

Czwartek, 12 marca 2009 r.

30. oczekuje podjęcia negocjacji na forum ONZ w celu zawarcia traktatu międzynarodowego uznającego wspomniane prawo; zwraca się do państw członkowskich UE oraz do prezydencji Unii, by w Zgromadzeniu Ogólnym oraz w Radzie ds. Praw Człowieka ONZ wystąpiły z idącymi w tym kierunku inicjatywami politycznymi i dyplomatycznymi;

31. zobowiązuje swojego przewodniczącego do przekazania niniejszej rezolucji Radzie, Komisji, Radzie Ministrów AKP-UE, Sekretarzowi Generalnemu ONZ i Sekretariatowi Generalnemu międzynarodowego komitetu Światowej Umowy Wodnej.

Pomoc WE na rzecz rozwoju usług zdrowotnych w Afryce subsaharyjskiej

P6_TA(2009)0138

Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 12 marca 2009 r. w sprawie podejścia do pomocy WE na rzecz rozwoju usług zdrowotnych w Afryce subsaharyjskiej

(2010/C 87 E/32)

Parlament Europejski,

- uwzględniając sprawozdanie specjalne Trybunału Obrachunkowego nr 10/2008 zatytułowane „Pomoc WE na rzecz rozwoju usług zdrowotnych w Afryce subsaharyjskiej”,
- uwzględniając deklarację milenijną Narodów Zjednoczonych z dnia 18 września 2000 r., która ustanawia milenijne cele rozwoju (MCR) jako kryteria uzgodnione przez całą wspólnotę międzynarodową z myślą o wyeliminowaniu ubóstwa,
- uwzględniając komunikat Komisji z dnia 7 października 2005 r. zatytułowany „Przyspieszenie postępów w realizacji Milenijnych Celów Rozwoju – wkład Unii Europejskiej” (COM(2005)0132),
- uwzględniając program działań przyjęty w 1994 r. przez międzynarodową konferencję na temat ludności i rozwoju ⁽¹⁾,
- uwzględniając rezolucję przyjętą dnia 22 listopada 2007 r. przez 14. Wspólne Zgromadzenie Parlamentarne AKP-UE w sprawie dostępu do opieki zdrowotnej i leków, ze szczególnym uwzględnieniem chorób zaniedbanych ⁽²⁾,
- uwzględniając dokument strategiczny programu tematycznego na lata 2007-2013 zatytułowany „Inwestowanie w ludzi”, oparty na rozporządzeniu (WE) nr 1905/2006 ustanawiającym instrument finansowania współpracy na rzecz rozwoju,

⁽¹⁾ A/CONF.171/13/Rev. 1.

⁽²⁾ Dz.U. C 58 z 1.3.2008, s. 29.

Czwartek, 12 marca 2009 r.

- uwzględniając raport o stanie zdrowia na świecie Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) za 2008 r. zatytułowany „Podstawowa opieka zdrowotna – teraz bardziej niż kiedykolwiek”,
 - uwzględniając swoją rezolucję z dnia 20 czerwca 2007 r. w sprawie milenijnych celów rozwoju — bilans półmetka ⁽¹⁾ oraz rezolucję z dnia 4 września 2008 r. w sprawie umieralności okołoporodowej matek przed posiedzeniem wysokiego szczebla ONZ w sprawie milenijnych celów rozwoju w dniu 25 września 2008 r. ⁽²⁾,
 - uwzględniając pytanie ustne 09 do Komisji w sprawie sprawozdania specjalnego Trybunału Obrachunkowego nr 10/2008 w sprawie pomocy WE na rzecz rozwoju usług zdrowotnych w Afryce subsaharyjskiej (O-0030/2009 - B6-0016/2009),
 - uwzględniając art. 108 ust. 5 Regulaminu,
- A. mając na uwadze, że udział funduszy przeznaczanych przez WE na sektor ochrony zdrowia w łącznej pomocy Wspólnoty na rzecz rozwoju nie zwiększył się od 2000 r., pomimo zobowiązań Komisji w zakresie MCR oraz kryzysu w tym sektorze w Afryce subsaharyjskiej,
- B. mając na uwadze, że Komisja nie podjęła systematycznych działań dla zagwarantowania wystarczającej specjalistycznej wiedzy w dziedzinie ochrony zdrowia, aby w odpowiedni sposób realizować swoją politykę w tym zakresie,
- C. mając na uwadze, że chociaż ogólne wsparcie budżetowe w obecnej postaci obejmuje powiązania z sektorem ochrony zdrowia, podczas jego realizacji nie wykorzystano tych powiązań w sposób zadowalający i nie ukierunkowano go na zaspokojenie potrzeb biedniejszej części ludności,
- D. mając na uwadze, że sektorowe wsparcie budżetowe, które koncentruje się na sektorze ochrony zdrowia, jest w niewielkim stopniu wykorzystywane przez Komisję w Afryce subsaharyjskiej,
- E. mając na uwadze, że połowa ludności Afryki subsaharyjskiej nadal żyje w ubóstwie oraz że Afryka jest jedynym kontynentem niedokonującym postępów na drodze do MCR, zwłaszcza trzech MCR związanych ze zdrowiem – dotyczących śmiertelności noworodków, śmiertelności matek oraz zwalczania HIV/AIDS, gruźlicy i malarii – mających kluczowe znaczenie w walce z ubóstwem, ale i najmniejsze prawdopodobieństwo realizacji do 2015 r.,
- F. mając na uwadze, że pomimo problemów z trwałością zaobserwowanych w projektach związanych ze zdrowiem niniejsza metoda dostarczania pomocy okazała się pomocna we wspieraniu sektora ochrony zdrowia w Afryce subsaharyjskiej,
- G. mając na uwadze, że co roku 3,5 miliona dzieci umiera na skutek biegunki i zapalenia płuc, nie ukończywszy pięciu lat,
1. uważa, że niewydolne systemy opieki zdrowotnej – w tym kryzys zasobów ludzkich – stanowią główną przeszkodę w realizacji MCR w dziedzinie zdrowia, i podkreśla, że wzmocnienie systemów opieki zdrowotnej powinno stanowić podstawowy element ograniczania ubóstwa; uważa, że podstawowa infrastruktura zdrowotna wymaga stabilnego, długoterminowego wsparcia finansowego, o ile mają być zrealizowane MCR związane ze zdrowiem;
2. uważa, że w perspektywie osiągnięcia lepszych wyników w zakresie zdrowia oraz realizacji uzgodnionych na szczeblu międzynarodowym celów rozwojowych potrzebne jest wspólne zaangażowanie; w tym kontekście przyjmuje z zadowoleniem zobowiązanie krajów rozwijających się do wysiłków na rzecz przeznaczenia 15 % budżetu krajowego na inwestycje w dziedzinie zdrowia, zgodnie ze zobowiązaniami podjętymi przez przywódców afrykańskich w Abudży, Nigeria w kwietniu 2001 r. (15 % cel z Abudży); ubolewa, że Komisja przeznaczyła na zdrowie jedynie 5,5 % ogólnej kwoty pomocy w ramach dziewiątego Europejskiego Funduszu Rozwoju (EFR);

⁽¹⁾ OJ C 146 E, 12.6.2008, p. 232.

⁽²⁾ Teksty przyjęte: P6_TA(2008)0406.

Czwartek, 12 marca 2009 r.

3. wzywa Komisję do zwiększenia wsparcia na rzecz usług zdrowotnych w Afryce subsaharyjskiej oraz do ponownego wyważenia proporcji pomocy finansowej udzielanej przez Komisję w celu nadania priorytetu wsparciu systemu opieki zdrowotnej;
4. wzywa Komisję do zwiększenia funduszy przeznaczonych na sektor ochrony zdrowia podczas przeglądu śródkresowego 10. EFR, niezależnie od niezbędnej kompleksowej strategii obejmującej wsparcie sektorów, które wywierają większy wpływ na wyniki w zakresie zdrowia, takich jak edukacja, zaopatrzenie w wodę i urządzenia sanitarne, rozwój obszarów wiejskich oraz ład administracyjno-regulacyjny;
5. podkreśla, że zobowiązanie podjęte w ramach instrumentu współpracy na rzecz rozwoju, aby przeznaczyć 20 % funduszy na zdrowie i edukację na poziomie podstawowym do 2009 r., powinno mieć zastosowanie do wszystkich wydatków w ramach europejskiej polityki rozwoju, w tym do EFR, celem zachowania spójności; zwraca się do Komisji o poinformowanie właściwych komisji Parlamentu do dnia 10 kwietnia 2009 r., jaki procent – w podziale na poszczególne kraje – całkowitej pomocy rozwojowej przyznanej Afryce subsaharyjskiej przeznaczono na edukację na poziomie podstawowym i średnim oraz na podstawową opiekę zdrowotną;
6. zwraca się do Rady o umieszczenie EFR w budżecie UE, do czego Parlament wielokrotnie wzywał i co pozwoliłoby na większą spójność polityki i na nadzór parlamentarny nad wydatkami na rozwój;
7. wzywa Komisję do zapewnienia, że dysponuje wystarczającą specjalistyczną wiedzą w dziedzinie ochrony zdrowia, aby odgrywać skuteczną rolę w dialogu na temat tego sektora, poprzez dopilnowanie, aby wszystkie przedstawicielstwa w państwach, gdzie ochrona zdrowia jest głównym sektorem, posiadały ekspertów z tej dziedziny, poprzez bliższą współpracę w krajach po zakończeniu konfliktu z doradcami Biura Wspólnoty Europejskiej ds. Pomocy Humanitarnej (ECHO), poprzez stworzenie bliższego partnerstwa z WHO celem czerpania z jej wiedzy specjalistycznej oraz zawarcie formalnych umów z państwami członkowskimi UE w celu wykorzystania ich specjalistycznej wiedzy; zwraca się do Komisji o przekazanie właściwym komisjom Parlamentu do dnia 10 kwietnia 2009 r. wykazu ekspertów odpowiednio w dziedzinie zdrowia i edukacji, których udostępniła regionowi, na szczeblu przedstawicielstwa i w centrali, oraz dokładnego harmonogramu/przeгляdu na lata 2009 i 2010 ze wskazaniem, jak zamierza zwiększyć tę liczbę i gdzie zostaną umieszczone te osoby, tak aby odpowiedzi Komisji można było uwzględnić w procedurze udzielania absolutorium za 2007 r.;
8. zwraca się do Komisji o zapewnienie wsparcia technicznego dla Światowego Funduszu na rzecz walki z HIV/AIDS, Gruźlicą i Malaria (GFATM) na szczeblu krajowym w perspektywie przygotowywania wniosków o dotacje oraz wdrażania umów o dotacje, oraz o dostarczenie informacji zwrotnej do centrali Komisji celem zagwarantowania, że odgrywa ona skuteczną rolę w zarządzie GFATM;
9. wzywa Komisję do zwiększenia zasobów kadrowych i innych, zarówno na szczeblu centralnym jak i w przedstawicielstwach, celem wspierania jej strategii w dziedzinie zdrowia w krajach objętych pomocą oraz zapewnienia skuteczności wydatkowania z GFATM; wzywa ponadto do nadania priorytetu chorobom, którym można łatwo zapobiec, takim jak choroby biegunkowe, których można w dużej mierze uniknąć za sprawą prostych środków, jak powszechny dostęp do mydła i odpowiednie kampanie podnoszące świadomość na temat mycia rąk;
10. wzywa również Komisję do większego wykorzystania ogólnego wsparcia budżetowego na rzecz wzmocnienia opieki zdrowotnej poprzez wskaźniki wykonania dotyczące celu 15 % z Abudży i wskaźników realizacji (pewne uchybienia występujące w zarządzaniu finansami publicznymi i w procedurach przetargowych), wsparcie techniczne w dialogu na temat polityki wobec sektora ochrony zdrowia i wiarygodne systemy statystyczne;
11. potwierdza, że umowy w sprawie realizacji MCR mają zdolność zagwarantowania trwałych, długoterminowych inwestycji w dziedzinie zdrowia w krajach rozwijających się i wsparcia tychże w realizacji MCR, ale tylko wówczas, jeżeli Komisja zapewni, że umowy te koncentrują się w pierwszej kolejności na sektorze ochrony zdrowia i edukacji; podkreśla jednak, że umowy w sprawie realizacji MCR stanowią jedynie część rozwiązania, jeżeli chodzi o poprawę skuteczności pomocy i przyspieszenie postępu w realizacji MCR w dziedzinie zdrowia; wzywa ponadto Komisję do opracowania metod alternatywnych, zwłaszcza w odniesieniu do krajów niekwalifikujących się jeszcze do umów w sprawie realizacji MCR, które często są jeszcze bardziej opóźnione w realizacji MCR w dziedzinie zdrowia i najbardziej potrzebują zwiększonej pomocy rozwojowej;

Czwartek, 12 marca 2009 r.

12. zwraca się do Komisji o wykorzystanie celów, przy pomocy których dokonuje się bezpośredniego pomiaru rezultatów polityki, i o wprowadzenie mechanizmów i narzędzi monitorowania dla zapewnienia, że odpowiednia część ogólnej pomocy budżetowej jest przeznaczona na wsparcie podstawowych potrzeb, zwłaszcza w zakresie zdrowia; podkreśla, że musi to iść w parze ze wsparciem dla budowania potencjału; zwraca się do Komisji o poinformowanie Parlamentu do końca 2009 r. o podjętych krokach;
13. zwraca się o budowanie potencjału we wszystkich ministerstwach celem zapewnienia większej skuteczności w obszarze zdrowia poprzez wydatkowanie pomocy budżetowej, jako że zbyt często rola podmiotów krajowych ogranicza się do ministerstw finansów;
14. wzywa Komisję do większego wykorzystania sektorowego wsparcia budżetowego; zwraca się do Komisji o przegląd wymogu ogólnego stanowiącego, że sektorowe wsparcie budżetowe może być wykorzystane jedynie wtedy, gdy ochrona zdrowia jest głównym sektorem, oraz o zweryfikowanie obecnego podziału zasobów pomiędzy sektorowym i ogólnym wsparciem budżetowym;
15. zwraca się do Komisji o wsparcie nadzoru parlamentarnego, społeczeństwa obywatelskiego i władz lokalnych w zakresie pomocy budżetowej w celu zapewnienia silnych i jasnych powiązań między pomocą budżetową a osiągnięciem MCR;
16. ubolewa nad faktem, że jedynie w niewielu krajach partnerskich (sześciu) ochrona zdrowia została uznana za główny sektor w ramach dziesiątego EFR; wzywa Komisję do systematycznego zachęcania krajów do zwiększania krajowych budżetów ochrony zdrowia poprzez wprowadzanie do umów finansowania dotyczących ogólnego wsparcia budżetowego wskaźników wykonania, wyznaczających cele w zakresie zwiększenia środków budżetowych;
17. zwraca się do Komisji o zwiększenie swojej pomocniczej roli w dialogu między rządami krajów partnerskich a społeczeństwem obywatelskim, sektorem prywatnym i parlamentami krajowymi;
18. wzywa Komisję do ustalenia i rozpowszechnienia jasnych wytycznych, kiedy dany instrument powinien zostać wykorzystany i jak łączyć te instrumenty, aby uzyskać jak największą synergię; zwraca się do Komisji o zapewnienie spójności różnych instrumentów finansowych, przy uwzględnieniu sytuacji w poszczególnych krajach, tak aby zagwarantować postęp w zakresie MCR związanych ze zdrowiem;
19. nalega, aby Komisja i państwa członkowskie zastosowały kodeks postępowania UE w sprawie podziału pracy we współpracy na rzecz rozwoju, aby zapewnić lepszą koordynację wydatków i programów na rzecz zdrowia oraz skoncentrowanie się w większym stopniu na pominiętych, pozbawionych pomocy krajach, w tym krajach w stanie kryzysu i państwach niestabilnych;
20. zwraca się do Komisji, aby w ścisłej współpracy z Trybunałem Obrachunkowym określiła, jak można zaradzić uchybieniom odnotowanym w sprawozdaniu Trybunału Obrachunkowego, oraz aby do końca 2009 r. przedstawiła właściwym komisjom Parlamentu sprawozdanie z wynikami tych dyskusji;
21. zobowiązuje swojego przewodniczącego do przekazania niniejszej rezolucji Radzie, Komisji, rządów i parlamentom państw członkowskich, Trybunałowi Obrachunkowemu oraz rządów i parlamentom zainteresowanych krajów afrykańskich.
-