

Eriaruanne

ELi rahaline toetus partnerriikide tervishoiusüsteemidele

Järgitakse üldiseid strateegilisi eesmärke, kuid sekkumistes on probleeme koordineerimise ja kestlikkusega



EUROOPA
KONTROLLIKODA

Sisukord

	Punkt
Kokkuvõte	I–VIII
Sissejuhatus	01–18
Tervise parandamise tähtsus vaesuse vähendamisel	01–08
ELi reageerimine terviseprobleemidele partnerriikides	09–18
Auditi ulatus ja käsitlusviis	19–25
Tähelepanekud	26–73
EL on kehtestanud tervishoiule antava abi üldised prioriteedid, kuid raha eraldamisel esines puudusi	26–39
Poliitikadokumentides on sätestatud raha eraldamise üldised parameetrid, mis on programmitöö perioodide vältel püsinud muutumatuna	28–32
Komisjonipoole partnerriikide järjestamine vastavalt nende tervishoiuvajadustele ei mõjutanud kuigivõrd kahepoolsete rahaliste vahendite eraldamist	33–37
Temaatilisest sambast eraldiste tegemiseks kasutatud metoodika ei ole ametlikult vormistatud ega piisavalt dokumenteeritud	38–39
ELi rahastamine on aidanud kaasa tervishoiusüsteemide toimimisele, kuid tõhusust takistasid koordineerimisprobleemid	40–66
EL toetas erinevaid tervishoiualaseid sekkumisi, mis vastasid auditiks valitud riikide vajadustele	41–44
Piirkondliku tasandi koordineerimispüüdlused ja jaotussüsteemid on ebapiisavad	45–49
Rakendamise astmelisus mõjutab kulusid	50–52
Erinevate rahastamisvoogude koordineerimine on keeruline	53–55
ELi rahastatud meetmete nähtavus kohapeal on väike, eriti kui need hõlmavad ka teisi rahastajaid	56–59
Üldised tulemusnäitajad ja puudulikud andmed takistavad ELi tervishoiualase abi saavutuste mõõtmist	60–66

Projektide kestlikkus on ohus 67–73

Abi saavate riikide valitsustel puuduvad ülemineku- või väljumisstrateegiad ja pühendumus ning nende eelarvevahendid on piiratud 68–70

Seadmeid ei hooldata alati piisavalt 71–73

Järeldused ja soovitused 74–83

Lisad

I lisa. ELi tervishoiualase abi strateegiate eesmärgid alates 2005. aastast

II lisa. Auditeeritud programmide ja projektide nimekiri

III lisa. Partnerriigid, kus tervishoid on prioriteetne valdkond, mis on kindlaks määratud nende riiklikes soovituskavades / mitmeaastastes sihtprogrammides

IV lisa. Naabruspiirkonna, arengu- ja rahvusvahelise koostöö instrumendi „Globaalne Euroopa“ temaatilise samba eraldised (jaanuar 2024)

Lühendid

Mõisted

Komisjoni vastused

Ajatelg

Auditirühm

Kokkuvõte

I ELi toetus tervishoiule partnerriikides aitab kaasa ELi arengupoliitika peamisele eesmärgile, milleks on vähendada äärmist vaesust ja lõpuks see kaotada. Kooskõlas rahvusvahelise tervishoiu lähenemisviisiga, eelkõige ÜRO kestliku arengu eesmärgiga nr 3, rahastab EL oma partnerriikide tervishoiusüsteeme kahepoolsete ja piirkondlike programmide ning ülemaailmsete tervisealgatuste kaudu. Kahel eelmisel programmitöö perioodil (2007–2013 ja 2014–2020) oli see toetus üle 3 miljardi euro ning jooksva perioodi (2021–2027) puhul 2024. aasta alguse seisuga üle 2 miljardi euro.

II Meie eesmärk oli hinnata ELi rahalist toetust partnerriikide tervishoiule neil kolmel programmitöö perioodil. Jõudsimme järeldusele, et Euroopa Komisjon (edaspidi „komisjon“) eraldas rahalisi vahendeid vastavalt oma üldistele prioriteetidele. Vahendite eraldamise meetodikat mõjutasid aga puudused. Projektide tulemuslikkust takistasid koordineerimise ja kestlikkusega seotud küsimused ning seire ei andnud täielikku ülevaadet komisjoni tegevusest tervishoiusektoris.

III Leidsime, et tervishoiutoetuseks eraldatud ELi rahaliste vahendite summa jäi läbivaadatud programmitöö perioodidel suhteliselt muutumatuks. Kahepoolne abi partnerriikidele on siiski vähenenud, samal ajal kui toetus ülemaailmsete tervisealgatuste kaudu on märkimisväärselt suurenenud. Komisjonipoolne partnerriikide järjestamine vastavalt nende tervishoiusüsteemide vajadustele ei avaldanud kahepoolsele rahastamisele eriti suurt mõju, peamiselt isevastutuse põhimõtte tõttu, mille kohaselt peab programmitöö põhinema partnerriikide valitsustega kokku lepitud poliitilistel valikutel. Toetuse eraldamine konkreetsetele ülemaailmsetele tervisealgatustele ei põhinenud konkreetsetel ja mõõdetavatel kriteeriumidel ning protsess ei olnud piisavalt dokumenteeritud.

IV Kontrollisime valitud partnerriikide (Burundi, Kongo Demokraatlik Vabariik ja Zimbabwe) projektidest moodustatud valimit. Projektide eesmärk oli muu hulgas tasuta tervishoiuteenuste pakkumine, koolituste korraldamine tervishoiutöötajatele, ravimite ja seadmete tarnimine ning tervishoiukeskuste moderniseerimine. Leidsime, et EL toetas erinevaid tervishoiualaseid sekkumisi, mis on kooskõlas riikide vajadustega. Siiski oli koordineerimine piirkonna tasandil ebapiisav, mis tõi kaasa puudused seadmete ja ravimite turustamisel. Peale selle mõjutas tervishoiusektori sekkumiste kulusid nende astmeline rakendamine. See suurendas projektide rakendamise kulusid. Lisaks oli ELi rahastamise nähtavus sihtrühmade seas väike.

V Komisjon on oma tervishoiukulutuste jälgimisel tuginenud vähestele kõrgetasemelistele näitajatele, mis andsid vaid osalise pildi ELi tervishoiu meetmetest ja mis arvutati nii, et tulemusi ei saa seostada üksnes ELi rahastamisega. Kahepoolse abi puhul ei jagata tulemusi neis riikides asuvate ELi delegatsioonidega piisavalt ning projektide rakendajate poolt aruandluseks kogutud andmeid ei tehtud mõnikord kättesaadavaks või need osutusid ebausaldusväärseks.

VI Komisjon osaleb ülemaailmsete tervisealgatuste juhtimises, et tagada algatuste parem ühtlustamine ja teha lõpp killustatusele. Siiski on vaja teha täiendavaid jõupingutusi, et saavutada need eesmärgid ja ratsionaliseerida rahvusvahelist lähenemisviisi ülemaailmsetele tervishoiuprobleemidele.

VII Selgete ülemineku- ja väljumisstrateegiate puudumine ning tarnitud seadmete ebapiisav hooldus seab ohtu tervishoiuprojektide ja -programmide jätkusuutlikkuse.

VIII Eeltoodud järeldustele tuginedes soovitame komisjonile järgmist:

- viia paremini vastavusse riikide vajadused ja tervishoiu valdkonnale eraldatud rahalised vahendid;
- kehtestada selged kriteeriumid ülemaailmsete tervisealgatuste rahastamiseks ja parandada vahendite eraldamise protsessi dokumenteerimist;
- parandada vajaduste analüüsi ning seadmete ja ravimite jaotamise koordineerimist;
- analüüsida halduskulude mõistlikkust;
- vältida kattuvusi ja tagada koostoime toetatavate ülemaailmsete tervisealgatuste vahel;
- määrata kindlaks näitajad, mille abil põhjalikult jälgida ELi toetust tervishoiusektorile;
- võtta meetmeid tervishoiusüsteemide kestlikkuse edendamiseks;
- suurendada projektide raames tarnitavate seadmete hoolduse tähtsust.

Sissejuhatus

Tervise parandamise tähtsus vaesuse vähendamisel

01 ELi toetus partnerriikide tervishoiule aitab kaasa peamisele [ELi arengupoliitika eesmärgile](#), milleks on vähendada äärmist vaesust ja lõpuks see kaotada¹. Vaesus võib olla nii ebapiisava tervisekindlustuse põhjus kui ka tagajärg. Riigi majandusliku olukorra paranedes paraneb üldiselt ka kodanike tervis. Kuid ka vastupidine on tõsi – kodanike tervise parandamine võib otseselt kaasa tuua majanduskasvu².

02 Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) määratleb tervist täieliku füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heaoluna, mitte üksnes haiguse või puuete puudumisena³. WHO märgib, et võimalikult hea tervis on inimese üks põhiõigusi. Ta peab tervise edendamise ja haiguste, eriti nakkushaiguste tõrje ebavõrdset arengut eri riikides ühiseks ohuks. Poolel maailma rahvastikust puudub juurdepääs vajalikele tervishoiuteenustele⁴ ning umbes 100 miljonit inimest langeb igal aastal äärmisesse vaesusesse ülemääraste tervishoiukulude tõttu⁵.

03 ÜRO leppis 2000. aastal kokku kaheksas aastatuhande arengueesmärgis, mis tuleb saavutada 2015. aastaks⁶. Kolm eesmärki olid otseselt seotud tervisega: vähendada laste suremust (arengueesmärk nr 4), parandada emade tervist (arengueesmärk nr 5) ning võidelda HIV/AIDSi, malaaria ja muude haiguste vastu (arengueesmärk nr 6).

¹ Euroopa Liidu toimimise lepingu artikli 208 lõige 1.

² „Growing importance of health in the economy“, Collins, Francis S., Outlook on the Global Agenda 2015, World Economic Forum, 2015.

³ Constitution of the World Health Organization.


⁴ Monitoring universal health coverage, Health and demography, Maailma Terviseorganisatsioon.

⁵ Health and demography, Euroopa Komisjon, rahvusvahelise partnerluse peadirektoraat.

⁶ 2000–2015, aastatuhande arengueesmärgid, Dag Hammarskjöld Library, ÜRO.

04 Seejärel seadis rahvusvaheline üldsus 2015. aastal ÜRO kestliku arengu tegevuskava 2030⁷ raames 17 kestliku arengu eesmärki, mis tuleb saavutada 2030. aastaks. Kestliku arengu eesmärk nr 3 on tagada kõigile hea tervis ja heaolu kogu elukaare jooksul. Sellel on üheksa seotud alleesmärki, mis kõik on seotud suurte terviseprobleemide vähendamisega 2030. aastaks (vt [joonis 1](#)).

Joonis 1. Kestliku arengu eesmärgi nr 3 tervise ja heaolu eesmärgid



Eesmärgid

- 3.1 Emade suremus
- 3.2 Vastsündinute ja laste suremus
- 3.3 Nakkushaigused
- 3.4 Mittenakkuslikud haigused
- 3.5 Ainete kuritarvitamine
- 3.6 Liiklusvigastused
- 3.7 Seksuaal- ja reproduktiivtervis
- 3.8 Üldine tervisekindlustus
- 3.9 Keskkonnatervis

Rakendusviisid

- 3.a Tubaka tarbimise piiramine
- 3.b Ravimid ja vaktsiinid
- 3.c Tervishoiu rahastamine ja töäjõud
- 3.d Hädaolukorraks valmisolek

Allikas: Euroopa Kontrollikoda [WHO](#) andmete põhjal.

05 WHO 2023. aasta eriaruandes kestliku arengu eesmärkide kohta kiitis WHO viimastel aastatel ülemaailmse tervise parandamisel tehtud edusamme, kuid rõhutas ebapiisavat edenemist sellistes valdkondades nagu emade suremuse vähendamine ja üldise tervisekindlustuse laiendamine. COVID-19 pandeemia aeglustas kestliku arengu eesmärgi nr 3 saavutamist (vt [1. selgitus](#)). Seepärast kutsus WHO üles tegelema tervishoiusüsteemidesse investeerimise abil pikaajaliste tervishoiualaste puudustega, et aidata riikidel taastuda ja suurendada vastupanuvõimet tulevastele terviseohtudele.

⁷ Kestliku arengu tegevuskava aastani 2030 „Muudame oma maailma“, ÜRO.

1. selgitus.

COVID-19 mõju tervishoiualasele abile

WHO 2023. aasta eriaruandes [kestliku arengu eesmärkide kohta](#) juhiti tähelepanu COVID-19 pandeemiast tingitud üldise tervisekindlustuse halvenemisele arengumaades ja häiretele oluliste tervishoiuteenuste osutamisel (nt vaktsineerimiskampaaniad). Selles jõuti järeldusele, et pandeemia aeglustas kestliku arengu eesmärgi nr 3 saavutamist.

Lisaks märgiti aruandes, et 2021. aastal moodustas COVID-19 tõrje suurima osa esmasele tervishoiule antud ametlikust arenguabist (9,6 miljardit USA dollarit, millest 6,3 miljardit dollarit anti vaktsiiniannetusteks).

Seoses ELi meetmetega COVID-19 mõju vastu eraldas komisjon 2020. aastal üle 440 miljoni euro ja programmitöö perioodiks 2021–2027 siiani üle 1,27 miljardi euro.

06 Kuigi rahvusvaheline mure üldise tervisekindlustuse suunas tehtavate edusammude pärast kasvab⁸, on pidev puudus rahalistest, inim- ja materiaalistest ressurssidest, mis on vajalikud arengumaade üha kasvava elanikkonna tervishoiuvajadustega tegelemiseks. Aafrika Liidu viimaste andmete kohaselt (2021) täitsid ainult kaks Aafrika riiki – Lõuna-Aafrika ja Cabo Verde – [Abuja deklaratsiooni](#) eesmärgi eraldada igal aastal tervishoiusektorile vähemalt 15% riigieelarvest⁹. Arengumaades antava rahvusvahelise abi eesmärk on parandada kohalikke tervishoiusüsteeme ja tugevdada kestlikult tervishoiuteenuseid, et need vastaksid kohalikele vajadustele ja oleksid kättesaadavad kõigile, eelkõige vaesuses elavatele inimestele.

07 WHO määratluse kohaselt on tervishoiusüsteem „kõik organisatsioonid, inimesed ja meetmed, mille esmane eesmärk on edendada, taastada või säilitada tervist“¹⁰. See tähendab struktuure, mis peavad olema loodud, et toetada tervise ja tervisealase võrdsuse parandamise eesmärke, kõrvaldades samal ajal tervishoiuteenuste ees seisvad rahalised takistused. WHO on välja töötanud kuus komponenti, mis moodustavad tervishoiusüsteemi: teenuste osutamine, teave, meditsiinitooted, vaktsiinid ja tehnoloogiad, rahastamine ja juhtimine. WHO rõhutab

⁸ „Universal health coverage - Key facts“, WHO, 2023.

⁹ „Africa Scorecard on Domestic Financing for Health“, Aafrika Liit.

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

tervishoiusüsteemide tugevdamist, mida ta määratleb kui nende elementide parandamist ja nende koostoime haldamist viisil, millega saavutatakse kõigi tervishoiuteenuste ja tervisega seotud tulemuste võrdsem ja püsivam paranemine. Tervishoiusüsteemide tugevdamine sõltub tehnilistest teadmistest ja poliitilisest tahtest¹¹.

08 Traditsiooniliselt on tervishoiusüsteemide tugevdamise tegevus keskendunud n-ö sisendipiirangute vähendamisele, toetades tervishoiusüsteeme materiaalsete ressurssidega, nagu sääsevõrgud, rasestumisvastased vahendid ja ravimid. Nende tegevustega ei ole siiski võimalik saavutada selliseid terviklikke eesmärke nagu poliitika, õigusaktide, organisatsiooniliste struktuuride või rakendussüsteemide parandamine, mis võimaldaks ressursside tõhusamat kasutamist¹².

ELi reageerimine terviseprobleemidele partnerriikides

09 ELi tervishoiutoetus partnerriikides tugineb [Euroopa Liidu toimimise lepingu](#) artikli 168 lõikele 3, milles on sätestatud, et „liit ja liikmesriigid edendavad rahvatervise valdkonnas koostööd kolmandate riikide ja pädevate rahvusvaheliste organisatsioonidega“.

10 ELi praegune tervishoiualase abi poliitika ja eesmärgid töötati välja mitmetes poliitikadokumentides hiljutiste eelarvetsüklite jooksul. Asjakohased ülemaailmsed¹³ ja ELi poliitika-suunad ja strateegiad on esitatud [joonisel 2](#) ja [I lisas](#).

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.

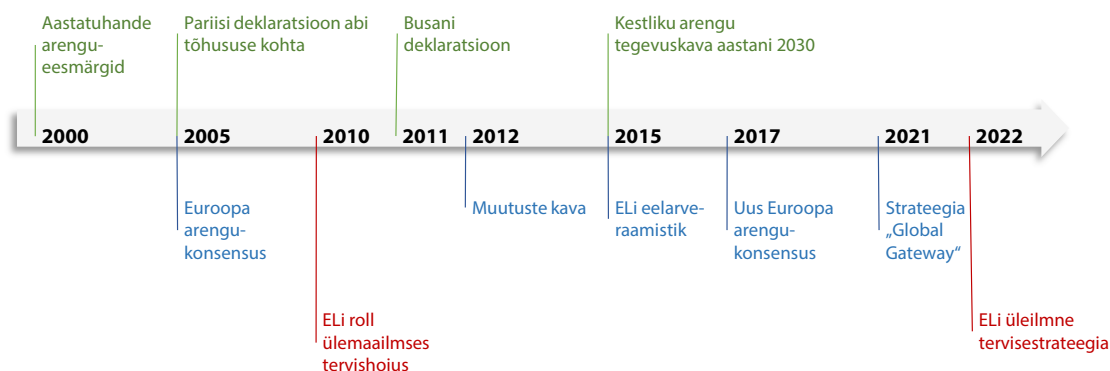
¹³ Aastatuhande arengueesmärgid, Pariisi deklaratsioon, Busani deklaratsioon ja kestliku arengu tegevuskava aastani 2030.

Joonis 2. Ajakava: ülemaailmne ja ELi tervishoiualase abi poliitika ja strategiad

ELi üleilmne arengupoliitika

ELi arengupoliitika

ELi tervishoiupoliitika



Allikas: Euroopa Kontrollikoda DG INTPA teabe põhjal.

11 2005. aastal võtsid Euroopa Parlament, nõukogu ja komisjon vastu **Euroopa arengukonsensus**, milles korrati ELi kohustust saavutada rahvusvaheliselt kokkulepitud arengueesmärgid (st aastatuhande arengueesmärgid). 2017. aastal hakati seda **poliitikat** kohaldama kestliku arengu eesmärkide suhtes.

12 Komisjon võttis 2010. aastal vastu teatise ELi rolli kohta ülemaailmses tervishoius¹⁴, ehk avalduse ELi tervishoiualase poliitika kohta, mis on mõjutanud kahte järjestikust mitmeaastast finantsraamistikku (2014–2020 ja 2021–2027). Sellega seotud nõukogu järeldustes¹⁵ kutsuti komisjoni ja liikmesriike üles tegutsema koos, seades prioriteediks partnerriikide tervishoiusüsteemide tugevdamise toetamise. 2022. aasta novembris võttis komisjon vastu uue ülemaailmse tervishoiustrateegia¹⁶, milles ta kinnitas taas pühendumist kestliku arengu eesmärkide saavutamisele ja Euroopa arengukonsensussele.

13 **Tabelis 1** on näidatud, kui palju on viimase kolme programmitöö perioodi jooksul kulutatud komisjoni hallatavatele tervishoiu arendamiseks antava abi programmidele. ELi rahalise toetuse seda osa haldab peamiselt rahvusvahelise partnerluse peadirektoraat (DG INTPA).

¹⁴ COM(2010) 128.

¹⁵ Nõukogu 10. mai 2010 aasta järeldused, „ELi roll ülemaailmses tervishoius“.

¹⁶ COM(2022) 675.

Tabel 1. Tervishoiu arendamiseks antud ELi abi komisjoni talituste kaupa (maksed miljonites eurodes)

Vastutav Euroopa Komisjoni talitus	2007–2013	2014–2020	2021–2027 (jaanuar 2024)	% kogusummast alates 2007
DG INTPA (varem DEVCO)	2 887	2 812	2 244	86,5%
DG NEAR (välja arvatud ühinemiseelse abi rahastamisvahendid)	400	429	193	11,2%
Muud (välispoliitika vahendite talitus, DG ECHO, DG SANTE ja DG REFORM)	55	153	7	2,3%
KOKKU	3 342	3 394	2 444	100%

Allikas: kontrollikoda DG INTPA OPSYSist 2024. aasta jaanuaris saadud andmete põhjal.

14 ELi poolne tervishoiu arendamiseks antava abi rahastamine koosneb geograafilisest sambast (meetmed, mida rakendatakse riiklike ja piirkondlike programmide raames) ja temaatilisest sambast (meetmed, mis käsitlevad ülemaailmseid probleeme). Geograafilise ja temaatilise samba jaoks tuleb koostada mitmeaastased sihtprogrammid, milles seatakse seitsmeks aastaks prioriteedid ja eesmärgid tuvastatud probleemide lahendamiseks.

15 Õigusaktid, millega luuakse Euroopa Arengufond (EAF), arengukoostöö rahastamisvahend ning naabuspiirkonna, arengu- ja rahvusvahelise koostöö instrument „Globaalne Euroopa“¹⁷, hõlmasid geograafilist sammast koos rahastamispaketiga, mida saab kasutada ELi kahepoolse tervishoiu arendamiseks antava abi andmiseks konkreetsetele partnerriikidele ja piirkondadele. Geograafilisest sambast rahastatakse peamiselt partnerriikide tervishoiusüsteeme tugevdavate programmide ja projektide rakendamist. ELi delegatsioonid rakendavad neid projekte peamiselt valitsusväliste organisatsioonide, ELi liikmesriikide rakendusametuste või rahvusvaheliste organisatsioonide, näiteks ÜRO asutuste kaudu.

16 Samadest vahenditest eraldab komisjon tervishoiuvaldkonnale vahendeid ka temaatilise samba kaudu, peamiselt ülemaailmsetele tervisealgatustele. Need ühendavad kogu maailma sidusrühmade jõupingutusi ülemaailmsete terviseprobleemide lahendamisel. Algatuste raames koondatakse, hallatakse ja jaotatakse vahendeid, et toetada tervishoiuprogrammide rakendamist madala ja keskmise sissetulekuga riikides. Kaks suurimat komisjoni toetatavat ülemaailmset

¹⁷ Määrus (EL) 2021/947.

tervisealgatust on ülemaailmne AIDSi, tuberkuloosi ja malaaria vastu võitlemise fond (edaspidi „[ülemaailmne fond](#)“) ning ülemaailmne vaksineerimise ja immuniseerimise liit (edaspidi „[GAVI](#)“).

17 Naabruspiirkonna, arengu- ja rahvusvahelise koostöö instrumendi „Gloaalne Euroopa“ temaatiline samm koosneb neljast valdkondlikust programmist:

- inimõigused ja demokraatia;
- kodanikuühiskonna organisatsioonid;
- rahu, stabiilsus ja konfliktide ennetamine;
- ülemaailmsed väljakutsed.

18 Naabruspiirkonna, arengu- ja rahvusvahelise koostöö instrumendis „Gloaalne Euroopa“ ei täpsustata, kui palju raha on eraldatud tervishoiule. Mitmeaastase sihtprogrammi „[Üleilmsed probleemid](#)“ raames on prioriteetse valdkonna 1 (Inimesed) soovituslik eelarve 1,835 miljardit eurot (28,8% naabruspoliitika, arengu- ja rahvusvahelise koostöö rahastamisvahendi kogu temaatilisest sambast või 50% naabruspoliitika, arengu- ja rahvusvahelise koostöö rahastamisvahendi mitmeaastasest sihtprogrammist), mis hõlmab muude prioriteetide hulgas tervishoidu.

Auditi ulatus ja käsitusviis

19 Hindasime ELi rahalist toetust partnerriikide tervishoiusüsteemidele, et vastata järgmistele küsimustele:

- o kas komisjon seadis tervishoiule antava rahalise toetuse jaoks selged eesmärgid ja valis välja eesmärkidega kooskõlas olevad sekkumised?
- o kas ELi rahaline toetus tervishoiusüsteemide tugevdamiseks on andnud oodatud tulemusi?
- o kas komisjon on oma sekkumise kõigis etappides võtnud arvesse kestlikkust?

20 Auditis keskenduti DG INTPA rahalisele toetusele partnerriikide tervishoiusektorile programmitöö perioodil 2014–2020. Võtsime arvesse ka perioodi 2007–2013 (kestlikkuse hindamisel) ja naabruspoliitika, arengu- ja rahvusvahelise koostöö rahastamisvahendi 2021.–2027. aasta programmi algust (andmed kuni 2024. aasta jaanuarini). Keskendusime ülemaailmsetele algatustele ja konkreetsetele riikidele eraldatud summadele.

21 Meie töö hõlmas komisjoni (DG INTPA ja ELi delegatsioonid) esitatud dokumentide analüüsi ELi tervishoiualase abi strateegiate, eesmärkide ja näitajate määratlemise ning rahastamise jaotuse kohta vastavatel perioodidel.

22 Korraldasime Brüsselis mitu kohtumist DG INTPAga. Külastasime ka ülemaailmse fondi Genfi peakorterit, et saada üksikasjalikku teavet fondi sekkumiste rolli ja ulatuse kohta partnerriikides.

23 Lisaks valisime kolm riiki – Burundi, Kongo Demokraatlik Vabariik ja Zimbabwe –, kus analüüsiti põhjalikult ELi tervishoiualast toetust kohapeal. Meie valikukriteeriumid olid tervishoiualase rahalise toetuse olulisus, ELi strateegilised tervishoiuprioriteedid, rahalise toetuse muutumine aja jooksul ja ülemaailmsest fondist antava abi maht. Vaatasime läbi iga valitud riigi tervishoiustrateegia ja programmdokumendid ning uurisime valimit, mis koosnes nende riikide 17 suurimast ELi rahastatud kahepoolsest terviseprogrammist ja projektist (vt [II lisa](#)).

24 Burundisse ja Zimbabwesse tehtud külastuste käigus küsitlesime kohalikke omavalitsusi, ELi delegatsioone, teisi rahastajaid, projektide elluvijaid, valitsusväliseid organisatsioone ja lõplikke abisaajaid. Kongo Demokraatlikus Vabariigis auditeerisime programme dokumentide kontrollimise abil.

25 Komisjoni sõnul on tervishoiust on saanud prioriteetne valdkond, ning kui varem oli tegu lihtsalt ühe poliitikasuunaga, siis nüüdseks on sellest saanud ELi strateegia. Otsustasime teha selle auditi, võttes arvesse ülemaailmse tervishoiu tähtsust ELi arengukavas ja ELi rahalise toetuse suurust. Loodame, et käesolev aruanne aitab parandada ELi tervishoiutoetuse haldamist ning aitab kaasa arutelule ELi toetuse tulevase eraldamise üle selles valdkonnas.

Tähelepanekud

EL on kehtestanud tervishoiule antava abi üldised prioriteedid, kuid raha eraldamisel esines puudusi

26 Analüüsisime ELi tervishoiualase abi strateegiate prioriteete ja DG INTPA poolset tervishoiuprogrammide rahastamist. Hindasime, kas nii üldine rahastamine kui ka auditiks valitud sekkumiste valim olid kooskõlas eelnimetatud strateegiliste eesmärkidega.

27 2005. aasta [Euroopa arengukonsensus](#)es nõuti, et komisjon koostaks kriteeriumid ülemaailmsetes tervisealgatustes osalemiseks ja neisse panustamiseks. Seetõttu uurisime ülemaailmsetele tervisealgatustele raha eraldamise protsessi.

Poliitikadokumentides on sätestatud raha eraldamise üldised parameetrid, mis on programmitöö perioodide vältel püsinud muutumatuna

28 [Komisjoni 2010. aasta teatise](#) ELi rolli kohta ülemaailmses tervishoius ja [vastavates nõukogu järeldustes](#) (järeldus nr 5) märgitakse, et EL ja selle liikmesriigid peavad seadma prioriteediks toetuse partnerriikide tervishoiusüsteemide tugevdamisele. Keskenduda tuli selle tagamisele, et süsteemide peamised komponendid – tervishoiutöötajad, juurdepääs ravimitele, taristu ja logistika ning detsentraliseeritud haldamine – oleksid piisavalt tõhusad, et pakkuda kõigile, eelkõige ebakindlates riikides, võrdseid ja kvaliteetseid tervishoiuteenuseid (vt [I lisa](#)). See eesmärk tuli saavutada kahepoolsete kanalite kaudu, samuti osalemise kaudu ülemaailmsetes tervisealgatustes ja rahvusvahelistel foorumitel. Teatise märgitakse ka, et EL peaks toetama WHO juhtrolli tugevdamist, töötama selle nimel, et suurendada ÜRO süsteemi tõhusust, tagada sidusus asjakohaste ELi poliitikavaldkondade vahel ning toetada teadusuuringuid, teabevahetust ja ühiseid eksperditeadmisi tervise edendamise alal maailmas.

29 ELi 2022. aasta ülemaailmses tervishoiustrateegias keskendutakse kolmele omavahel seotud prioriteedile (vt [I lisa](#)):

- o tagada inimeste parem tervis ja heaolu kogu elukaare kestel;

- o tugevdada tervishoiusüsteeme ja edendada üldist tervisekindlustust;
- o rakendada võitluses pandeemiatega ning teiste terviseohtudega ning nende ennetamisel [terviseühitsuse põhimõtet](#).

30 Komisjoni peamistes poliitikadokumentides sätestati üldine raamistik rahalise toetuse andmiseks tervishoiule, täpsustamata tegevuseesmärke. Komisjoni tervishoiutoetus vastas seatud prioriteetidele. Ta aitas saavutada aastatuhande arengueesmärke nr 4, 5 ja 6 ning hiljem kestliku arengu eesmärki nr 3 – peamiselt kahepoolsete programmide ja ülemaailmsete tervisealgatuste toetamise kaudu, nagu ülemaailmne fond, GAVI ja ÜRO Rahvastikufondi (UNFPA) tarnepartnerlus. Samas on aja jooksul vähendatud rahalist toetust peamisele prioriteedile, tervishoiusüsteemide tugevdamisele (vt punkt [28](#)), mis antakse geograafilisest sambast (vt punkt [15](#)).

31 Kuni 2020. aastani eraldas komisjon vahendeid tervishoiuabiks peamiselt EAFi ja arengukoostöö rahastamisvahendi kaudu. Alates 2021. aastast on arengukoostööd rakendatud naabruspiirkonna, arengu- ja rahvusvahelise koostöö instrumendi „Globaalne Euroopa“ kaudu.

32 DG INTPA hallatava rahastamise üksikasjad on esitatud [tabelis 2](#). Kogusummad on jäänud suhteliselt muutumatuks, kuid reaälväärtuses on need vähenenud.

Tabel 2. DG INTPA tervishoiutoetuste maksete areng rahastamisvahendite kaupa (miljonites eurodes)

ELi rahastamisvahend	2007–2013	2014–2020	2021–2027 (jaanuar 2024)
Naabruspiirkonna, arengu- ja rahvusvahelise koostöö instrument „Globaalne Euroopa“			2 244
Euroopa Arengufond (EAF)	1 256	1 850	
Arengukoostöö rahastamisvahend (DCI)	1 566	943	
Muu	65	19	
Kõik kokku	2 887	2 812	2 244

Allikas: kontrollikoda DG INTPA andmete põhjal.

Komisjonipoole partnerriikide järjestamine vastavalt nende tervishoiuvajadustele ei mõjutanud kuigivõrd kahepoolsete rahaliste vahendite eraldamist

33 Kuna 2010. aasta teatises ELi rolli kohta ülemaailmses tervishoius keskenduti ebakindlas olukorras olevate riikide prioriteediks seadmisele ja nende toetamise suurendamisele (vt punkt **28**), koostas DG INTPA jaotusotsuste tegemiseks nimekirja riikidest, kes kõige rohkem toetust vajavad. 2020. aastal koostati uus nimekiri.

34 2010. aastal järjestas komisjon partnerriigid, kasutades viit näitajat: riikide vajadus tervishoiuabi järele, avaliku sektori finantssuutlikkus, valmisolek tervishoiuabi nõuetekohaselt kulutada, saadud abi suurus ja varasemad tervishoiualased tulemused. 2020. aasta nimekirja koostamisel kasutati uut metoodikat, mis põhineb kolmel rahvusvahelisel indeksil: [inimarengu indeks](#), [inimkapitali indeks](#) ja [kestliku arengu kolmanda eesmärgi saavutamisel tehtud edusammud](#). Selle metodoloogilise muutuse ja kohapealse olukorra muutumise tõttu on riikide pingeread kahes loendis väga erinevad (vt [tabel 3](#)).

Tabel 3. Tervishoiu prioriseerimise ja rahastamise areng kõige enam abi vajavates partnerriikides 2010. aastal

Koht INTPA pingereas 2010		Partnerriik	Tervishoid kui prioriteet riiklikus soovituskavas					
			Kulukohustused 2007–2013 (miljonit eurot)	2007–2013	Kulukohustused 2014–2020 (miljonit eurot)	2014–2020	Kulukohustused 2021–2027 (miljonit eurot)	2021–2027
1	26	Tansaania	0,018	✗	0	✗	0	✗
2	32	Sambia	68	✓	2,3	✗	12,3	✓
3	13	Afganistan	198	✓	172,5	✓	65,3	✓
4	5	Mosambiik	24	✓	0	✗	4	✗(*)
5	33	Kesk-Aafrika Vabariik	0	✗	7,4	✓	34	✓
6	2	Sierra Leone	24,2	✓	0	✗	0	✗
7	3	Niger	0	✓	11,8	✓	1	✗
8	6	Libeeria	63,5	✓	0	✗	0	✗
9	28	Sudaan	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	Nigeeria	85	✓	78,5	✓	52,2	✓
15	43	Rwanda	0	✗	0	✗	30,1	✗(*)
16	20	Gambia	0	✗	2,8	✗	0	✗
17	7	Guinea	29,5	✓	23	✓	10,3	✓
18	18	Madagaskar	31,9	✓	0	✗	32,5	✓
19	1	Tšaad	10	✓	1,2	✗	0	✗
20	38	Komoorid	0	✗	0	✗	0	✗

Lillad lahtrid = riigid, kus tervis ei ole 2014.–2020. aasta riiklikus soovituskavas prioriteetne valdkond.

Kollased lahtrid = riigid, kus tervis ei ole 2021.–2027. aasta mitmeaastases sihtprogrammis prioriteetne valdkond.

(*) Senegal, Rwanda, Mosambiik ja Niger ei loetle oma 2021.–2027. aasta mitmeaastases sihtprogrammides tervist prioriteetse valdkonnana, kuid neile eraldatakse vahendeid Sahara-taguse Aafrika piirkondlikust mitmeaastasest sihtprogrammist.

Allikas: kontrollikoda DG INTPA andmete põhjal.

35 Partnerriikide järjestuse ja tervishoiusektorile eraldatud kahepoolsete rahaeraldised ei olnud korrelatsioonis (vt [tabel 3](#)). Tansaania, 2010. aasta nimekirjas esikohal olev riik, sai aastatel 2007–2013 väga vähe toetust. Sierra Leone oli mõlemas nimekirjas kõrgel kohal, kuid sai toetust alles aastatel 2007–2013. Mosambiik sai samuti vähe toetust, kuigi ta oli mõlemas nimekirjas kõrgel kohal. Üheski kolmest riigist ei olnud tervishoid ELi rahastamise prioriteet. Tervishoiusektorit toetati teataval määral piirkondliku rahastamise vahenditest. Teisest küljest said Zimbabwe ja Burundi suhteliselt palju tervishoiuabi, kuigi nad olid mõlemas prioriteetses nimekirjas allpool. Ajavahemikul 2014–2020 rahastati enim Kongo DVd, Afganistani, Zimbabwet, Etioopiat ja Burundit. Praegusel programmitöö perioodil (2021–2027) on komisjoni viis suurimat tervishoiuvaldkonna vahendite saajat olnud Kongo Demokraatlik Vabariik, Afganistan, Burundi, Nigeeria ja Etioopia.

36 Nende lahknevuste põhjused tulenevad peamiselt programmitöö põhimõtetest¹⁸, eelkõige [määruse \(EL\) 2021/947](#) artikli 13 lõike 1 punktis a sätestatud isevastutuse põhimõttest, mille kohaselt peab programmitöö põhinema partnerriikide valitsustega peetaval poliitilisel dialoogil. Seega peaks sektoripõhine toetus sõltuma iga partnerriigi prioriteetidest. Muud põhjused olid riiklikesse soovituskavadesse lisatavate prioriteetsete valdkondade arvu piiramine (mitmeaastase finantsraamistiku 2014–2020 seisuga kuni kolm prioriteetset valdkonda). Muud pakilised vajadused, peamiselt majanduslikud, võivad tervishoiuvajadused varju jätta: näiteks Tšaadis, mis on 2020. aasta nimekirjas esikohal (vt [tabel 3](#)), on mitmeaastasteks prioriteetideks juhtimine, inimareng (tervishoiuga mitteseotud) ja roheline kokkulepe. Komisjoni analüüs andis seega suuniseid programmitöö läbirääkimiste alustamiseks, kuid see ei olnud raha eraldamisel otsustava tähtsusega.

37 Samadel põhjustel vähenes nende riikide mitmeaastaste sihtprogrammide arv, mille prioriteetne valdkond on tervishoid, 48-lt programmitöö perioodil 2007–2013 17-le aastatel 2014–2020. Naabruspiirkonna, arengu- ja rahvusvahelise koostöö instrumendi „Globaalne Euroopa“ (2021–2027) raames oli tervishoid prioriteetne valdkond 86 riigi mitmeaastasest sihtprogrammist 27-s (st 59 riigi mitmeaastase sihtprogrammides ei olnud tervishoid sellisel viisil prioriteediks seatud). Täielik nimekiri riikidest, kes on viimase kolme programmitöö perioodi jooksul seadnud tervishoiu prioriteediks, on esitatud [III lisas](#).

¹⁸ Eriaruanne 14/2023.

Temaatilisest sambast eraldiste tegemiseks kasutatud metoodika ei ole ametlikult vormistatud ega piisavalt dokumenteeritud

38 Lisaks geograafilistel kaalutlustel põhinevatele eraldistele (riikide või piirkondade kaupa) toetab EL tervishoidu temaatilise rahastamise kaudu (punkt **16**), millest toetatakse ülemaailmseid tervisealgatusi. ELi kulutused ülemaailmsetele tervisealgatustele on kolmes auditeeritud mitmeaastases finantsraamistikus oluliselt suurenenud (vt **tabel 4**). Seda suundumust süvendas viimastel aastatel COVID-19 pandeemia. Lisaks antakse alates mitmeaastasest finantsraamistikust aastateks 2014–2020 ülemaailmsete tervisealgatuste kaudu rohkem ELi toetust kui kahepoolse abina partnerriikidele otse. Kaks peamist komisjoni toetatavat algatust on **ülemaailmne fond** ja **GAVI** (vt punkt **16** ja **IV lisa**). Euroopa Komisjon on toetanud ülemaailmset fondi alates selle käivitamisest 2002. aastal ja GAVIt alates 2003. aastast, kolm aastat pärast selle käivitamist 2000. aastal.

Tabel 4. Komisjoni poolt tervisealgatustele tehtud maksete areng (miljonites eurodes)

Ülemaailmne tervisealgatus	2007–2013	2014–2020	2021–2027 (kuni jaanuar 2024)	Kogusumma (2007–jaanuar 2024)
Ülemaailmne fond	585	853	1017	2455
GAVI	20	285	510	815
WHO-UHC partnerlus	22	150	37	209
Pandeemiafond			227	227
ÜRO Rahvastikufondi tarnepartnerlus	48	50	45	143
Ülemaailmne rahastamisvahend (IBRD)		24		24
UNAIDS – ÜRO HIV- ja AIDSi-vastane ühisprogramm	2			2
Ülemaailmsed tervisealgatused kokku	677	1362	1836	3875
Kahepoolne abi kokku (III lisas loetletud riigid)	1308	990	136	2435
DG INTPA tervishoiualane abi KOKKU	2887	2812	2244	7944
Tervisealgatuste % /DG INTPA terviseabi kogusumma	23,4%	48,4%	81,8%	48,7%
% kahepoolse abi kogusummast/DG INTPA tervishoiualase abi kogusumma	45,3%	35,2%	6,1%	30,7%

Allikas: DG INTPA tulemustabel ja andmed CRIS/OPSYSI andmebaasist (arenguabi komitee tervise valdkonna koodide alusel).

39 Naabruspoliitika, arengu- ja rahvusvahelise koostöö instrumendi „Gloaalne Euroopa“ määruses ega vastavas temaatilises mitmeaastases sihtprogrammis ei ole kindlaks määratud ELi rahastamist iga ülemaailmse tervisealgatuse jaoks. Komisjoni sõnul valiti ülemaailmsed tervisealgatused rahastamiseks välja pärast hindamiste, rahastamispuudujäägi, eelarvevahendite kättesaadavuse, kestliku arengu eesmärkide saavutamisel tehtud edusammude ja ülemaailmsete tervisealgatuste esitatud näitajate läbivaatamist. Lisaks hinnati DG INTPA mõju tervisealgatuste juhtorganites ja strateegilisi kaalutlusi. Leidsime siiski, et protsessi ei olnud piisavalt dokumenteeritud. Kuigi komisjon kasutas kvantitatiivseid ja kvalitatiivseid elemente, ei põhinenud meetodika eelnevalt kindlaks määratud ametlikel konkreetsetel ja mõõdetavatel kriteeriumidel.

ELi rahastamine on aidanud kaasa tervishoiusüsteemide toimimisele, kuid tõhusust takistasid koordineerimisprobleemid

40 Uurisime põhjalikuks analüüsiks valitud kolmes partnerriigis ELi tervishoiu arendamiseks antava abi meetmete asjakohasust ja tõhusust, rahastajate, projektide elluviijate ja valitsusasutuste vahelist koordineerimist, sekkumiste haldamise kulusid, ELi rahastamise nähtavust ja järelevalvekorda. Uurisime, kas komisjon on kindlaks teinud ja prioriseerinud asjakohaseid sekkumisi, et tagada nende vastavus riigi tervishoiupoliitika ja kodanikuühiskonna ootustele ning kooskõla rahaliste vahenditega. Uurisime, kas sekkumised on kooskõlastatud teiste rahastajatega ning kas need aitavad kaasa strateegia ja eesmärkide rakendamisele ning kas sekkumiste tulemusi on võimalik kontrollida.

EL toetas erinevaid tervishoiualaseid sekkumisi, mis vastasid auditiks valitud riikide vajadustele

41 Leidsime lahknevasi ELi rahastatud sekkumisliikides kõigis kolmes riigis, mis valiti põhjalikuks analüüsiks. Burundis kasutati ajavahemikul 2014–2020 ELi toetust muu hulgas tasuta tervishoiuteenuste osutamiseks rasedatele naistele ja alla viieaastastele lastele. Täiendavad projektid, mille eesmärk oli tugevdada tervishoiusüsteemi piirkonna tasandi kirurgilise võimekuse, digitaliseerimise või vaimse tervise valdkonnas, eraldasid neile tegevustele vaid väikese osa vahenditest. Bururi, Makamba ja Gitega provintsis kasutati ELi eraldatud ligi 9 miljonist eurost 28% jooksvateks ja personalikuludeks.

42 Komisjon toetas Zimbabwe tervishoiusüsteemi järjestikuste mitme rahastajaga fondide kaudu. Aastatel 2016–2022 tegutsenud tervisearengufond (HDF) kulutas üle kolmandiku oma eelarvest esmavajalike ravimite ja toitumiskaupade hankimiseks (vt [joonis 3](#)).

43 Tervishoiuvaldkonna toetamine on olnud ELi poolt Kongo Demokraatlikule Vabariigile antava kahepoolse abi prioriteet kolmel viimasel programmitöö perioodil, mil riik on olnud suurim ELi tervishoiuabi saaja. Kahepoolsed programmid ja projektid, mida EL on Kongo DVs rakendanud, on keskendunud järgmisele:

- haiglate ja tervisekeskuste ülesehitamine;
- asutuste loomine tervishoiustruktuuride tegevus- ja hoolduskulude haldamiseks;

- o kvaliteetsete ravimite pakkumise parandamine;
- o tervishoiuasutuste tugevdamine.

44 Leiame, et need sekkumised olid riikide vajaduste seisukohast üldjoontes asjakohased.

Piirkondliku tasandi koordineerimispüüdlused ja jaotussüsteemid on ebapiisavad

45 Auditiks valitud riikides tehti jõupingutusi koordineerimise parandamiseks ja jaotussüsteemide tugevdamiseks. Oma analüüsi käigus täheldasime, et riiklikud koordineerimismeetmed keskenduvad sageli ainult üleriigilistele strateegiatele ja vahendite eraldamisele piirkondade kaupa. Koordineerimine on siiski vajalik ka madalamal, piirkondade ja kliinikute tasandil, et tagada, et nad saavad seda, mida tegelikult vajatakse. Meie külaskäigud maapiirkondade tervishoiukliinikutesse näitasid, kui oluline on parandada ravimivajaduste analüüsi ja ravimite jaotamist, kuna enamikus külastatud kliinikute apteekides leidsime eest tühjad riiulid (vt punkt **47**).

46 Zimbabwe leidsid hindajad¹⁹, et projektides ei käsitletud põhjalikult põhiprobleeme, mis tõi kaasa sekkumiste dubleerimise. Nii Burundis kui ka Zimbabwe leidsime juhtumeid, kus rahastati alakasutatud seadmeid (vt **2. selgitus**).

2. selgitus

Alakasutatud varustus Burundis ja Zimbabwe

Burundis külastasime ühte haiglat ja leidsime, et kuigi kaks uut ELi rahastatud inkubaatorit olid kasutusel, siis kolme uut inkubaatorit (mille on tarninud üks teine doonor) ei kasutatud. Uusi ELi rahastatavaid inkubaatoreid ei oleks vaja, kui teiste rahastajate toel saadud inkubaatorid oleksid töökorras.

Ühes Zimbabwe piirkondlikus haiglas leidsime, et kaks kasti, mis sisaldasid uusi sügavkülmikuid, olid koridoris seisnud üle poole aasta, sest haiglal ei olnud neid vaja. Toetusesaaja ei suutnud selgitada nende esemete päritolu ja seadmete rahastamisallikat ei olnud võimalik kindlaks teha. Kui haigla vajadusi oleks paremini analüüsitud, oleks rahastajate raha saanud kulutada tõhusamalt.

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

47 Zimbabwe Tervisearengu fondi projekti suurim eelarverida on meditsiinitoodete ja vaktsiinide oma (vt [joonis 3](#)). Hoolimata mitme rahastajaga investeringutest on ravimite kättesaadavus olnud piiratud, nagu täheldasime oma kohapealsete külastuste käigus (vt [1. foto](#)). Leidsime, et mõned põhiravimid ei olnud saadaval mitu kuud. Leidsime ka juhtumeid, kus endiselt kasutamiskõlblikud ravimid olid minema visatud.

48 Burundi projekti PASS lõpphindamisel soovitati suurendada farmaatsiatoodete haldamisega seotud suutlikkust. Tervishoiuministeeriumi 2021. aasta aastaaruandes kinnitatakse, et peamised takistused on ravimivarude lõppemine või ravimite nappus.

49 Kongo DV puhul leiti suurima 2014.–2020. aasta terviseprojekti (PRO DS) vahehindamisel (avaldatud 17. jaanuaril 2022), et kolm esmatähtsate ravimite tarnimisega seotud eesmärki saavutati ainult osaliselt. Põhjuseks oli ravimite ostukeskuste föderatsiooni ning tervishoiukorralduse ja -juhtimise peadirektoraadi ebatõhus ümberkorraldamine.

1. foto. Mõned ravimid Zimbabwe kliinikus, mida me külastasime, olid pidevalt otsas



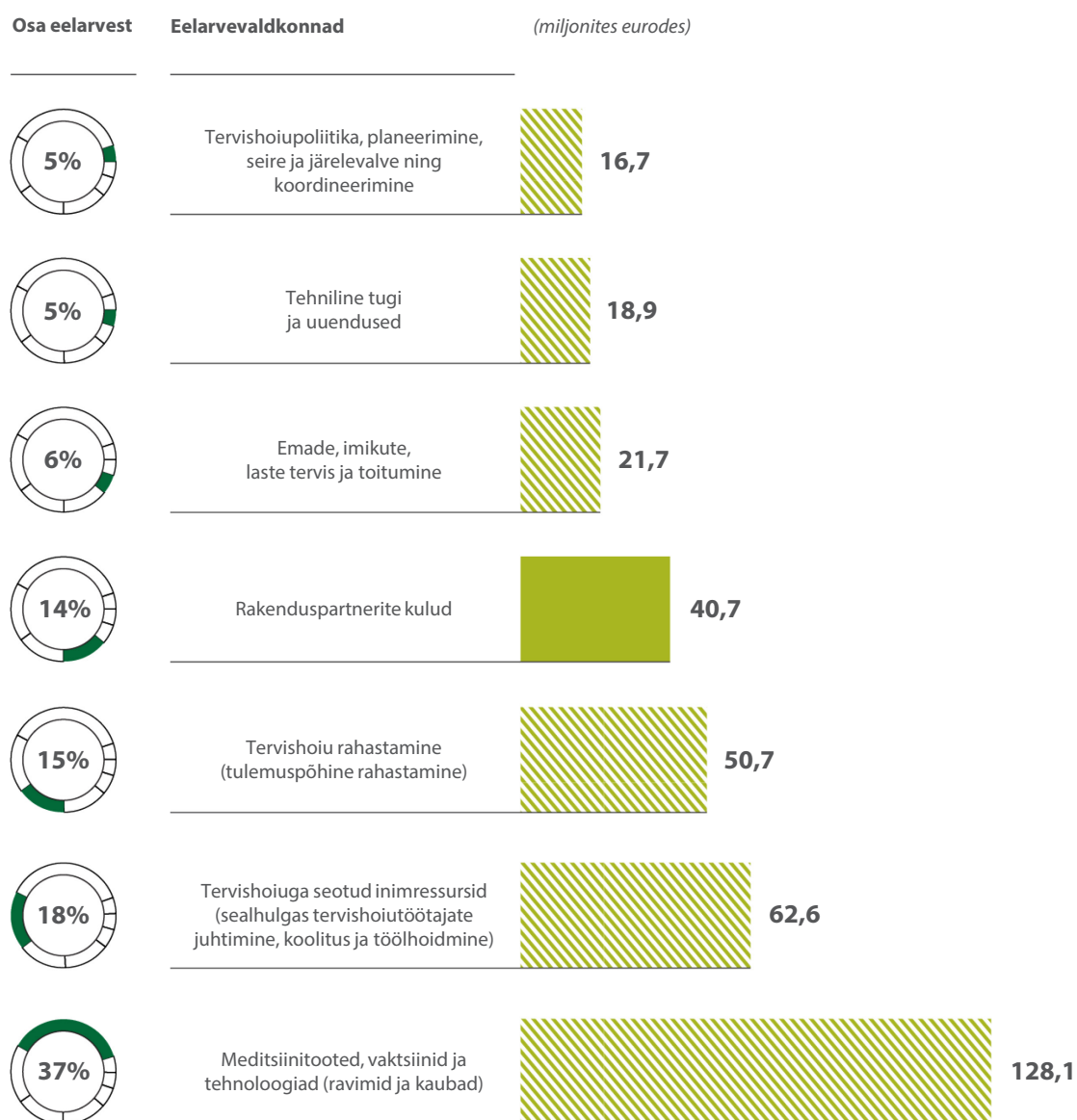
Allikas: kontrollikoda.

Rakendamise astmelisus mõjutab kulusid

50 Tervishoiusektori projektide kulusid suurendab rakendamise astmeline struktuur. Projekte juhivad sageli rakenduspartnerid, kes palkavad alltöövõtjaid. Kõik need osalejad võtavad haldustasusid, mis vähendavad lõppsaajateni jõudvat raha.

51 Zimbabwes toetas komisjon mitme rahastajaga fonde. Tervisearengufondi projektil, mis kestis aastatel 2016–2020, oli kaks rakenduspartnerit. Rakenduspartnerid võtsid 7% eelarvest halduskuludeks ja veel 7% peakorteri halduskuludeks – kokku 14% kogu eelarvest. See tähendas, et halduskulud kokku olid suuremad kui mõned eraldised sekkumisrubriikide kaupa. *Joonisel 3* on näidatud, et rakenduspartnerite kulud olid peaaegu kaks korda suuremad kui emade, vastsündinute ja laste tervisele ja toitumisele eraldatud summad.

Joonis 3. Tervisearengufondi eelarve (EL + muud rahastajad) Zimbabwe (2016–2022)



Allikas: kontrollikoda.

52 Leidsime, et Burundis üldnimetuse „Twiteho Amagara“ all rakendatud projektid, mida rahastas otse EL, sisaldasid üle 30% suuruseid tegevuskulusid. Projekte rakendasid Burundi kõigis 18 provintsis viis konsortsiumi. Neile eraldati kokku 45 miljonit eurot, millest kolmandik (14 miljonit eurot) kasutati tegevuskuludeks.

Erinevate rahastamisvoogude koordineerimine on keeruline

53 Komisjon kasutab samade geograafiliste piirkondade toetamiseks kahte erinevat rahastamisvoogu – geograafilist rahastamist ja ülemaailmseid tervisealgatusi. Lisaks on ülemaailmsed tervisealgatused viimastel aastatel laiendanud oma tegutsemisvaldkonda horisontaalselt, et hõlmata tervishoiusüsteemide tugevdamist. Seetõttu on oht, et komisjoni ja ülemaailmsete tervisealgatuste meetmed kattuvad ning et koostoime ei parane ei komisjoni ja tervisealgatuste sekkumisvaldkondade ega ka tervisealgatuste endi vahel.

54 Ülemaailmne fond nõuab, et igas abi saavas riigis oleks selge mehhanism ühiste jõupingutuste koordineerimiseks rahastamisele juurdepääsuks ja selle kasutamiseks. Probleemide tõttu sidusrühmade (eelkõige kohalike kogukondade) esindatusega riigisisestes koordineerimiskordades on sageli vaja luua eraldi riiklik koordineerimismehhanism. Leidsime, et see mehhanism suurendab partnerriigi halduskoormust. Näiteks teavitasid Burundi ametnikud selle keerukuse tõttu meid oma huvist ühendada riigi koordineerimismehhanism üldisesse koordineerimisstruktuuri, tervishoiu- ja arengupartnerluse raamistikku, mida haldab tervishoiuministeerium.

55 Komisjon osaleb ülemaailmsete tervisealgatuste juhtorganites, ning lisaks 2023. aasta [Lusaka tegevuskava](#) juhtimises ja rakendamises. Tegevuskava raames on loodud ülemaailmsete tervisealgatuste foorum. Lusaka tegevuskavas määrati kindlaks mitu põhinõuet, mis on vajalikud selleks, et suurendada ülemaailmsete tervisealgatuste panust elude kaitsmisse ja inimeste tervise parandamisse kogu maailmas. Need hõlmavad suuremat toetust esmatasandi tervishoiule, katalüütilist rolli riigisisest rahastatavate tervishoiuteenuste tagamise suunas, ühiseid lähenemisviise tervisealase võrdsuse saavutamiseks, üldise tervishoiusüsteemi juhtimismudelite strateegilist ja operatiivset sidusust ning teadus- ja arendustegevuse koordineerimist piirkondliku tootmisega. Tegevuskava tõhus rakendamine on oluline selleks, et tagada rahastajate, tervisealgatuste ja riikide valitsuste koordineeritud lähenemisviis tervishoiusüsteemide tugevdamiseks partnerriikides.

ELi rahastatud meetmete nähtavus kohapeal on väike, eriti kui need hõlmavad ka teisi rahastajaid

56 ELi rahastatud meetmete nähtavus on oluline, et suurendada ELi rolli maailmas. Komisjon on koostanud mitmeid suuniseid, mis keskenduvad konkreetset välistegevusele²⁰. ELi raha saajatel on kohustused, mille eesmärk on tagada ELi nähtavus. Eeskirjad hõlmavad ka kaubamärgi kooskasutust – nõuet näidata enamikul juhtudest ELi embleemi vähemalt sama silmatorkavalt kui muid logosid.

57 Meie külastused näitasid, et ELi rahastatud meetmed ei ole piisavalt nähtavad. Kõige levinum probleem on see, et abisaajad on teadlikud projektist või selle rakendajatest, kuid ei tea, et rahastamine pärineb EList.

58 Projektide elluvijad on tavaliselt palju nähtavamad kui rahastajad ja abisaajad peavad neid enamasti ka projektide rahastajateks. Näiteks Burundis leidsime juhtumeid, kus ELi lipp kuvati ilma Euroopa Liidule osutava tekstita (vt [2. foto](#)), mis ei ole suunistega kooskõlas (vt punkt [56](#)). See on problemaatiline, sest kohalikud elanikud ei seosta alati lippu ELiga. Mõnel juhul kuvati ainult rakendaja logo.

²⁰ „Communicating and raising EU visibility: Guidance for external actions“, Euroopa Komisjon.

2. foto. ELi lipu kujutis ilma Euroopa Liitu identifitseeriva tekstita



Allikas: kontrollikoda.

59 Mitme rahastajaga fondide puhul ei tea toetusesaajad tavaliselt kõigi rahastajate isikut, vaid üksnes fondi nime. Hoolimata nõudest, et ELi toetust tuleb reklaamida vähemalt sama silmapaistvalt kui teiste rahastajate toetust, teavad lõplikud abisaajad üksnes rakenduspartnerit. See kahjustab eesmärki suurendada teadlikkust ELi välispoliitikast ja ülemaailmsest tegevusest.

Üldised tulemusnäitajad ja puudulikud andmed takistavad ELi tervishoiualase abi saavutuste mõõtmist

60 Komisjoni kasutatav ELi tulemusraamistik sisaldab väikest arvu tervisenäitajaid, et mõõta strateegiliste eesmärkide saavutamist (viis näitajat kuni 2017. aastani ja kaks peale seda). Nende näitajate (vt [tabel 5](#)) eesmärk on mõõta konkreetset ELi toetust. Praktikas näitavad need siiski kõigi rahastajate abi toel saavutatud tulemusi ja annavad vaid osalise pildi ELi sekkumistest tervishoiusektoris.

Tabel 5. Tervisenäitajate muutumine ELi tulemusraamistikus

2015–2017	Alates 2018. aastast
ELi toetuse abil vaktsineeritud üheaastaste laste arv	ELi toetuse abil vaktsineeritud üheaastaste laste arv
ELi toetuse abil mis tahes rasestumisvastaseid vahendeid kasutavate naiste arv	Reproduktiivses eas naiste arv, kes kasutavad ELi toetusel kaasaegseid rasestumisvastaseid vahendeid
Selliste sündide arv, kus ELi toetusel osalesid kvalifitseeritud tervishoiutöötajad	-
ELi toetusel retroviirusvastast ravi saavate kaugelearenenud HIV-nakkusega inimeste arv	-
ELi toetusel jagatud insektitsiididega töödeldud voodivõrkude arv	-

Allikas: ELi 2015. aasta rahvusvahelise koostöö ja arengu tulemuste raamistik (EURF), 2018. aasta läbivaadatud EURF ja 2022. aasta globaalse Euroopa tulemuslikkuse seire süsteem, mis sisaldab läbivaadatud Globaalse Euroopa tulemusraamistikku.

61 Samuti ei ole ülemaailmsetes tervisealgatustes kasutatavad tulemusnäitajad sageli tingitud üksnes nende tegevusest, vaid kajastavad kõigi rahastajate ja abisaavate riikide valitsuste ühiseid meetmeid (nagu ülemaailmse fondi peamine tulemusnäitaja suremuse määra kohta).

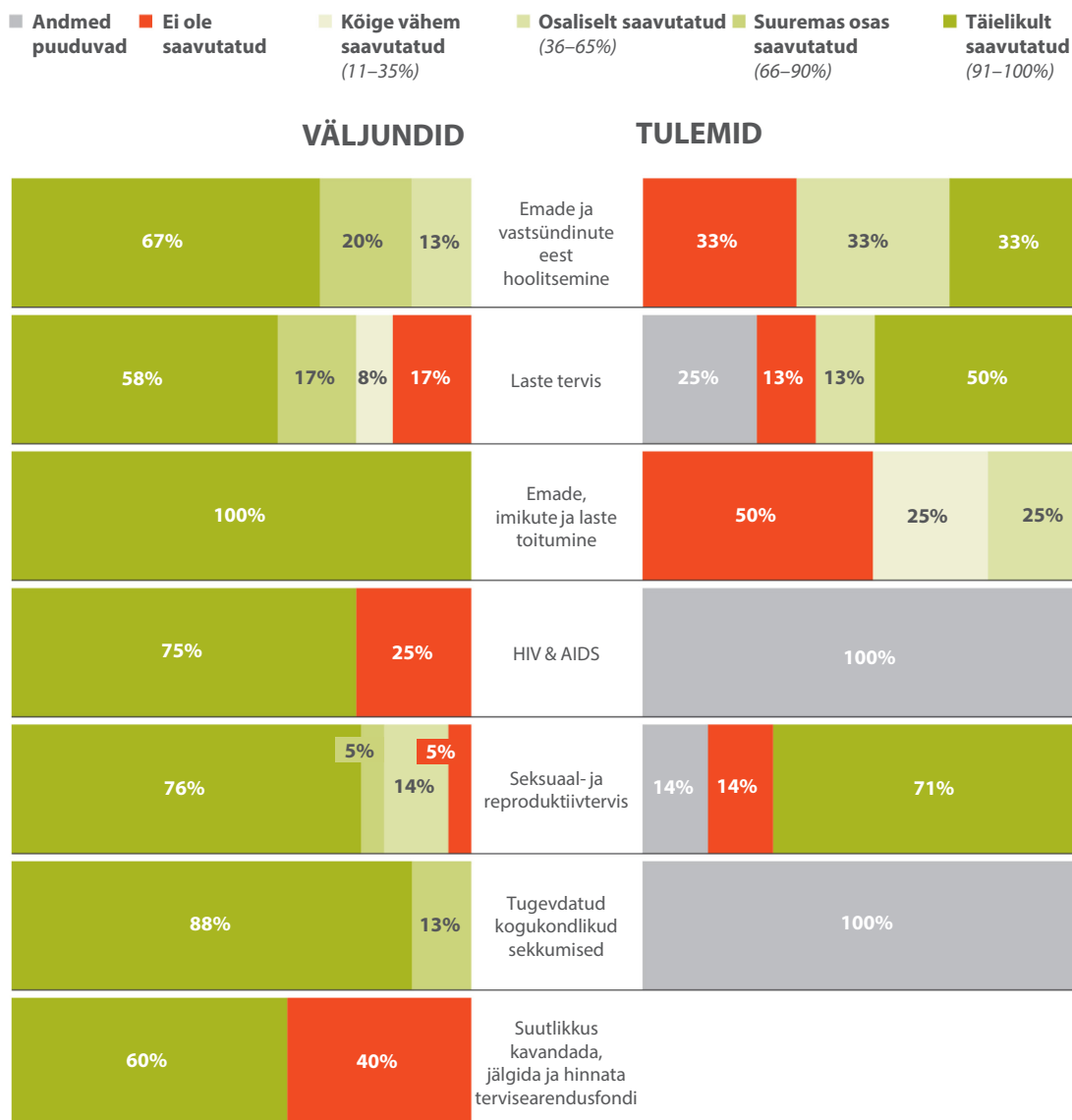
62 Koondatud vahendite abil saavutatud väljunditest ei teavitata ELi delegatsioone piisavalt. Näiteks Zimbabwe delegatsioon ei saanud kvartaliaruandeid, vaid ainult iga-aastaseid eduaruandeid, mis sisaldasid ebapiisavat teavet rahaliste vahendite kasutamise kohta.

63 Nagu eespool selgitatud (vt punktid [60](#) ja [61](#)), on raske eristada ELi sekkumise mõju teiste rahastajate toetusest ja muudest välistest teguritest. Burundis saavutati tulemid ja tulemused olemasolevate hinnangute kohaselt osaliselt²¹.

64 Lõpphindamise kohaselt oli Zimbabwe tervisearengu fondil 24 tulemit ja 69 väljundit. Näitajad näitavad, et enamik väljundeid saavutati, samas kui tulemite saavutamisel on vähem edusamme (vt [joonis 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, 2022, ja muud mitteavalikud hindamised.

Joonis 4. Zimbabwe tervisearengu fondi väljundid ja tulemid



Allikas: kontrollikoda Zimbabwe tervisearengu fondi lõpphindamise põhjal.

65 Kongo DVs näitas 2014.–2020. aasta suurima terviseprojekti PRO DS vahehindamine, et kümnest oodatavast tulemusest kolm saavutati täielikult (nt siirdehaigla ja tervisekeskuste toimimise ratsionaliseerimine) ning viis tulemust osaliselt (nt tervishoiu keskameti reguleeriva rolli tugevdamine). Edusammud kahe tulemuse saavutamisel olid oodatust palju väiksemad (nt tegevustasanditele ja haldusfunktsioonidele kohandatud personalivõimekuse loomine).

66 Leidsime oma auditikülastuste käigus, et mõned aruandluseks kogutud andmed ei olnud kättesaadavad või usaldusväärsed. Burundis kasutati emade tervise jälgimiseks mitut näitajat. Mõnda teatatud väärtust oli aga ilmselgelt võimatu saavutada. Näiteks abistatud sünnituste näitaja oli mõnikord isegi 125%. Komisjon on selgitanud, et see on tingitud vananenud rahvastikustatistikast.

Projektide kestlikkus on ohus

67 Puudulik kestlikkus on arenguabiprojektide olemuslik risk. Abi on ajutine, sekkumiste ajavahemik on lühike ja raha kord on, kord ei ole. See kõik võib negatiivselt mõjutada projektide jätkamist abi saavates riikides. Uurisime, kas kestlikkust võeti arvesse sekkumiste kõigis etappides, st kavandamisest rakendamise ja järelevalveni.

Abi saavate riikide valitsustel puuduvad ülemineku- või väljumisstrateegiad ja pühendumus ning nende eelarvevahendid on piiratud

68 Rahastatud projektid on ajaliselt piiratud ning pärast rahastamise lõppu on need harva isemajandavad. Seetõttu peavad rahastajad tegema koostööd kohalike ja riiklike ametiasutustega, et tagada tulemuste püsimine. Samal ajal on oluline, et rahastajate antava abi vastuvõtmise suutlikkus oleks piisav ning valitsused ei kasutaks seda riiklike kulutuste asendamiseks. Samuti on oluline, et abi saavatel riikidel oleksid olemas tervishoiu rahastamise strateegiad, et leevendada rahastajate toetuse lõppemise mõju.

69 Me ei leidnud kolmes põhjalikult analüüsitud riigis selget ülemineku- ja väljumisstrateegiat (vt [3. selgitus](#)), mis näitab, et pärast ELi toetuse lõppemist võib tekkida probleeme tegevuse kestlikkusega, sest riikide eelarvevahendid on piiratud.

3. selgitus

Tervishoiusüsteemid sõltuvad endiselt rahvusvahelisest abist

Burundis oli ELi sekkumine tervishoiusektoris algselt mõeldud ajutisena, et lihtsustada üleminekut erakorraliselt toetuselt tavapärastele tervishoiuteenustele. Burundi sõltub endiselt väga suurel määral välistest rahastajatest ning abi aitab vaevu süsteemi käimas hoida. Komisjon tunnistab, et kuigi poliitilist ja valdkondlikku dialoogi ning valitsusele antavat tehnilist abi hõlmav töö on käimas, on ülemineku-/väljumisstrateegia ettevalmistamiseks vaja teha suuremaid jõupingutusi. Seni ei ole selleks konkreetseid plaane, kuigi rahastajate vahel on käimas läbirääkimised.

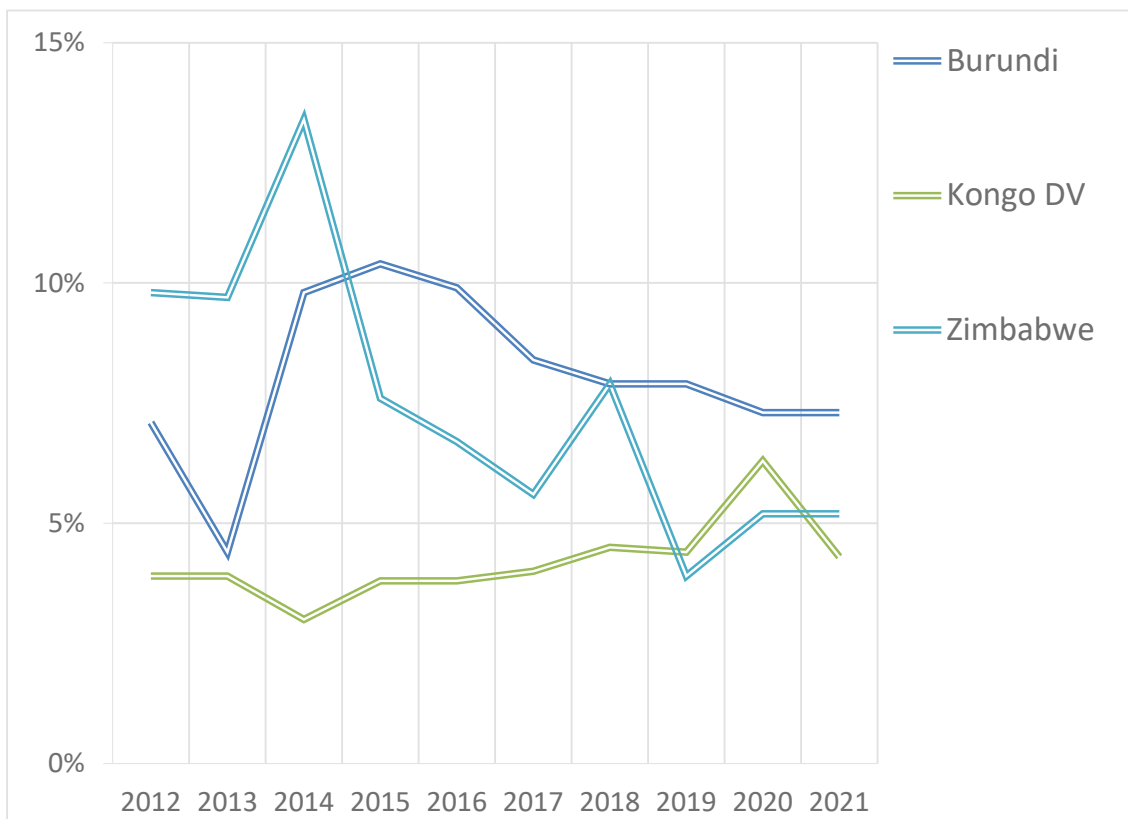
Zimbabwes eraldati tervisearengufondi projekti raames märkimisväärsel hulgal raha personalivajaduste rahuldamiseks, näiteks töökoha säilitamise toetuste, tulemuspreemiate ja muude personalikulude maksmiseks. Partnerid eeldasid, et valitsus võtab kogukonna tervishoiutöötajate rahastamise tervisearengu fondi tegevuse lõppedes üle, kui rahastajate toetust sellele järgnenud tervishoiualase vastupanuvõime fondi raames vähendati. Palkadele ja samalaadsetele kuludele ei ole valitsus aga siiani toetust andnud.

Kongo DVs aastatel 2014–2020 tehtud ELi suurima tervishoiuprogrammi vahehindamine tõi esile kestlikkusega seotud probleemid. Lisaks soovitati vahehindamises töötada välja kõiki sidusrühmi hõlmav väljumisstrateegia.

70 Väljumisstrateegiad nõuavad sageli eelarvepoliitilise manööverdamisruumi loomist, et võimaldada riikliku tervishoiu piisavat rahastamist. Meie auditeeritud kolme valitud riigi tervishoiueelarved ei ole veel saavutanud 15% kogueelarvest, nagu 2001. aasta [Abuja deklaratsioon](#)is lubati (vt punkt [06](#) ja [joonis 5](#))²².

²² „Africa Scorecard on Domestic Financing“, Aafrika Liit.

Joonis 5. Tervishoiueelarve protsendina auditeeritud riikide SKPst



Allikas: kontrollikoda tulemustabeli [Africa Scorecard on Domestic Financing for Health](#) alusel.

Seadmeid ei hooldata alati piisavalt

71 Kui rahastajad rahastavad või tarnivad seadmeid, eeldavad nad sageli, et seadmete saajad hoolitsevad nende eest ning tagavad vajaliku hoolduse ja tarvikud. Sellega kaasneb aga sageli lisakulu: telefonid vajavad liini, autod regulaarset hooldust ja varuosi ning printerid paberit ja toonerikassete. Lisakulud võivad moodustada vaid murdosa seadmete hinnast, kuid mõnikord võivad need muutuda ületamatuks takistuseks seadmete tõhusale kasutamisele.

72 Paljudes hindamistes leiti probleeme seoses hooldusega. Leidsime, et seadmete valikul ja hooldamisel ei võetud piisavalt arvesse seda, kas vajalikud teenused, oskused ja varuosad olid vastuvõtjariigis kättesaadavad. Burundi kahe esimese tulemuspõhise rahastamisprojekti [ühises hindamises](#) juhiti tähelepanu seadmete hooldusega seotud probleemidele.

73 Oma projektikülastuste käigus leidsime juhtumeid, kus esines kasutamata jäänud (vt [4. selgitus](#)), kahjustatud (vt [3. foto](#)) või alakasutatud seadmeid, mida oli rahastatud otseselt või kaudselt ELi vahenditest. Oleme seisukohal, et need juhtumid olid tingitud vajaduste hindamise puudumisest või ebapiisavusest ning seadmete halvast valikust.

Foto 3. Hematoloogiaanalüsaator Burundi laboris oli rikkis enam kui 16 kuud



Allikas: kontrollikoda.

4. selgitus

Mittetoimiv rahvatervise hädaolukordade operatiivkeskus Burundis

Rahvatervise hädaolukordade operatiivkeskused koordineerivad kogu rahvatervise hädaolukordadega seotud tegevust. ELi rahalist abi summas 800 000 eurot kasutati Burundis rahvatervise hädaolukordade operatiivkeskuse loomiseks, mis avati 20. aprillil 2021²³. Meie auditikülastuse ajal, rohkem kui kaks aastat hiljem, ei olnud arvutid ikka veel ühendatud, telefonid ei töötanud ja muid IT-seadmeid ei olnud kunagi kasutatud. Keskuse juhtkond selgitas, et seda ei toimunud, sest tervishoiuministeerium ei suutnud telefonifirmaga kokkuleppele jõuda.

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

Järeldused ja soovitused

74 Kokkuvõttes leidsime, et komisjon eraldas raha vastavalt oma üldistele prioriteetidele, kuid nende eraldamise metoodikas oli puudusi. Projektide tõhusust vähendasid koordineerimise ja kestlikkusega seotud probleemid.

75 Peamistes ELi poliitikadokumentides on fikseeritud vahendite eraldamise peamised parameetrid, kuid tegevuseesmärgid on täpsustamata. Tervishoiutoetuse maksed jäid kolme viimase programmitöö perioodi jooksul suhteliselt stabiilseks. Partnerriikidega tehtava kahepoolse koostöö rahastamine on siiski vähenenud, samal ajal kui ülemaailmsetele tervisealgatustele antava toetuse rahastamine on oluliselt suurenenud, seda ka COVID-19-le reageerimise tõttu (punktid **28–32**).

76 Komisjon järjestas partnerriigid vastavalt nende tervishoiusüsteemide vajadustele, kuid see hindamine mõjutas kahepoolset rahastamist vähe, peamiselt programmitöö põhimõtete tõttu (punktid **33–37**).

1. soovitus. Viia paremini vastavusse riikide vajadused ja tervishoiu valdkonnale eraldatud raha

Järgmiseks mitmeaastaseks finantsraamistikuks ettevalmistamiseks peaks komisjon koostöös abi saavate riikidega uurima, kuidas viia partnerriikide vajadused paremini vastavusse tervishoiu arendamiseks antava abi geograafilise jaotusega, ning võimaluse korral ning järgmise mitmeaastase finantsraamistiku õiguslikule alusele tuginedes leidma parema tasakaalu raha jaotamisel ülemaailmsete tervisealgatuste, piirkondlike ja kahepoolsete toetuste vahel.

Soovituse täitmise tähtaeg: järgmiseks mitmeaastaseks finantsraamistikuks

77 Konkreetsete ülemaailmsetele tervisealgatustele temaatiliste programmide kaudu toetuse eraldamine põhines kvantitatiivsetel ja kvalitatiivsetel elementidel. See ei põhinenud aga eelnevalt kindlaks määratud konkreetsetel ja mõõdetavatel kriteeriumidel ning edenemine ei olnud piisavalt dokumenteeritud (punktid **38–39**).

2. soovitus. Kehtestada selged kriteeriumid ülemaailmsete tervisealgatuste rahastamiseks ja parandada vahendite eraldamise protsessi dokumenteerimist

Komisjon peaks kehtestama selged, konkreetsed ja vajadusel mõõdetavad kriteeriumid ülemaailmsete tervisealgatuste rahastamiseks ning parandama protsessi dokumenteerimist, sealhulgas analüüsides komisjoni nendes algatustes osalemise lisaväärtust.

Soovituste täitmise tähtaeg: 2025

78 Kontrollitud projektidega saavutati mitmesuguseid väljundeid – alates ravivisiitide hüvitamisest kuni haiglate ravimitega varustamiseni. Siiski tõi ebapiisav koordineerimine piirkonna tasandil kaasa puudused seadmete ja ravimite jaotamisel (punktid [40–49](#)).

3. soovitus. Parandada vajaduste analüüsi ning seadmete ja ravimite jaotamise koordineerimist

Komisjon peaks tegema asjakohasel tasandil koostööd asjaomaste osalejatega, et paremini koordineerida seadmete ja ravimite jaotamist. Komisjon peaks tegema koostööd partnerriikidega, et suurendada nende suutlikkust vajaduste analüüsimisel, planeerimisel ja koordineerimisel.

Soovituste täitmise tähtaeg: 2025

79 Tervishoiusektori sekkumiste maksumust mõjutas rakendamise astmeline struktuur. See suurendas projektide elluviimise maksumust ja vähendas lõppsaajateni jõudvaid summasid (punktid [50–52](#)).

4. soovitus. Analüüsida halduskulude mõistlikkust

Komisjon peaks tõhustama eelarvestatud halduskulude mõistlikkuse analüüsi, eelkõige projektide astmelise rakendamise korral.

Soovituste täitmise tähtaeg: 2025

80 Komisjon osaleb ülemaailmsete tervisealgatuste juhtorganites, ning lisaks Lusaka tegevuskava juhtimises ja rakendamises. Selle eesmärk on tagada algatuste parem ühtlustamine, teha lõpp killustatusele ja ratsionaliseerida nende ülesehitust (punktid [53–55](#)).

5. soovitus. Vältida kattuvusi ja tagada koostoime toetatavate ülemaailmsete tervisealgatuste vahel

Komisjon peaks võtma täiendavaid meetmeid, et vältida kattumist ja tagada koostoime toetatavate ülemaailmsete tervisealgatuste vahel.

Soovituste täitmise tähtaeg: 2025

81 ELi rahastamise nähtavus sihtrühmade seas väike (punktid [56–59](#)). Komisjon kasutas vähe tervisega seotud kõrgetasemelisi näitajaid. Leidsime, et need näitajad andsid mitmest ELi tervishoiumeetmest vaid osalise ülevaate. Lisaks arutati need nii, et *de facto* mõõdeti eri osalejate ühiseid jõupingutusi ja need ei olnud omistatavad üksnes ELi rahastamisele. See ei võimaldanud komisjonil täielikult mõõta ELi rahastamise abil tervishoiusektoris saavutatud tulemusi võrreldes strateegiliste eesmärkidega. Lisaks ei edastatud ELi delegatsioonidele piisavalt teavet mitme rahastajaga fondide rakendatud kahepoolsete sekkumiste tulemuste kohta. Projektide rakendajate poolt aruandluseks kogutud andmed olid mõnikord kättesaamatud või ebausaldusväärsed (punktid [60–66](#)).

6. soovitus. Määrama kindlaks näitajad, mille abil jälgida igakülgset ELi toetust tervishoiusektorile

Järgmise mitmeaastase finantsraamistiku ettevalmistamisel peaks komisjon kooskõlas abi tõhususe põhimõtetega kindlaks määrama tervishoiusektori näitajad, millega jälgitakse põhjalikult ELi sekkumiste mõju. Mitme rahastajaga fondide puhul peaks komisjon hindama, kas ELi sekkumiste tulemuste alaseks aruandluseks on võimalik kasutada proportsionaalset meetodit.

Soovituse täitmise tähtaeg: järgmiseks mitmeaastaseks finantsraamistikuks ja hiljemalt 2027. aastaks

82 Puudusid selged ülemineku- ja väljumisstrateegiad selleks, et valitsus võtaks pärast abistajate toetuse kokkutõmbamist ise rahastamise üle. See võib ohustada süsteemide kestlikkust pärast ELi toetuse lõppemist (punktid [67–70](#)).

7. soovitus. Võtta meetmeid tervishoiusüsteemide kestlikkuse edendamiseks

Komisjon peaks koos kõigi toetatavate partnerriikide asjaomaste osalejatega üksikasjalikumalt uurima, kuidas tagada tervishoiusüsteemide kestlikkus. Arutelus tuleks põhjalikumalt käsitleda tervishoiu rahastamist, sealhulgas riigi tulude kaasamist ning selgeid ja realistlikke ülemineku- ja väljumisstrateegiaid. Väljumisstrateegiad peaksid hõlmama tervishoiusüsteemide asjaomaste osade tulevast kavandatud rahastamist.

Soovituste täitmise tähtaeg: 2025

83 ELi sekkumiste kestlikkus on ohus ka seadmete ebapiisava hoolduse tõttu (punktid **71–73**).

8. soovitus. Rõhutada veelgi seadmete hoolduse tähtsust

Komisjon peaks:

- a) lisama seadmete hangetesse hooldusaspekti, st võtma arvesse, kas riigi tasandil on olemas vajalikud teenused, oskused ja varuosad ning kuidas seda vajaduse korral kindlaks teha;
- b) võtma meetmeid, et aidata kaasa teadlikkuse tõstmisele ja käitumise muutmisele seoses hooldusega, et aidata luua sidusrühmade seas hoolduskultuuri ja -tava.

Soovituste täitmise tähtaeg: 2025

III auditikoda, mida juhib kontrollikoja liige Bettina Jakobsen, võttis käesoleva aruande vastu 9. juuli 2024. aasta koosolekul Luxembourgis.

Kontrollikoja nimel

president
Tony Murphy

Lisad

I lisa. ELi tervishoiualase abi strateegiate eesmärgid alates 2005. aastast

Strateegilised dokumendid	Tervishoiualase abi eesmärgid
2005. aasta Euroopa arengukonsensus	<ul style="list-style-type: none"> — ÜRO aastatuhande tervishoiu valdkonna arengueesmärkide täitmine: aastatuhande arengueesmärk nr 4 laste suremuse vähendamise kohta, eesmärk nr 5 emade tervise parandamise kohta ning aastatuhande arengueesmärk nr 6 HIV/AIDSi, malaaria ja muude haiguste vastu võitlemise kohta. — Meditsiinitöötajate erakordse inimressursi kriisi käsitlemine. — Tervishoiu õiglane rahastamine. — Tervishoiusüsteemide tugevdamine, et saavutada tervishoius paremaid tulemusi. — Jätkuv panustamine ülemaailmsetesse tervisealgatustesse; sellega seoses on dokumendi (2006/C 46/01) punktis 108 sätestatud: „Komisjon määrab kindlaks kriteeriumid, mille alusel otsustatakse, kas ja mil määral ühendus osaleb ülemaailmsetes fondides.“
Komisjoni 2010. aasta teatis ELi rolli kohta ülemaailmses tervishoius (ja sellele lisatud komisjoni talituste töödokumendid)	<ul style="list-style-type: none"> — ELi juhtpositsioon ülemaailmsete tervisealgatuste koordineerimisel ja sidusrühmade kaasamisel partnerriikide tasandil. — Üldine tervisekindlustus: <ul style="list-style-type: none"> ○ Haavatavate riikide prioriteetsus kahepoolsete kanalite kaudu (ebastabiilsete riikide loetelu) ja ülemaailmsetes tervisealgatustes osalemise kaudu (edendada olemasolevate algatuste kohandamist). ○ Keskenduda tervishoiusüsteemide tugevdamise toetamisele. ○ Rahastada ühte riiklikku tervishoiueelarvet ja ühte järelevalveprotsessi kui ELi toetuse andmise eelistatud raamistikku. ○ Suunata 2/3 tervishoiualasest ametlikust arenguabist partnerriikidele kuuluvate arenguprogrammide kaudu ning 80% partnerriikide hanke- ja avaliku sektori rahastamise haldamise süsteemide kaudu. — Sidususe tagamine muude poliitikavaldkondadega, et edendada üldist tervisekindlustust. — Investeerimine terviseuuringutesse kõigi jaoks.

Strateegilised dokumendid	Tervishoiualase abi eesmärgid
Komisjoni 2011. aasta teatis muutuste kava kohta (nõukogu 2012. aasta järeldused)	<ul style="list-style-type: none"> — Kasutada oma abivahendeid, eelkõige valdkondade reformimislepinguid — Arendada ja tugevdada tervishoiusüsteeme. — Vähendada tervishoiuteenuste ebavõrdset kättesaadavust. — Suurendada kaitset ülemaailmsete terviseohtude eest. — Poliitika sidususe edendamine. — Nõukogu järeldused „Sotsiaalse kaasatuse ja inimarengu [tervishoid, haridus ja sotsiaalkaitse] toetamine jätkub vähemalt 20% ulatuses ELi abist“ ja „EL jätkab oma tegevust ebakindla olukorraga riikides...“.
2017. aasta Euroopa arengukonsensus	<ul style="list-style-type: none"> — ÜRO tervisega seotud kestliku arengu eesmärkide täitmine. — EL ja selle liikmesriigid edendavad üldist tervisekindlustust. — Toetus tugevate, kvaliteetsete ja vastupidavate tervishoiusüsteemide loomiseks. EL ja selle liikmesriigid toetavad arengumaid tervishoiutöötajate koolitamisel, värbamisel, lähetamisel ja pideval erialasel täiendamisel jne. — Selliste nakkushaiguste nagu HIV/AIDS, tuberkuloos, malaaria ja hepatiit ennetamine ja nende vastu võitlemine. — Meetmete võtmine, et tegeleda ülemaailmsete terviseohtudega, näiteks epideemiate ja ravimiresistentsusega. — Töötamine selle nimel, et vähendada laste ja emade suremust, edendada vaimset tervist ja võtta tähelepanu alla partnerriikide järjest suuremad raskused mittenakkushaigustega toime tulemisel. — Innovatsiooni edendamine tervishoiutehnoloogias. — EL kordab, et on võtnud eesmärgi eraldada vähemalt 20% oma ametlikust arengubist sotsiaalsele kaasatusele ja inimarengule.

Strateegilised dokumendid	Tervishoiualase abi eesmärgid
2022. aasta Euroopa Liidu üleilmne tervishoiustrateegia	<ul style="list-style-type: none"> — Tagada inimeste parem tervis ja heaolu kogu elukaare kestel (kestliku arengu eesmärk nr 3 tervisliku elu kohta, kestliku arengu eesmärk nr 5 soolise võrdõiguslikkuse kohta ja eesmärk nr 10 ebavõrdsuse vähendamise kohta riikides ja riikide vahel). Selles mainitakse tervishoiusüsteemide tugevdamist, meetmeid HIViga võitlemiseks ja ülemaailmsete tervisealgatuste toetamist. — Tugevdada tervishoiusüsteeme ja edendada üldist tervisekindlustust. See hõlmab digiteerimist, innovatsioonitehnoloogiat ja tööjõupuudusega tegelemist. — Ennetada terviseohte, sealhulgas pandeemiaid, ja võidelda nende vastu, kohaldades terviseühitsuse põhimõtet. See hõlmab toetust pandeemiafondile, tootmisvõimsusele jne. — Kordab ELi võetud kohustust eraldada vähemalt 20% oma ametlikust arenguabist naabruspoliitika, arengu- ja rahvusvahelise koostöö rahastamisvahendi raames inimarengule ja sotsiaalsele kaasatusele.

II lisa. Auditeeritud programmide ja projektide nimekiri

Burundi

Nimi	MFR	Viide	ELi toetus (kulukohustused miljonites eurodes)
Programme d'appui au système de santé (PASS) à travers l'outil du Financement basé sur la Performance (FBP) – 2. etapp	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

Kongo Demokraatlik Vabariik

Nimi	MFR	Viide	ELi toetus (kulukohustused miljonites eurodes)
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

Nimi	MFR	Viide	ELi toetus (kulukohustused miljonites eurodes)
Unis pour la santé, 2. etapp	2021–2027	NDICI AFRICA/2022/043-891 (EC)	35
Unis pour la santé. 3. etapp	2021–2027	NDICI AFRICA/2023/045-313 (EC) (JAD.1258480)	9

Zimbabwe

Nimi	MFR	Viide	ELi toetus (kulukohustused miljonites eurodes)
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 (CL)	35,9
Contribution to Health Transition Fund IV	2014–2020	FED/2015/356–385 (CL)	12,0

III lisa. Partnerriigid, kus tervishoid on prioriteetne valdkond, mis on kindlaks määratud nende riiklikes soovituskavades / mitmeaastastes sihtprogrammides

	MFR 2007–2013	MFR 2014–2020	MFR 2021–2027
Afganistan	•	•	•
Alžeeria	•		
Angola	•		
Bangladesh	•		
Belize		•	
Burkina Faso	•	•	
Burundi	•	•	•
Côte d'Ivoire	•		
Dominica	•		
Egiptus	•		•
Eswatini	•		
Etioopia		•	•
Filipiinid	•		
Ghana	•		
Grenada		•	
Guinea Conakry	•	•	•
Guinea-Bissau	•	•	•
Ida-Timor	•		
India	•		
Iraan			•
Jamaica	•		
Jeemen	•		
Keenia			•
Kesk-Aafrika Vabariik		•	•
Kongo	•		
Kongo DV	•	•	•
Kuuba			•
Laose DRV			•
Libeeria	•		
Liibanon			•
Liibüa	•	•	•
Lõuna-Aafrika	•		
Lõuna-Sudaan	•	•	•
Madagaskar	•		•
Mali	•		•

	MFR 2007–2013	MFR 2014–2020	MFR 2021–2027
Maroko	•	•	•
Mauritaania	•	•	•
Moldova	•		
Mosambiik	•		
Myanmar	•		
Namiibia	•		
Nigeeria	•	•	•
Niger	•		
Palestiina			•
Peruu	•		
Saint Lucia	•		
Saint Vincent ja Grenadiinid	•		
Sambia	•		•
Sao Tome ja Principe	•		
Senegal	•		
Sierra Leone	•		
Sudaan			•
Süüria	•		
Zimbabwe	•	•	•
Tadžikistan	•	•	•
Togo	•		
Tšaad	•		
Tuneesia			•
Uganda			•
Usbekistan	•		
Vietnam	•		
Riigid kokku	48	17	27

IV lisa. Naabruspiirkonna, arengu- ja rahvusvahelise koostöö instrumendi „Globaalne Euroopa“ temaatilise samba eraldised (jaanuar 2024)

Terviseprogrammid	Kulukohustustega seotud summa eurodes
Panus ülemaailmsesse fondi	1 064 503 222
Panus GAVIsse	525 000 000
Panus pandeemiafondi	427 000 000
Panus ÜRO Rahvastikufondi (UNFPA)	45 000 000
Inimarengu kiirendamise programmi (HDX) toetusleping – poliomüeliidi komponent	275 000 000
Muu	12 517 500
Kõik kokku	2 349 020 722

Märkus: paksus kirjas olevad read viitavad eraldistele ülemaailmsetele tervishoiualgatustele (Global Fund, GAVI, sealhulgas COVAXi mehhanism COVID-19 vaktsiinide jaoks, UNFPA ja pandeemiafond).

Lühendid

DCI: Arengukoostöö rahastamisvahend

DG ECHO: Euroopa kodanikukaitse ja humanitaarabioperatsioonide peadirektooraat

DG INTPA: rahvusvahelise partnerluse peadirektooraat

DG NEAR: naabruspoliitika ja laienemisläbirääkimiste peadirektooraat

EDF: Euroopa Arengufond

GAVI: ülemaailmne vaktsineerimise ja immuniseerimise liit

MFR: mitmeaastane finantsraamistik

NDICI: naabruspoliitika, arengu- ja rahvusvaheline koostöö rahastamisvahend

PASS: *Programme d'appui au système de santé* (Burundi tervisetoeetusprogramm)

UNFPA: ÜRO Rahvastikufond

UNICEF: ÜRO Lastefond

WHO: Maailma Terviseorganisatsioon

Mõisted

Aastatuhande arengueesmärgid: üleilmsed eesmärgid vähendada vaesust ja selle ilminguid 2015. aastaks. Eesmärgid seadsid maailma riikide juhid ja peamised arenguasutused ÜRO aastatuhande tippkohtumisel 2000. aasta septembris.

Ametlik arenguabi: riigiabi, mille eesmärk on edendada arengumaade majandusarengut ja heaolu.

ELi delegatsioon: ELi diplomaatiline esindus kolmandas riigis või mitmepoolse või rahvusvahelise organisatsiooni juures.

Euroopa Arengufond: ELi fond, mida haldab komisjon väljaspool uldeelarvet ja millest antakse arenguabi Aafrika, Kariibi mere ja Vaikse ookeani piirkonna riikidele ning liikmesriikide kaudu ELiga assotsieerunud ülemeremaadele ja -territooriumidele.

Kestlikkus: projekti või süsteemi võime jätkuda nii kaua kui vaja, sest see toimib piisavalt hästi ning on kas rahaliselt isemajandav või piisavalt hästi rahastatud.

Kestliku arengu eesmärgid: ÜRO kestliku arengu tegevuskavas aastani 2030 seatud 17 eesmärki, et ergutada kõiki riike võtma meetmeid inimkonna ja planeedi jaoks kriitilise tähtsusega valdkondades.

Mõju: lõpetatud projekti või programmi laiema pikaajalised tagajärjed, näiteks sotsiaalmajanduslik kasu kogu elanikkonnale.

Mõjunäitaja: mõõdetav muutuja, mis annab teavet projekti või programmi elluviimiseks kasutatud inimressursside või rahaliste, füüsiliste, haldus- või regulatiivsete vahendite kohta.

Terviseühitsuse põhimõte: integreeritud ja ühendav lähenemisviis, mille eesmärk on kestlikult tasakaalustada ja optimeerida inimeste, loomade ja ökosüsteemide tervist.

Tulem: projektist tulenev kohene või pikaajaline, kavandatud või kavandamata muutus, näiteks parema väljaõppega tööjõust tulenev kasu.

Tulemus: projekti või programmi vahetu mõju kohe pärast selle lõpuleviimist, näiteks kursusel osalejate paranenud tööalane konkurentsivõime või parem juurdepääsetavus pärast uue tee valmimist.

Väljund: projektiga loodu või saavutatu, näiteks koolituskursuse korraldamine või tee ehitamine.

Väljundnäitaja: mõõdetav muutuja, mis annab teavet projekti toodete või saavutuste hindamiseks.

Komisjoni vastused

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

Ajatelg

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

Auditirühm

Kontrollikoja eriaruannetes esitatakse auditite tulemused, mis hõlmavad ELi poliitikat ja programme ning konkreetsete eelarvevaldkondade haldamisega seotud teemasid. Audititülesannete valimisel ja kavandamisel püüab kontrollikoda maksimeerida nende mõju, võttes arvesse tulemuslikkuse ja vastavuse riske, konkreetse valdkonna tulude ja kulude suurust, tulevasi arengusuundi ning poliitilist ja avalikku huvi.

Kõnealuse tulemusauditi viis läbi välistegevuse / julgeoleku- ja õigusteemadega tegelev III auditikoda, mille eesistuja on kontrollikoja liige Bettina Jakobsen. Auditit juhtisid algselt kontrollikoja liikmed Baudilio Tomé Muguruza ja Hannu Takkula.

Auditi viis lõpule kontrollikoja liige George-Marius Hyzler, keda toetas valdkonnajuht Pietro Puricella, auditijuht Piotr Zych ning audiitorid Alfonso Calles Sánchez ja Piotr Senator. Graafilisi materjale aitas koostada Alexandra Damir-Binzaru.



George-Marius Hyzler



Pietro Puricella



Piotr Zych



Alfonso Calles Sánchez



Piotr Senator

AUTORIÕIGUS

© Euroopa Liit, 2024

Euroopa Kontrollikoja taaskasutamispoliitika on kehtestatud [Euroopa Kontrollikoja otsusega nr 6-2019](#) avatud andmete poliitika ja dokumentide taaskasutamise kohta.

Kui ei ole märgitud teisiti (nt eraldiseisvates autoriõiguse märgetes), on ELile kuuluv kontrollikoja sisu litsentsitud vastavalt [litsentsile Creative Commons Attribution 4.0 International \(CC BY 4.0\)](#). Reeglina on taaskasutamine lubatud, kui autoriõigustele on viidatud ja muudatused on ära märgitud. Kontrollikoja sisu taaskasutajad ei tohi moonutada selle algset tähendust ega sõnumit. Kontrollikoda ei vastuta taaskasutamise tagajärgede eest.

Kui konkreetses sisus, näiteks kontrollikoja töötajatest tehtud fotodel, on kujutatud tuvastatavaid isikuid, või kui see sisaldab kolmandate isikute teoseid, tuleb teil taotlema täiendavat luba.

Kui luba on saadud, tühistab ja asendab see eespool nimetatud üldise loa ja osutab selgelt mis tahes kasutuspiirangutele.

On võimalik, et ELile mittekuuluva sisu kasutamiseks või taasesitamiseks tuleb küsida luba otse autoriõiguse omajatelt.

Joonis 1 – kestliku arengu eesmärkide ikoonid: Copyright © ÜRO. Kõik õigused kaitstud. ÜRO ei ole heaks kiitnud käesoleva väljaande sisu ning see ei väljenda ÜRO või selle ametnike seisukohti. Muude kui ÜRO ametlike keelte ikoonid on alla laaditud [Trellost](#) või loodud Euroopa Kontrollikoja poolt. ÜRO ei võta mingit vastutust ega kohustusi, mis tulenevad ühtse digivärava ikoonide teksti tõlkimisest muudesse kui ÜRO ametlikesse keeltesse.

Kontrollikoja taaskasutamispoliitika ei hõlma tööstusomandi õigustega hõlmatud tarkvara või dokumente, nagu patendid, kaubamärgid, registreeritud disainilahendused, logod ja nimed.

Domeeni europa.eu alla koondatud Euroopa Liidu institutsioonide veebisaitidel leidub linke, mis viivad muudele veebisaitidele. Kontrollikoda ei vastuta nende sisu eest ja soovib teil seetõttu tutvuda nende veebisaitide isikuandmete ja autoriõiguse kaitse põhimõtetega.

Kontrollikoja logo kasutamine

Kontrollikoja logo ei tohi kasutada ilma kontrollikoja eelneva nõusolekuta.

HTML	ISBN 978-92-849-2811-8	ISSN 1977-5652	doi:10.2865/006441	QJ-AB-24-017-ET-Q
PDF	ISBN 978-92-849-2840-8	ISSN 1977-5652	doi:10.2865/035268	QJ-AB-24-017-ET-N

Auditeerisime ELi rahalist toetust partnerriikide tervishoiusüsteemidele kolmel programmitöö perioodil. Tutvusime dokumentidega ja kontrollisime projekte Burundis, Kongo Demokraatlikus Vabariigis ja Zimbabwes. Järeldame, et komisjon eraldas rahalisi vahendeid vastavalt oma üldistele prioriteetidele. Eraldamise metoodikas esines siiski puudusi. Projektide tõhusust vähendasid koordineerimise, kestlikkuse ja seirega seotud probleemid. Projektide kulusid suurendas nende astmeline rakendamine. Lisaks oli ELi rahastamise nähtavus sihtrühmade seas piiratud. Esitame soovitusi raha jaotamise ja rahastamise kriteeriumide, koordineerimise, halduskulude mõistlikkuse, koostoime, järelevalve, kestlikkuse ja projektide raames tarnitavate seadmete hoolduse kohta.

Euroopa Kontrollikoja eriaruanne vastavalt ELTLi artikli 287 lõike 4 teisele lõigule.



EUROOPA
KONTROLLIKODA



Euroopa Liidu
Väljaannete Talitus

EUROOPA KONTROLLIKODA
12, rue Alcide De Gasperi
1615 Luxembourg
LUKSEMBURG

Tel +352 4398-1

Päringud: eca.europa.eu/et/contact

Veebisait: eca.europa.eu

Twitter: @EUAuditors