

Pomoc dla zdrowia. Finansowanie ochrony zdrowia ze źródeł pozakrajowych

Paulina Miśkiewicz

Biuro Światowej Organizacji Zdrowia w Polsce

Adres do korespondencji: Paulina Miśkiewicz, Dyrektor Biura WHO w Polsce, Aleje Jerozolimskie 155, 02-326 Warszawa, tel. 22 635 94 96, mip@euro.who.int

Abstract

Development aid for Health. Financing health care from countries' external sources of funding

Development assistance plays a key role in many areas of health care and represents a significant source of funding in many low- and middle-income countries. In recent years, global expenditure for health have increased considerably, including development aid. However, it is still insufficient and not meeting the needs. Many countries can not ensure within their own financial resources to achieve economic development and improve the well-being of its citizens, including universal access to a minimum level of health care. International society, including developed countries and international organizations plays significant role by providing financial assistance to less and middle developed countries. Over the years, the main challenge was to ensure the effectiveness of aid. In order to ensure greater coordination and transparency a set of principles were adopted in Paris Declaration and the Accra Action Programme.

Key words: development aid, health, health care financing

Słowa kluczowe: finansowanie ochrony zdrowia, pomoc rozwojowa, zdrowie

Dobre zdrowie jest niezbędne do osiągnięcia dobrobytu ludzi oraz trwałego rozwoju gospodarczego i społecznego. Państwa członkowskie Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization* – WHO) postawiły sobie za jeden z głównych celów rozwijanie swoich systemów finansowania zdrowia tak, aby wszyscy ludzie mogli korzystać ze świadczeń zdrowotnych, przy jednoczesnym zapewnieniu, że wydatki na leczenie nie doprowadzą ich do poważnych, a nawet katastrofalnych problemów finansowych [1].

Systemy ochrony zdrowia obejmują swoim zakresem wszystkie instytucje i organizacje, których podstawowym celem działań jest poprawa, ochrona, przywracanie i utrzymanie zdrowia całej populacji [2]. Wśród podstawowych wartości, jakie przyświecają systemom ochrony zdrowia, znajduje się równość, solidaryzm i powszechne uczestnictwo, które pozwalają budować systemy ukierunkowane na człowieka.

Definiując system ochrony zdrowia, WHO używa kryterium „celu podstawowego”, czyli działania zmierzającego do poprawy zdrowia. Oczywiście zawiera to w so-

bie działania, które powszechnie są związane z systemami ochrony zdrowia, jak świadczenia lecznicze (lekarze, kliniki, szpitale), ale dotyczy to także świadczeń z zakresu zdrowia publicznego (inspekcja sanitarna, bezpieczeństwo wody czy higiena), bez względu na to, czy są one realizowane przez świadczeniodawców prywatnych, czy publicznych.

Wymienia się cztery główne funkcje systemów ochrony zdrowia [2, 3]: strategiczne zarządzanie, dostarczanie świadczeń, generowanie zasobów oraz finansowanie. Jako podstawowe komponenty tej ostatniej funkcji, konieczne do zapewnienia odpowiednich środków finansowych dla systemu, wymienia się: pobieranie składek, gromadzenie i podział środków oraz kontraktowanie świadczeń zdrowotnych.

Pomoc rozwojowa – definicja pojęcia

Gromadzenie środków jest procesem, w którym systemy ochrony zdrowia otrzymują fundusze od poszczególnych osób, organizacji lub przedsiębiorstw oraz

darczyńców. W artykule omówiono kwestie dotyczące finansowania systemów ochrony zdrowia ze źródeł zewnętrznych. Pomoc finansowa nie pochodząca ze źródeł krajowych jest szczególnie ważna i znacząca wśród krajów rozwijających się. Jest to tak zwana pomoc rozwojowa (ang. *development aid*).

Od dość dawna wiadomo, iż wiele państw nie jest w stanie w ramach własnych zasobów finansowych zapewnić odpowiedniego rozwoju gospodarczego i polepszenia dobrobytu swoich obywateli, w tym powszechnego dostępu do minimalnego zakresu opieki zdrowotnej. Ogromną rolę odgrywa tu zaangażowanie i pomoc środowiska międzynarodowego, w tym państw rozwiniętych i innych zewnętrznych nierządowych partnerów, którzy przekazują pomoc finansową do krajów słabo i średnio rozwiniętych.

Oficjalna Pomoc Rozwojowa (*Official Development Aid – ODA*) jest definiowana przez Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (*Organization for Economic Cooperation and Development – OECD*) jako granty i pożyczki skierowane do państw – odbiorców pomocy, które są realizowane przez sektor publiczny z przeznaczeniem na promocję rozwoju ekonomicznego i dobrostanu, z uwzględnieniem preferencyjnych warunków finansowania. Natomiast do ODA nie zalicza się:

- pomocy militarnej: zakupów sprzętu lub usług, działań antyterrorystycznych. Należy do niej natomiast używanie sił zbrojnych donatorów w celu dostarczenia pomocy humanitarnej;
- operacji utrzymania pokoju: większość tych wydatków jest wyłączona podobnie jak pomoc militarna;
- energii nuklearnej: jeśli pomoc jest dostarczana do celów innych niż cywilne;
- programów kulturalnych: jeśli nie wspierają wewnętrznych zdolności państw biorców, a są jedynie elementami promocji donatorów.

Instytucją odgrywającą główną rolę w monitorowaniu i koordynowaniu pomocy rozwojowej jest Komitet Pomocy Rozwojowej OECD (*Development Assistance Committee – DAC*). DAC powstał w 1961 r. i jest to międzynarodowe forum bilateralnych donatorów na rzecz współpracy i rozwoju. Polska dołączyła jako 28. państwo do członków DAC w 2013 r.

W 1970 r. po raz pierwszy postanowiono, że państwa będą dążyć do przeznaczania na pomoc rozwojową 0,7% dochodu narodowego brutto (DNB). Wskaźnik ten był później wielokrotnie potwierdzany w wielu kluczowych międzynarodowych dokumentach [4].

Rządy państw przekazują ODA poprzez dwa główne kanały. Pierwszym z nich jest bezpośrednia pomoc dwustronna realizowana poprzez kontrakty zawarte bezpośrednio z partnerami w krajach rozwijających się. Partnerami tymi są głównie rządy państw, ale także miejscowe organizacje pozarządowe. Drugim kanałem jest pomoc finansowa realizowana przez różne organizacje: (1) organizacje Narodów Zjednoczonych, jak na przykład WHO, UNICEF, UNDP; (2) banki ds. rozwoju: Afrykański Bank Rozwoju, Azjatycki Bank Rozwoju, Interamerykański Bank Rozwoju i Bank Światowy oraz (3) Wspólnotę Europejską.

Analizując pomoc zewnętrzną, w licznych badaniach i raportach wskazywano na powiązania pomiędzy pomocą zewnętrzną i rozwojem gospodarczym oraz wpływem na efektywność pomocy jakości ogólnych ram polityki makroekonomicznej w danym państwie otrzymującym [5]. Również w sektorze zdrowia osiągnięte wyniki zdrowotne i poprawa funkcjonowania całych systemów zdrowotnych zależą w ogromnej części od warunków społeczno-ekonomicznych danego kraju. Szczególne znaczenie ma tu stopień występowania korupcji, poszanowanie praw człowieka oraz stabilność makroekonomiczna. Wykazano, że w przypadku słabo zarządzanych gospodarek pomoc zewnętrzna nie zaowocowała pożądanymi zmianami, a implementacja projektów zakończyła się niepowodzeniami [6]. Wielokrotnie podnoszono, że pomoc zewnętrzna przekazywana poszczególnym państwom powinna zapewnić odpowiednią efektywność. Bardzo często wdrażanym programom brakowało koordynacji, a darczyńcy skupiali się na realizacji i ocenie rezultatów wyłącznie swoich programów. Także wyzwaniem okazała się konieczność zapewnienia podejścia systemowego i właściwa identyfikacja instytucji wdrażających pomoc. Duże znaczenie miały koszty administracyjne projektów oraz stopień zdolności absorpcji środków na poziomie krajowym.

Te wszystkie problemy i wyzwania zmusiły zarówno organizacje, jak i państwa do opracowania mechanizmów zapewniających maksymalnie efektywne wykorzystanie pomocy dla rozwoju państwa beneficjenta.

Jednym z pierwszych przyjętych takich mechanizmów stosowanych na szeroką skalę, mającym zapewnić możliwie najbardziej efektywne wykorzystanie pomocy przez państwa, było wprowadzenie od początku lat 90. XX wieku **Szerokiego Podejścia Sektorowego** (*Sector Wide Approaches – SWAp*). W ramach SWAp projekty realizowane przez donatorów wpisują się w ramy konkretnego sektora i są silnie powiązane ze zdefiniowaną polityką sektorową przyjętą przez rząd danego państwa. SWAp prowadzi więc do powstania partnerstwa, w którym rząd (odgrywający rolę lidera) i agencje rozwojowe zmieniły swoje relacje w kierunku większej spójności w formułowaniu polityk, a w mniejszym stopniu skupiania się na szczegółach już wdrażanych projektów. SWAp charakteryzuje się przede wszystkim następującymi zasadami:

- wdrażany program ma jasno zaznaczone przywództwo danego rządu, który jest jego właścicielem;
- podejmowane są wspólne wysiłki zewnętrznych partnerów, aby wspierać te programy, włączając w to zapewnienie wszystkich lub większości udziałów w finansowaniu tego sektora oraz wspieranie jednolitej polityki rządu.

Z upływem czasu niektóre SWAp wykorzystywały procedury rządowe do wdrażania projektów i wydawania środków. W praktyce jednak większość programów wykorzystując różne kanały finansowania, dąży do możliwie największej spójności z poszczególnymi sektorami gospodarki, wypracowuje wspólne procedury i dba, aby zarządzanie programami podlegało rządowi [7, 8].

Kolejnym krokiem do zapewnienia spójności i efektywności pomocy było przyjęcie postanowień Deklaracji Paryskiej i Programu Działań z Akry.

W 2006 r. na szczycie w Paryżu 91 państw i 26 organizacji darczyńców oraz wiele organizacji pozarządowych podpisało tzw. Deklarację Paryską na temat Skuteczności Pomocy. Wśród państw sygnatariuszy znalazła się także Polska. Natomiast wśród największych donatorów sygnatariuszy deklaracji znaleźli się m.in. Bank Światowy, Międzynarodowy Fundusz Walutowy, UNDG, OECD, GAVI Alliance, Global Fund to Fight AIDS, Malaria and Tuberculosis.

Sygnatariusze deklaracji zobowiązali się do podejmowania działań, które mają zapewnić większą efektywność pomocy, opierając się na następujących zasadach:

- własna koncepcja rozwojowa (ang. *ownership*) – państwa otrzymujące pomoc zobowiązały się do wzmocnienia swojej przywódczej roli w rozwijaniu i wdrażaniu narodowych strategii rozwoju, natomiast donatorzy zobowiązali się do respektowania i wspierania w tych działaniach rządu kraju;
- dostosowanie pomocy do strategii rozwojowych państw beneficjentów (ang. *alignment*) – oparcie ogółu pomocy donatorów na krajowych strategiach rozwoju, instytucjach i procedurach;
- harmonizacja działań donatorów (ang. *harmonisation*) – działania donatorów będą bardziej z sobą zharmonizowane, transparentne i dążyć do wspólnego osiągnięcia celów;
- zarządzanie oparte na rezultatach (ang. *managing for results*) – zarządzanie i wdrażanie pomocy w taki sposób, aby skupić się na pożądanym rezultacie i wykorzystywać informacje w procesie podejmowania decyzji;
- wzajemna odpowiedzialność (ang. *mutual accountability*) – zarówno rządy państw beneficjentów, jak i donatorzy są wspólnie odpowiedzialnymi za osiągnięcie założonych rezultatów.

Dwa lata po podpisaniu Deklaracji Paryskiej ponowiono zobowiązania do zwiększania efektywności pomocy zewnętrznej i podpisano Program na rzecz Działania w Akrze, w Gwinei. Dotyczył on m.in.:

- zasady aktywnego decydowania przez państwa otrzymujące pomoc o realizacji strategii;
- budowania bardziej efektywnego i włączającego partnerstwa dla rozwoju;
- osiągania rezultatów rozwoju.

Do monitorowania realizacji zobowiązań Deklaracji i Planu Działania przyjęto 13 określonych wskaźników. Wśród tych wskaźników znalazły się takie jak: wskaźnik określający, jaki procent pomocy jest dystrybuowany zgodnie z założonym planem, oraz wskaźnik określający, jaki procent przekazanej pomocy posiada odpowiednie raporty dotyczące implementowanego budżetu.

W 2011 r. OECD opublikowała wyniki badania, które wskazywały, że na poziomie globalnym tylko jeden z 13 wskaźników został osiągnięty – w zakresie koordynowania współpracy technicznej [9, 10]. Niemniej zauważono, że znaczący postęp został osiągnięty w przypadku pozostałych 12 wskaźników, m.in. w zakresie powiązania pomocy z zasadami zamówień publicznych. Badanie pokazało także znaczące różnice w tempie i kierunku zmian wśród donatorów i państw partnerskich.

Pomoc rozwojowa dla zdrowia – obszary finansowania

Pomoc rozwojowa dla zdrowia odgrywa znaczącą rolę w wielu dziedzinach ochrony zdrowia państw beneficjentów. Pomaga zarówno wzmocnić krajowe systemy ochrony zdrowia w ich podstawowych funkcjach, jak i realizować poszczególne programy zdrowotne, takie jak zwalczanie i zapobieganie chorobom zakaźnym, w tym przede wszystkim zapewnienie podstawowych szczepień, programy żywnościowe, czy udostępnianie świadczeń z zakresu planowania rodziny i zdrowia reprodukcyjnego. Coraz częściej środki pomocowe służą realizacji działań ukierunkowanych na zwalczanie chorób niezakaźnych i ich głównych czynników ryzyka. Pomoc rozwojowa dla zdrowia wpływa na polepszenie finansowania sektora zdrowia i pokrewnych polityk oraz przyczynia się bezpośrednio do powstawania konkretnych inwestycji, dostarczania świadczeń i budowania *know-how*.

W ramach ODA pomoc dla zdrowia jest liczona w dwóch sferach: (1) Pomoc dla Zdrowia (*Aid to Health*) – Zdrowie Ogółem i Zdrowie Podstawowe (*General and Basic Health*) oraz (2) Polityki Populacyjne/Programy i Zdrowie Reprodukcyjne, łącznie z HIV/AIDS.

Do zdrowia ogółem zalicza się pomoc w zakresie:

- polityki zdrowotnej i zarządzania administracyjnego;
- kształcenia medycznego i szkoleń;
- badań medycznych;
- świadczeń zdrowotnych.

Do zdrowia podstawowego należą:

- podstawowa opieka zdrowotna, jak np. programy podstawowej opieki zdrowotnej, dostarczanie leków, szczepionek;
- podstawowa infrastruktura (szpitale i ośrodki zdrowia z wyłączeniem placówek klinicznych i specjalistycznych);
- podstawowe żywienie, jak np. karmienie piersią, żywienie w szkole, zapobieganie niedoborom mikroelementów;
- przeciwdziałanie chorobom zakaźnym, w tym szczepienia (nie wlicza się tu przeciwdziałania i leczenia malarii, gruźlicy, HIV/AIDS i chorób przenoszonych drogą płciową);
- edukacja zdrowotna;
- zapobieganie malarii;
- zapobieganie gruźlicy;
- kształcenie personelu medycznego w zakresie podstawowych świadczeń zdrowotnych.

Natomiast do Polityk Populacyjnych/Programów i Zdrowia Reprodukcyjnego łącznie z HIV/AIDS zalicza się pomoc w zakresie:

- zarządzania politykami populacyjnymi, jak prowadzenie rejestru urodzeń, migracji, badania demograficzne czy inne niespecyficzne działania;
- opieki w sferze zdrowia reprodukcyjnego (promocja zdrowia, opieka okołoporodowa, leczenie niepłodności itd.);
- planowania rodziny;
- zapobiegania chorobom przenoszonym drogą płciową, w tym HIV/AIDS;

- kształcenia personelu w dziedzinie zdrowia reprodukcyjnego.

Wykres 1 przedstawia podział na poszczególne obszary finansowania w 2010–2011 r.

W ostatnich latach wydatki na zdrowie na całym świecie uległy znacznemu zwiększeniu. W przypadku państw rozwijających się w 2004 r. przeciętne wydatki *per capita* wynosiły 14,2 USD, natomiast w 2009 wzrosły aż do 21,1 USD. Daje to ponad 53-procentowy wzrost wydatków na zdrowie w okresie pięciu lat, włączając w to także pieniądze pochodzące ze źródeł zewnętrznych [11]. W tym samym czasie wzrosła również pomoc zewnętrzna dla tych państw liczona *per capita* z 3,1 USD do 5,3 USD, to jest ok. 14% rocznie. Niemniej ogółem udział tej pomocy w stosunku do całkowitych wydatków na zdrowie tych państw pozostał na niskim poziomie i wzrósł tylko z 22,2 do 24,7%, czyli o 2,5 punktu procentowego.

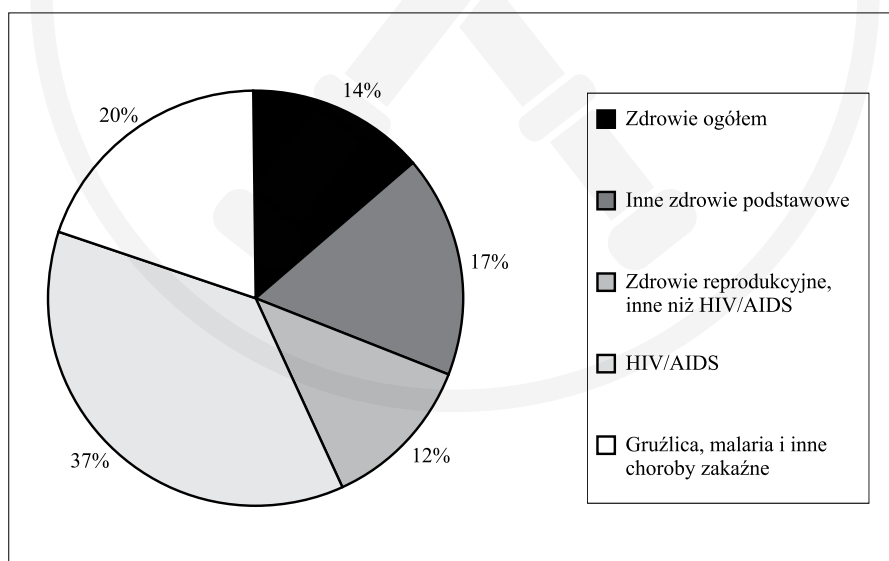
Do kwestii tej odnosił się już wcześniej raport powołanej przez WHO Komisji do spraw Makroekonomii i Zdrowia [12] (*Commission on Macroeconomics and Health*) oraz raport opracowany przez szóstą grupę roboczą dotyczący Międzynarodowej Pomocy Rozwojowej i Zdrowia (*International Development and Health*). Jednym z ważnych elementów raportu było ocenienie możliwości dostarczenia tak zwanego minimalnego pakietu interwencji zdrowotnych. Pakiet ma na celu skoncentrowanie wydatkowania ograniczonych środków finansowych na działaniach, które są efektywne kosztowo i jakościowo. W państwach o niskich dochodach są to świadczenia lecznicze i z zakresu zdrowia publicznego udzielane w ramach podstawowej opieki zdrowotnej i opieki specjalistycznej. W różnych państwach może on zawierać określone interwencje zdrowotne w zależności od panujących warunków gospodarczych, epi-

miologicznych i społecznych. W krajach bardziej rozwiniętych pakiet ten jest zazwyczaj opisywany poprzez określenie, jakie świadczenia są wyłączone. W raporcie oszacowano, że aby dostarczyć minimalny pakiet interwencji zdrowotnych w zakresie prewencji i leczenia, przede wszystkim w zakresie chorób zakaźnych, należy wydać około 34 USD na osobę. Mimo ogromnych wysiłków wydatki na wyżej wymieniony pakiet minimalnych interwencji w krajach rozwijających się wyniosły w 2009 r. tylko 25 USD na osobę, z czego tylko 5,3 USD pochodziło ze źródeł zewnętrznych. Przyjmując wartość dolara z 2005 r., oszacowano, że jeśli tempo pomocy byłoby niezmiennie, to w 2012 r. osiągnięto by wartość 32,4 USD, a więc niższą niż zakładany cel.

W opublikowanym w 2012 r. przez WHO Światowym Atlasie Wydatków na Zdrowie [11] przedstawiono wydatki w 2010 r. w 194 krajach, z uwzględnieniem wartości zewnętrznej pomocy przekazywanej państwom na zdrowie. Dane wykorzystywane w atlasie pochodzą z Globalnej Bazy Danych Wydatków na Zdrowie (*Global Health Expenditure Database*) [13].

W atlasie przyjęto, że minimalne wydatki na podstawowe świadczenia zdrowotne na osobę na rok powinny wynosić minimum 44 USD. Niestety, całkowite wydatki na zdrowie w 34 państwach ukształtowały się na poziomie 50 USD, a aż w siedmiu państwach były niższe od 20 USD. Jednocześnie 11% wydatków na zdrowie w regionie afrykańskim było zapewnionych przez donatorów.

W latach 2010–2011 według oszacowań OECD w ramach pomocy rozwojowej bilateralnej i multilateralnej przekazano na sektor zdrowia 19,857 mld USD, co stanowiło 14,8% całej pomocy rozwojowej. Wśród głównych donatorów pomocy rozwojowej znajdują się zarówno organizacje międzynarodowe, Unia Europejska, poszczególne państwa, jak i fundacje filantropów.



Wykres 1. Pomoc dla Zdrowia 2010–2011. Obszary finansowania w %.

Źródło: OECD, *Aid for Health 2010–2011*.

Według OECD do państw, które mają największy udział w bilateralnym finansowaniu sektora zdrowia, należą Stany Zjednoczone, Wielka Brytania, Australia, Niemcy, Kanada i Japonia. Natomiast największy udział procentowy pomocy zewnętrznej na zdrowie przekazuje państwa DAC, takie jak Stany Zjednoczone, Kanada, Luksemburg, Irlandia. W latach 2010–2011 państwa DAC przekazały w sumie 12,305 mld USD.

W ramach pomocy udzielanej przez organizacje zostało przekazane 5,889 mld USD, głównie poprzez udział Globalnego Funduszu, Międzynarodowego Stowarzyszenia Rozwoju wchodzącego w skład Grupy Banku Światowego, Unię Europejską, GAVI i WHO. Oczywiście procentowy udział tych wydatków na zdrowie był największy, bo 100% dla WHO, GAVI i Globalnego Funduszu, natomiast dla IDA 8,1%, a dla Unii Europejskiej 4,4%. Należy podkreślić ogromny udział w finansowaniu zdrowia Fundacji Billa i Melindy Gates, którzy w tym samym okresie przekazali 1,577 mld USD, to jest 71,1% budżetu pomocy [14].

Beneficjenci pomocy rozwojowej

Pomoc rozwojową może otrzymać każde państwo i na ogół zależy to od poczynionych uzgodnień zarówno w mechanizmie bilateralnym, jak i multilateralnym. Natomiast bardzo ważną rolę w określaniu kryteriów otrzymania pomocy odgrywa DAC.

Przygotowuje on, głównie dla celów statystycznych, listę krajów, które spełniają kryteria otrzymania pomocy i publikuje ją co trzy lata. Lista zawiera wszystkie kraje o niskim i średnim dochodzie, na podstawie DNB *per capita*, publikowanym przez Bank Światowy, z wyłączeniem krajów G8, Unii Europejskiej i państw kandydujących do UE, które mają już wyznaczoną datę przyjęcia. Lista zawiera także państwa najmniej rozwinięte według definicji ONZ.

Przynależność do OECD czy DAC nie wyklucza możliwości otrzymania pomocy przez dane państwo. Obserwowane przez lata zmiany na liście DAC odzwierciedlają postęp, jaki się dokonał w rozwoju na całym świecie. W porównaniu z 1970 r. tylko 17 państw zostało dodanych do listy, z czego 11 to państwa byłego Związku Radzieckiego. Opuściło listę natomiast aż 55 państw, głównie w wyniku wzrostu DNB *per capita*. Obecnie na liście jest 148 państw.

Państwa otrzymujące największą pomoc rozwojową na zdrowie przedstawiono w **Tabeli I**.

Także procentowy udział źródeł zewnętrznych w finansowaniu sektora zdrowia w poszczególnych państwach, które taką pomoc otrzymują, bardzo się różni, począwszy od 1%, aż do 69% przekazanej pomocy. Wśród państw, które w 2010 r. otrzymały finansowanie z zewnątrz, znajdują się przede wszystkim państwa najbardziej rozwinięte, ale można znaleźć także państwa o rozwiniętych gospodarkach, jak np. Indie.

Tabela II przedstawia zestawienie państw pogrupowanych według regionów WHO, otrzymujących pomoc zewnętrzną na zdrowie wraz z podaniem wartości pomocy, jako procent wydatków na zdrowie.

Lp.	Państwo	Procentowy udział w całości przekazywanej pomocy
1.	Kenia	4,6
2.	Afryka Południowa	3,8
3.	Tanzania	3,8
4.	Indie	3,3
5.	Nigeria	3,1
6.	Etiopia	3,1
7.	Mozambik	3,0
8.	Uganda	2,5
9.	Bangladesz	2,5
10.	Kongo	2,3
11.	Pakistan	1,9
12.	Afganistan	1,8
13.	Wietnam	1,8
14.	Zambia	1,8
15.	Rwanda	1,8
16.	Inne państwa	59,1

Tabela I. Wykaz głównych państw beneficjentów pomocy rozwojowej dla zdrowia w latach 2010–2011 wraz z podaniem procentowego udziału w całości przekazywanej pomocy.

Źródło: OECD, *Aid for Health 2010–2011*.

Najważniejsi donatorzy pomocy rozwojowej w zdrowiu

Organizacje Międzynarodowe

Światowa Organizacja Zdrowia (*World Health Organization – WHO*). Głównym celem WHO jest osiągnięcie przez wszystkich ludzi możliwie najwyższego poziomu zdrowia. Podstawowym zadaniem WHO jest koordynacja i kierowanie pracami na rzecz zdrowia, włączając w to współpracę między poszczególnymi agendami ONZ i innymi organizacjami międzynarodowymi, pomaganie państwom w zmaganiu się z ich własnymi problemami, dostarczanie odpowiedniej pomocy merytorycznej. Obecnie działania organizacji są realizowane w następujących kategoriach: choroby zakaźne, choroby niezakaźne, promowanie zdrowia przez całe życie, systemy ochrony zdrowia oraz przygotowanie i reagowanie na sytuacje kryzysowe. Działalność organizacji jest finansowana poprzez składki krajów członkowskich oraz dotacje od państw, organizacji pozarządowych i fundacji, jak np. Fundacja Billa i Melindy Gates oraz Fundacja Rockefellera. Budżet WHO planowany na lata 2014–2015 wynosi 3,977 mld USD, z czego na koniec 2013 r. dostępnych było 3,325 mld USD [15]. Środki zostały podzielone na poszczególne kategorie, do których należą: choroby zakaźne, choroby niezakaźne, promocja zdrowia przez całe życie, systemy ochrony zdrowia, przygotowanie na sytuacje kryzysowe oraz budżet korporacyjny organizacji na realizację zadań organizacji.

Państwo	%	Państwo	%	Państwo	%
Mikronezja	69	Tonga	17	Kongo	4
Malawi	64	Suazi	17	Jordania	4
Wyspy Marshalla	50	Kiribati	17	Jemen	4
Tanzania	49	Ghana	17	Wietnam	3
Rwanda	47	Togo	15	Sudan	3
Burundi	46	Nikaragua	15	Sri Lanka	3
Gambia	41	Laos	15	Saint Lucia	3
Zambia	39	Armenia	14	Gruzja	3
Palau	39	Tuvalu	13	Angola	3
Etiopia	39	Samoa	13	Salwador	2
Haiti	38	Republika Środkowoafrykańska	13	Peru	2
Erytrea	38	Kirgistan	13	Paragwaj	2
Kenia	36	Kamerun	13	Mauritius	2
Benin	36	Republika Zielonego Przylądka	12	Jamajka	2
Timor Wschodni	34	Nepal	11	Gwinea Równikowa	2
Nauru	34	Gwinea Równikowa	11	Gwatemala	2
Demokratyczna Republika Konga	33	Butan	11	Gabon	2
Wyspy Salomona	32	Wybrzeże Kości Słoniowej	10	Dominika	2
Niue	32	Moldawia	10	Bośnia i Hercegowina	2
Afganistan	32	Mauretania	10	Albania	2
Niger	29	Surinam	9	Afryka Południowa	2
Mali	27	Nigeria	9	Uzbekistan	1
Gujana	27	Myanmar	9	Syria	1
Uganda	26	Madagaskar	9	Serbia	1
Papua Nowa Gwinea	24	Fidzi	9	Malediwy	1
Mozambik	24	Czad	8	Litwa	1
Kambodża	24	Bangladesz	8	Libia	1
Dzibuti	24	Wyspy Cooka	6	Kostaryka	1
Vanuatu	23	Tadżykistan	6	Kazachstan	1
Gwinea Bissau	23	Sant Vinat i Grenadyny	6	Irak	1
Burkina Faso	23	Honduras	6	Indonezja	1
Wyspy Świętego Tomasza i Książęca	21	Grenada	6	Indie	1
Sierra Leone	21	Belize	6	Filipiny	1
Namibia	19	Pakistan	5	F.Y.R. Macedonia	1
Lesoto	19	Liban	5	Estonia	1
Komory	19	Boliwia	5	Egipt	1
Senegal	18	Seszele	4	Dominikana	1
Botswana	18	Mongolia	4	Białoruś	1
				Azerbejdżan	1

Tabela II. Procentowy udział pomocy zewnętrznej w finansowaniu sektora ochrony zdrowia w poszczególnych państwach.

Źródło: WHO Global Health Expenditure Atlas 2012.

Grupa Banku Światowego (World Bank Group – WB) – w jej skład wchodzi Międzynarodowy Bank Odbudowy i Rozwoju (MBOR), Międzynarodowe Stowarzyszenie Rozwoju (IDA), Wielostronna Agencja Gwarancji Inwestycji (MIGA), Międzynarodowa Grupa Finansowa (IFC) oraz Międzynarodowe Centrum Rozwiązywania Sporów Inwestycyjnych (ICSID). Celem

grupy jest wspieranie rozwoju gospodarczego, zwalczanie ubóstwa i poprawa standardów życia mieszkańców krajów rozwijających się, przede wszystkim poprzez udzielanie pożyczek, przekazywanie pomocy technicznej oraz stymulowanie rozwoju handlu i inwestycji. Głównym celem Banku Światowego jest wspieranie rozwoju gospodarczego, zwalczanie ubóstwa i poprawa standar-

dów życia mieszkańców krajów rozwijających się, przede wszystkim poprzez udzielanie pożyczek, przekazywanie pomocy technicznej oraz stymulowanie rozwoju handlu i inwestycji. Największą rolę w pomocy rozwojowej dla zdrowia ma IDA, która pomaga 82 najbiedniejszym państwom poprzez udzielanie pożyczek na preferencyjnych warunkach oraz dotacje. W latach 2010–2011 IDA przekazała w ramach pomocy bilateralnej i pożyczek 1,038 mld USD [14].

Fundusz Narodów Zjednoczonych ds. Dzieci (*United Nations Children Fund – UNICEF*) został wyznaczony przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych, aby chronić prawa dzieci, wspierać realizację ich podstawowych potrzeb oraz tworzyć warunki do pełnego rozwoju wszystkich dzieci. W 2012 r. wydatki organizacji wyniosły 3,866 mld USD. Ponad połowę tych środków przeznaczono na programy poświęcone szeroko pojętemu zwiększeniu przeżywalności dzieci i ich rozwojowi. Na podstawową edukację i kwestie dotyczące równości płci przeznaczono 605 mln USD. 57% wszystkich wydatków było przeznaczony na region Afryki Subsaharyjskiej, a 23% trafiło do państw Azji [16].

Globalny Fundusz na rzecz Walki z AIDS, Gruźlicą i Malarią (*Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*) powstał w 2002 r. jako inicjatywa najbogatszych państw świata, która stawiała sobie za cel zwalczanie trzech głównych chorób, które są odpowiedzialne za 90% zgonów w krajach rozwijających się, to jest gruźlica, malarii i HIV/AIDS. Sama idea powołania do życia takiej instytucji, która stanowiłaby źródło pieniędzy na walkę z tymi chorobami, powstała w 2000 r., podczas szczytu G8 na Okinawie.

Fundusze są przekazywane do budżetu Globalnego Funduszu przede wszystkim przez najbogatsze państwa i innych donatorów. Następnie są one przekazywane do rządów państw – ministerstw zdrowia, organizacji pozarządowych i innych organizacji lokalnych czy organizacji międzynarodowych w tzw. mechanizmie rund wniosków o granty. W ramach zwycięskich grantów pieniądze są głównie przeznaczane na leki, środki medyczne, sprzęt, ale także na działania zwiększające stabilność systemów ochrony zdrowia, kadry medyczne czy infrastrukturę. W 2012 r. wydatki na zapobieganie i leczenie chorób stanowiły ponad połowę wszystkich wydatków, z największym udziałem komponentu zapobiegania malarii (51%) i leczenia gruźlicy (aż 52%). W pierwszym roku działania funduszu na granty zatwierdzono 600 mln USD, natomiast już w 2007 r. aż 1,1 mld USD. Po zmianie modelu finansowania w 2013 r. Rada Funduszu zatwierdziła kwotę finansowania na lata 2014–2016 w wysokości 12 mld USD [17].

Globalny Sojusz na rzecz Szczepionek i Szczepień (*Global Alliance for Vaccines and Immunisation – GAVI Alliance*) został powołany w 2000 r. [18]. Za zasadniczy cel przyjął zapewnienie podstawowych szczepień w państwach słabo rozwiniętych, przede wszystkim poprzez finansowanie infrastruktury, pomoc w zakupie przez państwa szczepionek i sprzętu do bezpiecznych iniekcji. GAVI jest sojuszem publicznych i prywatnych interesariuszy na rzecz szczepień, m.in. WHO, UNICEF, Banku

Światowego, przemysłu oraz zaangażowania państw beneficjentów. W 2011 r. publiczni i prywatni donatorzy zadeklarowali przekazanie do GAVI 4,3 mld USD na zaszczepienie ponad 250 mln dzieci w państwach rozwijających się do 2015 r.

Unia Europejska i EuropeAid

Unia Europejska jest największym pojedynczym donatorem do systemu ONZ (38% budżetu regularnego). W 2011 r. powstała EuropeAid, Dyrekcja Generalna Komisji Europejskiej ds. Rozwoju i Współpracy [19]. Jest ona odpowiedzialna za definiowanie polityki rozwojowej Unii oraz efektywnego planowania i wdrażania jej pomocy. W okresie 2010–2013 na pomoc przeznaczono 22,682 mln euro. W zakresie zdrowia według danych OECD w latach 2010–2011 instytucje UE przekazały 581,7 mln USD [14]. Pomoc w zakresie sektora zdrowia jest dostarczana poprzez dwa instrumenty:

- geograficzny: są wdrażane na poziomie krajowym i regionalnym. Należy do nich Europejski Fundusz Rozwojowy (państwa Afryki, obszaru Pacyfiku i Karaibów), Instrument Rozwoju Kooperacji (państwa Ameryki Łacińskiej, Ameryki, Azji i południowej Afryki) oraz Europejski Instrument Sąsiedztwa i Partnerstwa (kraje sąsiedzkie spoza Unii);
- Dokument Strategiczny *Investing in people (Inwestując w ludzi)*: skupia się on na krytycznych niedoborach personelu ochrony zdrowia w państwach rozwijających się, problemie chorób prowadzących do ubóstwa, jak HIV/AIDS, malaria i gruźlica. 55% tego budżetu jest przeznaczane na tzw. filar „Dobre zdrowie dla wszystkich” (*Good Health for All*), który skupia się na zwiększaniu powszechnego dostępu do świadczeń i dóbr publicznych dla wszystkich. Jedną z ważnych dziedzin jest też wspieranie świadczeń w zakresie zdrowia reprodukcyjnego.

Państwa członkowskie Unii mogą także zawierać umowy dwustronne i podejmować własne inicjatywy z krajami rozwijającymi się, które nie są finansowane za pośrednictwem Europejskiego Funduszu Rozwoju lub innych funduszy wspólnotowych.

Państwa donatorzy

Stany Zjednoczone Ameryki

Główną agencją zajmującą się pomocą rozwojową w USA jest Agencja Rozwoju Międzynarodowego (*States Agency for International Development – USAID*). Została ona powołana do życia przez prezydenta Johna F. Kenediego w 1961 r. [20]. Agencja pomaga ponad 100 państwom w zakresie m.in. rozwoju gospodarczego, demokracji i zarządzania, praw człowieka, zdrowia czy ochrony środowiska. Kierunki pomocy w zakresie zdrowia zostały określone w strategicznym dokumencie *USAID's Global Health Strategic Framework 2012–2016* [21]. Obejmują one działania w zakresie zdrowia matki i dziecka, planowania rodziny i zdrowia reprodukcyjnego, żywienia, bezpiecznej wody i higieny, zwalczania

gruźlicy, HIV/AIDS i malarii, zwalczania nieleczonych chorób tropikalnych, zwalczania ptasiej grypy i innych wyłaniających się zagrożeń. Wśród działań przekrojowych znalazło się wspieranie funkcjonowania systemów ochrony zdrowia oraz koordynacja programów kierowanych do szczególnie wrażliwych grup dzieci. Cele te są spójne z Milenijnymi Celami Rozwoju. W 2012 r. koszty agencji w zakresie zdrowia wyniosły 1,505 mld USD [22]. USAID kieruje pomoc bezpośrednio do państw lub w ramach ścisłej współpracy z partnerami – zarówno organizacjami międzynarodowymi (np. WHO, UNICEF, GFAMT, WB), krajowymi instytucjami (CDC), jak i sektorem prywatnym. Do krajów, które otrzymują największą pomoc w sektorze zdrowia, należą: Pakistan i Afganistan, Egipt, Tanzania, Indie, a w regionie europejskim Ukraina, Turcja i Kazachstan.

Kanada

Główną agendą zajmującą się pomocą rozwojową Kanady jest od 2013 r. Departament Spraw Zagranicznych, Handlu i Rozwoju (*Department of Foreign Affairs, Trade and Development*) [23]. W jego skład weszła działająca od 1968 r. Kanadyjska Agencja ds. Międzynarodowego Rozwoju (*Canadian International Development Agency – CIDA*). Wśród priorytetów departamentu znalazły się: żywność, dzieci i młodzież oraz trwały wzrost ekonomiczny. Kanada przewodzi także działaniom w ramach inicjatywy poprawy zdrowia matki, noworodka i dziecka w krajach rozwijających się. Kanada jest jednym z głównych darczyńców dla programów zdrowotnych w krajach rozwijających się, zwłaszcza w Afryce Subsaharyjskiej. Współpracuje z wieloma partnerami, w tym przede wszystkim z:

- rządami krajowymi;
- multilateralnymi instytucjami działającymi w sektorze ochrony zdrowia;
- partnerami w ramach inicjatyw globalnych;
- organizacjami pozarządowymi;
- agencjami pomocy humanitarnej działającymi w regionach dotkniętych klęskami żywiołowymi lub konfliktem zbrojnym.

Oprócz państw Afryki Subsaharyjskiej Kanada wspiera w pomocy rozwojowej w sektorze zdrowia także Tanzanię, Bangladesz, Afganistan. W sumie na działania te przekazała w latach 2010–2011 575,7 mln USD [14].

Niemcy

Główną rządową instytucją zajmującą się pomocą rozwojową jest specjalnie powołane do tego pierwotnie w 1961 r. Federalne Ministerstwo Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (*Bundesministerium für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung*). Za główny cel przyjmuje ono zwalczanie ubóstwa na świecie i wspieranie Milenijnych Celów Rozwoju [24, 25], w tym wyznaczanie priorytetów niemieckiej pomocy, współpracę z partnerami, jej koordynację oraz kontrolę właściwego wykorzystania środków z budżetu. Budżet ministerstwa w 2013 r. wyniósł 6,292 mld euro. W zakresie zdrowia

pomoc koncentruje się wokół zwalczania epidemii HIV/AIDS, wzmocnienia systemów ochrony zdrowia, zdrowia reprodukcyjnego i praw człowieka. W 2010–2011 pomoc bilateralna w ramach ODA przekazana przez Niemcy na zdrowie wyniosła 454,5 mln USD [14].

Ważnym partnerem rządu w udzielaniu pomocy jest Niemieckie Towarzystwo ds. Współpracy z Zagranicą (*Deutsche Gesellschaft für internationale Zusammenarbeit GmbH – GIZ*). GIZ jest główną organizacją w Niemczech zajmującą się dostarczaniem pomocy rozwojowej zarówno bilateralnej, jak i multilateralnej. Powstało ono w 2011 r. z połączenia *Deutsche Gesellschaft für technische Zusammenarbeit (GTZ)* i *Deutsche Entwicklungsdienst (DED)* w jedną instytucję. Głównym obszarem działania GIZ jest koordynacja i mobilizacja różnych partnerów do współpracy na rzecz rozwoju.

Wielka Brytania

Departament Międzynarodowego Rozwoju [26, 27] (*Department for International Development – DFID*) kieruje pomocą Wielkiej Brytanii w zakresie zwalczania szeroko pojętego ubóstwa i jego przyczyn na świecie. Wśród głównych priorytetów departamentu znalazły się m.in. edukacja, zdrowie, woda i higiena, środowisko i klimat oraz wzrost gospodarczy. W zakresie zdrowia działania skupiają się na wspieraniu szczepień wśród dzieci, opiece nad kobietami w ciąży i noworodkami, planowaniu rodziny oraz zwalczaniu malarii. W latach 2010–2011 rząd Wielkiej Brytanii przeznaczył na bilateralną pomoc rozwojową w zakresie zdrowia 1,407 mld USD [15]. Wśród największych państw beneficjentów znalazły się takie kraje, jak: Nigeria, Uganda, Tanzania, Zambia, Birma, Ghana czy Sudan Południowy. DFID wspierał także w tym okresie w ramach pomocy multilateralnej takie organizacje, jak GFATM, UNICEF, GAVI.

Polska

Od 2012 r. polska pomoc rozwojowa prowadzona jest na podstawie Ustawy o Współpracy Rozwojowej [28] oraz Wieloletniego Programu Współpracy Rozwojowej na lata 2012–2015 [29]. Polska w ramach pomocy finansuje działania mające na celu wspieranie demokracji oraz respektowanie praw człowieka. W latach 2012–2015 jest ona kierowana w szczególności do następujących dwóch grup krajów priorytetowych:

- Państw Partnerstwa Wschodniego (Armenia, Azerbejdżan, Białoruś, Gruzja, Mołdawia i Ukraina);
- Państw Afryki, Azji i Bliskiego Wschodu (kraje Afryki Wschodniej: Burundi, Etiopia, Kenia, Ruan-da, Somalia, Sudan Południowy, Tanzania i Uganda; kraje Afryki Północnej: Libia i Tunezja; Afganistan, Kirgistan, Tadżykistan i Autonomia Palestyńska) – w tych krajach Polska zamierza przyczynić się do redukcji ubóstwa oraz wspierać zachodzące procesy transformacyjne. Ponadto polska pomoc rozwojowa i doświadczenia eksperckie trafią do państw Afryki Wschodniej (Burundii, Etiopii, Kenii, Ruandy, Somalii, Sudanu Południowego, Tanzanii, Ugandy)

oraz Afganistanu, Kirgistanu, Tadżykistanu, a także Autonomii Palestyńskiej.

W 2012 r. polska ODA wyniosła 1,423 mld zł i była o 15% wyższa niż w 2011 r. Niemniej jest to tylko 0,09% DNB. Zdrowie nie należy do sektorów o najwyższym finansowaniu przez polską pomoc rozwojową. W ramach dwustronnej współpracy na zdrowie przekazano w 2012 r. 2,960 mln zł. Głównie są to programy z zakresu edukacji zdrowotnej i szkoleń, stypendia oraz wyposażenie ośrodków zdrowia.

Fundacje – filantropi

Fundacja Billa i Melindy Gates (Bill and Melinda Gates Foundation)

Fundacja kieruje się celem umożliwienia wszystkim prowadzenia zdrowego i produktywnego życia. Fundacja finansuje działania zarówno w krajach rozwijających się, jak i w samych Stanach Zjednoczonych. Od czasu jej ustanowienia w 1997 r. przez Billa i Melinę Gates fundacja przekazała w postaci grantów ponad 28,3 mld USD dla trzech obszarów: rozwoju, zdrowia i dla samego USA. W 2012 r. granty wyniosły około 3,4 mld USD. Pomoc dotyczyła ponad 100 państw i była realizowana m.in. poprzez finansowanie działań organizacji w zakresie: szczepień, opieki nad noworodkami, eradykacji polio [30]. Według danych OECD za lata 2010–2011 fundacja przekazała w ramach pomocy rozwojowej na zdrowie 1,576 mld USD [15]. Wśród głównych państw beneficjentów znalazły się takie kraje, jak Indie, Nigeria, Pakistan, Etiopia.

Fundacja Billa i Melindy Gates miała także udział w powstaniu Globalnego Sojuszu na rzecz Szczepionek i Szczepień (*Global Alliance for Vaccines and Immunisation* – GAVI Alliance).

Podsumowanie

Obserwowanemu w ostatnich dziesięcioleciach ogólnemu rozwojowi na świecie towarzyszą także zmiany w funkcjonowaniu systemów ochrony zdrowia, w tym w finansowaniu, które przekładają się na skutki zdrowotne całych populacji. W 2012 r. na zdrowie wydano ponad 6,5 trylion USD, co daje około 980 USD na osobę. Niemniej obserwuje się ogromne różnice w podziale tych środków. Ponad 80% funduszy jest konsumowana w państwach OECD, które stanowią „tylko” 20% populacji świata. Różnice te są najbardziej widoczne, gdy porównuje się wydatki na głowę mieszkańca od najwyższych w USA (8362 USD/osobę) do najniższych w Erytrei (12 USD/osobę). Aż 35 państw wydaje na zdrowie około 50 USD na osobę, co jest blisko granicy kwoty 44 USD, jaką WHO oszacowało jako minimum pozwalające zapewnić podstawowe świadczenia ratujące życie.

Wiele państw rozwijających się nie jest w stanie samodzielnie zapewnić dostępu do podstawowych świadczeń zdrowotnych swoim obywatelom. Ogromną rolę odgrywa tu zaangażowanie i pomoc środowiska międzynarodowego, w tym państw rozwiniętych i innych ze-

wewnętrznych nierządowych partnerów, którzy przekazują pomoc finansową do krajów słabo i średnio rozwiniętych. Działają oni zgodnie z ideami globalnego solidaryzmu i respektowania zdrowia jako podstawowego prawa człowieka.

Pomoc rozwojowa dla zdrowia odgrywa podstawową rolę w wielu sferach ochrony zdrowia i przyczynia się bezpośrednio do finansowania konkretnych inwestycji, budowania *know-how* oraz wpływa na polepszenie finansowania zdrowia i pokrewnych polityk. Pomoc zewnętrzna w niektórych państwach sięga nawet przeszło 70% ich całkowitego budżetu na zdrowie. W latach 2010–2011 na zdrowie w ramach pomocy rozwojowej donatorzy przekazali w sumie ponad 19 mld USD.

Poważne problemy z zapewnieniem odpowiedniej koordynacji i efektywności pomocy zmusiły zarówno organizacje, jak i państwa do opracowania mechanizmów zapewniających maksymalnie efektywne wykorzystanie pomocy do rozwoju państwa beneficjenta, w tym sektora ochrony zdrowia. Kamień milowy w tym procesie stanowi Deklaracja Paryska i Program Działań z Akry.

Piśmiennictwo

1. *World Health Report. Health systems financing: the path to universal coverage*, World Health Organization, 2010.
2. *World Health Report. Health systems: improving performance*, World Health Organization, 2001.
3. Kutzin J., *A descriptive framework for country level analysis of health care financing arrangements*, „Health Policy” 2001; 56 (3): 171–204.
4. *The Pearson Report. A new strategy for the global development*, The UNESCO Couries 1970.
5. Devarajan S., Dolar D., Holmgren T., *Aid and Reform in Africa*, World Bank Publications 2001.
6. Burnside C., Dollar D., *Aid, Policies, and Growth: Revisiting the Evidence*, World Bank Policy Research Working Paper 3251, March 2004.
7. Peter S., Hill P., Brown S., Haffeld J., *Effective aid in a complex environment*, „Bulletin of World Health Organization” 2001; 89: 854–854A, doi:10.2471/BLT.11.098285.
8. Brown A., Foster M., Horton A., Naschold F., *The status of sector wide approaches*. Working paper no 141, Overseas Development Institute, London 2001.
9. *Aid effectiveness 2011. Progress in implementing Paris Declaration. Better Aid*, OECD Publishing 2012.
10. *Aid effectiveness 2005–10. Progress in implementing Paris Declaration*. OECD Publishing 2011.
11. *WHO Global Health Expenditure Atlas*, World Health Organization 2012.
12. *WHO Commission on Macroeconomics and Health, International Development and Health. Report of Working Group 6*, World Health Organization 2002.
13. *WHO Global Health Expenditure Database*: <http://apps.who.int/nha/database/DataExplorerRegime.aspx>; dostęp: 28.08.2014.
14. *AID to Health*, OECD-DAC, October 2013, www.oecd.org/dac/stats/health; dostęp: 10.07.2014.
15. WHO Executive Board, *Proposed programme budget 2014–2015. Report by the Secretariat*, EB132/27, Jan 2013.

16. UNICEF, *Annual Report 2012 Summary*, UNICEF, June 2013.
17. Global Fund Funding and Spending, *Global Fund to Fight AIDS, Malaria and Tuberculosis* webpage, 2014.
18. *The GAVI Alliance Strategy and Business Plan 2011–15*, www.gavialliance.org/strategy (dostęp: 27.07.2014).
19. Directorate General for Development and Cooperation – Europe Aid Main missions of DEVCO Directorates & Units. Version of 18.11.2013 on the basis of the edited and translated version of 21.12.2012, www.ec.europa.eu/europeaid/; dostęp: 10.08.2014.
20. Committee on International Relations, *Committee on Foreign Relations. Legislation on Foreign Relations Through 2002*. Volume I–A of Volumes I–A and I–B Current Legislation and Related Executive Orders U.S. House of Representatives U.S. Senate, July 2003.
21. *USAID's Global Health Strategic Framework 2012–2016. Better Health for Development*. U.S. Agency for International Development, www.usaid.gov/; dostęp: 27.07.2014.
22. *Agency financial report fiscal year 2013. A new model for development*, USAID 2014.
23. Foreign Affairs, Trade and Development Canada, www.international.gc.ca/; dostęp: 27.07.2014.
24. Fijałkowska M., *Polityka rozwojowa Republiki Federalnej Niemiec. Wprowadzenie do polityki rozwojowej Niemiec*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2011.
25. *The German Government's 14th Development Policy Report. Development Policy White paper. Executive summary*, BMZ, 2013.
26. *International Development Act 2002*, http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2002/1/pdfs/ukpga_20020001_en.pdf; dostęp: 02.08.2014.
27. *Annual Report and Accounts 2012–13 datasets*, <https://www.gov.uk/government/publications/dfid-annual-report-and-accounts-2012-13-datasets>; dostęp: 4.09.2014.
28. Ustawa z dnia 16 września 2011 r. o współpracy rozwojowej. Tekst jednolity, Dz.U. z 2011 r., Nr 234, poz. 1386, z 2013 r., poz. 1283.
29. *Wieloletni Program Współpracy na lata 2012–2015*, www.polskapomoc.gov.pl/; dostęp: 28.08.2014.
30. Bill and Melinda Gates Foundation, *Foundation Fact sheet*, <http://www.gatesfoundation.org/>; dostęp: 10.09.2014.

