

Erityiskertomus

## EU:n taloudellinen tuki tarkastukseen valittujen kumppanimaiden terveydenhuoltojärjestelmille

Tukitoimet laajojen strategisten tavoitteiden mukaisia, mutta koordinointi- ja kestävyysongelmat vievät niiltä tehoa



EUROOPAN  
TILINTARKASTUS-  
TUOMIOISTUIN

# Sisällys

	Kohta
<b>Tiivistelmä</b>	I–VIII
<b>Johdanto</b>	01–18
<b>Terveyden parantamisen merkitys köyhyyden torjunnassa</b>	01–08
<b>EU:n vastaus kumppanimaiden terveysalan haasteisiin</b>	09–18
<b>Tarkastuksen laajuus ja tarkastustapa</b>	19–25
<b>Huomautukset</b>	26–73
<b>EU on vahvistanut terveydenhuollon tuen laajat prioriteetit, mutta varojen jakamisessa on puutteita</b>	26–39
Toimintapoliittisissa asiakirjoissa vahvistetaan rahoituksen jakamiselle laajat linjat, jotka ovat pysyneet muuttumattomina koko ohjelmakauden ajan	28–32
Komission kumppanimaiden terveystarpeiden mukaan laatimalla järjestyksellä ei ole ollut juurikaan vaikutusta kahdenvälisen rahoituksen kohdentamiseen	33–37
Rahoituksen jakamiseen temaattisesta pilarista käytettävä menetelmä ei ole virallinen eikä sitä ole dokumentoitu asianmukaisesti	38–39
<b>EU:n rahoitus on vaikuttanut terveydenhuoltojärjestelmien toimintaan, mutta koordinoitongelmat ovat haitanneet sen vaikuttavuutta</b>	40–66
EU tuki tarkastukseen valituissa maissa erilaisia terveydenhuollon toimia, jotka vastasivat maiden tarpeita	41–44
Alue-tason koordinoitimet ja jakelujärjestelmät ovat riittämättömiä	45–49
Täytäntöönpanon porrastettu rakenne vaikuttaa kustannuksiin	50–52
Eri rahoitusvirtojen koordinointi on monimutkaista	53–55
EU:n rahoittamien toimien näkyvyys kentällä on heikko erityisesti silloin, kun varoja yhdistetään muiden rahoittajien kanssa	56–59
Laaja-alaiset tulosindikaattorit ja tietopuutteet haittaavat EU:n terveydenhuollon tuen saavutusten mittaamista	60–66

**Hankkeiden kestävyys on vaarassa** 67–73

Edunsaajahallituksilla ei ole siirtymä- tai irtautumisstrategioita, ne eivät ole sitoutuneita ja niiden budjettivarat ovat rajalliset

68–70

Laitteita ei aina pidetä asianmukaisessa kunnossa

71–73

**Johtopäätökset ja suositukset** 74–83**Liitteet**

**Liite I – EU:n terveydenhuollon tukistrategioiden tavoitteet vuodesta 2005 lähtien**

**Liite II – Luettelo tarkastetuista ohjelmista ja hankkeista**

**Liite III – Kumppanimaat, joissa terveys on kansallisissa suuntaa-antavissa ohjelmissa / suuntaa-antavissa monivuotisissa ohjelmissa määritelty prioriteettiala**

**Liite IV – NDICI – Globaali Eurooppa -välineen aihekohtaisen pilarin määrärahat (tammikuu 2024)**

**Lyhenteet****Sanasto****Komission vastaukset****Tarkastuksen eteneminen****Tarkastustiimi**

## Tiivistelmä

I EU suuntaa kumppanimaiden terveydenhuollolle tukea, jolla edistetään EU:n kehitysyhteistyöpolitiikan päätavoitetta, joka on äärimmäisen köyhyyden vähentäminen ja lopulta sen poistaminen. Kansainvälisen terveysagendan ja erityisesti YK:n kestävän kehityksen tavoitteen 3 mukaisesti EU rahoittaa kumppanimaidensa terveydenhuoltojärjestelmiä kahdenvälisen ja alueellisten ohjelmien sekä maailmanlaajuisten terveysaloitteiden kautta. Tuki oli yli kolme miljardia euroa kummallakin edellisellä ohjelmakaudella (2007–2013 ja 2014–2020) ja yli kaksi miljardia euroa kuluvalle kaudella (2021–2027) vuoden 2024 alussa.

II Tilintarkastustuomioistuimen tavoitteena oli arvioida EU:n taloudellista tukea kumppanimaiden terveydenhuollolle näillä kolmella ohjelmakaudella. Tilintarkastustuomioistuin toteaa, että komissio jakoi rahoitusta laajojen painopisteidensä mukaisesti. Jakomenetelmässä ilmeni kuitenkin puutteita. Hankkeiden vaikuttavuutta haittasivat ongelmat koordinoinnissa ja kestävydessä, eikä seurannan avulla saatu kattavaa kuvaa komission toimista terveysalalla.

III Tilintarkastustuomioistuin havaitsi, että EU:n rahoitus terveydenhuollon tukemiseen pysyi melko muuttumattomana tarkastettujen ohjelmakausien aikana. Kahdenvälinen apu kumppanimaille on kuitenkin vähentynyt, kun taas maailmanlaajuisten terveysaloitteiden kautta maksettava tuki on lisääntynyt huomattavasti. Järjestyksellä, johon komissio oli kumppanimaat asettanut niiden terveydenhuoltojärjestelmien tarpeiden mukaan, ei ollut juurikaan vaikutusta kahdenväliseen rahoitukseen. Tämä johtui pääasiassa siitä, että omistajuuden periaatteen mukaan ohjelmasuunnittelun on perustuttava kumppanimaiden hallitusten kanssa sovittuihin poliittisiin valintoihin. Tuen kohdentaminen yksittäisiin maailmanlaajuisiin terveysaloitteisiin ei perustunut nimenomaisiin mitattavissa oleviin kriteereihin, eikä prosessia ole dokumentoitu riittävästi.

IV Tilintarkastustuomioistuin tutki otokseen valituissa kumppanimaissa (Burundi, Kongon demokraattinen tasavalta ja Zimbabwe) toteutettavista hankkeista poimittua otosta. Niissä keskityttiin muun muassa maksuttoman terveydenhuollon tarjoamiseen, terveydenhuollon ammattilaisten koulutuksen järjestämiseen, lääkkeiden ja laitteiden toimittamiseen sekä terveyskeskusten jälleenrakentamiseen. Tilintarkastustuomioistuin havaitsi, että EU tuki erilaisia terveystoimia, jotka vastasivat maiden tarpeita. Aluetason koordinointi ei kuitenkaan ollut riittävää, mikä johti puutteisiin laitteiden ja lääkkeiden jakelussa. Terveysalan toimien kustannuksiin vaikutti myös täytöntöönpanon porrastettu rakenne. Se lisäsi hankkeiden toteutuksen

kustannuksia. Lisäksi EU:n rahoituksen näkyvyys kohdeväestön keskuudessa oli vähäistä.

**V** Komission terveydenhuoltomenoihinsa kohdistama seuranta on perustunut muutamiin korkean tason indikaattoreihin, jotka antavat vain osittaisen kuvan EU:n terveystoimista ja jotka on laskettu siten, että tuloksia ei voida yhdistää yksinomaan EU:n rahoitukseen. Kahdenvälisen avun osalta tietoja tuloksista ei jaeta tyydyttävästi maiden EU-edustustoille, ja hankkeiden toteuttajien raportointia varten keräämiä tietoja ei aina asetettu saataville tai ne osoittautuivat epäluotettaviksi.

**VI** Komissio on mukana maailmanlaajuisten terveysaloitteiden hallintoelimissä varmistaakseen aloitteiden yhteensovittamisen parantamisen ja lopettaakseen niiden hajanaisuuden. Näiden tavoitteiden saavuttamiseksi ja maailmanlaajuisiin terveyshaasteisiin sovellettavan kansainvälisen lähestymistavan järjeistämiseksi tarvitaan kuitenkin lisätoimia.

**VII** Terveysohjelmien kestävyys on vaarassa, koska käytössä ei ole selkeitä siirtymä- ja irtautumisstrategioita eikä annettuja laitteita pidetä kunnossa asianmukaisesti.

**VIII** Edellä esitettyjen johtopäätösten perusteella tilintarkastustuomioistuin suosittaa, että komissio

- sovittaa aiempaa paremmin yhteen maiden tarpeet ja terveydenhuollon rahoituksen jakamisen
- vahvistaa selkeät kriteerit maailmanlaajuisten terveysaloitteiden rahoittamiselle ja parantaa jakoprosessin dokumentointia
- parantaa tarpeiden analysointia sekä laitteiden ja lääkkeiden jakelun koordinointia
- analysoi hallintokustannusten kohtuullisuutta
- välttää päällekkäisyyksiä ja varmistaa synergiat tuettujen maailmanlaajuisten terveysaloitteiden välillä
- yksilöi indikaattoreita, joilla seurataan kattavasti EU:n terveysalalle antamaa tukea
- ryhtyy toimiin terveydenhuoltojärjestelmien kestävyden edistämiseksi
- korostaa hankkeissa toimitettujen laitteiden kunnossapidon merkitystä.

# Johdanto

## Terveyden parantamisen merkitys köyhyyden torjunnassa

**01** EU:n tuella kumppanimaiden terveydenhuollolle edistetään EU:n kehitysyhteistyöpolitiikan päätavoitetta, joka on äärimmäisen köyhyyden vähentäminen ja lopulta sen poistaminen<sup>1</sup>. Köyhyys voi olla sekä riittämättömän terveydenhuollon syy että sen seuraus. Kun maan talous paranee, sen kansalaisten terveys yleensä paranee. Sama pätee toisin päin – kansalaisten terveyden paraneminen voi saada suoraan aikaan talouskasvua<sup>2</sup>.

**02** Maailman terveysjärjestön (WHO) määritelmän mukaan terveys merkitsee täydellisen ruumiillisen, henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaa eikä ainoastaan taudin tai vamman puuttumista<sup>3</sup>. WHO:n mukaan paras mahdollinen terveystaso on yksi jokaisen ihmisen perusoikeuksista. Sen mukaan terveyden edistämisen ja tautien, erityisesti tartuntatautien, valvonnan epätasa-arvoinen kehitys on yhteinen uhka. Puolet maailman väestöstä ei saa tarvitsemiaan terveyspalveluja<sup>4</sup>, ja noin 100 miljoonaa ihmistä joutuu vuosittain äärimmäiseen köyhyyteen liiallisten terveystalustusten vuoksi<sup>5</sup>.

**03** YK sopi vuonna 2000 kahdeksasta vuosituhaten kehitystavoitteesta, jotka oli määrä saavuttaa vuoteen 2015 mennessä<sup>6</sup>. Kolme tavoitteista liittyi suoraan terveyteen: lapsikuolleisuuden vähentäminen (tavoite 4), odottavien äitien terveyden parantaminen (tavoite 5) sekä HI-viruksen/aidsin, malarian ja muiden sairauksien torjuminen (tavoite 6).

---

<sup>1</sup> Sopimus Euroopan unionin toiminnasta, 208 artiklan 1 kohta.

<sup>2</sup> [Growing importance of health in the economy](#), Collins, Francis S., Outlook on the Global Agenda 2015, Maailman talousfoorumi, 2015.

<sup>3</sup> [Maailman terveysjärjestön perussääntö](#).

<sup>4</sup> [Monitoring universal health coverage](#), Health and demography, Maailman terveysjärjestö.

<sup>5</sup> [Health and demography](#), Euroopan komissio – kansainvälisten kumppanuuksien pääosasto.

<sup>6</sup> 2000-2015, [Millennium Development Goals](#), Dag Hammarskjöld Library, YK.

**04** Tämän jälkeen kansainvälinen yhteisö asetti vuonna 2015 YK:n kestävän kehityksen Agenda 2030 -toimintaohjelmassa<sup>7</sup> 17 kestävän kehityksen tavoitetta, jotka on määrä saavuttaa vuoteen 2030 mennessä. Kestävän kehityksen tavoite 3 liittyy terveellisen elämän ja hyvinvoinnin takaamiseen kaikenikäisille. Siinä on yhdeksän alatavoitetta, jotka kaikki liittyvät suurten terveyshaasteiden vähentämiseen vuoteen 2030 mennessä (ks. *kaavio 1*).

### Kaavio 1 – Kestävän kehityksen tavoitteen 3 terveyttä ja hyvinvointia koskevat alatavoitteet

 <b>3 TERVEYTTÄ JA HYVINVOINTIA</b>	<b>Tavoitteet</b>	<b>Täytäntöönpanokeinot</b>
	3.1 Äitiyskuolleisuus 3.2 Vastasyntyneiden kuolleisuus ja lapsikuolleisuus 3.3 Tartuntataudit 3.4 Tarttumattomat taudit 3.5 Päihteiden väärinkäyttö 3.6 Tieliikenneonnettomuudet 3.7 Seksuuali- ja lisääntymisterveys 3.8 Yleinen sairausvakuutusurva 3.9 Ympäristöterveys	3.a Tupakoinnin torjunta 3.b Lääkkeet ja rokotteet 3.c Terveydenhuollon rahoitus ja työvoima 3.d Häätätilanteisiin varautuminen

Lähde: Euroopan tilintarkastustuomioistuin WHO:n tietojen perusteella.

**05** WHO:n vuoden 2023 kestävän kehityksen tavoitteita koskevassa erityisraportissa suhtauduttiin myönteisesti edistysaskeliin, joita on viime vuosina saatu aikaan terveyden parantamisessa koko maailmassa. Raportissa kuitenkin korostettiin, että muun muassa äitiyskuolleisuuden ja yleisen sairausvakuutusurvan laajentamisen kaltaisilla aloilla ei ole edistytty riittävästi. Koronapandemia hidasti etenemistä kestävän kehityksen tavoitteen 3 saavuttamisessa (ks. *laatikko 1*). WHO kehotti siksi puuttumaan pitkäaikaisiin terveydenhuollon puutteisiin investoimalla terveydenhuoltojärjestelmiin, jotta maita voidaan auttaa toipumaan ja kehittämään sietokykyä tulevia terveysuhkia vastaan.

<sup>7</sup> Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development, YK.

## Laatikko 1

### Koronapandemian vaikutukset terveydenhuollon tukeen

WHO:n vuoden 2023 kestävä kehityksen tavoitteita koskevassa erityisraportissa tuotiin esille, että yleinen sairausvakuutusurva on heikentynyt kehitysmaissa ja että keskeisten terveyspalvelujen (esimerkiksi rokotuskampanjoiden) tarjoaminen on häiriintynyt koronapandemian vuoksi. Raportissa todettiin, että pandemia hidasti etenemistä kestävä kehityksen tavoitteen 3 saavuttamisessa.

Lisäksi todettiin, että vuonna 2021 koronapandemian torjunta vei suurimman osan perusterveydenhuollon julkisesta kehitysavusta koko maailmassa (9,6 miljardia dollaria, josta 6,3 miljardia dollaria käytettiin rokotteiden lahjoittamiseen).

Komissio myönsi vuonna 2020 koronapandemian vaikutuksia torjuviin EU:n toimiin yli 440 miljoonaa euroa. Ohjelmakaudelle 2021–2027 on tähän mennessä myönnetty yli 1,27 miljardia euroa.

**06** Huoli yleisen sairausvakuutusurvan takeltelevasta edistymisestä kasvaa maailmanlaajuisesti<sup>8</sup>, mutta taloudellisista, inhimillisistä ja aineellisista resursseista on kloonista pulaa, kun kehitysmaiden väestö kasvaa tasaisesti. Afrikan unionin osalta saatavilla olevien viimeisimpien tietojen (2021) mukaan vain kaksi Afrikan maata – Etelä-Afrikka ja Kap Verde – on täyttänyt [Abujan julistuksessa](#) määritetyn tavoitteen osoittaa vuosittain vähintään 15 prosenttia kansallisista talousarvioista terveydenhuoltoalalle<sup>9</sup>. Kehitysmaille annettavan kansainvälisen avun tavoitteena on parantaa paikallisia terveydenhuoltojärjestelmiä ja vahvistaa terveydenhuoltopalveluja kestävästi, jotta niillä pystytään täyttämään paikalliset tarpeet ja jotta ne ovat kaikkien, erityisesti köyhyydessä elävien, saatavilla.

**07** WHO:n määritelmän mukaan terveydenhuoltojärjestelmä tarkoittaa kaikkia organisaatioita, ihmisiä ja toimia, joiden päätarkoituksena on edistää terveyttä, palauttaa terveys ennalleen tai ylläpitää terveyttä<sup>10</sup>. Tällä tarkoitetaan rakenteita, joita tarvitaan tukemaan terveyden ja terveyden tasa-arvon parantamista koskevia tavoitteita ja joilla samalla poistetaan terveydenhuollon taloudellisia esteitä. WHO on määrittänyt kuusi terveydenhuoltojärjestelmän muodostavaa osatekijää: palvelun tarjoaminen, terveydenhuoltohenkilöstö, tiedottaminen, lääkinnälliset tuotteet,

<sup>8</sup> [Universal health coverage - Key facts](#), WHO, 2023.

<sup>9</sup> [Africa Scorecard on Domestic Financing for Health](#), Afrikan unioni.

<sup>10</sup> [Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes](#), WHO, 2007.



rokotteet ja teknologiat, rahoitus sekä johtajuus ja hallinto. WHO korostaa terveydenhuoltojärjestelmien vahvistamisen käsitettä. Se tarkoittaa, että näitä osatekijöitä parannetaan ja niiden vuorovaikutuksia hallitaan niin, että saadaan aikaan entistä oikeudenmukaisempia ja kestävämpiä parannuksia kaikissa terveystuloksissa ja terveystuloksissa. Terveydenhuoltojärjestelmien vahvistaminen on riippuvaista teknisestä tietämyksestä ja poliittisesta tahdosta<sup>11</sup>.

**08** Terveydenhuoltojärjestelmien vahvistamistoimissa on perinteisesti keskitytty suurelta osin niin sanottujen tuotantopanosrajoitusten vähentämiseen. Siinä terveydenhuoltojärjestelmiä tuetaan toimittamalla aineellisia resursseja, kuten hyttysverkkoja, ehkäisyvälineitä tai lääkkeitä. Yksinomaan näillä toimilla ei kuitenkaan pystytä saavuttamaan sellaisia kattavia tavoitteita kuten politiikan, lainsäädännön, organisaatorakenteiden tai toteutusjärjestelmien parantaminen, jotta resurssien käyttöä voitaisiin tehostaa<sup>12</sup>.

## EU:n vastaus kumppanimaiden terveysalan haasteisiin

**09** EU:n tuki kumppanimaiden terveydenhuollolle perustuu [Euroopan unionin toiminnasta tehdyn sopimuksen](#) 168 artiklan 3 kohtaan, jossa todetaan, että ”[u]nioni ja jäsenvaltiot edistävät yhteistyötä kolmansien maiden sekä kansanterveyden alalla toimivaltaisten kansainvälisten järjestöjen kanssa”.

**10** EU:n nykyinen terveydenhuollon tukipolitiikka ja tavoitteet on laadittu useiden politiikka-asiakirjojen avulla viime talousarviosyöklän aikana. Asiaankuuluvat maailmanlaajuiset<sup>13</sup> ja EU:n politiikat ja strategiat esitetään [kaaviossa 2](#) ja [liitteessä I](#).

---

<sup>11</sup> [Health systems strengthening](#), Unlimit Health.

<sup>12</sup> [Why differentiating between health system support and health systems strengthening is needed](#), Chee, G. et al., *The International journal of health planning and management*, 28(1), 85-9, 2013.

<sup>13</sup> [Vuosituhannen kehitystavoitteet, Pariisin julistus, Busanin julistus ja kestävän kehityksen Agenda 2030](#).

## Kaavio 2 – Aikajana: maailmanlaajuiset ja EU:n terveydenhuollon tukipolitiikat ja -strategiat

### Globaali kehityspolitiikka

### EU:n kehitysyhteistyöpolitiikka

### EU:n terveystalitiikka



*Lähde:* Euroopan tilintarkastustuomioistuin kansainvälisten kumppanuuksien pääosaston toimittamien tietojen perusteella.

**11** Euroopan parlamentti, neuvosto ja komissio hyväksyivät vuonna 2005 kehityspolitiikkaa koskevan eurooppalaisen konsensuksen, jossa vahvistettiin EU:n sitoutuminen kansainvälisesti sovittujen kehitystavoitteiden (eli vuosituhattavoitteiden) saavuttamiseen. Tätä politiikkaa alettiin soveltaa kestävän kehityksen tavoitteisiin vuonna 2017.

**12** Komissio antoi vuonna 2010 tiedonannon EU:sta ja globaalista terveydestä<sup>14</sup>. Se on EU:n terveydenhuollon tukipolitiikkaa koskeva selonteko, jota on hyödynnetty kahdessa peräkkäisessä monivuotisessa rahoituskehyksessä (2014–2020 ja 2021–2027). Asiaan liittyvissä neuvoston päätelmissä<sup>15</sup> kehoitettiin komissiota ja jäsenvaltioita tekemään yhteistyötä ja priorisoimaan terveydenhuoltojärjestelmien vahvistamisen tukemisen kumppanimaissa. Komissio hyväksyi marraskuussa 2022 uuden globaalista terveyttä koskevan strategian<sup>16</sup>, jossa se vahvisti sitoutumisensa kestävän kehityksen tavoitteisiin ja kehityspolitiikkaa koskevaan eurooppalaiseen konsensukseen.

<sup>14</sup> COM(2010) 128.

<sup>15</sup> Neuvoston päätelmät, 10.5.2010, EU role in Global Health.

<sup>16</sup> COM(2022) 675.

**13** Taulukosta 1 käy ilmi, kuinka paljon komission hallinnoimiin terveydenhuollon tukiohjelmiin on käytetty varoja kolmen viimeisimmän ohjelmakauden aikana. EU:n taloudellista tukea hallinnoi tällä alalla pääasiassa kansainvälisten kumppanuuksien pääosasto.

**Taulukko 1 – Terveydenhuoltoa koskevan EU:n tuen kehitys komission osastoissa (maksut miljoonina euroina)**

Tuesta vastaava Euroopan komission osasto	2007–2013	2014–2020	2021–2027 (tammikuu 2024)	% kokonaismäärästä vuodesta 2007 alkaen
Kansainvälisten kumppanuuksien pääosasto (entinen kansainvälisen yhteistyön ja kehitysasioiden pääosasto)	2 887	2 812	2 244	86,5 %
NEAR-pääosasto (lukuun ottamatta IPA-välineitä)	400	429	193	11,2 %
Muut (ulkopolitiikan välineiden hallinto, ECHO-pääosasto, SANTE-pääosasto ja REFORM-pääosasto)	55	153	7	2,3 %
<b>YHTEENSÄ</b>	<b>3 342</b>	<b>3 394</b>	<b>2 444</b>	<b>100 prosenttia</b>

Lähde: Euroopan tilintarkastustuomioistuin INTPA-pääosaston OPSYS-järjestelmästä tammikuussa 2024 poimimien tietojen perusteella.

**14** Terveydenhuollon tukeen myönnettävä EU:n rahoitus koostuu maantieteellisestä pilarista (toimet toteutetaan maakohtaisissa ja alueellisissa ohjelmissa) ja temaattisesta pilarista (toimet, joilla puututaan maailmanlaajuisiin ongelmiin). Maantieteelliset ja temaattiset pilarit edellyttävät suuntaa-antavien monivuotisten maaohjelmien laatimista. Ohjelmissa asetetaan seitsemäksi vuodeksi prioriteetit ja tavoitteet, joiden tarkoituksena on vastata havaittuihin haasteisiin.

**15** Euroopan kehitysrahaston, kehitysyhteistyön välineen ja naapuruus-, kehitys- ja kansainvälisen yhteistyön välineen<sup>17</sup> (NDICI – Globaali Eurooppa) perustamisesta annettuun lainsäädäntöön sisältyi niin sanottu maantieteellinen pilari, jonka määrärahoja voidaan käyttää EU:n kahdensivälisen terveydenhuollon tuen antamiseksi tietyille kumppanimaille ja alueille. Maantieteellisestä pilarista rahoitetaan

<sup>17</sup> Asetus (EU) 2021/947.

ensisijaisesti kumppanimaiden terveydenhuoltojärjestelmiä vahvistavien ohjelmien ja hankkeiden toteuttamista. EU:n edustustot toteuttavat näitä hankkeita lähinnä kansalaisjärjestöjen, EU:n jäsenvaltioiden täytäntöönpanovirastojen tai kansainvälisten järjestöjen, kuten YK:n virastojen, kautta.

**16** Komissio kohdentaa edellä mainituista välineistä terveydenhuollon rahoitusta myös temaattisen pilarin kautta, pääasiassa maailmanlaajuisiin terveysaloitteisiin. Maailmanlaajuisissa terveysaloitteissa yhdistetään eri puolilla maailmaa toimivien sidosryhmien toimia globaalien terveyshaasteiden ratkaisemiseksi. Maailmanlaajuisissa terveysaloitteissa otetaan käyttöön, hallinnoidaan ja jaetaan varoja terveysohjelmien täytäntöönpanon tukemiseksi matalan ja keskitulotason maissa. Komission tukemat kaksi suurinta aloitetta ovat aidsin, tuberkuloosin ja malarian torjunnan maailmanlaajuinen rahasto ([globaali terveysrahasto](#)) ja kansainvälinen rokoteallianssi [Gavi](#).

**17** NDICI – Globaali Eurooppa -välineen temaattinen pilari koostuu neljästä aihekohtaisesta ohjelmasta:

- o ihmisoikeudet ja demokratia
- o kansalaisjärjestöt
- o rauha, vakaus ja konfliktinesto
- o maailmanlaajuiset haasteet.

**18** NDICI – Globaali Eurooppa -välineessä ei täsmennetä, kuinka paljon varoja on varattu terveysalalle. [Maailmanlaajuisia haasteita](#) koskevassa suuntaa-antavassa monivuotisessa ohjelmassa ihmisiin liittyvän prioriteettialan 1 alustava talousarvio on 1 835 miljoonaa euroa (28,8 prosenttia NDICI-välineen temaattisen pilarin kokonaismäärästä eli 50 prosenttia maailmanlaajuisia haasteita koskevasta suuntaa-antavasta monivuotisesta ohjelmasta), ja sen prioriteetteihin kuuluu muun muassa terveys.

## Tarkastuksen laajuus ja tarkastustapa

**19** Tilintarkastustuomioistuin arvioi EU:n kumppanimaiden terveydenhuoltojärjestelmille antamaa taloudellista tukea vastatakseen seuraaviin kysymyksiin:

- o Onko komissio asettanut selkeät tavoitteet terveydenhuollolle annettavalle taloudelliselle tuelle ja onko se valinnut tavoitteiden mukaisia toimia?
- o Onko terveydenhuoltojärjestelmien vahvistamista koskevalla EU:n taloudellisella tuella saavutettu odotetut tulokset?
- o Onko komissio ottanut kestävyuden huomioon toimiensa kaikissa vaiheissa?

**20** Tarkastuksessa keskityttiin kansainvälisten kumppanuuksien pääosaston taloudelliseen tukeen kumppanimaiden terveysalalle ohjelmakaudella 2014–2020. Tilintarkastustuomioistuin otti huomioon myös kauden 2007–2013 (kestävyyttä arvioitaessa) ja vuosien 2021–2027 NDICI-ohjelman käynnistymisen (tiedot poimittiin tammikuuhun 2024 asti). Tilintarkastustuomioistuin keskittyi maailmanlaajuisiin ja maakohtaisiin määrärahoihin.

**21** Tilintarkastustuomioistuimen työhön kuului analyysi komission (kansainvälisten kumppanuuksien pääosaston ja EU:n edustustojen) toimittamista asiakirjoista, jotka koskivat EU:n terveydenhuollon tukistrategioita, tavoitteiden ja indikaattoreiden määrittelyä sekä rahoituksen jakautumista kyseisillä ohjelmakausilla.

**22** Kansainvälisten kumppanuuksien pääosaston kanssa järjestettiin Brysselissä useita kokouksia. Lisäksi tarkastajat kävivät Genevessä globaalien terveysrahaston päätoimipaikassa saadakseen yksityiskohtaista tietoa sen toimien roolista ja laajuudesta kumppanimaissa.

**23** Lisäksi kolme maata – Burundi, Kongon demokraattinen tasavalta ja Zimbabwe – valittiin EU:n terveydenhuollon tukea kentällä koskevaan perusteelliseen analyysiin. Tilintarkastustuomioistuimen valintaperusteita olivat terveydenhuollolle annetun taloudellisen tuen olennaisuus, EU:n strategiset terveysalan prioriteetit, taloudellisen tuen kehitys ajan mittaan ja globaalien terveysrahaston tuen määrä. Tilintarkastustuomioistuin arvioi kunkin tarkastukseen valitun maan kansallista terveysstrategiaa ja ohjelma-asiakirjoja ja tutki otoksen, joka poimittiin 17 suurimmasta EU:n rahoittamasta kahdenvälisestä terveysohjelmasta ja -hankkeesta tarkastukseen valituissa maissa (ks. [liite II](#)).

**24** Burundiin ja Zimbabween tehdyillä käynneillä haastateltiin paikallisviranomaisia, EU:n edustustoja, muita rahoittajia, hankkeiden toteuttajia, kansalaisjärjestöjä ja lopullisia edunsaajia. Kongon demokraattisen tasavallan ohjelmien tarkastus tehtiin asiakirjatarkastuksena.

**25** Terveysalasta on komission mukaan tullut prioriteettiala, ja se on muuttunut toimintapolitiikasta EU:n strategiaksi. Tilintarkastustuomioistuin päätti tehdä tämän tarkastuksen, koska globaalilla terveydellä on huomattava rooli EU:n kehitysohjelmassa ja EU:n taloudellinen tuki on merkittävää. Tilintarkastustuomioistuin odottaa tämän kertomuksen parantavan tapaa, jolla EU:n terveydenhuollon tukea hallinnoidaan, sekä edistävän keskustelua EU:n tuen tulevasta jakamisesta tällä alalla.

## Huomautukset

### EU on vahvistanut terveydenhuollon tuen laajat prioriteetit, mutta varojen jakamisessa on puutteita

**26** Tilintarkastustuomioistuin analysoi EU:n terveydenhuollon tukistrategioiden prioriteetteja ja kansainvälisten kumppanuuksien pääosaston rahoitusta terveysohjelmille. Tilintarkastustuomioistuin arvioi, olivatko sekä kokonaisrahoitus että tarkastettavaksi valittujen tukitoimien otos edellä mainittujen strategisten tavoitteiden mukaisia.

**27** Vuoden 2005 kehityspolitiikkaa koskevassa eurooppalaisessa konsensuksessa edellytettiin, että komissio laatii arviointiperusteet, jotka koskevat yhteisön osallistumista maailmanlaajuisiin terveysaloitteisiin. Siksi tilintarkastustuomioistuin arvioi maailmanlaajuisille terveysaloitteille osoitettavan rahoituksen myöntämisprosessia.

### Toimintapoliittisissa asiakirjoissa vahvistetaan rahoituksen jakamiselle laajat linjat, jotka ovat pysyneet muuttumattomina koko ohjelmakauden ajan

**28** Komission vuonna 2010 antamassa tiedonannossa EU:sta ja globaalista terveydestä sekä vastaavissa neuvoston päätelmissä (päätelmä nro 5) todettiin, että EU:n ja sen jäsenvaltioiden on asetettava etusijalle tuki kumppanimaiden terveydenhuoltojärjestelmien vahvistamiselle. Tuen keskittämisen tarkoituksena oli varmistaa, että järjestelmien tärkeimmät osatekijät – hoitohenkilöstö, lääkkeiden saatavuus, infrastruktuuri, logistiikka ja hajautettu hallinto – ovat riittävän hyvin toimivia, jotta voidaan tarjota oikeudenmukaista ja tasokasta perusterveydenhoitoa kaikille, erityisesti hauraimissa maissa (ks. *liite I*). Tavoite oli määrä saavuttaa kahdenvälisissä yhteyksissä sekä osallistumalla kansainvälisiin aloitteisiin ja foorumeihin. Tiedonannossa esitetään myös, että EU:n olisi tuettava WHO:n johtajuuden vahvistamista, pyrittävä lisäämään tehokkuutta YK-järjestelmässä, varmistettava asiaankuuluvien EU:n politiikkojen johdonmukaisuus ja tuettava globaalialueellista terveyttä koskevaa tutkimusta, tiedonvaihtoa ja kollektiivista asiantuntemusta.

**29** EU:n vuoden 2022 globaalissa terveysstrategiassa keskitytään kolmeen toisiinsa liittyvään painopisteeseen (ks. *liite I*):

- o ihmisten terveyden ja hyvinvoinnin parantaminen kaikissa elämänvaiheissa
- o Terveydenhuoltojärjestelmien vahvistaminen ja yleisen sairausvakuutusturvan edistäminen
- o terveysuhkien, kuten pandemioiden, ehkäiseminen ja torjuminen **soveltamalla yhteinen terveys -lähestymistapaa**.

**30** Komission tärkeimmissä toimintapoliittisissa asiakirjoissa luotiin yleiset puitteet terveydenhuoltoalallesuunnattavalle taloudelliselle tuelle yksilöimättä mitään toiminnallisia tavoitteita. Komission terveydenhuollon tuki vastasi esitettyjä prioriteetteja. Sillä edistettiin vuosituhannen kehitystavoitteita 4, 5 ja 6 ja myöhemmin kestävä kehityksen tavoitetta 3. Tämä tapahtui pääasiassa kahdenvälisillä ohjelmilla ja maailmanlaajuisille terveysaloitteille, kuten globaalille terveysrahastolle, kansainväliselle rokoteallianssille tai YK:n väestörahasen hankintakumppanuudelle, myönnettyllä tuella. Taloudellinen tuki keskeiselle prioriteetille, terveydenhuoltojärjestelmien vahvistamiselle (ks. kohta **28**), joka perustuu maantieteelliseen pilariin (ks. kohta **15**), on kuitenkin vähentynyt ajan mittaan.

**31** Komissio satoi vuoteen 2020 asti varoja terveydenhuollon tukeen pääasiassa EKR:n ja kehitysyhteistyön rahoitusvälineen kautta. Vuodesta 2021 lähtien kehitysyhteistyötä on toteutettu NDICI – Globaali Eurooppa -välineen kautta.

**32** *Taulukossa 2* on tietoa kansainvälisten kumppanuuksien pääosaston antamasta rahoituksesta. Kokonaismäärät ovat pysyneet suhteellisen vakaina, mutta reaalisesti ne ovat vähentyneet.



## Taulukko 2 – INTPA-pääosaston terveydenhuoltotukimaksujen kehitys rahoitusvälineittäin (miljoonaa euroa)

EU:n rahoitusväline	2007–2013	2014–2020	2021–2027 (tammikuu 2024)
Naapuruus-, kehitys- ja kansainvälisen yhteistyön väline (NDICI – Globaali Eurooppa)			2 244
Euroopan kehitysrahasto (EKR)	1 256	1 850	
Kehitysyhteistyön rahoitusväline	1 566	943	
Muut	65	19	
Kaikki yhteensä	2 887	2 812	2 244

Lähde: Euroopan tilintarkastustuomioistuin INTPA-pääosaston tietojen perusteella.

### Komission kumppanimaiden terveystarpeiden mukaan laatimalla järjestyksellä ei ole ollut juurikaan vaikutusta kahdenvälisen rahoituksen kohdentamiseen

**33** Koska vuonna 2010 annetussa tiedonannossa EU:sta ja globaalista terveydestä keskityttiin priorisoimaan ja lisäämään tukea hauraille maille (ks. kohta [28](#)), kansainvälisten kumppanuuksien pääosasto laati eniten tukea tarvitsevista maista luettelon avuksi varojen jakamista koskevista päätöksissä. Vuonna 2020 laadittiin uusi luettelo.

**34** Komissio asetti vuonna 2010 kumppanimaat järjestykseen viiden indikaattorin perusteella. Ne olivat maiden tarve terveydenhuollon tuelle, julkishallinnon taloudelliset valmiudet, halukkuus käyttää terveydenhuollon tukea asianmukaisesti, saadun tuen määrä ja aiemmat terveystulokset. Vuoden 2020 luettelo on laadittu uudella menetelmällä, joka perustuu kolmeen kansainväliseen indeksiin: [inhimillisen kehityksen indeksiin](#), [inhimillisen pääoman indeksiin](#) ja [etenemiseen kestävän kehityksen tavoitteen 3 saavuttamisessa](#). Menetelmän muutoksen ja käytännön tilanteen kehittymisen vuoksi maiden järjestys kahdessa luettelossa on huomattavan erilainen (ks. [taulukko 3](#)).

**Taulukko 3 – Eniten apua tarvitsevien kumppanimaiden terveysasioiden priorisoinnin ja rahoituksen kehitys vuonna 2010**

INTPA-pääosaston määrittämä sija		Kumppanimaa	Sitoumukset 2007–2013 (milj. euroa)	Terveys prioriteettina kansallisessa suuntaa-antavassa ohjelmassa				
2010	2020			2007–2013	2014–2020	2021–2027		
1	26	Tansania	0,018	✗	0	✗	0	✗
2	32	Sambia	68	✓	2,3	✗	12,3	✓
3	13	Afganistan	198	✓	172,5	✓	65,3	✓
4	5	Mosambik	24	✓	0	✗	4	✗(*)
5	33	Keski-Afrikan tasavalta	0	✗	7,4	✓	34	✓
6	2	Sierra Leone	24,2	✓	0	✗	0	✗
7	3	Niger	0	✓	11,8	✓	1	✗
8	6	Liberia	63,5	✓	0	✗	0	✗
9	28	Sudan	0	✗	0	✗	26	✓
10	29	Zimbabwe	39	✓	132,6	✓	32,8	✓
11	14	Burundi	30,1	✓	120,4	✓	58,7	✓
12	4	Mali	0	✓	1,2	✗	0	✓
13	41	Senegal	0	✓	0	✗	22,3	✗(*)
14	9	Nigeria	85	✓	78,5	✓	52,2	✓
15	43	Ruanda	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	Tšad	10	✓	1,2	✗	0	✗
20	38	Komorit	0	✗	0	✗	0	✗

Purppuranväriset sarakkeet = maat, joissa terveys ei ole painopisteala kauden 2014–2020 kansallisissa suuntaa-antavissa ohjelmissa.

Keltaiset sarakkeet = maat, joissa terveys ei ole painopisteala kauden 2021–2027 suuntaa-antavissa monivuotisissa ohjelmissa.

(\*) Senegalin, Ruandan, Mosambikin ja Nigerin vuosien 2021–2027 suuntaa-antavissa monivuotisissa ohjelmissa terveyttä ei esitetä prioriteettina, mutta niille jaetaan varoja alueellisesta Saharan eteläpuolisen Afrikan suuntaa-antavasta monivuotisesta ohjelmasta.

Lähde: Euroopan tilintarkastustuomioistuin INTPA-pääosaston tietojen perusteella.

**35** Kumppanimaiden sijoitusten ja terveysalan kahdenvälisen määrärahojen välillä oli vain vähän vastaavuutta (ks. [taulukko 3](#)). Vuoden 2010 luettelon kärkimaa Tansania sai hyvin vähän tukea vuosina 2007–2013. Sierra Leone oli molemmissa luetteloissa korkealla sijalla, mutta se sai tukea vain vuosina 2007–2013. Myös Mosambik sai vain vähän tukea, vaikka oli sijoittunut molemmissa luetteloissa korkealle. Terveys ei ollut yhdessäkään kolmesta maasta EU:n rahoituksen prioriteetti. Terveysaloja tuettiin jossain määrin alueellisista määrärahoista. Toisaalta Zimbabwe ja Burundi saivat melko paljon tukea terveydenhuoltoon, vaikka niiden sijoitus kummassakaan prioriteettiluettelossa ei ollut kovin korkea. Vuosina 2014–2020 maista saivat eniten rahoitusta Kongon demokraattinen tasavalta, Afganistan, Zimbabwe, Etiopia ja Burundi. Nykyisellä ohjelmakaudella (2021–2027) viisi tärkeintä komission terveydenhuoltoalan rahoituksen saajaa ovat olleet Kongon demokraattinen tasavalta, Afganistan, Burundi, Nigeria ja Etiopia.

**36** Nämä erot johtuvat pääasiassa ”ohjelmasuunnittelun periaatteista”<sup>18</sup>, erityisesti [asetuksen \(EU\) 2021/947](#) 13 artiklan 1 kohdan a alakohdassa vahvistetusta omistajuuden periaatteesta, jonka mukaan ohjelmasuunnittelun on perustuttava kumppanihallitusten kanssa käytävään poliittiseen vuoropuheluun. Alakohtaisen tuen olisi näin ollen oltava riippuvaista kunkin kumppanimaan prioriteeteista. Muita syitä olivat maakohtaisiin suuntaa-antaviin ohjelmiin sisällytettävien prioriteettialojen määrän rajoitukset (enintään kolme prioriteettialaa monivuotisesta rahoituskehiksestä 2014–2020 alkaen). Terveystarpeiden huomioon ottamisen tielle voi tulla muita – pääasiassa taloudellisia – kiireellisiä tarpeita: esimerkiksi Tšadilla, joka oli vuoden 2020 luettelon kärjessä (ks. [taulukko 3](#)), on monivuotisia prioriteetteina hallinto, inhimillinen kehitys (muulla kuin terveysalalla) ja vihreän kehityksen ohjelma. Komission analyysistä saatiin näin ollen osviittaa neuvottelujen aloittamiseksi ohjelmasuunnittelusta, mutta se ei ollut ratkaiseva tekijä rahoituksen jakamisessa.

**37** Edellä mainituista syistä niiden maakohtaisten suuntaa-antavien monivuotisten ohjelmien, joissa terveys oli prioriteettiala, määrä väheni 48:sta 17:ään ohjelmakaudesta 2007–2013 ohjelmakauteen 2014–2020. NDICI – Globaali Eurooppa -välineen (2021–2027) yhteydessä terveys on prioriteettiala 27 maakohtaisessa suuntaa-antavassa monivuotisessa ohjelmassa yhteensä 86 ohjelmasta (eli terveys ei ollut samassa määrin prioriteettialana 59 ohjelmassa). Maat, jotka ovat asettaneet terveyden prioriteettialaksi kolmen viimeisimmän ohjelmakauden aikana, luetellaan [liitteessä III](#).

---

<sup>18</sup> Eryityiskertomus 14/2023.

## Rahoituksen jakamiseen temaattisesta pilarista käytettävä menetelmä ei ole virallinen eikä sitä ole dokumentoitu asianmukaisesti

**38** Maantieteellisten (maa- tai aluekohtaisten) määrärahojen lisäksi EU tukee terveyttä temaattisella rahoituksella (kohta [16](#)), jolla tuetaan maailmanlaajuisia terveysaloitteita. EU:n näitä aloitteita koskevat menot ovat kasvaneet huomattavasti kolmen tarkastuskohteen olleen monivuotisen rahoituskehityksen aikana (ks. [taulukko 4](#)). Koronapandemia lisäsi tätä suuntausta viime vuosina. Lisäksi EU on antanut kauden 2014–2020 monivuotisesta rahoituskehityksestä alkaen enemmän tukea maailmanlaajuisille terveysaloitteille kuin suoraa kahdenvälistä tukea kumppanimaille. Komission tukemat kaksi tärkeintä aloitetta ovat [globaali terveysrahasto](#) ja [rokoteallianssi Gavi](#) (ks. kohta [16](#) ja [liite IV](#)). Euroopan komissio on tukenut globaalia terveysrahastoa siitä lähtien, kun se vuonna 2002 perustettiin, ja vuonna 2000 perustettua rokoteallianssia vuodesta 2003 lähtien.

**Taulukko 4 – Komission maailmanlaajuisille terveysaloitteille suorittamien maksujen kehitys käyppinä hintoina ja miljoonina euroina**

Maailmanlaajuinen terveysaloite	2007–2013	2014–2020	2021–2027 (tammikuuhun 2024 asti)	Kaikki yhteensä (2007 – tammikuu 2024)
Maailmanlaajuinen terveystrahasto	585	853	1 017	2 455
Gavi	20	285	510	815
WHO:n yleistä sairausvakuutusturvaa	22	150	37	209
Pandemiarahasto			227	227
UNFPA:n tarvikkeumppanus	48	50	45	143
Maailmanlaajuinen rahoitusjärjestely (IBRD)		24		24
UNAIDS – YK:n yhteinen HIV:n ja aidsin vastainen ohjelma	2			2
<b>Maailmanlaajuiset terveysaloitteet yhteensä</b>	<b>677</b>	<b>1 362</b>	<b>1 836</b>	<b>3 875</b>
Kahdenvälinen tuki yhteensä (liitteessä III luetellut maat)	1 308	990	136	2 435
INTPA-pääosaston antama terveydenhuollon tuki yhteensä	2 887	2 812	2 244	7 944
% kaikista maailmanlaajuisista terveysaloitteista / koko INTPA-pääosaston antamasta terveydenhuollon tuesta	23,4 %	48,4 %	81,8 %	48,7 %
% kahdenvälisen tuen kokonaismäärästä / koko INTPA-pääosaston antamasta terveydenhuollon tuesta	45,3 %	35,2 %	6,1 %	30,7 %

*Lähde:* INTPA-pääosaston koontinäyttö ja CRIS/OPSYS-tietokannasta poimitut tiedot. Perustana terveysalaa koskevat DAC-koodit.

**39** NDICI – Globaali Eurooppa -asetuksessa tai vastaavassa temaattisessa suuntaa-antavassa monivuotisessa ohjelmassa ei yksilöidä EU:n rahoitusta kullekin maailmanlaajuiselle terveysaloitteelle. Komission mukaan maailmanlaajuiset terveysaloitteet valittiin rahoitettavaksi sen jälkeen, kun oli tarkasteltu arviointeja, rahoitusvajeita, määrärahojen saatavuutta, edistymistä kestäväen kehityksen tavoitteiden saavuttamisessa ja maailmanlaajuisista terveysaloitteista raportoituja kehitysindikaattoreita sekä arvioitu INTPA-pääosaston vaikutusta maailmanlaajuisen terveysaloitteiden hallintoelimiin ja strategiaan näkökohtiin. Tilintarkastustuomioistuin havaitsi kuitenkin, että prosessia ei ollut dokumentoitu riittävästi. Vaikka komissio käytti määrällisiä ja laadullisia tekijöitä, menetelmä ei perustunut virallisiin ennalta määriteltäviin nimenomaisiin ja määrällisesti ilmaistaviin kriteereihin.

### **EU:n rahoitus on vaikuttanut terveydenhuoltojärjestelmien toimintaan, mutta koordinoitongelmat ovat haitanneet sen vaikuttavuutta**

**40** Tilintarkastustuomioistuin tutki EU:n terveydenhuollon tukitoimien merkityksellisuyttä ja vaikuttavuutta kolmessa perusteelliseen analyysiin valitussa kumppanimaassa. Lisäksi tutkittiin rahoittajien, hankkeiden toteuttajien ja valtionhallinnon elinten välistä koordinoitua, toimien hallintakustannuksia, EU:n rahoituksen näkyvyyttä ja seurantajärjestelyjä. Tilintarkastustuomioistuin tutki, onko komissio yksilöinyt ja priorisoinut asiaankuuluvat toimet sen varmistamiseksi, että ne ovat kansallisen terveystalouden ja kansalaisyhteiskunnan odotusten sekä rahoituksen jakamiskriteerien mukaisia. Tilintarkastustuomioistuin arvioi, koordinoitua tukitoimia muiden rahoittajien kanssa ja edistetäänkö niillä strategian ja tavoitteiden täytäntöönpanoa. Lisäksi selvitettiin, voidaanko tukitoimien tulokset todentaa.

### **EU tuki tarkastukseen valituissa maissa erilaisia terveydenhuollon toimia, jotka vastasivat maiden tarpeita**

**41** Tilintarkastustuomioistuin havaitsi, että sen perusteelliseen analyysiin valitsemisessa kolmessa maassa oli eroja EU:n rahoittamien toimien tyypeissä. Burundissa EU:n tukea käytettiin kauden 2014–2020 aikana muun muassa ilmaiseen terveydenhuoltoon raskaana oleville naisille ja alle viisivuotiaille lapsille. Muissa hankkeissa, joiden tarkoituksena oli vahvistaa terveydenhuoltojärjestelmää aluetason kirurgisten valmiuksien, digitalisaation tai mielenterveyden aloilla, näihin toimiin on osoitettu vain pieni osa varoista. Bururin, Makamban ja Gitegan maakunnissa EU:n jakamasta lähes yhdeksästä miljoonasta eurosta 28 prosenttia osoitettiin toimintakustannuksiin ja henkilöresursseihin.

**42** Komissio on tukenut Zimbabwen terveydenhuoltojärjestelmää peräkkäisistä useiden rahoittajien rahastoista. Vuosina 2016–2022 käytössä olleen terveyden kehittämISRahaston varoista käytettiin yli kolmasosa olennaisten lääkkeiden ja ravintovalmisteiden hankintaan (ks. *kaavio 3*).

**43** Terveydenhuoltoalan tukeminen on ollut EU:n Kongon demokraattiselle tasavallalle antaman kahdenvälisen avun painopisteenä kolmella edellisellä ohjelmakaudella, joiden aikana maa on ollut EU:n terveysavun suurin edunsaaja. Kahdenvälisissä ohjelmissa ja hankkeissa, joita EU on toteuttanut Kongon demokraattisessa tasavallassa, on keskitytty seuraaviin:

- sairaaloiden ja terveyskeskusten jälleenrakentaminen
- virastojen perustaminen terveydenhuoltorakenteiden toiminta- ja hoitokustannusten hallinnointia varten
- laadukkaiden lääkkeiden tarjonnan parantaminen
- terveysviranomaisten vahvistaminen.

**44** Tilintarkastustuomioistuin katsoo, että nämä toimet olivat pitkälti olennaisia maiden tarpeiden kannalta.

### **Aluetason koordinoititimet ja jakelujärjestelmät ovat riittämättömiä**

**45** Tarkastukseen valituissa maissa pyrittiin parantamaan koordinoitintia ja vahvistamaan jakelujärjestelmiä. Tilintarkastustuomioistuin havaitsi analyysissaan, että kansallisissa koordinoititimoissa keskityttiin usein vain koko maata koskeviin strategioihin ja aluekohtaiseen määrärahojen jakamiseen. Koordinoitintia tarvitaan kuitenkin myös alueiden alemmilla tasoilla ja klinikoilla sen varmistamiseksi, että ne saavat tarvitsemansa. Tarkastajien käynnit maaseudun terveyskeskuksissa osoittivat, että on tärkeää parantaa tarpeiden analysoitintia ja lääkkeiden jakelua, sillä he havaitsivat, että hyllyt olivat useimmissa klinikka-apteeekeissa tyhjinä (ks. kohta **47**).

**46** Zimbabweassa arvioijat<sup>19</sup> ovat havainneet, ettei hankkeissa puututtu kokonaisvaltaisesti taustalla oleviin ongelmiin, minkä vuoksi toimet olivat päällekkäisiä. Tilintarkastustuomioistuin havaitsi sekä Burundissa että Zimbabweassa tapauksia, joissa rahoitus kohdistui liian vähän käytettyihin tarvikkeisiin (ks. *laatikko 2*).

## Laatikko 2

### Alikäytössä olevia laitteita Burundissa ja Zimbabweassa

Burundissa tarkastajat kävivät sairaalassa ja havaitsivat, että vaikka kaksi uutta EU:n rahoittamaa keskoskaappia oli käytössä, kolme muuta uutta keskoskaappia (jotka oli saatu eri rahoittajalta) ei ollut käytössä. Uusia EU:n rahoittamia keskoskaappeja ei olisi tarvittu, jos aiemmin muilta rahoittajilta saadut keskoskaapit olisivat olleet toiminnassa.

Zimbabwealaisessa piirisairaalassa havaittiin, että kaksi uutta erittäin alhaisen lämpötilan pakastinta sisältävää laatikkoa oli seissyt käytävällä yli puoli vuotta, koska sairaalassa ei ollut niille käyttöä. Edunsaaja ei pystynyt selvittämään näiden tuotteiden alkuperää, eikä laitteiden rahoituslähde ollut mahdollista määrittää. Jos sairaalan tarpeita olisi analysoitu paremmin, lahjoittajayhteisön varat olisi voitu käyttää vaikuttavammalla tavalla.

**47** Terveystieteiden kehittämisrahaston hankkeessa Zimbabweassa suurin budjettikohta koskee lääkinnällisiä tuotteita ja rokotteita (ks. *kaavio 3*). Useita rahoittajia käsittävistä investoinneista huolimatta lääkkeiden saatavuus on ollut rajallista, kuten tarkastajat tarkastuskäynneillään saivat havaita (ks. *kuva 1*). He totesivat, että osaa peruslääkkeistä ei ollut ollut varastossa useisiin kuukausiin. Tarkastajat havaitsivat samalla myös tapauksia, joissa oli heitetty pois lääkkeitä, joissa oli vielä käyttöaikaa jäljellä.

**48** Burundissa PASS-hankkeen loppuarvioinnissa suositeltiin farmaseuttisten tuotteiden hallintaan liittyvien valmiuksien vahvistamista. Terveysministeriön vuoden 2021 vuosikertomuksessa vahvistetaan, että lääkevarastojen ehtyminen tai lääkepula ovat suurimpia esteitä.

---

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



**49** Kongon demokraattisen tasavallan osalta vuosien 2014–2020 suurimman terveyshankkeen, PRO DS:n, väliarvioinnissa (julkaistu 17. tammikuuta 2022) todettiin, että kolme olennaisten lääkkeiden tarjontaan liittyvää tavoitetta saavutettiin vain osittain, koska Lääkkeiden hankintakeskusten keskusliiton ja terveydenhuollon järjestämisen ja hallinnan pääosaston uudelleenjärjestely oli ollut tehotonta.

**Kuva 1 – Jotkin lääkkeet olivat loppuneet kokonaan zimbabwelaisella klinikalla, jossa tarkastajat kävivät**



*Lähde:* Euroopan tilintarkastustuomioistuin.

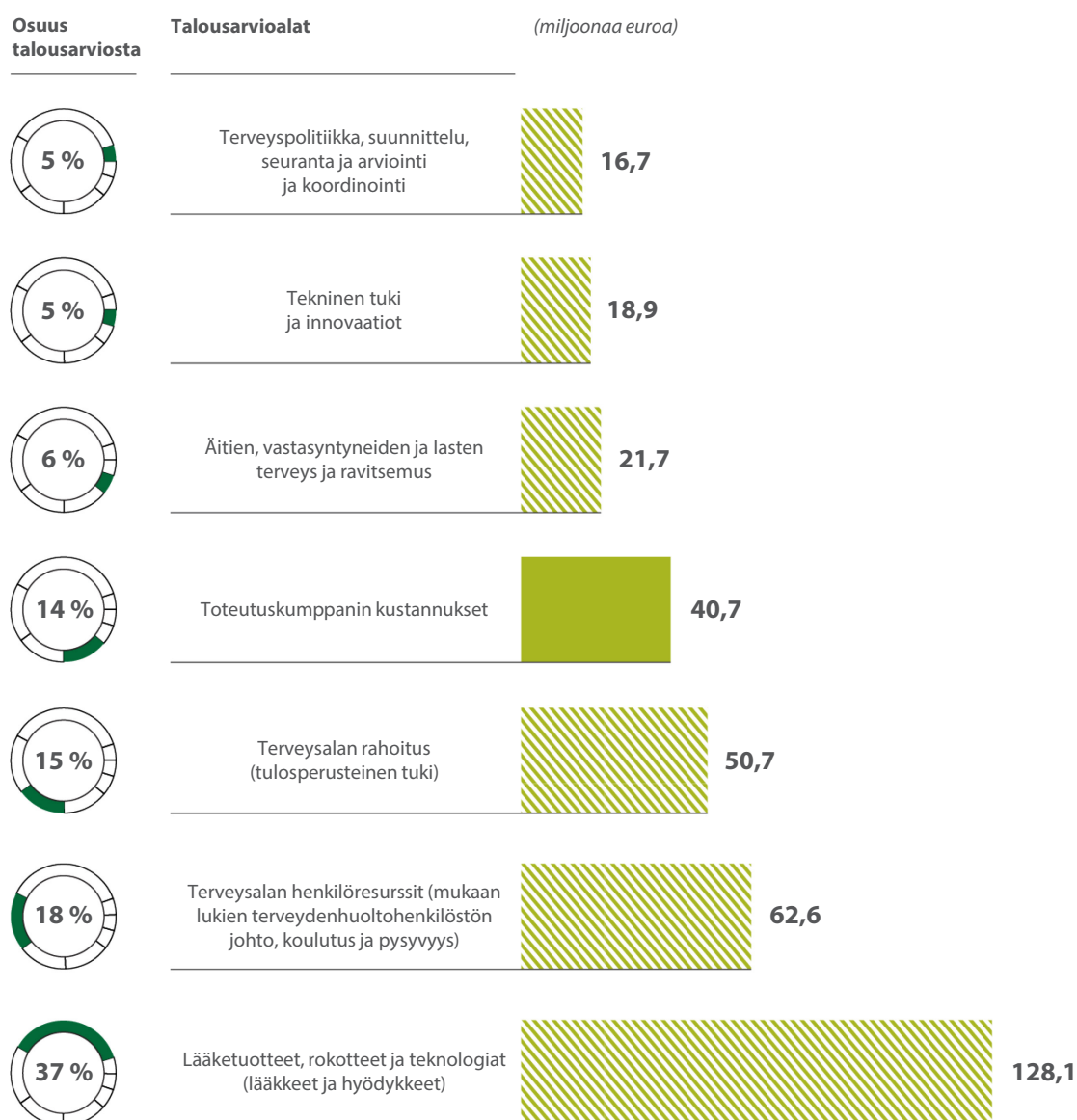
**Täytäntöönpanon porrastettu rakenne vaikuttaa kustannuksiin**

**50** Täytäntöönpanon porrastettu rakenne vaikuttaa terveysalan toimien kustannuksiin. Hankkeita johtavat usein täytäntöönpanokumppanit, jotka palkkaavat alihankkijoita. Kaikki nämä toimijat keräävät hallinnointipalkkioita, jotka vähentävät lopullisten edunsaajien käytettävissä olevien varojen määrää.

**51** Zimbabwessa komissio osallistui useiden rahoittajien rahastoihin. Vuosina 2016–2020 toteutetussa terveyden kehittämisrahaston hankkeessa oli kaksi toteutuskumppania. Toteutuskumppanit veloittivat seitsemän prosenttia talarusarviosta hallintokustannuksiin ja toiset seitsemän prosenttia päätoimipaikan

hallintokustannuksiin – yhteensä 14 prosenttia koko talousarviosta. Tämä tarkoitti, että hallintokustannusten kokonaismäärä oli suurempi kuin jotkin toimiin otsakkeittain osoitetut määrärahat. **Kaaviosta 3** käy ilmi, että toteutuskumppaneiden kustannukset olivat lähes kaksinkertaiset äitien, vastasyntyneiden ja lasten terveyteen ja ravitsemukseen osoitettuihin määriin verrattuna.

### Kaavio 3 – Terveyden kehittämisrahaston määrärahat (EU + muut rahoittajat) Zimbabwessa (2016–2022)



Lähde: Euroopan tilintarkastustuomioistuin.

**52** Tilintarkastustuomioistuin havaitsi, että EU:n Burundissa suoraan rahoittamat hankkeet, joiden yhteinen nimi on ”Twiteho Amagara”, sisälsivät yli 30 prosenttia toimintakustannuksia. Hankkeet toteutti viisi yhteenliittymää kaikissa 18:ssä Burundin maakunnassa. Yhteenliittymille myönnettiin yhteensä 45 miljoonaa euroa, josta lähes kolmannes (14 miljoonaa euroa) kattoi toimintakustannukset.

### Eri rahoitusvirtojen koordinointi on monimutkaista

**53** Komissio käyttää kahta erillistä rahoitusvirtaa – maantieteellistä rahoitusta ja maailmanlaajuisia aloitteita – samojen maantieteellisten alueiden tukemiseen. Maailmanlaajusten terveysaloitteiden soveltamisala on lisäksi viime vuosina laajentanut horisontaalisesti koskemaan myös terveydenhuoltojärjestelmien vahvistamista. Näin ollen on olemassa vaara, että komission ja maailmanlaajusten terveysaloitteiden toimet menevät päällekkäin ja että komission ja aloitteiden välisten toiminta-alojen sekä itse aloitteiden väliset synergiat eivät vahvistu.

**54** Globaali terveysrahasto edellyttää, että kussakin edunsaajamaassa on selkeä mekanismi rahoituksen saamista ja hyödyntämistä koskevien yhteisten toimien koordinoitua varten. Koska kaikkien sidosryhmien (erityisesti paikallisyhteisöjen) edustukseen kansallisissa koordinoitimekanismeissa liittyy ongelmia, tilanne vaatii usein erillisen maakohtaisen koordinoitimekanismin luomista.

Tilintarkastustuomioistuin havaitsi tämän mekanismin lisäävän kumppanimaan hallinnollista taakkaa. Burundin viranomaiset esimerkiksi kertoivat tarkastajille, että tämän monimutkaisuuden vuoksi ne haluaisivat yhdistää maakohtaisen koordinoitimekanismin terveysministeriön hallinnoimaan yleiseen koordinoitirakenteeseen eli terveys- ja kehityskumppanuuskehukseen.

**55** Komissio on mukana maailmanlaajusten terveysaloitteiden hallintoelimissä ja osallistuu [Lusakan vuoden 2023 toimintaohjelman](#) ohjaukseen ja täytäntöönpanoon. Toimintaohjelmaan sisältyy maailmanlaajusten terveysaloitteiden tulevaisuutta käsittelevä koordinoitifoorum. Lusakan toimintaohjelmassa yksilöitiin useita keskeisiä vaatimuksia, jotka ovat tarpeen, jotta voidaan parantaa maailmanlaajusten terveysaloitteiden vaikutusta ihmishenkien suojeluun ja ihmisten terveyden parantamiseen koko maailmassa. Niitä ovat muun muassa aiempaa vahvempi panostus perusterveydenhuoltoon, kotimaasta rahoitusta saavien terveydenhuoltopalvelujen edistäminen, yhteiset lähestymistavat terveyden tasa-arvon saavuttamiseksi, maailmanlaajusten terveysaloitteiden hallintomallien strateginen ja operatiivinen johdonmukaisuus sekä tutkimuksen ja kehityksen koordinointi alueella tapahtuvan valmistuksen kanssa. Ohjelman vaikuttava täytäntöönpano on olennaisen tärkeää,

jotta voidaan varmistaa rahoittajien, maailmanlaajuisten terveysaloitteiden ja kansallisten valtionhallintojen koordinoitu lähestymistapa terveyspalvelujen vahvistamiseen kumppanimaissa.

### **EU:n rahoittamien toimien näkyvyys kentällä on heikko erityisesti silloin, kun varoja yhdistetään muiden rahoittajien kanssa**

**56** EU:n toimien näkyvyys on olennaisen tärkeää EU:n aseman vahvistamiseksi maailmassa. Komissio on laatinut useita ohjeita, joissa keskitytään erityisesti ulkoisiin toimiin<sup>20</sup>. EU:n rahoituksen saajilla on veloitteita, joiden tarkoituksena on varmistaa EU:n näkyvyys. Säännöt koskevat myös merkkien rinnakkaiskäyttöä eli sitä, että EU:n tunnus on useimmiten esitettävä vähintään yhtä näkyvästi kuin muut tunnukset.

**57** Tarkastuskäynneillä kävi ilmi, että EU:n rahoittamien toimien näkyvyys on riittämätön. Yleisin ongelma on se, että edunsaajat ovat tietoisia hankkeesta tai toteuttajista, mutta eivät tiedä, että rahoitus on peräisin EU:lta.

**58** Hankkeiden toteuttajat ovat yleensä paljon näkyvämpiä kuin rahoittajat, ja edunsaajat pitävät niitä yleensä hankkeiden rahoittajina. Esimerkiksi Burundissa tarkastajat havaitsivat tapauksia, joissa EU:n lippu esitettiin ilman tekstiä, jossa kerrotaan, että kyse on Euroopan unionista (ks. [kuva 2](#)), mikä on vastoin ohjeita (ks. kohta [56](#)). Tämä on ongelmallista, koska paikalliset ihmiset eivät aina yhdistä lippua EU:hun. Joissakin tapauksissa esitettiin vain toteuttajan tunnus.

---

<sup>20</sup> [Communicating and raising EU visibility: Guidance for external actions](#), Euroopan komissio.

## Kuva 2 – EU:n lipun tunnus ilman tekstiä, jossa kerrotaan, että kyse on Euroopan unionista



Lähde: Euroopan tilintarkastustuomioistuin.

**59** Kun kyse on usean rahoittajan rahastoista, edunsaajat eivät yleensä tiedä kaikkien rahoittajien henkilöllisyyttä, vaan he tuntevat vain rahaston nimen. Vaikka EU:n tuesta on ilmoitettava vähintään yhtä näkyvästi kuin muiden rahoittajien tuesta, lopulliset edunsaajat tunnistavat vain täytäntöönpanokumppanin. Tämä on haitallista tavoitteelle lisätä tietoisuutta unionin ulkopoliitikasta ja maailmanlaajuisista toimista.

### Laaja-alaiset tulosindikaattorit ja tietopuutteet haittaavat EU:n terveydenhuollon tuen saavutusten mittaamista

**60** Komission käyttämä EU:n tuloskehys sisältää muutamia terveysindikaattoreita, joilla mitataan tulosten saavuttamista suhteessa strategiaan tavoitteisiin (viisi indikaattoria vuoteen 2017 asti ja kaksi vuodesta 2017 alkaen). Nämä indikaattorit (ks. [taulukko 5](#)) on tarkoitettu mittaamaan tiettyä EU:n tukea. Käytännössä ne kuitenkin osoittavat koko rahoittajayhteisön antaman avun tulokset, joten niistä saadaan vain osittainen kuva EU:n toimista terveysalalla.

**Taulukko 5 – Terveysindikaattorien kehitys EU:n tuloskehityksessä**

2015–2017	vuodesta 2018 alkaen
EU:n tuella rokotettujen 1-vuotiaiden määrä	EU:n tuella rokotettujen 1-vuotiaiden määrä
EU:n tuella raskaudenehkäisy menetelmiä käyttävien naisten määrä	EU:n tuella moderneja raskaudenehkäisy menetelmiä käyttävien lisääntymisikäisten naisten määrä
Niiden synnytysten määrä, joihin osallistuu EU:n tuella koulutettuja terveydenhuoltohenkilöitä	-
EU:n tuella antiretroviraalihoitoa saavien pitkälle edenneestä HIV-tartunnasta kärsivien ihmisten määrä	-
EU:n tuella jaettujen hyönteismyrkkäkäsitteltyjen vuodeverkkojen määrä	-

*Lähde:* EU:n kansainvälisen yhteistyön ja kehitysasioiden tuloskehitys (EURF) vuodelta 2015, tarkistettu EURF vuodelta 2018, ja Globaali Eurooppa -välineen suorituskyvyn seurantarjestelmä, joka sisältää tarkistetun Globaali Eurooppa -välineen tuloskehityksen vuodelta 2022.

**61** Myöskään maailmanlaajuisissa terveysaloitteissa käytettävillä tulosindikaattoreilla ei useinkaan kuvata pelkästään hankkeiden toimia, vaan ne perustuvat kaikkien rahoittajien ja edunsaajamaiden valtionhallintojen yhteiseen toimintaan (esimerkiksi kuolleisuutta koskeva globaalin terveysrahaston keskeinen tulosindikaattori).

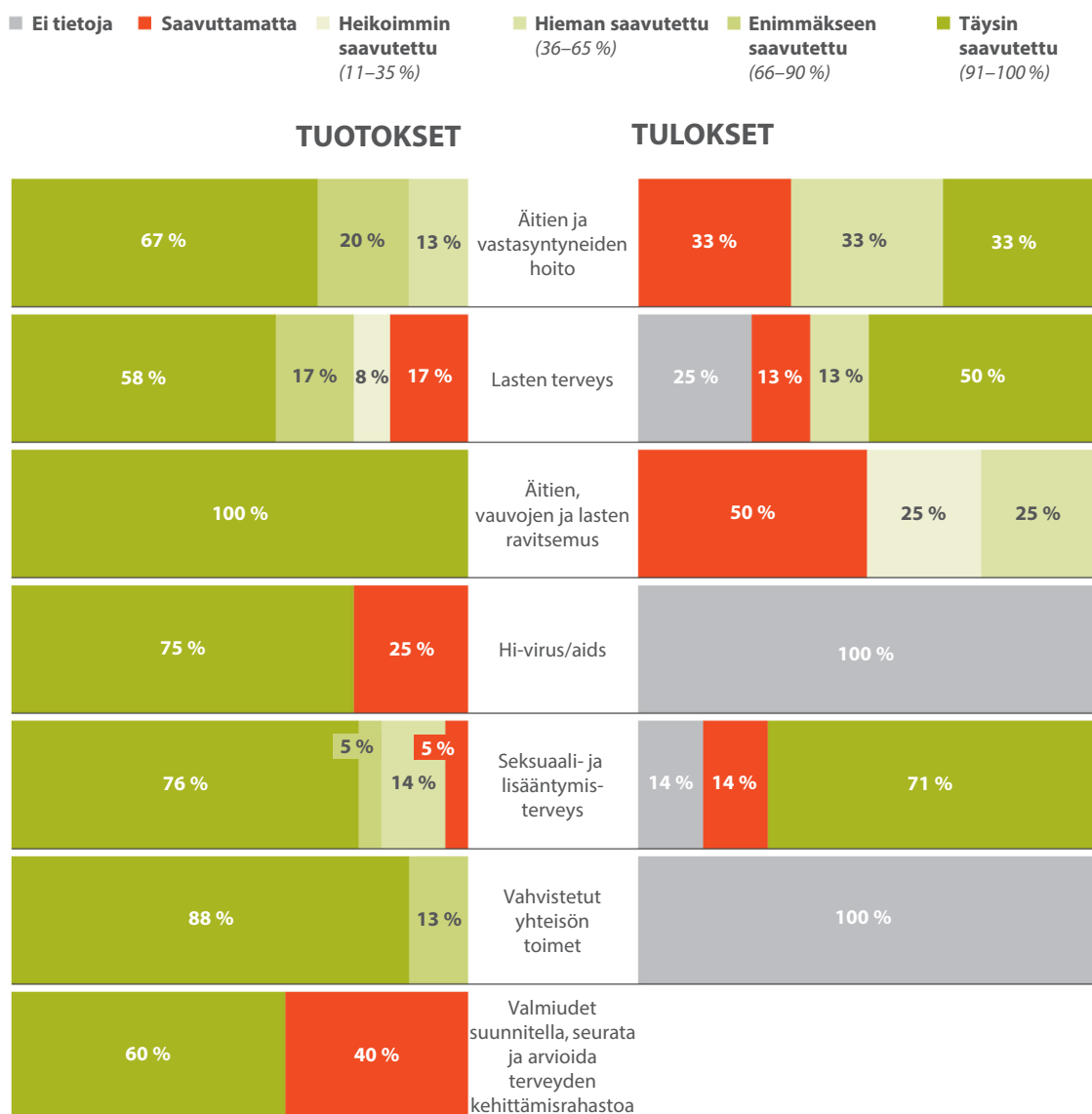
**62** Poolirahoituksella aikaan saaduista tuotoksista ei tiedoteta riittävästi EU:n edustustoille. Esimerkiksi Zimbabwen edustustolle ei toimitettu neljännesvuosittaisia täytäntöönpanoraportteja, vaan ainoastaan vuotuisia edistymisraportteja, joissa ei ollut riittävästi tietoa varojen käytöstä.

**63** Kuten edellä selitettiin (ks. kohdat **60** ja **61**), EU:n toimien vaikutusta on vaikea erottaa muiden rahoittajien tuesta ja muista ulkoisista tekijöistä. Burundissa saatavilla olevissa arvioinneissa arvioidaan, että tuotokset ja tulokset saavutettiin osittain<sup>21</sup>.

<sup>21</sup> *Evaluation du programme d'appui au système de santé (PASS) au Burundi*, IBF, 2021; Interim evaluation report of the programme Twiteho Amagara, Proman, 2022, sekä muita ei-julkisia arviointeja.

**64** Loppuarvioinnin mukaan Zimbabwessa terveyden kehittämisrahaston tavoitteena oli 24 tulosta ja 69 tuotosta. Indikaattorit osoittavat, että suurin osa tuotoksista saavutettiin, mutta tulosten saavuttamisessa edistytettiin heikommin (ks. [kaavio 4](#)).

#### Kaavio 4 – Terveyden kehittämisrahasto Zimbabwessa: tuotokset ja tulokset



*Lähde:* Euroopan tilintarkastustuomioistuin Zimbabwen terveyden kehittämisrahaston loppuarvioinnin perusteella.

**65** Kongon demokraattisessa tasavallassa vuosien 2014–2020 suurimman terveyshankkeen, PRO DS:n, väliarvioinnista kävi ilmi, että kolme kymmenestä odotetusta tuloksesta saavutettiin käytännössä kokonaan (esimerkiksi vertailusairaalan ja terveyskeskusten toiminnan järjeistämisen) ja viisi osittain (esimerkiksi terveysalan keskushallinnon sääntelyroolin vahvistaminen). Kahden tuloksen saavuttaminen jäi



kauas odotetusta (esimerkiksi operatiivisiin tasoihin ja hallinnollisiin tehtäviin mukautettujen henkilöresurssien luominen).

**66** Tarkastajat havaitsivat tarkastuskäynneillä, että joitakin raportointia varten kerättyjä tietoja ei ollut saatavilla tai ne olivat epäluotettavia. Burundissa käytettiin useita indikaattoreita odottavien äitien terveyden seuraamiseksi. Joitakin ilmoitettuja arvoja oli kuitenkin selvästi mahdotonta saavuttaa. Esimerkiksi avustettujen synnytysten indikaattori oli joskus jopa 125 prosenttia. Komissio on selittänyt, että tämä johtuu vanhentuneista väestötilastoista.

### Hankkeiden kestävyys on vaarassa

**67** Heikko kestävyys on luontainen riski kehitysapuhankkeiden yhteydessä. Tuki on väliaikaista, tukitoimien aikahorisontti on lyhyt ja varojen saatavuus vaihtelee. Nämä kaikki tekijät voivat vaikuttaa kielteisesti hankkeiden jatkumiseen edunsaajamaissa. Tilintarkastustuomioistuin tutki, onko kestävyys otettu huomioon tukitoimien kaikissa vaiheissa eli suunnittelusta toteutukseen ja seurantaan.

### Edunsaajahallituksilla ei ole siirtymä- tai irtautumisstrategioita, ne eivät ole sitoutuneita ja niiden budjettivarat ovat rajalliset

**68** Rahoitetut hankkeet ovat aikasidonnaisia, ja ne ovat vain harvoin omavaraisia rahoituksen päättymisen jälkeen. Siksi rahoittajien on tehtävä yhteistyötä paikallisten ja kansallisten viranomaisten kanssa varmistaakseen, että tuloksia ei menetetä. Samalla on tärkeää, että rahoittajien rahoituksen vastaanottamiseen on riittävästi kapasiteettia ja että sitä ei käytetä valtionhallinnoissa kansallisten menojen korvaamiseen. On myös tärkeää, että vastaanottajamailla on terveydenhuollon rahoitusstrategioita, joilla lievennetään rahoittajien rahoitusosuuksien päättymisen vaikutuksia.

**69** Tilintarkastustuomioistuin ei havainnut selkeitä siirtymä- ja irtautumisstrategioita niissä kolmessa maassa, joita analysoitiin perusteellisesti (ks. [laatikko 3](#)). Tämä viittaa siihen, että toimien kestävyden turvaaminen on haasteellista sen jälkeen kun EU:n tuki vedetään pois, koska myös maiden budjettivarat ovat rajallisia.



### Laatikko 3

#### Terveysthuoltojärjestelmät ovat edelleen riippuvaisia kansainvälisestä avusta

Burundissa EU:n toimet terveydenhuoltoalalla olivat alun perin siirtymävaiheen toimia, joilla helpotettiin siirtymistä hätätilanteen tuesta säännöllisiin terveysthuoltoihin. Burundi on edelleen hyvin riippuvainen ulkopuolisista rahoittajista, ja tuki riittää tuskin järjestelmän ylläpitämiseen. Komissio toteaa, että vaikka poliittista ja alakohtaista vuoropuhelua sekä hallitukselle annettavaa teknistä apua käsittävä työ on käynnissä, siirtymä-/irtautumisstrategian valmistelemiseksi tarvitaan tehokkaampia toimia. Tähän mennessä siihen ei ole olemassa konkreettisia suunnitelmia, vaikka rahoittajien välisiä neuvotteluja onkin käynnissä.

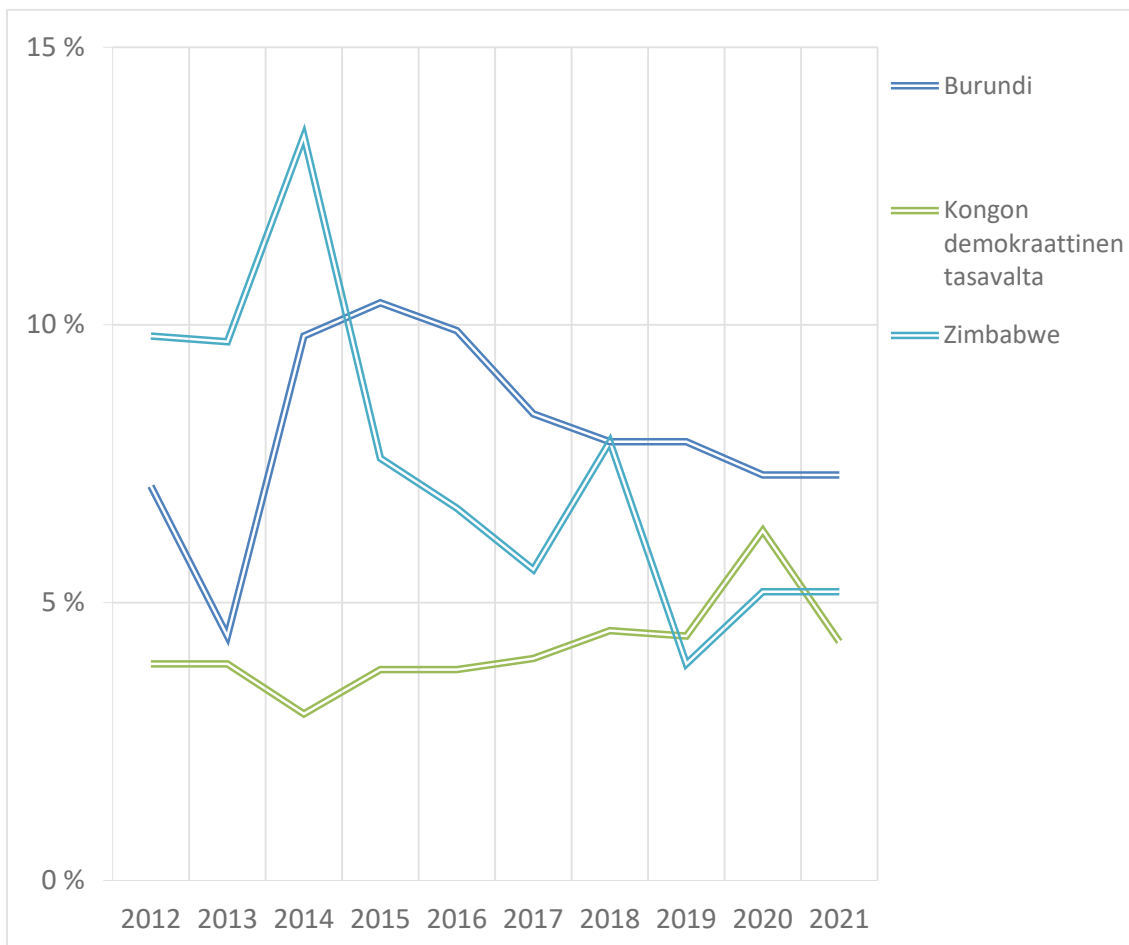
Zimbabwessa terveyden kehittämisrahaston hankkeessa osoitettiin huomattava määrä rahoitusta henkilöstötarpeisiin, kuten työssä pysymistä koskeviin etuuksiin, tulospalkkioihin ja muihin henkilöstökuluihin. Kumppanit olettivat, että valtionhallinto ottaisi lähiterveydenhuollon työntekijöiden rahoituksen vastuulleen terveyden kehittämisrahaston lopussa sen jälkeen, kun rahoittajien rahoitusta oli supistettu sitä seuranneessa terveydenhuollon selviytymiskykyä edistävässä rahastossa. Valtion tuki ei ole kuitenkaan toteutunut palkkojen ja niihin rinnastettavien kustannusten osalta.

Kongon demokraattisessa tasavallassa kaudella 2014–2020 toteutetun EU:n suurimman terveysthuoltoalan ohjelman väliarvioinnissa tuotiin esiin kestävyysliittymiä haasteita ja kannatettiin kaikki sidosryhmät kattavan irtautumisstrategian laatimista.

**70** Irtautumisstrategiat edellyttävät usein julkisen talouden liikkumavaran luomista, jotta kansallista terveydenhuollon rahoitusta saadaan riittävästi. Tarkastuksen kohteiden kolmen maan terveysthuolto budjetit eivät ole vielä saavuttaneet vuoden 2001 [Abujan julistuksessa](#) luvattua 15 prosentin raja-arvoa kokonaisbudjetista (ks. kohta [06](#) ja [kaavio 5](#))<sup>22</sup>.

<sup>22</sup> Africa Scorecard on Domestic Financing, Afrikan unioni.

## Kaavio 5 – Terveysbudjetti prosentteina BKT:stä tarkastuksen kohteena olleissa maissa



Lähde: Euroopan tilintarkastustuomioistuin Afrikan sisäistä terveysalan rahoitusta koskevan tulostaulun perusteella (*Africa Scorecard on Domestic Financing for Health*).

### Laitteita ei aina pidetä asianmukaisessa kunnossa

**71** Kun rahoittajat rahoittavat tai toimittavat laitteita, ne olettavat usein, että vastaanottajat pitävät niistä hyvää huolta ja hankkivat tarvittavat huolto- ja kulutustarvikkeet. Tämä aiheuttaa kuitenkin usein lisäkustannuksia: puhelimiin tarvitaan liittymä, autot tarvitsevat säännöllisesti huoltoa ja varaosia ja tulostimiin tarvitaan paperia ja väriainekasetteja. Nämä lisäkustannukset voivat olla vain murto-osa laitteiden arvosta, mutta joskus niistä voi tulla ylitsepääsemätön este laitteiden tehokkaalle käytölle.

**72** Kunnossapitoon liittyvä ongelma on tuotu esiin monissa arvioinneissa. Tilintarkastustuomioistuin havaitsi, että laitteiden valinnassa ja kunnossapidossa ei otettu riittävästi huomioon sitä, onko vastaanottajamaassa saatavilla tarvittavia palveluja, osaamista ja varaosia. Kahden ensimmäisen tulosperusteisen rahoitushankkeen yhteisarvioinnissa Burundissa todettiin laitteiden kunnossapitoon liittyviä ongelmia.

**73** Tilintarkastustuomioistuin havaitsi hankekäynneillä tapauksia, joihin liittyi EU:n varoilla suoraan tai välillisesti rahoitettuja käyttämättömiä (ks. [laatikko 4](#)), vahingoittuneita (ks. [kuva 3](#)) tai alikäytettyjä laitteita. Tilintarkastustuomioistuin katsoo näiden tapausten syiden liittyvän siihen, että tarvearviointia ei ole tehty tai se ei ole ollut riittävä ja laitteet on valittu huonosti.

### **Kuva 3 – Verianalyysilaitte rikki yli 16 kuukautta burundilaisessa laboratoriossa**



*Lähde:* Euroopan tilintarkastustuomioistuin.

## Laatikko 4

### Toimimaton kansanterveysuhkien operaatiokeskus Burundissa

Kansanterveysuhkien operaatiokeskukset koordinoivat kaikkia kansanterveysuhkiin liittyviä toimia. Burundiin perustettiin EU:n 800 000 euron rahoituksella kansanterveysuhkien operaatiokeskus, joka otettiin käyttöön 20. huhtikuuta 2021<sup>23</sup>. Yli kaksi vuotta myöhemmin tehdyn tarkastuskäynnin aikaan tietokoneita ei vielä ole ollut liitetty fyysisesti, puhelimet eivät toimineet eikä muita tietoteknisiä laitteita ollut koskaan käytetty. Keskuksen johto selitti, että keskus ei ollut toiminnassa, koska terveysministeriö ei ollut päässyt sopimukseen puhelinyhtiön kanssa.

---

<sup>23</sup> WHO:n raportti *Inauguration officielle du Centre des Opérations d'Urgences de Santé Publique*.

## Johtopäätökset ja suositukset

**74** Tilintarkastustuomioistuimien havaittiin kaiken kaikkiaan, että komissio myönsi rahoitusta laajojen prioriteettien mukaisesti, mutta määrärahojen jakamismenetelmissä oli puutteita. Toimien vaikuttavuutta häirsyttivät koordinoituihin ja kestävyteen liittyvät ongelmat.

**75** EU:n tärkeimmissä toimintapoliittisissa asiakirjoissa määritellään rahoituksen jakamisen laajat linjat yksilöimättä toiminnan tavoitteita. EU:n terveydenhuollon tukeen tekemät maksut ovat pysyneet melko muuttumattomina kolmen viimeisen ohjelmakauden aikana. Kahdenvälisen yhteistyön rahoitus kumppanimaiden kanssa on kuitenkin vähentynyt, kun taas maailmanlaajuisille terveysaloitteille myönnettävän tuen rahoitus on kasvanut merkittävästi muun muassa koronapandemian vuoksi (kohdat 28–32).

**76** Komissio asetti kumppanimaat järjestykseen niiden terveydenhuoltojärjestelmien tarpeiden mukaan, mutta tällä arvioinnilla ei ollut juurikaan vaikutusta kahdenväliseen rahoitukseen lähinnä ohjelmasuunnittelun periaatteiden vuoksi (kohdat 33–37).

### Suositus 1 – Sovitetaan aiempaa paremmin yhteen maiden tarpeet ja terveydenhuollon rahoituksen jakaminen

---

Seuraavan monivuotisen rahoituskehityksen valmistelun yhteydessä komission olisi käytävä edunsaajamaiden kanssa vuoropuhelua ja arvioitava, miten kumppanimaiden tarpeiden tärkeysjärjestys voitaisiin sovittaa aiempaa paremmin yhteen terveydenhuoltoon suunnattavan EU:n tuen maantieteellisen jakamisen kanssa. Komission olisi mahdollisuuksien mukaan tasapainotettava seuraavan monivuotisen rahoituskehityksen oikeusperustan avulla rahoituksen jakamista maailmanlaajuisien aloitteiden sekä maille annettavan alueellisen ja kahdenvälisen tuen välillä.

**Toteuttamisen tavoiteajankohta: ajoissa seuraavaa MRK:ta varten**

**77** Tuen kohdentaminen yksittäisille maailmanlaajuisille terveysaloitteille temaattisten ohjelmien kautta perustui määrällisiin ja laadullisiin tekijöihin. Se ei kuitenkaan pohjautunut virallisiin ennalta määriteltyihin erillisiin ja mitattavissa oleviin kriteereihin, eikä prosessia ollut dokumentoitu riittävästi (kohdat 38 ja 39).

## Suositus 2 – Asetetaan selkeät kriteerit maailmanlaajuisten terveysaloitteiden rahoittamiselle ja parannetaan jakoprosessin dokumentointia

---

Komission olisi asetettava selkeät, täsmälliset ja tarvittaessa mitattavissa olevat kriteerit maailmanlaajuisten terveysaloitteiden rahoittamista varten ja parannettava prosessin dokumentointia. Tässä yhteydessä olisi analysoitava lisäarvoa, joka saadaan komission osallistumisesta näihin aloitteisiin.

**Toteuttamisen tavoiteajankohta: 2025**

**78** Tutkituista hankkeista saatiin erilaisia tuotoksia, jotka ulottuivat lääkärikäyntien korvauksista lääkkeisiin ja sairaalarakennuksiin. Alueason koordinointi ei kuitenkaan ollut riittävää, mikä johti puutteisiin laitteiden ja lääkkeiden jakelussa (kohdat 40–49).

## Suositus 3 – Parannetaan tarpeiden analysointia sekä laitteiden ja lääkkeiden jakelun koordinointia

---

Komission olisi oltava yhteydessä asiaankuuluvan tason relevantteihin toimijoihin laitteiden ja lääkkeiden jakelun koordinoinnin parantamiseksi. Komission olisi tehtävä yhteistyötä kumppanimaiden kanssa, jotta niiden valmiuksia tarveanalyysiin, suunnitteluun ja koordinointiin voidaan lisätä.

**Toteuttamisen tavoiteajankohta: 2025**

**79** Täytäntöönpanon porrastettu rakenne vaikutti terveysalan toimien kustannuksiin. Tämä lisäsi hankkeiden toteuttamiskustannuksia ja vähensi lopullisten edunsaajien käytettävissä olevia määriä (kohdat 50–52).

## Suositus 4 – Analysoidaan hallintokustannusten kohtuullisuutta

---

Komission olisi tehostettava analyysiaan budjetoitujen hallintokustannusten kohtuullisuudesta erityisesti silloin, kun kustannukset aiheutuvat porrastetun täytäntöönpanorakenteen yhteydessä.

**Toteuttamisen tavoiteajankohta: 2025**

**80** Komissio on mukana maailmanlaajuisten terveysaloitteiden hallintoelimissä ja osallistuu Lusakan toimintaohjelman ohjaukseen ja täytäntöönpanoon. Tarkoituksena on varmistaa kyseisten aloitteiden aiempaa parempi yhteensovittaminen, lopettaa aloitteiden hajanaisuus ja järkeistää niiden rakennetta (kohdat [53–55](#)).

## Suositus 5 – Vältetään päällekkäisyyksiä ja varmistetaan synergiat tuettujen maailmanlaajuisten terveysaloitteiden välillä

---

Komission olisi ryhdyttävä lisätoimiin päällekkäisyyksien välttämiseksi ja tuettujen maailmanlaajuisten terveysaloitteiden välisten synergioiden varmistamiseksi.

**Toteuttamisen tavoiteajankohta: 2025**

**81** EU:n rahoituksen näkyvyys kohdeväestön keskuudessa oli heikko (kohdat [56–59](#)). Komissio käyttää vain muutamia terveyteen liittyviä korkean tason indikaattoreita. Tilintarkastustuomioistuin havaitsi, että näillä indikaattoreilla saatiin vain osittainen kuva EU:n lukuisista terveysalan toimista. Lisäksi indikaattorit laskettiin siten, että tosiasiallisesti niillä mitattiin eri toimijoiden yhteisiä toimia, eikä kyetty kuvaamaan pelkästään EU:n rahoituksen osuutta. Tämä esti komissiota mittaamasta täysimääräisesti EU:n rahoituksesta terveysalalla saatuja tuloksia suhteessa strategiaan tavoitteisiin. Usean rahoittajan rahastoilla toteutettujen kahdenvälisen tukitoimien tuloksista ei myöskään tiedotettu riittävästi EU:n edustustoille. Hankkeiden toteuttajien raportointia varten keräämät tiedot eivät toisinaan olleet saatavilla tai ne olivat epäluotettavia (kohdat [60–66](#)).

## Suositus 6 – Yksilöidään indikaattorit, joiden avulla voidaan seurata kattavasti EU:n tukea terveydenhuoltoalalle

---

Seuraavan monivuotisen rahoituskehysten valmistelun yhteydessä komission olisi yksilöitävä terveysalaa koskevia indikaattoreita, joilla voidaan seurata kattavasti EU:n toimien vaikutuksia avun tuloksellisuutta koskevien periaatteiden mukaisesti. Usean rahoittajan rahastojen osalta komission olisi arvioitava, pystytäänkö suhteellista menetelmää soveltamaan EU:n toimien tuloksista raportointiin.

**Toteuttamisen tavoiteajankohta: ajoissa seuraavaa MRK:ta varten, viimeistään vuoteen 2027 mennessä**

**82** Käytössä ei ollut selkeitä siirtymä- ja irtautumisstrategioita sen jälkeen, kun avunantajien rahoitusta vähennettiin ja hallituksen oli määrä jatkaa hankkeiden rahoittamista. Tämä saattaa vaarantaa järjestelmien kestävyden, kun EU:n tuki lakkautetaan (kohdat [67–70](#)).

## Suositus 7 – Ryhdytään toimiin terveydenhuoltojärjestelmien kestävyden edistämiseksi

---

Komission olisi selvitettävä asiaankuuluvien toimijoiden kanssa kaikissa tuettavissa kumppanimaissa, miten terveydenhuoltojärjestelmien kestävyys voidaan varmistaa. Keskustelussa olisi käsiteltävä terveysalan rahoitusta, kotimaisten tulojen käyttöön saamista sekä selkeitä ja realistisia siirtymä- ja irtautumisstrategioita. Irtautumisstrategioihin olisi kuuluttava terveydenhuoltojärjestelmien asiaankuuluville osille suunniteltu tuleva rahoitus.

**Toteuttamisen tavoiteajankohta: 2025**

**83** EU:n toimien kestävyys on vaarassa myös toimitettujen laitteiden puutteellisen kunnossapidon vuoksi (kohdat [71–73](#)).

## Suositus 8 – Painotetaan enemmän laitteiden ylläpidon merkitystä

---

Komission olisi

- a) sisällytettävä laitteiden hankintaan kunnossapitoa koskeva näkökohta eli otettava huomioon, onko tarvittavia palveluja, osaamista ja varaosia saatavilla kansallisella tasolla ja miten niiden saatavilla olo voidaan tarvittaessa varmistaa
- b) ryhdyttävä toimiin, joilla edistetään tietoisuuden lisäämistä ja toimintatapojen muutosta kunnossapidon osalta, jotta voidaan auttaa luomaan kunnossapidon käytäntöjä ja rutiineja sidosryhmien keskuudessa.

**Toteuttamisen tavoiteajankohta: 2025**



Tilintarkastustuomioistuimen III jaosto on tilintarkastustuomioistuimen jäsenen Bettina Jakobsenin johdolla hyväksynyt tämän kertomuksen Luxemburgissa 9. heinäkuuta 2024 pitämässään kokouksessa.

*Tilintarkastustuomioistuimen puolesta*

Tony Murphy  
*presidentti*

# Liitteet

## Liite I – EU:n terveydenhuollon tukistrategioiden tavoitteet vuodesta 2005 lähtien

Strateginen asiakirja	Terveydenhuollon tuen tavoitteet
<p>Vuoden 2005 kehityspolitiikkaa koskeva eurooppalainen konsensus</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Pyritään saavuttamaan terveyteen liittyvät YK:n vuosituhattavoitteet lapsikuolleisuuden vähentämistä koskeva vuosituhattavoite 4, odottavien äitien terveyden parantamista koskeva vuosituhattavoite 5 ja HIV:n/aidsin, malarian ja muiden sairauksien torjuntaa koskeva vuosituhattavoite 6.</li> <li>— Käsitellään terveyspalvelujen tarjonnassa esiintyvää poikkeuksellista henkilöstökriisiä.</li> <li>— Käsitellään terveyspalvelujen oikeudenmukaista rahoittamista.</li> <li>— <b>Vahvistetaan terveydenhuoltojärjestelmiä</b> parempien terveystulosten saamiseksi.</li> <li>— Tuetaan edelleen <b>maailmanlaajuisia aloitteita</b>; tältä osin asiakirjan (2006/C 46/01) 108 kohdassa määrätään, että "[k]omissio laatii arviointiperusteet, jotka koskevat yhteisön osallistumista maailmanlaajuisiin rahastoihin".</li> </ul>
<p>Komission vuoden 2010 tiedonanto EU:sta ja globaalista terveydestä (ja siihen liittyvät komission yksiköiden valmisteluasiakirjat)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— EU:n johtajuus terveysalan maailmanlaajuisen aloitteiden koordinoinnissa, sidosryhmien ottaminen mukaan kumppanimaiden tasolla.</li> <li>— Yleinen sairausvakuutusurva: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Hauraat maat etusijalle</b> kahdenvälisissä yhteyksissä (hauraiden maiden luettelo) ja osallistumalla maailmanlaajuisiin terveysaloitteisiin (nykyisten aloitteiden mukauttamisen edistäminen).</li> <li>○ Keskitetään tuki <b>terveydenhoitojärjestelmien vahvistamiseen</b>.</li> <li>○ Rahoitetaan yksi kansallinen terveydenhuoltobudjetti ja yksi seurantaprosessi EU:n tuen ensisijaisena kehyksenä.</li> <li>○ Kanavoidaan terveyssektorille myönnettävästä julkisesta kehitysavusta kaksi kolmasosaa kumppanimaiden omien kehitysohjelmien kautta ja 80 prosenttia kumppanimaiden hankintajärjestelmiä ja julkisen rahoituksen hallintajärjestelmiä käyttäen.</li> </ul> </li> <li>— Varmistetaan johdonmukaisuus yleisen sairausvakuutusurvan saatavuutta edistävien muiden toimintalinjojen kanssa.</li> <li>— Investoidaan kaikkia koskevaan terveystutkimukseen.</li> </ul>

Strateginen asiakirja	Terveystuon tuen tavoitteet
<p>Komission vuoden 2011 tiedonanto muutossuunnitelmasta (neuvoston päätelmät vuodelta 2012)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Käytetään EU:n kaikkia avun antamiseen tarkoitettuja välineitä, etenkin alakohtaisia uudistuksia koskevia sopimuksia.</li> <li>— Kehitetään ja parannetaan terveysjärjestelmiä.</li> <li>— Vähennetään terveyspalveluiden saatavuuteen liittyvää eriarvoisuutta.</li> <li>— Parannetaan suojaa maailmanlaajuisia terveysuhkia vastaan.</li> <li>— Yhtenäistetään toimintapolitiikkaa.</li> <li>— Neuvoston päätelmät ”Sosiaalista osallisuutta ja inhimillistä kehitystä [terveyttä, koulutusta ja sosiaalista suojelua] tuetaan osoittamalla niille vähintään <b>20 prosenttia</b> EU:n avusta.” ja ”EU auttaa edelleen epävakaita valtioita”.</li> </ul>
<p>Vuoden 2017 kehityspolitiikkaa koskeva eurooppalainen konsensus</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Pyritään saavuttamaan terveyteen liittyvät <b>YK:n kestävästä kehityksestä</b> tavoitteet.</li> <li>— EU ja sen jäsenvaltiot edistävät yleistä sairausvakuutusturvaa.</li> <li>— Tuetaan vahvojen, laadukkaiden ja <b>sopeutumiskykyisten terveysjärjestelmien luomista (eli terveydenhuoltojärjestelmien vahvistamista)</b>. EU ja sen jäsenvaltiot tukevat kehitysmaita esim. terveydenhuollon työntekijöiden kouluttamisessa, työhönotossa, sijoittautumisessa ja jatkuvassa ammatillisessa kehittämisessä.</li> <li>— Ehkäistään ja torjutaan HI-viruksen/aidsin, tuberkuloosin, malarian ja hepatiittien kaltaisia tartuntatauteja.</li> <li>— Toimitaan maailmanlaajuisen terveysuhkien, kuten epidemioiden ja mikrobilääkeresistenssin, torjumiseksi.</li> <li>— Ryhdytään toimiin lapsi- ja äitiyskuolleisuuden vähentämiseksi, edistetään mielenterveyttä ja pyritään helpottamaan tarttumattomien tautien aiheuttamaa kasvavaa taakkaa kumppanimaissa.</li> <li>— Edistetään teknologista innovointia terveydenhuoltoalalla.</li> <li>— EU toistaa sitoumuksensa osoittaa vähintään 20 prosenttia julkisesta kehitysavustaan sosiaaliseen osallisuuteen ja inhimilliseen kehitykseen.</li> </ul>

Strateginen asiakirja	Terveydenhuollon tuen tavoitteet
EU:n globaali terveysstrategia 2022	<ul style="list-style-type: none"><li>— Parannetaan ihmisten terveyttä ja hyvinvointia kaikissa elämänvaiheissa (terveellistä elämää koskeva kestävä kehityksen tavoite 3, sukupuolten tasa-arvoa koskeva kestävä kehityksen tavoite 5 ja eriarvoisuuden vähentämistä maiden sisällä ja niiden välillä koskeva kestävä kehityksen tavoite 10). Tässä mainitaan <b>terveydenhuoltojärjestelmien vahvistaminen</b>, HI-viruksen torjuntatoimet ja <b>maailmanlaajuisten terveysaloitteiden tukeminen</b>.</li><li>— <b>Vahvistetaan terveydenhuoltojärjestelmiä</b> ja edistetään yleistä sairausvakuutusturvaa. Tähän sisältyvät digitalisaatio, innovaatioteknologia ja työvoimapulan korjaaminen.</li><li>— Ehkäistään ja torjutaan terveysuhkia, myös pandemioita, soveltamalla yhteinen terveys -lähestymistapaa. Myös pandemiarahastoon, tuotantokapasiteettiin jne. liittyvä tuki.</li><li>— Toistetaan EU:n sitoumus osoittaa vähintään 20 prosenttia julkisesta kehitysavusta inhimilliseen kehitykseen ja sosiaaliseen osallisuuteen NDICI- välineen puitteissa.</li></ul>

## Liite II – Luettelo tarkastetuista ohjelmista ja hankkeista

### Burundi

Nimi	MRK	Viite	EU:n tuki (sitoumukset miljoonina euroina)
Programme d'appui au système de santé (PASS) à travers l'outil du financement basé sur la performance (FBP) – vaihe 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

### Kongon demokraattinen tasavalta

Nimi	MRK	Viite	EU:n tuki (sitoumukset miljoonina euroina)
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	MRK	Viite	EU:n tuki (sitoumukset miljoonina euroina)
Unis pour la santé, vaihe 2	2021–2027	NDICI AFRICA/2022/043-891 (CA)	35
Unis pour la santé, vaihe 3	2021–2027	NDICI AFRICA/2023/045-313 (EC) (JAD.1258480)	9

## Zimbabwe

Nimi	MRK	Viite	EU:n tuki (sitoumukset miljoonina euroina)
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

### Liite III – Kumppanimaat, joissa terveys on kansallisissa suuntaa-antavissa ohjelmissa / suuntaa-antavissa monivuotisissa ohjelmissa määritelty prioriteettiala

	MRK 2007–2013	MRK 2014–2020	MRK 2021–2027
Afganistan	•	•	•
Algeria	•		
Angola	•		
Bangladesh	•		
Belize		•	
Burkina Faso	•	•	
Burundi	•	•	•
Dominica	•		
Egypti	•		•
Etelä-Afrikka	•		
Etelä-Sudan	•	•	•
Etiopia		•	•
Filippiinit	•		
Ghana	•		
Grenada		•	
Guinea (Conakry)	•	•	•
Guinea-Bissau	•	•	•
Intia	•		
Iran			•
Itä-Timor	•		
Jamaika	•		
Jemen	•		
Kenia			•
Keski-Afrikan tasavalta		•	•
Kongo	•		
Kongon demokraattinen tasavalta	•	•	•
Kuuba			•
Laos			•
Libanon			•
Liberia	•		
Libya	•	•	•
Madagaskar	•		•
Mali	•		•
Marokko	•	•	•
Mauritania	•	•	•
Moldova	•		

	MRK 2007–2013	MRK 2014–2020	MRK 2021–2027
Mosambik	•		
Myanmar	•		
Namibia	•		
Niger	•		
Nigeria	•	•	•
Norsunluurannikko	•		
Palestiina			•
Peru	•		
Saint Lucia	•		
Saint Vincent ja Grenadiinit	•		
Sambia	•		•
São Tomé ja Príncipe	•		
Senegal	•		
Sierra Leone	•		
Sudan			•
Swazimaa	•		
Syyria	•		
Tadžikistan	•	•	•
Togo	•		
Tšad	•		
Tunisia			•
Uganda			•
Uzbekistan	•		
Vietnam	•		
Zimbabwe	•	•	•
<b>Maat YHTEENSÄ</b>	<b>48</b>	<b>17</b>	<b>27</b>

## Liite IV – NDICI – Globaali Eurooppa -välineen aihekohtaisen pilarin määrärahat (tammikuu 2024)

Terveysalan toimintaohjelmat	Sitoumukset (euroa)
<b>Rahoitusosuus globaaliin terveysrahastoon</b>	<b>1 064 503 222</b>
<b>Rahoitusosuus Gavi-rokoteallianssiin</b>	<b>525 000 000</b>
<b>Rahoitusosuus pandemiarahastoon</b>	<b>427 000 000</b>
<b>Rahoitusosuus YK:n väestörahastoon</b>	<b>45 000 000</b>
Acceleration Human Development (HDX) -ohjelman rahoitusosuussopimus – polio-osio	275 000 000
Muut	12 517 500
<b>Kaikki yhteensä</b>	<b>2 349 020 722</b>

*Huom.* Lihavoidut rivit tarkoittavat rahoitusta maailmanlaajuisiin terveysaloitteisiin (globaali terveysrahasto, Gavi, mukaan lukien covid-19-rokotteiden COVAX-järjestelmä, UNFPA ja pandemiarahasto).



## Lyhenteet

**DCI:** Kehitysyhteistyön rahoitusväline (*Development Cooperation Instrument*)

**ECHO-pääosasto:** EU:n pelastuspalveluasioiden ja humanitaarisen avun operaatioiden pääosasto

**EKR:** Euroopan kehitysrahasto

**Gavi:** Kansainvälinen rokoteallianssi

**INTPA-pääosasto:** Kansainvälisten kumppanuuksien pääosasto

**IPA:** Liittymistä valmisteleva tukiväline

**MRK:** Monivuotinen rahoituskehys

**NDICI:** Naapuruus-, kehitys- ja kansainvälisen yhteistyön väline

**NEAR-pääosasto:** Naapuruuspolitiikan ja laajentumisneuvottelujen pääosasto

**PASS:** Burundin terveysalan tukiohjelma (*Programme d'appui au système de santé*)

**UNFPA:** YK:n väestörahassto

**UNICEF:** YK:n lastenrahasto

**WHO:** Maailman terveysjärjestö

# Sanasto

**EU:n edustusto:** EU:n diplomaattinen edustus EU:n ulkopuolisessa maassa tai monenvälisen taikka kansainvälisen järjestön yhteydessä.

**Euroopan kehitysrahasto:** EU:n rahasto, jota komissio hallinnoi yleisen talousarvion ulkopuolella ja josta myönnetään kehitysapua Afrikan, Karibian ja Tyynenmeren valtioille sekä EU:hun jäsenvaltioiden kautta assosioituneille merentakaisille maille ja alueille.

**Kestävyys:** Hankkeen tai järjestelmän kyky jatkua niin kauan kuin on tarpeen, koska se on riittävän vakiintunut ja joko taloudellisesti omavarainen tai riittävän hyvin rahoitettu.

**Kestävän kehityksen tavoitteet:** Yhdistyneiden kansakuntien kestävän kehityksen Agenda 2030 -toimintaohjelmassa asetetut 17 tavoitetta, joilla pyritään edistämään kaikkien maiden toimia aloilla, jotka ovat ratkaisevan tärkeitä ihmiskunnalle ja maapallolle.

**Seuraus:** Hankkeen tai ohjelman välittömät vaikutukset sen päätyttyä, kuten kurssin osallistujien työllistymismahdollisuuksien parantuminen tai yhteyksien parantuminen uuden tien rakentamisen ansiosta.

**Tulos:** Hankkeen tuottama välitön tai pitkäaikainen, tarkoituksellinen tai tahaton muutos, kuten paremmin koulutetun työvoiman tuomat hyödyt.

**Tuotos:** Jotakin hankkeessa tuotettua tai saavutettua, esimerkiksi koulutuskurssin järjestäminen tai tien rakentaminen.

**Tuotosindikaattori:** Mitattavissa oleva muuttuja, joka antaa tietoa hankkeen tuotteiden tai saavutusten arviointia varten.

**Vaikutus:** Loppuun saatetun hankkeen tai ohjelman laajemmat pitkän aikavälin seuraukset, kuten koko väestölle koituvat sosioekonomiset hyödyt.

**Vaikutusindikaattori:** Mitattavissa oleva muuttuja, jonka avulla saadaan tietoa hankkeen tai ohjelman täytäntöönpanossa käytettävistä inhimillisistä, taloudellisista, aineellisista, hallinnollisista ja sääntelyyn liittyvistä resursseista.

**Virallinen kehitysapu:** Kehitysmaiden taloudellisen kehityksen ja hyvinvoinnin edistämiseen tarkoitettu julkinen tuki.

**Vuosituhanen kehitystavoitteet:** Globaaleja tavoitteita, jotka liittyivät köyhyyden ja sen ilmenemismuotojen vähentämiseen vuoteen 2015 mennessä. Maailman johtajat ja keskeiset kehitysalan organisaatiot asettivat nämä tavoitteet vuoden 2000 syyskuussa pidetyssä YK:n vuosituhanen vaihteen huippukokouksessa.

**Yhteinen terveys -lähestymistapa:** Yhdennetty lähestymistapa, jolla pyritään tasapainottamaan ja optimoimaan kestävästi ihmisten, eläinten ja ekosysteemien terveys.

## **Komission vastaukset**

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

## **Tarkastuksen eteneminen**

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

## Tarkastustiimi

Euroopan tilintarkastustuomioistuin esittää erityiskertomuksissaan tulokset tarkastuksista, joita se kohdistaa EU:n toimintapolitiikkoihin ja ohjelmiin tai yksittäisten talousarvioalojen hallintaan liittyviin aihealueisiin. Tilintarkastustuomioistuin valitsee ja suunnittelee nämä tarkastustehtävät tavoitteenaan mahdollisimman suuri vaikuttavuus. Se ottaa huomioon tuloksellisuuteen tai sääntöjen noudattamiseen kohdistuvat riskit, tulojen tai menojen määrän, tulevat kehityssuuntaukset sekä poliittiset näkökohdat ja yleisen edun.

Tästä tuloksellisuuden tarkastuksesta vastasi III tarkastusjaosto, jonka erikoisalana ovat ulkoiset toimet, turvallisuus ja oikeus. Tarkastusjaoston puheenjohtaja on Euroopan tilintarkastustuomioistuimen jäsen Bettina Jakobsen. Tarkastus toimitettiin aluksi Euroopan tilintarkastustuomioistuimen jäsenten Baudilio Tomé Muguruzan ja Hannu Takkulan johdolla.

Tarkastuksen päätökseen saattamisesta vastasi tilintarkastustuomioistuimen jäsen George-Marius Hyzler, jota tukivat toimialapäällikkö Pietro Puricella; tehtävävastaava Piotr Zych; tarkastajat Calles Sánchez ja Piotr Senator. Graafiseen suunnitteluun liittyvää tukea antoi Alexandra Damir.



George-Marius Hyzler



Pietro Puricella



Piotr Zych



Alfonso Calles Sánchez



Piotr Senator

# TEKIJÄNOIKEUDET

© Euroopan unioni, 2024

Datan ja asiakirjojen uudelleenkäyttöä koskevat Euroopan tilintarkastustuomioistuimen periaatteet vahvistetaan avoimen datan politiikkaa ja asiakirjojen uudelleenkäyttämistä koskevassa [Euroopan tilintarkastustuomioistuimen päätöksessä 6-2019](#).

Ellei toisin ilmoiteta (esimerkiksi yksittäisissä tekijänoikeusilmoituksissa), Euroopan tilintarkastustuomioistuimen sisältöihin, jotka EU omistaa, myönnetään käyttöoikeudet [Creative Commons Attribution 4.0 International \(CC BY 4.0\) licence](#) -käyttöoikeuden nojalla. Tämä merkitsee, että uudelleenkäyttö on yleensä sallittua, jos sisällön tuottaja mainitaan asianmukaisesti ja sisältöön tehdyistä muutoksista ilmoitetaan. Euroopan tilintarkastustuomioistuimelle kuuluvan sisällön uudelleenkäyttäjä ei saa vääristää asiakirjojen alkuperäistä merkitystä tai sanomaa. Euroopan tilintarkastustuomioistuin ei vastaa mistään seurauksista, jotka johtuvat uudelleenkäytöstä.

Uudelleenkäyttäjän on hankittava tarvittavat lisäoikeudet, jos tietyssä sisällössä (esimerkiksi Euroopan tilintarkastustuomioistuimen henkilöstöstä otetuissa valokuviissa) esitetään tunnistettavissa olevia henkilöitä tai jos sisällössä on mukana kolmansien tahojen töitä.

Jos tällainen lisäoikeus saadaan, se kumoaa ja korvaa yllä mainitun yleisen käyttöoikeuden. Lisäoikeutta koskevassa luvassa on selvästi ilmoitettava käyttöoikeuden rajoitukset.

Jos sisällöt eivät ole EU:n omaisuutta, voi olla, että lupa niiden käyttöön tai jäljentämiseen on pyydettävä suoraan asianomaisilta tekijänoikeuksien haltijoilta.

**Kaavio 1 – kestävän kehityksen tavoitteiden kuvakkeet:** Tekijänoikeudet © Yhdistyneet kansakunnat. Kaikki oikeudet pidätetään. YK ei ole hyväksynyt tämän julkaisun sisältöä. Julkaisu ei kuvasta YK:n tai sen virkamiesten näkemyksiä. Muilla kuin YK:n virallisilla kielillä ilmaistut kuvakkeet on joko ladattu [Trellost](#) tai ne ovat Euroopan tilintarkastustuomioistuimen luomia. Yhdistyneet kansakunnat ei ole vastuussa eikä vahingonkorvausvelvollinen kestävän kehityksen tavoitteiden kuvakkeiden sisältämän tekstin käännöksistä muille kuin YK:n virallisille kielille.

Tietokoneohjelmistot tai asiakirjat, joihin kohdistuu teollisoikeuksia, kuten patentteja, tavaramerkkejä, rekisteröityjä malleja, logoja ja nimiä, eivät kuulu Euroopan tilintarkastustuomioistuimen uudelleenkäyttöperiaatteiden piiriin.

EU:n toimielinten verkkosivuilla (joiden verkkotunnuksen loppuosa on europa.eu) on linkkejä ulkopuolisille Internet-sivustoille. Koska Euroopan tilintarkastustuomioistuin ei vastaa näistä sivustoista, on suositeltavaa, että tutustutte niiden tietosuoja- ja tekijänoikeusperiaatteisiin.

## Tilintarkastustuomioistuimen logon käyttö

Euroopan tilintarkastustuomioistuimen logoa ei saa käyttää ilman tilintarkastustuomioistuimen ennakkosuostumusta.

HTML	ISBN 978-92-849-2818-7	ISSN 1977-5792	doi:10.2865/98770	QJ-AB-24-017-FI-Q
PDF	ISBN 978-92-849-2838-5	ISSN 1977-5792	doi:10.2865/337295	QJ-AB-24-017-FI-N

Tilintarkastustuomioistuin tarkasti EU:n rahoitustuen kumppanimaiden terveydenhuoltojärjestelmille kolmen ohjelmakauden aikana. Tilintarkastustuomioistuin teki asiakirja-analyysin ja tarkasti hankkeita Burundissa, Kongon demokraattisessa tasavallassa ja Zimbabwessa.

Tilintarkastustuomioistuin toteaa, että komissio jakoi rahoitusta laajojen painopisteidensä mukaisesti. Jakomenetelmässä ilmeni kuitenkin puutteita. Hankkeiden vaikuttavuutta haittasivat koordinoitiin, kestävyteen ja seurantaan liittyvät ongelmat. Täytäntöönpanon porrastettu rakenne lisäsi hankkeiden kustannuksia, ja EU:n rahoituksen näkyvyys kohdeväestön keskuudessa oli vähäistä. Tilintarkastustuomioistuin antaa suosituksia rahoituksen kohdentamisesta ja kriteereistä, koordinoinnista, hallintokustannusten kohtuullisuudesta, synergioista, seurannasta, kestävyydestä ja hankkeiden tuottamien laitteiden ylläpidosta.

Euroopan tilintarkastustuomioistuimen erityiskertomus, annettu Euroopan unionin toiminnasta tehdyn sopimuksen 287 artiklan 4 kohdan toisen alakohdan nojalla.



EUROOPAN  
TILINTARKASTUS-  
TUOMIOISTUIN



Euroopan unionin  
julkaisu-  
toimisto

EUROOPAN TILINTARKASTUSTUOMIOISTUIN  
12, rue Alcide De Gasperi  
1615 Luxembourg  
LUXEMBURG

Puh. +352 4398-1

Tiedustelut: [eca.europa.eu/fi/contact](https://eca.europa.eu/fi/contact)

Verkkosivut: [eca.europa.eu](https://eca.europa.eu)

Twitter: @EUAuditors