

Zvláštní zpráva

Finanční podpora EU v oblasti zdravotních systémů ve vybraných partnerských zemích

Je v souladu s obecnými strategickými cíli, na intervence však mají vliv problémy s koordinací a udržitelností



EVROPSKÝ
ÚČETNÍ DVŮR

Obsah

	Body
Shrnutí	I–VIII
Úvod	01–18
Důležitost zlepšení zdraví pro řešení chudoby	01–08
Reakce EU na výzvy v oblasti zdraví v partnerských zemích	09–18
Rozsah a koncepce auditu	19–25
Připomínky	26–73
EU stanovila obecné priority pro pomoc v oblasti zdraví, ale přidělování finančních prostředků se potýká s nedostatky	26–39
Strategické dokumenty stanoví pro přidělování finančních prostředků obecné parametry, které se během programových období neměnily	28–32
Pořadí partnerských zemí sestavené Komisí podle jejich potřeb v oblasti zdraví mělo jen malý vliv na přidělování bilaterálních finančních prostředků	33–37
Metodika použitá pro přidělování prostředků z tematického pilíře není formalizovaná a není odpovídajícím způsobem zdokumentovaná	38–39
Financování EU přispělo k fungování systémů zdravotní péče, ale jeho účinnost omezují problémy s koordinací	40–66
EU podporovala celou škálu intervencí v oblasti zdraví, které byly v souladu s potřebami zemí v našem vzorku	41–44
Koordinační snahy a distribuční systémy na okresní úrovni nejsou dostatečné	45–49
Výši nákladů ovlivňuje kaskádová struktura provádění	50–52
Koordinace různých zdrojů financování je složitá	53–55
Viditelnost činností financovaných EU na místě je nízká, zejména jsou-li finanční prostředky poskytovány i dalšími dárci	56–59
Obecné ukazatele výkonnosti a nedostatky v údajích jsou překážkou pro měření výsledků pomoci EU v oblasti zdraví	60–66
Udržitelnost projektů je ohrožena	67–73
Přijímající vlády nemají strategie přechodu a ukončení, chybí jim odhodlání a mají omezené rozpočtové zdroje	68–70
Vybavení není vždy odpovídajícím způsobem udržováno	71–73

Závěry a doporučení

74–83

Přílohy

Příloha I – Cíle strategií pomoci EU v oblasti zdraví od roku 2005

Příloha II – Seznam kontrolovaných programů a projektů

Příloha III – Partnerské země, v nichž je zdraví prioritním odvětvím vymezeným v jejich vnitrostátních orientačních programech / víceletých orientačních programech

Příloha IV – Přidělení prostředků z tematického pilíře nástroje NDICI – Globální Evropa (leden 2024)

Zkratky

Glosář

Odpovědi Komise

Harmonogram

Auditní tým

Shrnutí

I Podpora EU v oblasti zdraví v partnerských zemích přispívá k hlavnímu cíli rozvojové politiky EU, kterým je snižovat a v konečném důsledku vymýtit extrémní chudobu. V souladu s mezinárodním přístupem ke zdraví, zejména s cílem udržitelného rozvoje č. 3 Organizace spojených národů (OSN), poskytuje EU finanční prostředky systémům zdravotní péče svých partnerských zemí prostřednictvím bilaterálních a regionálních programů a iniciativ v oblasti globálního zdraví. Tato podpora činila v každém ze dvou předchozích programových období (2007–2013 a 2014–2020) více než 3 miliardy EUR a na začátku roku 2024 pro stávající období (2021–2027) více než 2 miliardy EUR.

II Naším cílem bylo posoudit finanční podporu EU v oblasti zdraví v partnerských zemích v těchto třech programových obdobích. Dospěli jsme k závěru, že Komise přidělovala finanční prostředky podle svých obecných priorit. V metodice přidělování se však vyskytovaly nedostatky. Účinnost projektů omezovaly problémy v oblasti koordinace a udržitelnosti a monitorování neposkytovalo ucelenou představu o činnostech Komise v oblasti zdraví.

III Zjistili jsme, že výše finančních prostředků EU na podporu v oblasti zdraví byla během kontrolovaných programových období relativně neměnná. Bilaterální pomoc partnerským zemím se však snížila, zatímco podpora prostřednictvím iniciativ v oblasti globálního zdraví významně vzrostla. Pořadí partnerských zemí podle potřeb jejich systémů zdravotní péče, jak jej sestavila Komise, mělo jen malý dopad na bilaterální financování, a to zejména kvůli zásadě vlastní odpovědnosti, která vyžaduje, aby programování vycházelo z politických rozhodnutí dohodnutých s vládami partnerských zemí. Přidělování podpory jednotlivým iniciativám v oblasti globálního zdraví nebylo založeno na souboru konkrétních a kvantifikovatelných kritérií a proces nebyl dostatečně zdokumentován.

IV Prověřili jsme vzorek projektů ve vybraných partnerských zemích (Burundi, Demokratická republika Kongo a Zimbabwe). Tyto projekty byly zaměřeny mimo jiné na poskytování bezplatné zdravotní péče, organizaci vzdělávacích akcí pro zdravotnické pracovníky, poskytování léků a vybavení a rekonstrukci zdravotnických středisek. Zjistili jsme, že EU podpořila různé intervence v oblasti zdraví, které byly v souladu potřebami jednotlivých zemí. Na okresní úrovni byla však koordinace nedostatečná, což vedlo k nedostatkům v distribuci vybavení a léků. A vlivem kaskádové struktury provádění projektů se zvýšily náklady na intervence ve zdravotnictví, a tím i náklady na provádění projektů. Navíc viditelnost financování EU byla u cílových skupin obyvatel nízká.

V Komise při monitorování svých výdajů na zdravotnictví používala jen malý počet ukazatelů na vysoké úrovni, které jí poskytly o opatřeních EU v oblasti zdraví pouze částečnou představu a byly vypočteny tak, že výsledky nelze přisoudit pouze finančním prostředkům EU. V případě dvoustranné pomoci nejsou o výsledcích uspokojivým způsobem informovány delegace EU v dané zemi a údaje, které prováděcí subjekty za účelem informování shromažďují, nebyly v některých případech poskytnuty nebo se ukázaly jako nespolehlivé.

VI Komise je zapojena do správy a řízení iniciativ v oblasti globálního zdraví, aby zajistila jejich lepší sladění, a odstranila tak jejich roztříštěnost. K dosažení těchto cílů a ke zefektivnění mezinárodního přístupu k výzvám v oblasti globálního zdraví je však zapotřebí vyvinout další úsilí.

VII Udržitelnost projektů a programů v oblasti zdraví je ohrožena, protože neexistuje jasná strategie přechodu na vlastní financování ani strategie ukončení poskytování podpory a údržba poskytnutého vybavení je nedostatečná.

VIII Na základě těchto závěrů Komisi doporučujeme:

- lépe sladit potřeby zemí a přidělování prostředků financování v oblasti zdraví,
- stanovit jasná kritéria pro financování iniciativ v oblasti globálního zdraví a zlepšit dokumentaci procesu přidělování,
- zlepšit analýzu potřeb a koordinaci distribuce vybavení a léků,
- analyzovat přiměřenost nákladů na řízení,
- zabránit překrývání a zajistit synergie mezi podporovanými iniciativami v oblasti globálního zdraví,
- identifikovat ukazatele pro komplexní monitorování podpory EU pro zdravotnictví,
- učinit opatření na podporu udržitelnosti systémů zdravotní péče,
- posílit význam údržby vybavení dodaného v rámci projektů.

Úvod

Důležitost zlepšení zdraví pro řešení chudoby

01 Podpora EU v oblasti zdraví v partnerských zemích přispívá k hlavnímu cíli [rozvojové politiky EU](#), kterým je snižovat a v konečném důsledku vymýtit extrémní chudobu¹. Chudoba může být příčinou i důsledkem nedostatečné zdravotní péče. Se zlepšujícím se hospodářstvím země se obecně zlepšuje i zdraví jejích obyvatel. Platí to ale i obráceně – zlepšení zdraví obyvatel může přímo vést k hospodářskému růstu².

02 Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje zdraví jako „stav celkové fyzické, duševní a sociální pohody, nikoli pouze jako nepřítomnost nemoci nebo postižení“³. Podle WHO je právo na nejvyšší dosažitelnou úroveň zdraví jedním ze základních práv každé lidské bytosti. Nerovný vývoj v oblasti podpory zdraví a kontroly nemocí, zejména přenosných nemocí, považuje WHO za nebezpečí pro všechny. Polovina světové populace nemá přístup k potřebným zdravotním službám⁴ a zhruba 100 milionů lidí upadne každoročně do extrémní chudoby kvůli nadměrným nákladům na zdravotní péči⁵.

03 Organizace spojených národů se v roce 2000 dohodla na osmi rozvojových cílech tisíciletí, jichž mělo být dosaženo do roku 2015⁶. Tři z těchto cílů přímo souvisely se zdravím: snížení dětské úmrtnosti (cíl č. 4), zlepšení zdraví matek (cíl č. 5) a boj s HIV/AIDS, malárií a dalšími nemocemi (cíl č. 6).

04 Následně si v roce 2015 v rámci Agendy OSN pro udržitelný rozvoj 2030⁷ mezinárodní společenství stanovilo 17 cílů udržitelného rozvoje, jichž má být dosaženo do roku 2030. Cíl č. 3 má zajistit zdravý život a zvyšovat jeho kvalitu pro všechny

¹ Čl. 208 odst. 1 Smlouvy o fungování Evropské unie.

² *Growing importance of health in the economy*, Collins, Francis S., Outlook on the Global Agenda 2015, Světové ekonomické fórum, 2015.

³ Ústava Světové zdravotnické organizace.

⁴ *Monitoring universal health coverage, Health and demography*, Světová zdravotnická organizace.


⁵ *Health and demography*, Evropská komise – GŘ pro mezinárodní partnerství.

⁶ *2000–2015, Millennium Development Goals*, Dag Hammarskjöld Library, OSN.

⁷ *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*, OSN.

v jakémkoli věku. Zahrnuje devět dílčích cílů, které jsou spojeny se zmírněním hlavních problémů v oblasti zdraví do roku 2030 (viz [obrázek 1](#)).

Obrázek 1 – Záměry cíle udržitelného rozvoje č. 3: zdraví a kvalitní život

	Cíle	Prostředky provádění
	3.1 Úmrtnost matek	3.a Kontrola tabáku
	3.2 Úmrtnost novorozenců a dětí	3.b Léky a vakcíny
	3.3 Infekční nemoci	3.c Financování zdravotnictví a zdravotničtí pracovníci
	3.4 Nepřenosné nemoci	3.d Připravenost na mimořádné události
	3.5 Užívání návykových látek	
	3.6 Zranění při dopravních nehodách	
	3.7 Sexuální a reprodukční zdraví	
	3.8 Všeobecná zdravotní péče	
	3.9 Environmentální zdraví	

Zdroj: EÚD na základě WHO.

05 WHO se ve své [zvláštní zprávě z roku 2023 o cílech udržitelného rozvoje](#) pozitivně vyjadřovala o pokroku, jehož bylo v uplynulých letech dosaženo v oblasti zlepšování celosvětového zdraví, avšak zdůraznila nedostatečný pokrok v oblastech, jako je úmrtnost matek a rozšíření všeobecné zdravotní péče. Pokrok na cestě k dosažení cíle udržitelného rozvoje č. 3 (viz [rámeček 1](#)) zpomalila pandemie COVID-19. WHO proto vyzvala k řešení dlouhodobých nedostatků v oblasti zdravotní péče prostřednictvím investic do systémů zdravotní péče, což by mělo zemím pomoci zotavit se a vytvořit si vůči budoucím zdravotním hrozbám odolnost.

Rámeček 1

Dopady pandemie COVID-19 na podporu v oblasti zdraví

[Zvláštní zpráva WHO z roku 2023 o cílech udržitelného rozvoje](#) poukázala na to, že se kvůli pandemii COVID-19 zhoršila všeobecná zdravotní péče v rozvojových zemích a bylo narušeno poskytování základních zdravotních služeb (např. očkovací kampaně). Dospěla k závěru, že pandemie zpomalila pokrok na cestě k dosažení cíle udržitelného rozvoje č. 3.

Ve zprávě je dále uvedeno, že v roce 2021 představovala opatření pro tlumení nákazy COVID-19 největší podíl celosvětové oficiální rozvojové finanční pomoci pro základní zdraví (9,6 miliardy USD, z čehož 6,3 miliardy USD bylo určeno na darování očkovacích látek).

Pokud jde o opatření EU proti dopadům pandemie COVID-19, Komise přidělila přes 440 milionů EUR v roce 2020 a doposud přes 1,27 miliardy EUR na období 2021–2027.

06 Přestože na mezinárodní úrovni rostou obavy týkající se slábnoucího pokroku směrem ke všeobecné zdravotní péči⁸, existuje chronický nedostatek finančních, lidských a materiálních zdrojů nutných k řešení potřeb, které má v oblasti zdraví neustále se zvyšující počet obyvatel rozvojových zemí. Podle nejnovějších údajů Africké unie (2021) pouze dvě africké země (Jihoafrická republika a Kapverdy) splnily cíl [prohlášení z Abudži](#) vyčlenit každoročně alespoň 15 % státního rozpočtu na zdravotnictví⁹. Mezinárodní pomoc rozvojovým zemím má za cíl zlepšit místní systémy zdravotní péče a udržitelným způsobem posílit zdravotní služby tak, aby splňovaly místní potřeby a byly dostupné všem, zejména těm, kdo žijí v chudobě.

07 Podle WHO tvoří systém zdravotní péče všechny organizace, osoby a činnosti, jejichž hlavním záměrem je podpora, obnova nebo udržení zdraví¹⁰. Myslí se tím struktury, které je třeba zavést na podporu cílů zlepšení zdraví a rovnosti v oblasti zdraví a zároveň k odstranění finančních překážek v přístupu ke zdravotní péči. WHO stanovila šest základních prvků, na nichž stojí systém zdravotní péče: poskytování péče; pracovníci ve zdravotnictví; informace; léčivé přípravky, očkovací látky a technologie; financování a vedení a řízení. WHO vyzdvihuje koncept posilování systémů zdravotní péče, který definuje jako zlepšování těchto základních prvků a řízení jejich interakcí tak, aby se dosahovalo spravedlivějších a trvalejších zlepšení ve všech zdravotních službách a výsledcích zdravotní péče. Posilování systémů zdravotní péče závisí na technických poznatcích a politické vůli¹¹.

08 Tradičně se činnosti pro posilování systémů zdravotní péče soustředily do značné míry na snižování vstupních omezení, tedy na podporu systémů zdravotní péče dodávkami materiálních zdrojů, jako jsou moskytiéry, antikoncepce nebo léky. Tyto činnosti však samy o sobě nemohou dosáhnout tak komplexních cílů, jakým je zlepšování politik, právních předpisů, organizačních struktur nebo systémů dodávek, aby se zdroje mohly účinněji využívat¹².

⁸ *Universal health coverage – Key facts*, WHO, 2023.

⁹ *Africa Scorecard on Domestic Financing for Health*, Africká unie.

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

¹¹ *Health systems strengthening*, Unlimit Health.

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

Reakce EU na výzvy v oblasti zdraví v partnerských zemích

09 Podpora EU pro oblast zdraví v partnerských zemích se opírá o čl. 168 odst. 3 Smlouvy o fungování Evropské unie, v němž se uvádí, že „Unie a členské státy podporují spolupráci se třetími zeměmi a s příslušnými mezinárodními organizacemi v oblasti veřejného zdraví“.

10 Stávající politika a cíle EU v oblasti podpory zdraví vznikly na základě řady strategických dokumentů během uplynulých rozpočtových cyklů. Příslušné celosvětové¹³ a unijní politiky a strategie jsou uvedeny na **obrázku 2** a v **příloze 1**.

Obrázek 2 – Časová osa: celosvětové a unijní politiky a strategie v oblasti podpory zdraví

Celosvětová rozvojová politika

Rozvojová politika EU

Zdravotní politika EU



Zdroj: EÚD na základě informací GŘ INTPA.

11 V roce 2005 přijaly Evropský parlament, Rada a Komise „**Evropský konsensus o rozvoji**“, který zopakoval závazek EU plnit mezinárodně dohodnuté rozvojové cíle (tj. rozvojové cíle tisíciletí). Tato **politika** se v oblasti cílů udržitelného rozvoje začala používat v roce 2017.

12 V roce 2010 přijala Komise sdělení o úloze EU v oblasti celosvětového zdraví¹⁴, což je prohlášení o politice EU v oblasti podpory zdraví, které se stalo jedním

¹³ Rozvojové cíle tisíciletí, Pařížská deklarace, Pusanská deklarace a Agenda pro udržitelný rozvoj 2030.

¹⁴ COM(2010) 128.

z podkladů pro dva po sobě jdoucí víceleté finanční rámce (2014–2020 a 2021–2027). Související závěry Rady¹⁵ vyzvaly Komisi a členské státy, aby konaly společně a kladly podporu posilování systémů zdravotní péče v partnerských zemích na první místo. V listopadu 2022 přijala Komise novou strategii pro globální zdraví¹⁶, v níž znovu potvrdila závazek splnit cíle udržitelného rozvoje a dodržovat Evropský konsensus o rozvoji.

13 *Tabulka 1* ukazuje výši finančních prostředků vynaložených na programy pomoci v oblasti zdraví řízené Komisí během posledních tří programových období. Tuto oblast finanční podpory EU řídí převážně Generální ředitelství pro mezinárodní partnerství (GŘ INTPA).

Tabulka 1 – Vývoj pomoci EU v oblasti zdraví podle útvarů Komise (platby v milionech EUR)

Odpovědný útvar Evropské komise	2007–2013	2014–2020	2021–2027 (leden 2024)	% z celkové výše od roku 2007
GŘ INTPA (dříve DEVCO)	2 887	2 812	2 244	86,5 %
GŘ NEAR (kromě nástrojů NPP)	400	429	193	11,2 %
Jiné (Služba nástrojů zahraniční politiky, GŘ ECHO, GŘ SANTE a GŘ REFORM)	55	153	7	2,3 %
CELKEM	3 342	3 394	2 444	100 %

Zdroj: EÚD na základě údajů, které GŘ INTPA získalo ze systému OPSYS v lednu 2024.

14 Strukturu finančních prostředků EU na pomoc v oblasti zdraví tvoří zeměpisný pilíř (opatření prováděná prostřednictvím programů pro jednotlivé země a regiony) a tematický pilíř (opatření zaměřená na globální problémy). Oba pilíře vyžadují, aby byly vypracovány víceleté orientační programy, v nichž se stanoví priority a cíle na sedmileté období pro řešení zjištěných problémů.

15 Právní předpisy, jimiž se zřizují Evropský rozvojový fond (ERF), nástroj pro rozvojovou spolupráci a Nástroj pro sousedství a rozvojovou a mezinárodní spolupráci¹⁷ (NDICI – Globální Evropa), obsahují „zeměpisný pilíř“ s finančním krytím,

¹⁵ Závěry Rady ze dne 10. května 2010, Úloha EU v oblasti celosvětového zdraví.

¹⁶ COM(2022) 675.

¹⁷ Nařízení (EU) 2021/947.

kteře lze pouŕít na poskytování bilaterální pomoci EU v oblasti zdraví pro konkrétní partnerské země a regiony. Zeměpisný pilíř financuje primárně provádění programů a projektů, které posilují systémy zdravotní péče v partnerských zemích. Delegace EU realizují tyto projekty hlavně prostřednictvím nevládních organizací, prováděcích agentur členských států EU nebo mezinárodních organizací, jako jsou agentury OSN.

16 Pomocí stejných nástrojů Komise rovněž přiděluje finanční prostředky pro oblast zdraví prostřednictvím tematického pilíře, a to zejména iniciativám v oblasti globálního zdraví. Ty spojují úsilí zúčastněných stran po celém světě v boji s výzvami v oblasti celosvětového zdraví. Mobilizují, řídí a distribuují finanční prostředky na podporu provádění programů v oblasti zdraví v zemích s nízkými a středními příjmy. Dvě největší iniciativy v oblasti globálního zdraví podporované Komisí jsou Globální fond pro boj proti AIDS, tuberkulóze a malárii ([GFATM](#)) a Aliance pro vakcíny ([GAVI](#)).

17 Tematický pilíř v rámci nástroje NDICI – Globální Evropa se skládá ze čtyř tematických programů:

- lidská práva a demokracie,
- organizace občanské společnosti,
- mír, stabilita a předcházení konfliktům,
- globální výzvy.

18 Nástroj NDICI – Globální Evropa nspecifikuje objem prostředků vyčleněný na oblast zdraví. V rámci víceletého orientačního programu „[Globální výzvy](#)“ má prioritní oblast 1 (Lidé) orientační rozpočet ve výši 1,835 miliardy EUR (28,8 % celkového tematického pilíře nástroje NDICI, nebo také 50 % víceletého orientačního programu [Globální výzvy](#)) a kromě jiných priorit zahrnuje i zdraví.

Rozsah a koncepce auditu

19 Posuzovali jsme finanční podporu EU přidělenou na systémy zdravotní péče v partnerských zemích s cílem zodpovědět následující otázky:

- Stanovila Komise jasné cíle pro svou finanční podporu v oblasti zdraví a zvolila intervence v souladu s těmito cíli?
- Dosáhla finanční podpora EU pro posílení systémů zdravotní péče očekávaných výsledků?
- Zohledňovala Komise ve všech fázích svých intervencí udržitelnost?

20 Audit se zaměřil na finanční podporu GŘ INTPA pro zdravotnictví v partnerských zemích v programovém období 2014–2020. Zohlednili jsme rovněž období 2007–2013 (pro naše posouzení udržitelnosti) a začátek programu NDICI na období 2021–2027 (údaje byly extrahovány do ledna 2024). Zaměřili jsme se finanční prostředky přidělené na globální úrovni a na úrovni jednotlivých zemí.

21 Naše práce zahrnovala analýzu dokumentů poskytnutých Komisí (GŘ INTPA a delegace EU) o strategiích pomoci EU v oblasti zdraví, o definici cílů a ukazatelů a o distribuci finančních prostředků v příslušných programových obdobích.

22 Uspořádali jsme několik setkání s GŘ INTPA v Bruselu. Navštívili jsme také ústředí Globálního fondu v Ženevě, abychom získali podrobné informace o úloze a oblasti působnosti jeho intervencí v partnerských zemích.

23 Kromě toho jsme vybrali tři země – Burundi, Demokratickou republiku Kongo a Zimbabwe – k hloubkové analýze podpory EU v praxi. Vybrali jsme je na základě těchto kritérií: významnost (materialita) finanční podpory pro oblast zdraví, strategické priority EU v oblasti zdraví, vývoj finanční pomoci v průběhu času a objem pomoci z Globálního fondu. Přežkoumali jsme vnitrostátní strategie v oblasti zdraví a programové dokumenty jednotlivých států, které jsme zkoumali, a prověřili jsme vzorek 17 největších bilaterálních programů a projektů v oblasti zdraví financovaných EU (viz [příloha II](#)).

24 Během návštěv v Burundi a Zimbabwe jsme vedli pohovory s místními orgány, delegacemi EU, ostatními dárci, řešiteli projektů, nevládními organizacemi a konečnými příjemci. Audit programů v Demokratické republice Kongo jsme provedli dokumentárním přezkumem.

25 Podle Komise se zdraví stalo prioritním odvětvím a z politiky se stalo strategií EU. K provedení tohoto auditu jsme se rozhodli vzhledem k významu celosvětového zdraví v rozvojové agendě EU, jakož i k významnosti finanční podpory EU. Očekáváme, že tato zpráva přispěje ke zlepšení způsobu, jakým je podpora EU v oblasti zdraví řízena, a k diskusi o přidělování podpory EU v této oblasti v budoucnu.

Připomínky

EU stanovila obecné priority pro pomoc v oblasti zdraví, ale přidělování finančních prostředků se potýká s nedostatky

26 Analyzovali jsme priority strategií pomoci EU v oblasti zdraví a financování GŘ INTPA pro programy v oblasti zdraví. Posuzovali jsme, zda celkové financování i vzorek intervencí, které jsme vybrali pro účely auditu, byly v souladu s výše uvedenými strategickými cíli.

27 Podle [Evropského konsensu o rozvoji](#) z roku 2005 měla Komise vypracovat kritéria pro zapojení do iniciativ v oblasti globálního zdraví a příspěvek k nim. Zkoumali jsme proto postup přidělování finančních prostředků těmto iniciativám.

Strategické dokumenty stanoví pro přidělování finančních prostředků obecné parametry, které se během programových období neměnily

28 Ve [sdělení Komise z roku 2010](#) o úloze EU v oblasti celosvětového zdraví a v [příslušných závěrech Rady](#) (závěr č. 5) se uvádí, že pro EU a její členské státy musí být prioritou podpora posilování systémů zdravotní péče v partnerských zemích. Tímto způsobem se mělo zajistit, že hlavní složky těchto systémů – pracovníci ve zdravotnictví, přístup k lékům, infrastruktura a logistika a decentralizované řízení – budou natolik účinné, že budou poskytovat základní spravedlivou a kvalitní zdravotní péči pro všechny, a to zejména v nestabilních zemích (viz [příloha I](#)). Cíle mělo být dosaženo prostřednictvím bilaterálních kanálů a také zapojením do celosvětových iniciativ a mezinárodních fór. Ve sdělení se rovněž uvádí, že EU by měla podporovat silnější vedoucí postavení WHO, pracovat na zlepšení účinnosti systému OSN, zajišťovat soudržnost mezi příslušnými politikami EU a podporovat výzkum, výměnu informací a kolektivní odborné znalosti v oblasti celosvětového zdraví.

29 Strategie EU v oblasti celosvětového zdraví z roku 2022 se zaměřuje na tři vzájemně provázané priority (viz [příloha I](#)):

- o zajistit lepší zdraví a kvalitní život pro všechny v jakémkoli věku,

- o posílit systémy zdravotní péče a rozšířit všeobecnou zdravotní péči,
- o předcházet zdravotním hrozbám, včetně pandemií, a bojovat proti nim a uplatňovat přístup „jedno zdraví“.

30 Hlavní strategické dokumenty Komise přinesly obecný rámec pro poskytování finanční podpory oblasti zdraví, aniž by specifikovaly jakékoliv operativní cíle. Podpora Komise pro oblast zdraví odpovídala stanoveným prioritám. Přispěla k rozvojovým cílům tisíciletí č. 4, 5 a 6 a později k cíli udržitelného rozvoje č. 3, a to zejména prostřednictvím bilaterálních programů a podpory pro iniciativy v oblasti globálního zdraví, jako je Globální fond, Aliance pro vakcíny nebo partnerství Populačního fondu OSN (UNFPA) pro dodávky. Finanční podpora určená pro klíčovou prioritu, kterou je posilování systémů zdravotní péče (viz bod 28) a která je financovaná ze zeměpisného pilíře (viz bod 15), se však v průběhu času snížila.

31 Do roku 2020 přidělovala Komise prostředky na pomoc v oblasti zdraví zejména prostřednictvím ERF a nástroje pro rozvojovou spolupráci. Od roku 2021 je rozvojová spolupráce prováděna prostřednictvím nástroje NDICI – Globální Evropa.

32 Podrobnosti o financování poskytovaném GŘ INTPA jsou uvedeny v [tabulce 2](#). Celkové částky byly relativně neměnné, v reálných hodnotách se však snížily.

Tabulka 2 – Vývoj plateb GŘ INTPA na pomoci v oblasti zdraví podle nástrojů financování, v milionech EUR

Nástroj financování EU	2007–2013	2014–2020	2021–2027 (leden 2024)
Nástroj pro sousedství a rozvojovou a mezinárodní spolupráci – Globální Evropa (NDICI – Globální Evropa)			2 244
Evropský rozvojový fond (ERF)	1 256	1 850	
Nástroj pro rozvojovou spolupráci	1 566	943	
Ostatní	65	19	
Celkový součet	2 887	2 812	2 244

Zdroj: EÚD s využitím údajů GŘ INTPA.

Pořadí partnerských zemí sestavené Komisí podle jejich potřeb v oblasti zdraví mělo jen malý vliv na přidělování bilaterálních finančních prostředků

33 Sdělení o úloze EU v oblasti celosvětového zdraví z roku 2010 se zaměřilo na upřednostňování a navyšování podpory pro nestabilní země (viz bod **28**), a GŘ INTPA proto vypracovalo seznam zemí, které podporu potřebují nejvíce, aby bylo možné přijímat rozhodnutí o přidělování prostředků. V roce 2020 byl sestaven nový seznam.

34 V roce 2010 Komise seřadila partnerské země na základě pěti ukazatelů: jejich potřeba pomoci v oblasti zdraví, kapacita veřejných financí, ochota řádně vynakládat prostředky pomoci v oblasti zdraví, objem obdržené pomoci a dřívější výsledky v oblasti zdraví. Seznam z roku 2020 byl sestaven pomocí nové metodiky na základě tří mezinárodních ukazatelů: [index lidského rozvoje](#), [index lidského kapitálu](#) a [pokrok při plnění cíle udržitelného rozvoje č. 3](#). Kvůli této metodické změně a také vyvíjející se situaci v praxi se pořadí zemí v obou seznamech významně liší (viz [tabulka 3](#)).

Tabulka 3 – Vývoj stanovení priorit a financování v oblasti zdraví pro nejpotřebnější partnerské země v roce 2010

Pořadí GŘ INTPA 2010		Partnerská země	Zdraví jako priorita v národním orientačním programu					
			Závazky 2007–2013 (v mil. EUR)	2007–2013	Závazky 2014–2020 (v mil. EUR)	2014–2020	Závazky 2021–2027 (v mil. EUR)	2021–2027
1	26	Tanzanie	0,018	✗	0	✗	0	✗
2	32	Zambie	68	✓	2,3	✗	12,3	✓
3	13	Afghánistán	198	✓	172,5	✓	65,3	✓
4	5	Mosambik	24	✓	0	✗	4	✗(*)
5	33	Středoafriická republika	0	✗	7,4	✓	34	✓
6	2	Sierra Leone	24,2	✓	0	✗	0	✗
7	3	Niger	0	✓	11,8	✓	1	✗
8	6	Libérie	63,5	✓	0	✗	0	✗
9	28	Súdán	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	Nigérie	85	✓	78,5	✓	52,2	✓
15	43	Rwanda	0	✗	0	✗	30,1	✗(*)
16	20	Gambie	0	✗	2,8	✗	0	✗
17	7	Guinea	29,5	✓	23	✓	10,3	✓
18	18	Madagaskar	31,9	✓	0	✗	32,5	✓
19	1	Čad	10	✓	1,2	✗	0	✗
20	38	Komory	0	✗	0	✗	0	✗

Fialové buňky = země, v nichž zdraví není prioritním odvětvím v národním orientačním programu na období 2014–2020.

Žluté buňky = země, v nichž zdraví není prioritním odvětvím ve víceletém orientačním programu na období 2021–2027.

(*) Senegal, Rwanda, Mosambik a Niger neuvádějí zdraví jako prioritní oblast ve svém víceletém orientačním programu na období 2021–2027, ale dostávají finanční prostředky z regionálního víceletého orientačního programu „Subsaharská Afrika“.

Zdroj: EÚD s využitím údajů GŘ INTPA.

35 Mezi pořadím partnerských zemí a bilaterálními finančními přiděly pro zdravotnictví byla jen malá souvislost (viz [tabulka 3](#)). Tanzanie, která se nacházela na čele pořadí z roku 2010, obdržela v období 2017–2013 velmi malý objem podpory. Sierra Leone figurovala vysoko na obou seznamech, ale obdržela podporu pouze v letech 2007–2013. Mosambik rovněž obdržel jen malou podporu, přestože byl na obou seznamech vysoko. V žádné z těchto tří zemí nebyla oblast zdraví prioritou financování EU. Odvětví zdraví byla do určité míry podpořena z regionálního finančního krytí. Na druhou stranu Zimbabwe a Burundi získaly poměrně vysokou míru pomoci pro oblast zdraví, přestože se obě země nacházely na nižších příčkách prioritních seznamů. Země, jež v období 2014–2020 obdržely nejvyšší míru financování, byly Demokratická republika Kongo, Afghánistán, Zimbabwe, Etiopie a Burundi. Ve stávajícím programovém období (2021–2027) byly pěti největšími příjemci finančních prostředků Komise určených na zdravotnictví Demokratická republika Kongo, Afghánistán, Burundi, Nigérie a Etiopie.

36 Příčiny těchto rozdílů spočívají především v „programových zásadách“¹⁸, zejména v zásadě odpovědnosti stanovené v čl. 13 odst. 1 písm. a) [nařízení \(EU\) č. 2021/947](#), podle něhož má být programování založeno na politickém dialogu s vládami partnerských zemí. Proto by odvětvová podpora měla záviset na prioritách jednotlivých partnerských zemí. Mezi další příčiny patří omezení počtu prioritních oblastí, které jsou součástí národního orientačního programu (nejvýše tři prioritní oblasti od VFR 2014–2020). Potřebám v oblasti zdraví mohou stát v cestě jiné naléhavé potřeby, především ekonomické. Například Čad, který je na prvním místě seznamu z roku 2020 (viz [tabulka 3](#)), má jako víceleté priority správu věcí veřejných, lidský rozvoj (kromě zdraví) a Zelenou dohodu. Analýza Komise proto poskytla vodítko pro zahájení programových jednání, ale nebyla pro přidělování prostředků rozhodujícím faktorem.

37 Ze stejných důvodů se počet víceletých orientačních programů jednotlivých zemí, které mají zdraví jako prioritu, snížil ze 48 v programovém období 2007–2013 na 17 v období 2014–2020. V rámci nástroje NDICI – Globální Evropa (2021–2027) je zdraví prioritní oblastí pro 27 z celkového počtu 86 víceletých orientačních programů zemí (tj. 59 víceletých orientačních programů neuvádí zdraví jako prioritní oblast). Úplný seznam zemí, které měly v posledních třech programových obdobích zdraví jako prioritu, je uveden v [příloze III](#).

¹⁸ Zvláštní zpráva 14/2023.

Metodika použitá pro přidělování prostředků z tematického pilíře není formalizovaná a není odpovídajícím způsobem zdokumentovaná

38 Kromě zeměpisného přidělování prostředků (podle země či regionu) podporuje EU oblast zdraví i prostřednictvím tematického financování (viz bod 16), které je určeno na iniciativy v oblasti globálního zdraví. Výdaje EU na tyto iniciativy ve třech kontrolovaných VFR významně vzrostly (viz *tabulka 4*) a tento trend v uplynulých letech ještě posílila pandemie COVID-19. Navíc počínaje stávajícím VFR 2014–2020 je větší podpora EU poskytována iniciativám v oblasti globálního zdraví než přímo partnerským zemím v podobě bilaterální pomoci. Dvě hlavní iniciativy podporované Komisí jsou **Globální fond** a aliance **GAVI** (viz bod 16 a *příloha IV*). Evropská komise podporuje Globální fond od jeho spuštění v roce 2002 a Alianci pro vakcíny od roku 2003, tři roky po jejím vzniku v roce 2000.

Tabulka 4 – Vývoj plateb Komise na iniciativy v oblasti globálního zdraví, v milionech EUR

Iniciativa v oblasti globálního zdraví (GHI)	2007–2013	2014–2020	2021–2027 (do ledna 2024)	Celkem (2007 – leden 2024)
Globální fond	585	853	1 017	2 455
Aliance pro vakcíny (GAVI)	20	285	510	815
Partnerství WHO pro všeobecnou zdravotní péči	22	150	37	209
Fond pro předcházení pandemiím			227	227
Partnerství UNFPA pro dodávky	48	50	45	143
Nástroj pro globální financování (IBRD)		24		24
UNAIDS – Společný program OSN pro HIV/AIDS	2			2
Iniciativy v oblasti globálního zdraví celkem	677	1 362	1 836	3 875
Celkem bilaterální pomoc (země uvedené v příloze III)	1 308	990	136	2 435
Celkem podpora GŘ INTPA pro oblast zdraví	2 887	2 812	2 244	7 944
% iniciativy celkem / pomoc GŘ INTPA v oblasti zdraví celkem	23,4 %	48,4 %	81,8 %	48,7 %
% bilaterální pomoc celkem / pomoc GŘ INTPA v oblasti zdraví celkem	45,3 %	35,2 %	6,1 %	30,7 %

Zdroj: přehled GŘ INTPA a data získaná z databáze CRIS/OPSYS na základě kódů DAC pro oblast zdraví.

39 Ani nařízení o nástroji NDICI – Globální Evropa ani odpovídající tematický víceletý orientační program neuvádějí výši finančních prostředků EU přidělených na jednotlivé iniciativy v oblasti globálního zdraví. Podle Komise byly iniciativy v oblasti globálního zdraví vybrány k financování po přezkumu hodnocení, mezer ve financování, dostupnosti rozpočtových prostředků, pokroku v plnění cílů udržitelného rozvoje a ukazatelů vykázaných jednotlivými iniciativami, jakož i na základě posouzení vlivu GŘ INTPA v řídicích orgánech iniciativ a strategických hledisek. Zjistili jsme však, že postup nebyl dostatečně zdokumentován. Ačkoliv Komise použila kvantitativní a kvalitativní prvky, metodika nebyla založena na formálním a předem definovaném souboru specifických a kvantifikovatelných kritérií.

Financování EU přispělo k fungování systémů zdravotní péče, ale jeho účinnost omezují problémy s koordinací

40 Zkoumali jsme relevanci a účinnost intervencí pomoci EU v oblasti zdraví ve třech partnerských zemích vybraných k hloubkové analýze, koordinaci mezi dárci, řešiteli projektů a vládními institucemi, náklady na řízení intervencí, viditelnost financování EU a monitorovací opatření. Zkoumali jsme, zda Komise identifikovala příslušné intervence a přiřazovala jim priority s cílem zajistit, aby byly v souladu s vnitrostátními politikami v oblasti zdraví a očekáváním občanské společnosti a v souladu s přidělováním finančních prostředků. Zkoumali jsme, zda jsou intervence koordinovány s ostatními dárci, zda přispívají k provádění strategie a cílů a zda je možné výsledky intervencí ověřit.

EU podporovala celou škálu intervencí v oblasti zdraví, které byly v souladu s potřebami zemí v našem vzorku

41 Ve třech zemích, které jsme vybrali k hloubkové analýze, jsme zjistili jisté odchylky v typu intervencí financovaných EU. V Burundi byla v období 2014–2020 podpora EU využita mimo jiné na bezplatnou zdravotní péči pro těhotné ženy a děti mladší pěti let. V rámci dalších projektů, které měly posílit systém zdravotní péče v oblasti kapacity ordinací na okresní úrovni, digitalizace nebo duševního zdraví, bylo na tyto činnosti přiděleno pouze malé procento finančních prostředků. V provinciích Bururi, Makamba a Gitega bylo z celkových téměř 9 milionů EUR přidělených Uní vyčleněno 28 % na provozní náklady a lidské zdroje.

42 Komise podporuje systém zdravotní péče v Zimbabwe prostřednictvím navazujících fondů s více dárci. Z Fondu pro rozvoj zdraví (Health Development Fund), který fungoval v období 2016–2022, byla více než třetina jeho rozpočtu vynaložena na pořízení základních léků a výživových produktů (viz [obrázek 3](#)).

43 Podpora zdravotnictví je prioritou bilaterální pomoci EU určené Demokratické republice Kongo v posledních třech programových obdobích, během nichž byla země hlavním příjemcem pomoci EU v oblasti zdraví. Dvoustranné programy a projekty, které EU v Demokratické republice Kongo provádějí, se zaměřovaly na:

- rekonstrukce nemocnic a zdravotních středisek,
- zřizování agentur pro řízení nákladů zdravotnických struktur na provoz a péči,
- zlepšování dodávek kvalitních léků,
- posilování zdravotnických orgánů.

44 Máme za to, že všechny tyto intervence byly vzhledem k potřebám v jednotlivých zemích obecně relevantní.

Koordinační snahy a distribuční systémy na okresní úrovni nejsou dostatečné

45 Vybrané země se snažily zlepšit koordinaci a posílit distribuční systémy. Během naší analýzy jsme zjistili, že vnitrostátní koordinační úsilí se mnohdy soustředí jen na celostátní strategie a přidělování podle regionů. Koordinace je však zapotřebí i na nižší úrovni okresů a klinik, aby se zajistilo, že dostávají, co opravdu potřebují. Naše návštěvy venkovských klinik ukázaly, jak je důležité zlepšovat analýzy potřeb a distribuci léků, protože ve většině lékáren těchto klinik jsme narazili na prázdné regály (viz bod [47](#)).

46 V Zimbabwe hodnotitelé¹⁹ zjistili, že projekty neřeší hlavní problémy vyčerpávajícím způsobem, což vedlo ke zdvojování intervencí. Jak v Burundi, tak v Zimbabwe jsme se setkali s případy financování vybavení, které nebylo nedostatečně využíváno (viz [rámeček 2](#)).

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

Rámeček 2

Nedostatečně využívané vybavení v Burundi a Zimbabwe

V Burundi jsme navštívili nemocnici a zjistili jsme, že ačkoliv se dva nové inkubátory financované z prostředků EU používají, další tři nové inkubátory (poskytnuté jiným dárce) nikoliv. Nové inkubátory financované z prostředků EU by nebyly potřeba, pokud by inkubátory již pořízené a financované jinými dárce byly v provozu.

V okresní nemocnici v Zimbabwe jsme zjistili, že na chodbě již více než půl roku stojí dvě krabice obsahující zcela nové nízkoteplotní mrazáky, a to proto, že pro ně nemocnice nemá využití. Příjemce nebyl schopen objasnit jejich původ a nebylo možné určit ani jejich zdroj financování. Kdyby byly potřeby nemocnice lépe analyzovány, mohly být peníze komunity dárců vynaloženy účinněji.

47 V projektu HDF v Zimbabwe představují největší rozpočtovou položku zdravotnické vybavení a očkovací látky (viz [obrázek 3](#)). Během našich návštěv na místě jsme zjistili, že navzdory investicím od více dárců byla dostupnost léků omezená (viz [obrázek 1](#)). Zjistili jsme, že některé základní léky nebyly již několik měsíců skladem. Setkali jsme se i s případy, kdy byly vyhazovány léky, kterým ještě nevypršela doba použitelnosti.

48 Závěrečné hodnocení projektu PASS v Burundi doporučilo posílit kapacity spojené s řízením farmaceutických výrobků. Potvrzuje to i výroční zpráva ministerstva zdravotnictví za rok 2021, podle níž je hlavním problémem dočasný nebo trvalý nedostatek léků.

49 A pokud jde o Demokratickou republiku Kongo, hodnocení PRO DS, největšího projektu v oblasti zdraví za období 2014–2020, v polovině období (zveřejněné 17. ledna 2022) zjistilo, že tří cílů souvisejících se zásobováním základními léky bylo dosaženo pouze částečně, a to z důvodu neefektivní reorganizace Federace nákupních středisek léčiv a Generálního ředitelství pro organizaci a řízení zdravotní péče.

Obrázek 1 – Některé léky na námi navštívené klinice v Zimbabwe byly trvale nedostupné



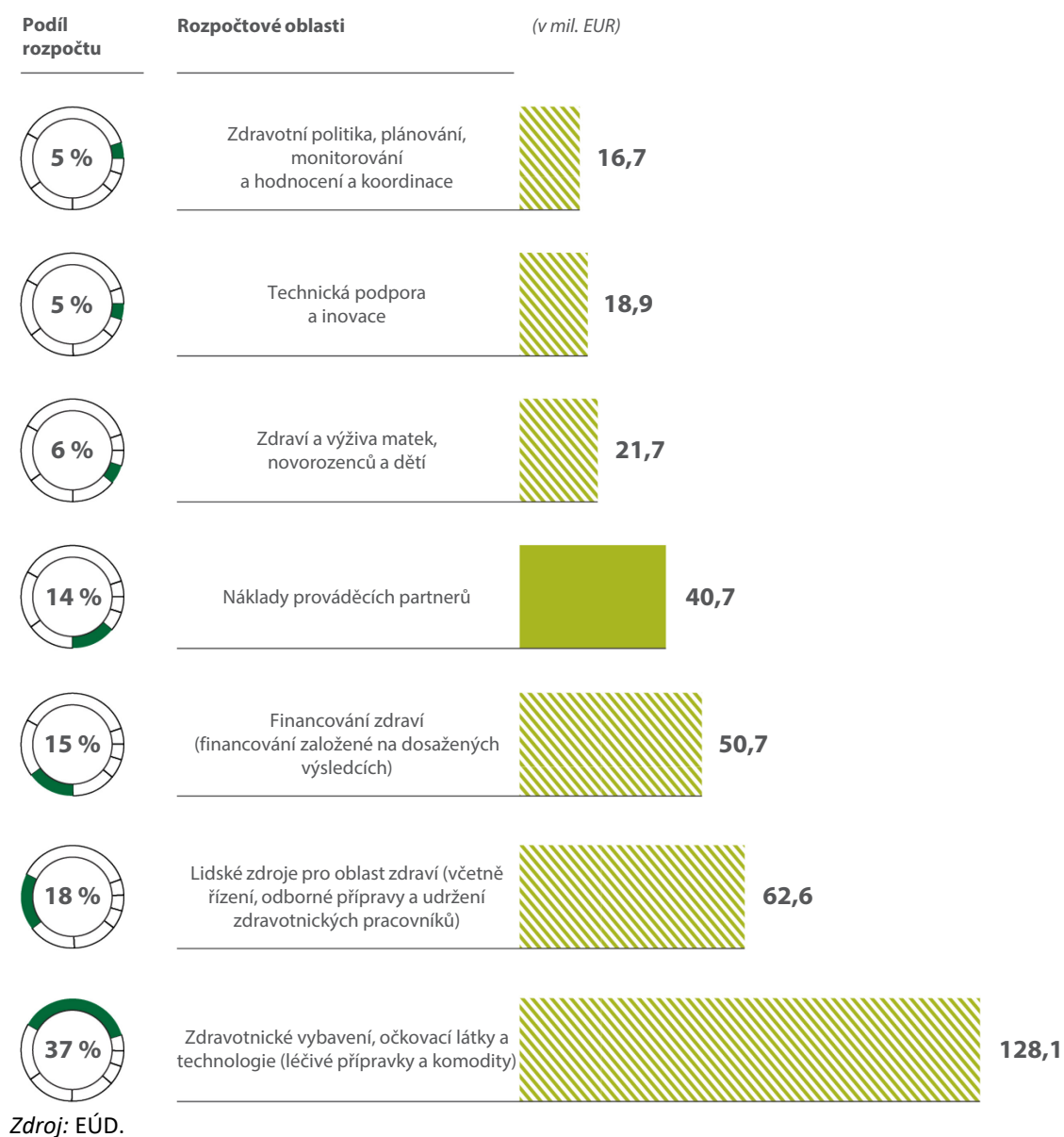
Zdroj: EÚD.

Výši nákladů ovlivňuje kaskádová struktura provádění

50 Náklady na intervence ve zdravotnictví ovlivňuje kaskádová struktura provádění. Projekty často řídí prováděcí partneři, kteří si najímají subdodavatele. Všechny tyto subjekty si účtují poplatky za řízení, a tím se snižuje objem prostředků dostupný konečným příjemcům.

51 V Zimbabwe Komise přispívala do fondů sdružujících více dárců. Projekt HDF, který trval od roku 2016 do roku 2020, měl dva prováděcí partnery. Tito partneři účtovali 7 % rozpočtu na náklady na řízení a dalších 7 % na správu ústředí, dohromady 14 % celkového rozpočtu. Celkové náklady na řízení byly tedy vyšší než některé přiděly v rámci jednotlivých okruhů intervencí. Na [obrázku 3](#) vidíme, že náklady prováděcích partnerů byly téměř dvojnásobné oproti částce přidělené na zdraví a výživu matek, novorozenců a dětí.

Obrázek 3 – Rozpočet fondu Health Development Fund (Fond pro rozvoj zdraví) (EU a ostatní dárce) v Zimbabwe (2016–2022)



52 Zjistili jsme, že projekty v Burundi pod společným názvem „Twiteho Amagara“ financované přímo EU měly provozní náklady vyšší než 30 %. Projekty provádělo ve všech 18 provinciích Burundi pět konsorcií. Konsorcia obdržela celkovou částku ve výši 45 milionů EUR, z čehož téměř třetina (14 milionů EUR) byla použita na úhradu provozních nákladů.

Koordinace různých zdrojů financování je složitá

53 Komise využívá k podpoře stejných geografických území dva různé zdroje financování – zeměpisné financování a celosvětové iniciativy. V uplynulých letech navíc iniciativy v oblasti globálního zdraví rozšířily svoji působnost horizontálně, aby zahrnovaly i posilování systémů zdravotní péče. Existuje proto riziko, že se činnosti Komise budou s iniciativami v oblasti globálního zdraví překrývat a že nedojde k posílení synergie jejich oblastí působnosti ani k posílení synergie mezi samotnými iniciativami.

54 Globální fond požaduje, aby jednotlivé přijímající země měly jasný mechanismus koordinace společného úsilí pro přístup k prostředkům financování a jejich využívání. Kvůli problémům se zastoupením všech zúčastněných stran (zejména místních komunit) ve vnitrostátních koordinačních mechanismech je často nutné vytvořit samostatný koordinační mechanismus pro jednotlivé země. Zjistili jsme, že pro partnerskou zemi se tím zvyšuje administrativní zátěž. Představitelé Burundi nám například sdělili svůj zájem sloučit kvůli této složitosti vnitrostátní koordinační mechanismus s obecným koordinačním systémem zvaným Health and Development Partnership Framework (Rámec pro partnerství v oblasti zdraví a rozvoje), který řídí ministerstvo zdravotnictví.

55 Komise je zapojena do řídicích orgánů iniciativ v oblasti globálního zdraví i do řízení a provádění [Lusacké agendy](#) z roku 2023, která zajišťuje koordinační fórum o budoucnosti iniciativ v oblasti globálního zdraví. Lusacká agenda určila několik klíčových požadavků potřebných ke zlepšení přínosu iniciativ v oblasti globálního zdraví k ochraně životů a zlepšování zdraví lidí na celém světě. Patří sem výraznější příspěvek k primární zdravotní péči, katalytická úloha podporující zdravotní služby financované z vnitrostátních zdrojů, společné přístupy k dosažení rovnosti v oblasti zdraví, strategická a operační soudržnost řídicích modelů iniciativ v oblasti globálního zdraví a koordinace výzkumu a vývoje s regionální výrobou. Účinné provádění této agendy bude klíčem k zajištění koordinovaného přístupu ze strany dárců, iniciativ v oblasti globálního zdraví a vlád států s cílem posílit v partnerských zemích systémy zdravotní péče.

Viditelnost činností financovaných EU na místě je nízká, zejména jsou-li finanční prostředky poskytovány i dalšími dárci

56 Viditelnost činností EU je zásadní pro posílení postavení EU ve světě. Komise vypracovala řadu pokynů zaměřených konkrétně na vnější činnost²⁰. Příjemci prostředků financování EU musí plnit povinnosti, které mají zajistit viditelnost EU. Pravidla zahrnují mimo jiné společné označování, tedy požadavek umístit ve většině případů evropský znak alespoň tak zřetelně jako ostatní loga.

57 Naše návštěvy odhalily, že viditelnost činností financovaných z prostředků EU je nedostatečná. Nejčastějším problémem je, že příjemci znají projekt nebo jeho prováděcí subjekty, ale nevědí, že finanční prostředky poskytla EU.

58 Prováděcí subjekty jsou zpravidla daleko lépe viditelní než dárci a příjemci obecně mají za to, že projekty financují. V Burundi jsme se například setkali s případy, kdy byla vlajka EU zobrazena bez jakéhokoliv doprovodného textu označujícího Evropskou unii (viz *obrázek 2*), což je v rozporu s pokyny (viz bod *56*). Je to problematické, neboť ne vždy si místní obyvatelé spojí vlajku s EU. V jiných případech bylo zobrazeno pouze logo řešitele.

²⁰ *Communicating and raising EU visibility: Guidance for external actions*, Evropská komise.

Obrázek 2 – Logo vlajky EU bez textu, který by označoval Evropskou unii



Zdroj: EÚD.

59 V případě fondů sdružujících více dárců příjemci zpravidla neznají identitu všech dárců, ale jsou obeznámeni jen s názvem fondu. Navzdory požadavku, aby byla podpora EU propagována alespoň stejně výrazně jako podpora ostatních přispěvatelů, budou koneční příjemci znát pouze prováděcího partnera. To má negativní dopad na cíl zvyšovat povědomí o vnějších politikách a globálních opatřeních EU.

Obecné ukazatele výkonnosti a nedostatky v údajích jsou překážkou pro měření výsledků pomoci EU v oblasti zdraví

60 Komisí používaný rámec EU pro výsledky obsahuje jen malý počet ukazatelů v oblasti zdraví umožňujících určit, nakolik bylo dosaženo strategických cílů (do roku 2017 pět ukazatelů, po roce 2017 dva ukazatele). Tyto ukazatele (viz [tabulka 5](#)) mají měřit konkrétní podporu EU. V praxi nicméně ukazují efekt pomoci celé komunity dárců a o intervencích EU v oblasti zdraví poskytují jen částečnou představu.

Tabulka 5 – Vývoj ukazatelů v oblasti zdraví v rámci EU pro výsledky

2015–2017	od r. 2018
počet jednorozčích dětí imunizovaných s podporou EU	počet jednorozčích dětí imunizovaných s podporou EU
počet žen využívajících jakékoli metody antikoncepce za podpory EU	počet žen v reprodukčním věku využívajících moderní metody antikoncepce za podpory EU
počet porodů za přítomnosti kvalifikovaného zdravotnického personálu za podpory EU	-
počet osob nakažených virem HIV v pokročilém stádiu, které podstupují léčbu antiretrovirovými léky za podpory EU	-
počet moskytiér na postel ošetřených insekticidy distribuovaných za podpory EU	-

Zdroj: rámec EU pro výsledky mezinárodní spolupráce a rozvoje (EURF) z roku 2015, revidovaný EURF z roku 2018 a systém sledování výkonnosti programu Globální Evropa obsahující revidovaný rámec pro výsledky programu Globální Evropa z roku 2022.

61 Stejně tak ukazatele výkonnosti používané iniciativami v oblasti globálního zdraví často nelze přičítat pouze jejich činností, ale odrážejí společné úsilí všech dárců a vlád přijímajících zemí (např. klíčový ukazatel výkonnosti Globálního fondu o míře úmrtnosti).

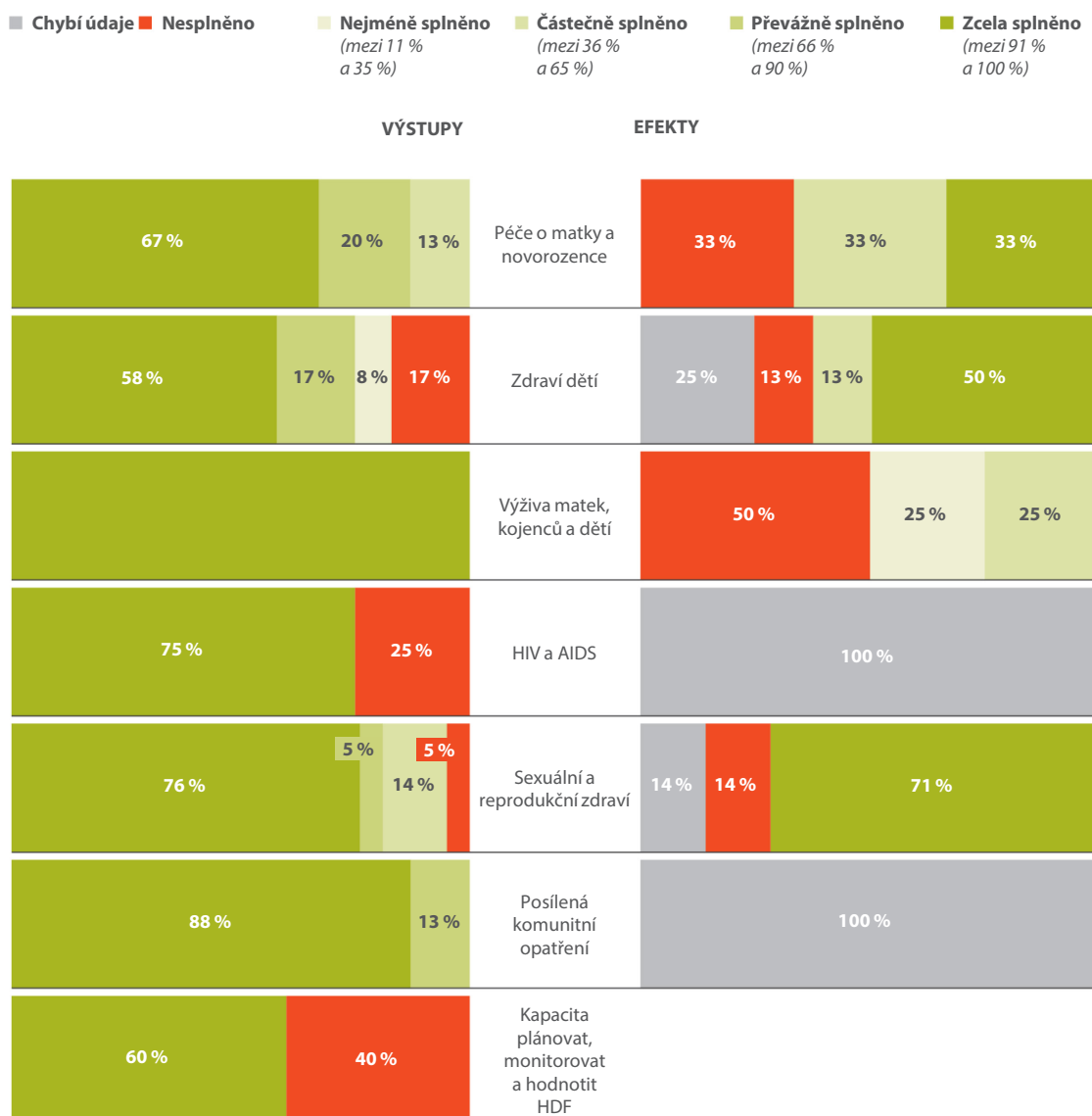
62 Výsledky, jichž dosahují společné fondy, nejsou dostatečně komunikovány s delegacemi EU. Delegace v Zimbabwe například nedostávala čtvrtletní zprávy o provádění, ale pouze výroční zprávy o pokroku s nedostačujícími informacemi o využívání prostředků.

63 Jak bylo vysvětleno výše (viz body **60** a **61**), je těžké oddělit dopad intervencí EU od podpory jiných dárců a dalších vnějších faktorů. V Burundi dostupná hodnocení odhadují, že efektů a výsledků bylo částečně dosaženo²¹.

64 Podle konečného hodnocení se fond HDF v Zimbabwe zaměřil na 24 efektů a 69 výstupů. Podle ukazatelů bylo dosaženo většiny výstupů, avšak pokrok z hlediska dosažení efektů byl menší (viz **obrázek 4**).

²¹ *Evaluation du programme d'appui au système de santé (PASS) au Burundi*, IBF, 2021; *Interim evaluation report of the programme Twiteho Amagara*, Proman, 2018 a jiná veřejně nedostupná hodnocení.

Obrázek 4 – Výstupy a efekty fondu HDF v Zimbabwe



Zdroj: EÚD na základě závěrečného hodnocení fondu HDF v Zimbabwe.

65 V Demokratické republice Kongo, hodnocení PRO DS, největšího projektu v oblasti zdraví za období 2014–2020, v polovině období ukázalo, že bylo v zásadě plně dosaženo tří z deseti očekávaných výsledků (např. zefektivnění fungování referenční nemocnice a zdravotních středisek) a pěti výsledků bylo dosaženo částečně (např. posílení regulační úlohy ústřední zdravotnické správy). Pokrok u dvou výsledků notně zaostával za očekáváním (např. u zajištění lidských zdrojů schopných provádět provozní úkoly a správní funkce).

66 Během kontrolních návštěv jsme zjistili, že některé údaje shromážděné pro účely podávání zpráv nebyly k dispozici nebo byly nespolehlivé. V Burundi se k monitorování zdraví matek používalo několik ukazatelů, avšak některých vykázaných hodnot zjevně nebylo možné dosáhnout. Jedná se například o ukazatel asistovaných porodů, který místy dosáhl až 125 %. Komise vysvětlila, že důvodem této nesrovnalosti jsou zastaralé statistiky o obyvatelstvu.

Udržitelnost projektů je ohrožena

67 Nedostatečná udržitelnost je přirozeným rizikem projektů rozvojové pomoci. Pomoc je dočasná, časový horizont pro intervence je krátký a dostupnost prostředků financování kolísá a toto vše může mít negativní dopad na pokračování projektů v přijímajících zemích. Prověřovali jsme, zda byl ve všech fázích intervencí, tj. od plánování, přes provádění, po monitorování, brán zřetel na udržitelnost.

Přijímající vlády nemají strategie přechodu a ukončení, chybí jim odhodlání a mají omezené rozpočtové zdroje

68 Financované projekty jsou časově vymezené, ale po skončení financování jsou jen zřídka soběstačné. Dárci proto musí spolupracovat s místními a národními orgány, a zajistit tak, aby výsledky nebyly ztraceny. Zároveň je důležité, aby se financování dárci potkalo s odpovídající absorpční kapacitou a nebylo vládami využíváno jako náhrada státních výdajů. Je také důležité, aby přijímající země měly strategie financování oblasti zdraví, které by zmírnily dopady ukončení dárcovských příspěvků.

69 Ve třech zemích, jejichž hloubkovou analýzu jsme provedli, jsme nezjistili žádnou jasnou strategii přechodu a ukončení (viz [rámeček 3](#)), což naznačuje problémy s udržitelností operací po skončení podpory EU, a to i vzhledem k omezeným rozpočtovým zdrojům těchto zemí.

Rámeček 3

Systemy zdravotní péče jsou nadále závislé na mezinárodní pomoci

V Burundi byly intervence EU ve zdravotnictví původně přechodné a měly usnadnit přechod od mimořádné podpory k poskytování běžných zdravotních služeb. Burundi je stále velmi závislé na dárcích zvenčí a pomoc stěží udržuje systém v chodu. Komise si je vědoma toho, že přestože činnost zahrnující politický a odvětvový dialog i odbornou pomoc vládě nadále probíhá, je třeba vyvinout větší úsilí k přípravě strategie přechodu / ukončení podpory. Doposud k tomu neexistují žádné konkrétní plány, ale pokračují jednání dárců.

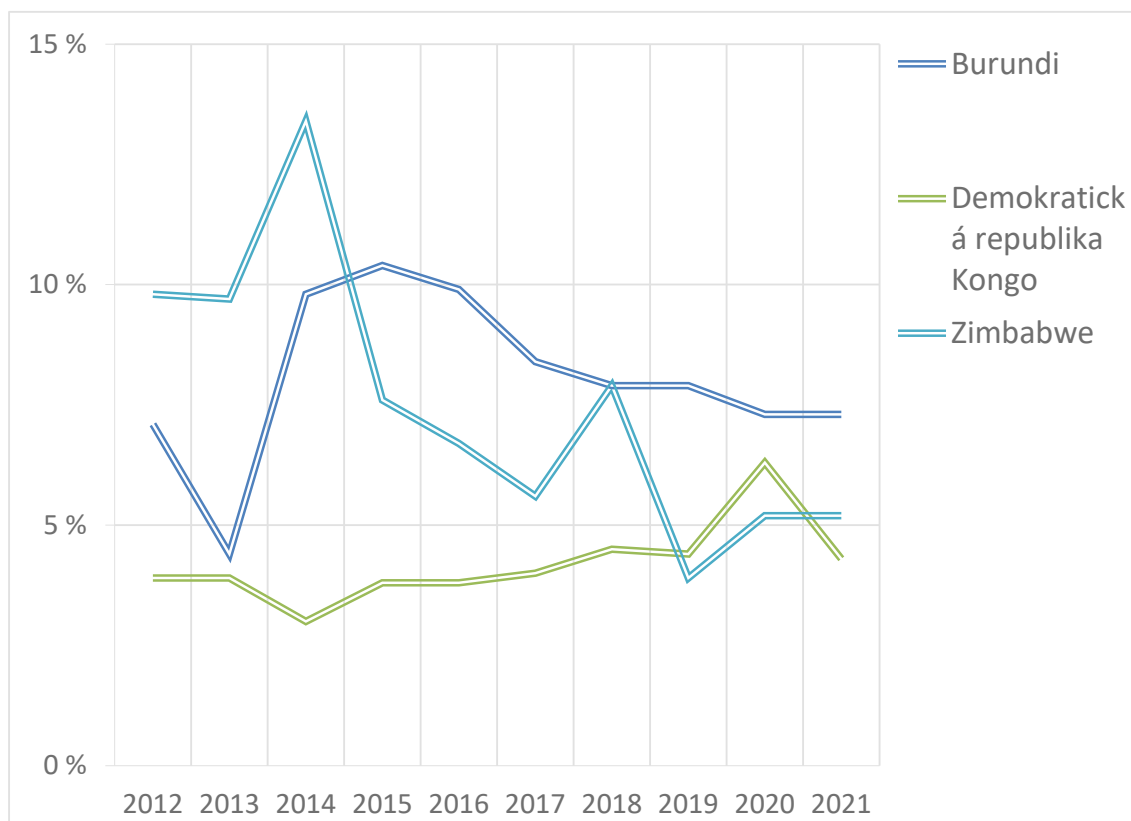
V Zimbabwe byl v rámci projektu HDF přidělen významný objem prostředků na potřeby v oblasti lidských zdrojů, jako jsou například platby věrnostních příspěvků na udržení pracovních míst, bonusy za výkonnost a jiné personální náklady. Partneri předpokládali, že vláda s koncem projektu HDF převeze financování komunitních zdravotníků, po omezení financování ze strany dárců v navazujícím Fondu pro odolnost zdravotnictví (HRF), ale žádná vládní podpora na mzdy a související náklady poskytnuta nebyla.

V polovině období trvání největšího programu EU v oblasti zdraví v Demokratické republice Kongo v období 2014–2020 bylo provedeno hodnocení, které poukázalo na výzvy související s udržitelností a podpořilo vypracování strategie ukončení, která by zahrnovala všechny zúčastněné strany.

70 Strategie ukončení mnohdy vyžadují vytvoření fiskálního prostoru, aby bylo možné dostatečně financovat státní zdravotnictví. Rozpočty na zdravotnictví u námi vybraných tří zemí doposud nedosáhly 15 % prahové hodnoty celkového rozpočtu, k níž se země zavázaly v [prohlášení z Abudži](#) z roku 2001 (viz bod [06](#) a [obrázek 5](#))²².

²² *Africa Scorecard on Domestic Financing*, Africká unie.

Obrázek 5 – Rozpočet na zdravotnictví vyjádřený v % HDP v zemích, jež byly předmětem auditu.



Zdroj: EÚD na základě srovnávacího přehledu *Africa Scorecard on Domestic Financing for Health*.

Vybavení není vždy odpovídajícím způsobem udržováno

71 Když dárci financují nebo dodají vybavení, často předpokládají, že se o něj budou příjemci dobře starat a zajišťovat pro něj potřebnou údržbu a spotřební materiál. To s sebou však mnohdy přináší další náklady: telefony potřebují předplatné linky, auta potřebují pravidelný servis a náhradní díly a do tiskáren je zapotřebí papír a tonerové kazety. Tyto dodatečné náklady mohou představovat jen zlomek hodnoty vybavení, ale přesto se mohou někdy stát nepřekonatelnou překážkou k jeho účinnému využívání.

72 Problém s údržbou byl zjištěn v mnoha hodnoceních. Zjistili jsme, že během výběru a údržby vybavení se dostatečně nezohledňuje, zda jsou potřebné služby, dovednosti a náhradní díly v přijímající zemi dostupné. [Společné hodnocení](#) prvních dvou projektů financování založených na výkonnosti v Burundi poukázalo na problémy s údržbou vybavení.

73 Během kontrolních návštěv jsme odhalili případy nevyužívaného (viz [rámeček 4](#)), poškozeného (viz [obrázek 3](#)) nebo nedostatečně využívaného vybavení financovaného přímo či nepřímo z prostředků EU. Domníváme se, že příčiny těchto případů souvisely s neprovedeným nebo nedostatečným posouzením potřeb a nevhodnou volbou vybavení.

Obrázek 3 – Hematologický analyzátor v laboratoři v Burundi, který byl kvůli poruše nefunkční více než 16 měsíců



Zdroj: EÚD.

Rámeček 4

PHEOC v Burundi mimo provoz

Operační střediska pro mimořádné události v oblasti veřejného zdraví (PHEOC) koordinují všechny činnosti související s mimořádnými událostmi v oblasti veřejného zdraví. Na zřízení PHEOC v Burundi byly použity finanční prostředky EU ve výši 800 000 EUR a do provozu bylo uvedeno dne 20. dubna 2021²³. V době naší kontrolní návštěvy, tedy o více než dva roky později, nebyly ještě počítače fyzicky připojené, telefony nefungovaly a další IT vybavení nebylo nikdy použito. Vedení střediska vysvětlovalo, že středisko není v provozu, protože ministerstvo zdravotnictví se nedokázalo dohodnout s telefonním operátorem.

²³ Zpráva WHO *Inauguration officielle du Centre des Opérations d'Urgences de Santé Publique*.

Závěry a doporučení

74 Celkově jsme dospěli k závěru, že Komise přidělovala finanční prostředky v souladu se svými obecnými prioritami, ale metodika tohoto přidělování vykazovala nedostatky. Účinnost intervencí omezovaly problémy v oblasti koordinace a udržitelnosti.

75 Hlavní strategické dokumenty EU stanovily obecné parametry pro přidělování prostředků financování, aniž by upřesnily operační cíle. Platby na podporu oblasti zdraví byly za poslední tři programová období relativně neměnné. Financování bilaterální spolupráce s partnerskými zeměmi se však snížilo, zatímco financování podpory iniciativ v oblasti globálního zdraví výrazně vzrostlo, mimo jiné také v důsledku reakce na pandemii COVID-19 (body 28–32).

76 Komise vytvořila pořadí partnerských zemí podle potřeb jejich systémů zdravotní péče, ale toto posouzení mělo jen malý vliv na bilaterální financování, zejména kvůli programovým zásadám (body 33–37).

Doporučení 1 – Lépe sladit potřeby zemí a přidělování finančních prostředků v oblasti zdraví

Při přípravě příštího VFR by měla Komise ve spolupráci s přijímajícími zeměmi prozkoumat, jak zajistit, aby pořadí partnerských zemí stanovené podle jejich potřeb lépe odpovídalo geografickému přidělování pomoci EU v oblasti zdraví, a bude-li to možné, v souladu s právním základem příštího VFR znovu zajistit rovnováhu přidělování prostředků určených na celosvětové iniciativy a regionální a bilaterální podporu zemím.

Cílové datum provedení: včas pro příští VFR

77 Přidělování podpory jednotlivým iniciativám v oblasti globálního zdraví prostřednictvím tematických programů bylo založeno na kvantitativních a kvalitativních prvcích. Nebylo však založeno na formalizovaném a předem definovaném souboru specifických a kvantifikovatelných kritérií a proces nebyl dostatečně zdokumentován (body 38–39).

Doporučení 2 – Stanovit jasná kritéria pro financování iniciativ v oblasti globálního zdraví a zkvalitnit dokumentaci procesu přidělování prostředků

Komise by měla stanovit jasná, specifická a – kde to bude možné – kvantifikovatelná kritéria pro financování iniciativ v oblasti globálního zdraví a zkvalitnit dokumentaci procesu, včetně analýzy přidané hodnoty zapojení Komise do těchto iniciativ.

Cílové datum provedení: 2025

78 Prověřované projekty přinesly řadu výstupů – od hrazení návštěv lékaře přes léky až po nemocniční budovy. Nedostatečná koordinace na okresní úrovni však vedla k nedostatkům v distribuci vybavení a léků (body 40–49).

Doporučení 3 – Zlepšit analýzu potřeb a koordinaci distribuce vybavení a léků

Komise by měla úzce spolupracovat s příslušnými aktéry na odpovídající úrovni s cílem zlepšit koordinaci distribuce vybavení a léků. Komise by měla spolupracovat s partnerskými zeměmi na zvyšování jejich kapacity v oblasti analýzy potřeb, plánování a koordinace.

Cílové datum provedení: 2025

79 Na náklady na intervence ve zdravotnictví měla vliv kaskádová struktura provádění. Zvýšily se tak náklady na provádění projektů a snížily se částky dostupné pro konečné příjemce (body 50–52).

Doporučení 4 – Analyzovat přiměřenost nákladů na řízení

Komise by měla posílit svou analýzu přiměřenosti rozpočtovaných nákladů na řízení, zejména těch, které se týkají kaskádové struktury provádění.

Cílové datum provedení: 2025

80 Komise je zapojena do činnosti řídicích orgánů iniciativ v oblasti globálního zdraví a do řízení a provádění Lusacké agendy. Cílem je zajistit lepší soulad těchto iniciativ, odstranit roztříštěnost a racionalizovat jejich strukturu (body 53–55).

Doporučení 5 – Zabránit překrývání a zajistit synergie mezi podporovanými iniciativami v oblasti globálního zdraví

Komise by měla přijmout další opatření s cílem zabránit překrývání a zajistit synergie mezi podporovanými iniciativami v oblasti globálního zdraví.

Cílové datum provedení: 2025

81 Viditelnost financování EU u cílových skupin obyvatel byla nízká (body 56–59). Komise používá omezený počet ukazatelů na vysoké úrovni týkajících se zdraví. Zjistili jsme, že tyto ukazatele vykreslily pouze částečný obrázek o čtených činnostech EU v oblasti zdraví. Navíc byly vypočítány způsobem, který fakticky měřil společné úsilí různých aktérů a nevztahoval se pouze na financování EU. Komise tak nedokázala v plném rozsahu měřit výsledky dosažené financováním EU v oblasti zdraví z hlediska strategických cílů. Výsledky bilaterálních intervencí prováděných fondy sdružujícími více dárců navíc nebyly dostatečně komunikovány s delegacemi EU. Údaje shromážděné řešiteli projektů pro účely podávání zpráv byly někdy nedostupné nebo nespolehlivé (viz body 60–66).

Doporučení 6 – Stanovit ukazatele umožňující komplexní monitorování podpory EU pro zdravotnictví

Při přípravě příštího VFR by Komise měla stanovit ukazatele pro zdravotnictví, které budou komplexně monitorovat vliv intervencí EU v souladu se zásadami účinnosti pomoci. Pokud jde o fondy sdružující více dárců, měla by Komise posoudit, zda je proveditelné uplatňovat proporcionální metodu vykazování výsledků intervencí EU.

Cílové datum provedení: včas pro příští VFR, nejpozději do roku 2027

82 V návaznosti na snižování finančních prostředků od dárců nebyla zavedena jasná strategie přechodu ani strategie ukončení podpory umožňující vládě pokračovat ve financování projektů. To by mohlo ohrozit udržitelnost systémů po ukončení podpory EU (body 67–70).

Doporučení 7 – Přijmout opatření na podporu udržitelnosti systémů zdravotní péče

Komise by měla spolu se všemi příslušnými subjekty působícími v partnerských zemích, jež jsou příjemci podpory, podrobněji prověřit, jak zajistit udržitelnost systémů zdravotní péče. Související diskuse by se měla více zabývat financováním oblasti zdraví, například mobilizací domácích příjmů a jasnými a realistickými strategiemi přechodu a ukončení. Strategie ukončení by měly zahrnovat budoucí plánované financování příslušných částí systémů zdravotní péče.

Cílové datum provedení: 2025

83 Udržitelnost intervencí EU je ohrožena také kvůli nedostatečné údržbě poskytovaného vybavení (body 71–73).

Doporučení 8 – Přikládat větší význam údržbě vybavení

Komise by měla:

- a) zahrnout aspekt údržby do nákupu vybavení, tj. vzít v potaz, zda jsou v zemi k dispozici potřebné služby, dovednosti a náhradní díly a jak by v případě potřeby mohly být zavedeny;
- b) přijmout opatření zaměřená na zvýšení povědomí a změnu chování v souvislosti s údržbou, a pomoci tak zúčastněným stranám zavést systém a režim údržby.

Cílové datum provedení: 2025

Tuto zprávu přijal senát III, jemuž předsedá Bettina Jakobsenová, členka Účetního dvora, v Lucemburku na svém zasedání dne 9. července 2024.

Za Účetní dvůr

Tony Murphy
předseda

Přílohy

Příloha I – Cíle strategií pomoci EU v oblasti zdraví od roku 2005

Strategický dokument	Cíle pomoci v oblasti zdraví
Evropský konsensus o rozvoji z roku 2005	<ul style="list-style-type: none"> — Snaha o plnění rozvojových cílů tisíciletí OSN souvisejících se zdravím: cíl č. 4 snížit úmrtnost dětí, cíl č. 5 zlepšit zdraví matek, cíl č. 6 bojovat s HIV/AIDS, malárií a dalšími nemocemi. — Řešení mimořádné krize lidských zdrojů u poskytovatelů zdravotní péče. — Spravedlivé financování oblasti zdraví. — Posilování systémů zdravotní péče s cílem podpořit lepší výsledky zdravotní péče. — Nadále přispívat do celosvětových iniciativ. V tomto ohledu bod 108 dokumentu 2006/C 46/01 stanoví, že „Komise určí kritéria pro rozhodnutí o účasti Společenství a o jeho přispívání do světových fondů“.
Sdělení Komise z roku 2010 o úloze EU v oblasti celosvětového zdraví (a související pracovní dokumenty útvarů Komise)	<ul style="list-style-type: none"> — Vedoucí postavení EU v oblasti koordinace iniciativ v oblasti globálního zdraví, zapojení zúčastněných stran na úrovni partnerské země. — Všeobecná zdravotní péče: <ul style="list-style-type: none"> ○ Upřednostnění nestabilních zemí prostřednictvím bilaterálních kanálů (seznam nestabilních zemí) a zapojením do iniciativ v oblasti globálního zdraví (podporovat přizpůsobení stávajících iniciativ). ○ Zaměření na podporu posilování systémů zdravotní péče. ○ Financování jednoho rozpočtu na zdravotnictví a jednoho monitorovacího procesu jako preferovaný rámec poskytování podpory EU. ○ Směřovat 2/3 oficiální rozvojové pomoci (ORP) v oblasti zdraví prostřednictvím vlastních rozvojových programů partnerských zemí a z 80 % využívat postupy zadávání veřejných zakázek v partnerských zemích a jejich systémy pro řízení veřejného financování. — Zajistit soudržnost s ostatními politikami na podporu všeobecné zdravotní péče. — Investovat do zdravotního výzkumu pro všechny.

Strategický dokument	Cíle pomoci v oblasti zdraví
Sdělení Komise z roku 2011 s názvem Agenda pro změnu (závěry Rady z roku 2012)	<ul style="list-style-type: none"> — Využívat svou škálu nástrojů pomoci, zejména dohod o odvětvových reformách. — Rozvíjet a posilovat systémy zdravotní péče. — Snižovat nerovnosti v přístupu ke zdravotním službám. — Zvyšovat ochranu před globálními zdravotními hrozbami. — Prosazovat soudržnost politik. — Závěry Rady: „Podpora sociálního začleňování a lidského rozvoje [zdraví, vzdělání a sociální ochrana] bude i nadále zajišťována pomocí prostředků tvořících nejméně 20 % pomoci EU“ a „EU se bude nadále angažovat v nestabilních státech...“.
Evropský konsensus o rozvoji z roku 2017	<ul style="list-style-type: none"> — Snaha o plnění cílů udržitelného rozvoje OSN souvisejících se zdravím. — EU a její členské státy budou prosazovat všeobecnou zdravotní péči. — Podporovat a budovat spolehlivé, kvalitní a odolné systémy zdravotní péče. EU a její členské státy budou podporovat rozvojové země v odborné přípravě pracovníků ve zdravotnictví, v jejich náboru, rozmístění, dalším profesním rozvoji atd. — Předcházet přenosným nemocem, jako je HIV/AIDS, tuberkulóza, malárie a žloutenka, a bojovat s nimi. — Přijmout opatření k řešení globálních hrozeb (epidemie nebo antimikrobiální rezistence). — Usilovat o snížení úmrtnosti dětí a matek, podporovat duševní zdraví a řešit rostoucí zátěž v podobě nepřenositelných nemocí v partnerských zemích. — Podporovat inovace v oblasti zdravotnických technologiích. — EU znovu opakuje, že je odhodlána vyčlenit nejméně 20 % své oficiální rozvojové pomoci na sociální začleňování a lidský rozvoj.

Strategický dokument	Cíle pomoci v oblasti zdraví
Strategie EU v oblasti celosvětového zdraví z roku 2022	<ul style="list-style-type: none"> — Zajistit lepší zdraví a kvalitní život pro všechny v jakémkoli věku (cíl udržitelného rozvoje č. 3 o zdravém životě, cíl č. 5 o rovnosti mužů a žen, cíl č. 10 o snižování nerovností v rámci zemí a mezi nimi). Patří sem posilování systémů zdravotní péče, opatření zaměřená na boj proti HIV a podpora iniciativ v oblasti globálního zdraví. — Posilovat systémy zdravotní péče a pokročit v oblasti všeobecné zdravotní péče. Spadá sem digitalizace, inovativní technologie a řešení nedostatku pracovníků. — Předcházet zdravotním hrozbám, včetně pandemií, a bojovat proti nim, uplatňovat přístup „jedno zdraví“. Zahrnout podporu pro fondy pro předcházení pandemiím, výrobní kapacity atd. — Zopakovat závazek EU poskytovat alespoň 20 % své oficiální rozvojové pomoci v rámci nástroje NDICI na lidský rozvoj a sociální začleňování.

Příloha II – Seznam kontrolovaných programů a projektů

Burundi

Název	VFR	Referenční číslo	Podpora EU (závazky v mil. EUR)
Programme d'appui au système de santé (PASS) à travers l'outil du financement basé sur la performance (FBP) – Phase 2	2014–2020	FED/2019/413-660 (CL)	27,8
TWITEHO AMAGARA – Bujumbura Mairie, Bujumbura rural, Muramvya, Rumonge et Kirundo	2014–2020	FED/2019/405-241 (EC)	9,4
TWITEHO AMAGARA – Cankuzo, Ruyigi, Rutana, Mwaro	2014–2020	FED/2019/405-314 (EC)	9,3
TWITEHO AMAGARA – Ngozi, Kayanza, Cibitoke	2014–2020	FED/2019/405-306 (EC)	8,9
TWITEHO AMAGARA – Bururi, Makamba, Gitega	2014–2020	FED/2019/405-304 (CL)	8,1
TWITEHO AMAGARA – Karuzi, Muyinga, Bubanza et santé mentale à Ngozi	2014–2020	FED/2019/405-311 (CL)	7,5

Demokratická republika Kongo

Název	VFR	Referenční číslo	Podpora EU (závazky v mil. EUR)
Programme d'appui au plan national de développement sanitaire (PA PNDS).	2007–2013	FED/ 2009/21511	53,8
Projet d'accélération des progrès vers les OMD 4 et 5 (PAP OMD 4 -5)	2007–2013	FED/2012/023-801 (EC)	40
Programme de renforcement de l'Offre et Développement de l'accès aux Soins de Santé en RDC (PRODS)	2014–2020	FED/2016/038-165 (EC)	217
Unis pour la santé et l'éducation	2021–2027	NDICI AFRICA/2021/043-305 (EC)	30

Název	VFR	Referenční číslo	Podpora EU (závazky v mil. EUR)
Unis pour la santé, phase 2	2021–2027	NDICI AFRICA/2022/043-891 (CA)	35
Unis pour la santé, phase 3	2021–2027	NDICI AFRICA/2023/045-313 (EC) (JAD.1258480)	9

Zimbabwe

Název	VFR	Referenční číslo	Podpora EU (závazky v mil. EUR)
Health Development Fund (Improving access to basic health services to all Zimbabweans)	2014–2020	FED/2015/368-364 (CL)	62,6
Improving access to basic health services to all Zimbabweans II	2014–2020	FED/2020/415-680 (EC)	42,5
Health Resilience Fund (HRF)	2021–2027	NDICI AFRICA/2022/438- 583 (EC)	41,0
Improving access to basic health services to all Zimbabweans II_UNICEF	2014–2020	FED/2020/415-231 (CA)	35,9
Contribution to Health Transition Fund IV	2014–2020	FED/2015/356-385 (CA)	12,0

Příloha III – Partnerské země, v nichž je zdraví prioritním odvětvím vymezeným v jejich vnitrostátních orientačních programech / víceletých orientačních programech

	VFR 2007– 2013	VFR 2014– 2020	VFR 2021– 2027
Afghánistán	•	•	•
Alžírsko	•		
Angola	•		
Bangladéš	•		
Belize		•	
Burkina Faso	•	•	
Burundi	•	•	•
Čad	•		
Demokratická republika Kongo	•	•	•
Dominika	•		
Egypt	•		•
Etiopie		•	•
Filipíny	•		
Ghana	•		
Grenada		•	
Guinea Bissau	•	•	•
Guinea Konakry	•	•	•
Indie	•		
Írán			•
Jamajka	•		
Jemen	•		
Jižní Afrika	•		
Jižní Súdán	•	•	•
Keňa			•
Kongo	•		
Kuba			•
Laoská LDR			•
Libanon			•
Libérie	•		
Libye	•	•	•
Madagaskar	•		•
Mali	•		•
Maroko	•	•	•
Mauritánie	•	•	•
Moldavsko	•		

	VFR 2007– 2013	VFR 2014– 2020	VFR 2021– 2027
Mosambik	•		
Myanmar	•		
Namibie	•		
Niger	•		
Nigérie	•	•	•
Palestina			•
Peru	•		
Pobřeží slonoviny	•		
Senegal	•		
Sierra Leone	•		
Středoafriická republika		•	•
Súdán			•
Svatá Lucie	•		
Svatý Tomáš a Princův ostrov	•		
Svatý Vincenc a Grenadiny	•		
Svazijsko	•		
Sýrie	•		
Tádžikistán	•	•	•
Togo	•		
Tunisko			•
Uganda			•
Uzbekistán	•		
Vietnam	•		
Východní Timor	•		
Zambie	•		•
Zimbabwe	•	•	•
Země CELKEM	48	17	27

Příloha IV – Přidělení prostředků z tematického pilíře nástroje NDICI – Globální Evropa (leden 2024)

Programy v oblasti zdraví	Závazky (EUR)
Příspěvek Globálnímu fondu	1 064 503 222
Příspěvek Alianci pro vakcíny (GAVI)	525 000 000
Příspěvek fondu pro předcházení pandemiím	427 000 000
Příspěvek Populačnímu fondu OSN (UNFPA)	45 000 000
Příspěvek Dohodě o programu urychlení lidského rozvoje (HDX) – složka dětská obrna	275 000 000
Ostatní	12 517 500
Celkový součet	2 349 020 722

Pozn.: tučně vyznačené jsou prostředky přidělené iniciativám v oblasti globálního zdraví (Globální fond, Aliance pro vakcíny, včetně nástroje pro globální přístup k vakcíně proti COVID-19 (COVAX), Populační fond OSN a fond pro předcházení pandemiím).

Zkratky

ERF: Evropský rozvojový fond

GAVI: Aliance pro vakcíny

GHI: iniciativa v oblasti globálního zdraví

GŘ ECHO: Generální ředitelství pro evropskou civilní ochranu a operace humanitární pomoci

GŘ INTPA: Generální ředitelství pro mezinárodní partnerství

GŘ NEAR: Generální ředitelství pro sousedství a jednání o rozšíření

HDF: *Health Development Fund* (angl. zkr. HDF, Fond pro rozvoj zdraví)

NDICI: Nástroj pro sousedství a rozvojovou a mezinárodní spolupráci

NPP: nástroj předvstupní pomoci

ORP: oficiální rozvojová pomoc

PASS: *Programme d'appui au système de santé* (program podpory zdraví v Burundi)

PHEOC: Operační středisko pro mimořádné události v oblasti veřejného zdraví

UNFPA: Populační fond OSN

UNICEF: Dětský fond OSN

VFR: víceletý finanční rámec

WHO: Světová zdravotnická organizace

Glosář

Cíle udržitelného rozvoje: 17 cílů stanovených v Agendě OSN pro udržitelný rozvoj 2030, které mají stimulovat všechny země k provádění opatření v oblastech, které mají pro lidstvo a planetu zásadní význam.

Delegace EU: diplomatické zastoupení EU ve třetích zemích a při multilaterálních nebo mezinárodních organizacích.

Dopad: širší dlouhodobé důsledky dokončeného projektu nebo programu, jako jsou sociálně-ekonomické přínosy pro obyvatelstvo jako celek.

Efekt: okamžitá nebo dlouhodobější, zamýšlená nebo nezamýšlená změna způsobená projektem, například výhody vyplývající z lépe vyškolené pracovní síly.

Evropský rozvojový fond: fond EU, který spravuje Komise mimo rozpočet EU a z něhož se poskytuje rozvojová pomoc africkým, karibským a tichomořským státům a zámořským zemím a územím, jež jsou prostřednictvím členských států přidruženy k EU.

Oficiální rozvojová pomoc: státní podpora určená k podpoře hospodářského rozvoje a dobrých životních podmínek v rozvojových zemích.

Přístup „jedno zdraví“: integrovaný a sjednocující přístup, jehož cílem je udržitelným způsobem vyvážit a optimalizovat zdraví lidí, zvířat a ekosystémů.

Rozvojové cíle tisíciletí: globální cíle pro snižování chudoby a jejích projevů do roku 2015. Byly stanoveny světovými představiteli a významnými rozvojovými institucemi na vrcholné schůzce tisíciletí Organizace spojených národů v září roku 2000.

Udržitelnost: schopnost projektu nebo systému pokračovat tak dlouho, jak je třeba, protože je dostatečně dobře zavedený a buď finančně soběstačný, nebo dostatečně financovaný.

Ukazatel dopadů: měřitelná proměnná poskytující informace o lidských, finančních, fyzických, správních a regulačních prostředcích, které jsou zapotřebí na realizaci projektu či programu.

Ukazatel výstupů: měřitelná proměnná, která poskytuje informace pro posuzování přínosů nebo úspěchů projektu.

Výsledek: bezprostřední účinek projektu či programu po jeho dokončení, například lepší zaměstnatelnost účastníků školení nebo lepší dopravní dostupnost po vybudování nové silnice.

Výstup: to, co bylo pomocí projektu vytvořeno nebo čeho bylo dosaženo, například realizace školení nebo výstavba silnice.

Odpovědi Komise

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

Harmonogram

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

Auditní tým

EÚD ve zvláštních zprávách informuje o výsledcích auditů politik a programů EU či témat z oblasti správy a řízení zaměřených na konkrétní oblasti rozpočtu. Vybírá a koncipuje tyto auditní úkoly tak, aby byl jejich dopad co největší, a zohledňuje přitom rizika pro výkonnost nebo zajištění souladu s předpisy, objem příslušných příjmů či výdajů, očekávaný vývoj, politické zájmy a zájem veřejnosti.

Tento audit výkonnosti provedl auditní senát III, který odpovídá za audit oblastí vnější činnost, bezpečnost a právo a jemuž předsedá členka EÚD Bettina Jakobsenová. Audit zpočátku vedli členové EÚD Baudilio Tomé Muguruza a Hannu Takkula.

Audit dokončil člen EÚD George-Marius Hyzler a podporu mu poskytovali vyšší manažer Pietro Puricella, vedoucí úkolu Piotr Zych a auditoři Alfonso Calles Sánchez a Piotr Senator. Grafickou podporu zajišťovala Alexandra Damir-Binzaruová.



George-Marius Hyzler



Pietro Puricella



Piotr Zych



Alfonso Calles Sánchez



Piotr Senator

AUTORSKÁ PRÁVA

© Evropská unie, 2024

Politiku opakovaného použití dokumentů Evropského účetního dvora (EÚD) upravuje [rozhodnutí Evropského účetního dvora 6-2019](#) o politice týkající se veřejně přístupných dat a opakovaném použití dokumentů.

Pokud není uvedeno jinak (například v jednotlivých upozorněních o ochraně autorských práv), je obsah EÚD vlastněný EU předmětem licence [Creative Commons Attribution 4.0 International \(CC BY 4.0\)](#). Opakované použití je tedy obecně povoleno za podmínky, že je uveden zdroj a případné změny jsou označeny. Osoby opakovaně používající obsah EÚD nesmí měnit jeho původní význam či sdělení. EÚD nenesou za jakékoli důsledky opakovaného použití odpovědnost.

Pokud konkrétní obsah zobrazuje identifikovatelné fyzické osoby, například na fotografiích zaměstnanců EÚD, nebo zahrnuje díla třetích stran, je nutno získat další povolení.

Je-li takové povolení poskytnuto, ruší a nahrazuje výše uvedené obecné povolení a musí jasně uvádět veškerá omezení týkající se použití.

K použití nebo reprodukci obsahu, který není ve vlastnictví EU, může být nezbytné požádat o svolení přímo držitele autorských práv.

Tabulka 1 – ikony cílů udržitelného rozvoje: autorská práva © Organizace spojených národů. Všechna práva vyhrazena. Obsah této publikace nebyl schválen Organizací spojených národů a neodráží názory Organizace spojených národů ani jejich úředníků. Ikony v jiných než úředních jazycích OSN byly buďto staženy z nástroje [Trello](#), nebo je vytvořil Evropský účetní dvůr. Organizace spojených národů nepřebírá jakoukoli odpovědnost nebo závazky plynoucí z překladu textu ikon cílů udržitelného rozvoje do jiných než úředních jazyků OSN.

Programové vybavení nebo dokumenty, na něž se vztahují práva průmyslového vlastnictví, jako patenty, ochranné známky, zapsané (průmyslové) vzory, loga a názvy, jsou z politiky EÚD pro opakované použití vyloučeny.

Internetové stránky orgánů a institucí Evropské unie využívající doménu europa.eu obsahují odkazy na stránky třetích stran. Protože nad jejich obsahem nemá EÚD žádnou kontrolu, doporučujeme seznámit se s jejich vlastními zásadami ochrany soukromí a politikou v oblasti autorských práv.

Použití loga EÚD

Logo EÚD nesmí být použito bez předchozího souhlasu EÚD.

HTML	ISBN 978-92-849-2820-0	ISSN 1831-0788	doi:10.2865/524177	QJ-AB-24-017-CS-Q
PDF	ISBN 978-92-849-2825-5	ISSN 1831-0788	doi:10.2865/864150	QJ-AB-24-017-CS-N

Provedli jsme audit finanční podpory, kterou EU během tří programových období poskytla partnerským zemím na jejich systémy zdravotní péče. Provedli jsme analýzu dokumentů a prověřili projekty v Burundi, Demokratické republice Kongo a Zimbabwe. Dospěli jsme k závěru, že Komise přidělovala finanční prostředky podle svých obecných priorit. V metodice přidělování se však vyskytovaly nedostatky. Účinnost projektů omezovaly problémy v oblasti koordinace, udržitelnosti a monitorování. Vlivem kaskádové struktury provádění se zvýšily náklady projektů. Také viditelnost financování EU u cílových skupin obyvatelstva byla omezená. Předkládáme doporučení týkající se způsobu a kritérií přidělování finančních prostředků, koordinace, přiměřenosti nákladů na správu, synergií, monitorování, udržitelnosti a údržby vybavení dodaného v rámci projektů.

Zvláštní zpráva EÚD podle čl. 287 odst. 4 druhého pododstavce Smlouvy o fungování EU.



EVROPSKÝ
ÚČETNÍ DVŮR



Úřad pro publikace
Evropské unie

EVROPSKÝ ÚČETNÍ DVŮR
12, rue Alcide De Gasperi
1615 Luxembourg
LUCSEMBURSKO

Tel.: +352 4398-1

Dotazy: eca.europa.eu/cs/contact
Internetová stránka: eca.europa.eu
Twitter: @EUAuditors