au sporit, iar vizibilitatea finanțării din partea UE în rândul populațiilor țintă era redusă. Recomandările formulate de Curte se referă la alocarea finanțării și la criteriile de finanțare, la coordonare, la rezonabilitatea costurilor de gestiune, la asigurarea de sinergii, la monitorizare, la sustenabilitate și la mentenanța echipamentelor livrate de proiecte.

Raport special al Curții de Conturi Europene prezentat în temeiul articolului 287 alineatul (4) al doilea paragraf TFUE.



CURTEA DE
CONTURI
EUROPEANĂ



Oficiul pentru Publicații
al Uniunii Europene

CURTEA DE CONTURI EUROPEANĂ
12, rue Alcide De Gasperi
1615 Luxembourg
LUXEMBURG

Tel. +352 4398-1

Întrebări: eca.europa.eu/ro/contact

Website: eca.europa.eu

Twitter: @EUAuditors