

Különjelentés

Az Európai Unió pénzügyi támogatása az egészségügyi rendszerek terén a kiválasztott partnerországokban

Az intézkedések átfogó stratégiai célkitűzéseket követtek, de koordinációs és fenntarthatósági gondok voltak velük



EURÓPAI
SZÁMVEVŐSZÉK

Tartalomjegyzék

	Bekezdés
Összefoglaló	I–VIII
Bevezetés	01–18
Az egészség javításának fontossága a szegénység elleni küzdelemben	01–08
Uniós válaszingykedések a partnerországok egészségügyi kihívásaira	09–18
Az ellenőrzés hatóköre és módszere	19–25
Észrevételek	26–73
Az Unió átfogó prioritásokat határozott meg az egészségügyi támogatás tekintetében, de a finanszírozás elosztását hiányosságok jellemzik	26–39
A szakpolitikai dokumentumok átfogó paramétereiket határoztak meg a finanszírozás elosztására vonatkozóan, amelyek a programozási időszakok során állandók maradtak	28–32
A Bizottság egészségügyi szükségleteik alapján rangsorolta a partnerországokat, de ez csekély hatással volt a kétoldalú finanszírozás elosztására	33–37
A tematikus pillérből származó allokációkhoz használt módszertant nem tették hivatalossá és nem dokumentálták megfelelően	38–39
Az uniós finanszírozás elősegítette az egészségügyi rendszerek működését, de eredményességét koordinációs problémák hátráltatták	40–66
Az Unió a kiválasztott országok szükségleteivel összhangban lévő különböző egészségügyi beavatkozásokat támogatott	41–44
A koordinációs erőfeszítések és elosztó rendszerek körzeti szinten nem megfelelőek	45–49
A végrehajtás többlépcsős struktúrája kihat a költségekre	50–52
A különböző finanszírozási csatornák koordinációja nem egyszerű	53–55
Az uniós finanszírozású helyszíni fellépések láthatósága alacsony, különösen akkor, ha összevonják a különböző adományozóktól származó forrásokat	56–59

A teljesítménymutatók túl átfogó volta és az adatok hiányosságai hátráltatják az uniós egészségügyi támogatások eredményeinek mérését 60–66

Veszélyben a projektek fenntarthatósága 67–73

A kedvezményezett kormányoknak nincs átállási vagy kilépési stratégiája, nem eléggé elkötelezettek, és korlátozottak a költségvetési forrásaik 68–70

A berendezéseket nem mindig tartják megfelelően karban 71–73

Következtetések és ajánlások 74–83

Mellékletek

I. melléklet. Az Unió egészségügyi támogatási stratégiáinak célkitűzései 2005 óta

II. melléklet. Az ellenőrzés által érintett programok és projektek jegyzéke

III. melléklet. Azok a partnerországok, ahol az egészségügy a nemzeti indikatív programokban (NIP)/a többéves indikatív programokban (MIP) meghatározott kiemelt ágazat

IV. melléklet. Az NDICI – Globális Európa tematikus pillérének előirányzatai (2024. január)

Rövidítések

Glosszárium

A Bizottság válaszai

Időrendi áttekintés

Ellenőrző csoport

Összefoglaló

I Az Uniónak az egészségügy terén a partnerországokban nyújtott támogatása hozzájárul a mélyszegénység csökkentésére és végső soron felszámolására irányuló fő uniós fejlesztéspolitikai célhoz. Az egészségügyre vonatkozó nemzetközi megközelítéssel és különösen az ENSZ 3. fenntartható fejlődési céljával összhangban az Unió kétoldalú és regionális programokon és globális egészségügyi kezdeményezéseken keresztül finanszírozást nyújt partnerországi egészségügyi rendszerei számára. Ez a támogatás az előző két programozási időszakban (2007–2013 és 2014–2020) meghaladta a 3 milliárd eurót, a jelenlegi időszakra (2021–2027) vonatkozóan pedig 2024 elején több mint 2 milliárd eurót tett ki.

II Ellenőrzésünk célja az volt, hogy felmérjük az Unió által e három programozási időszakban a partnerországokban az egészségügy terén nyújtott pénzügyi támogatást. Megállapítottuk, hogy a Bizottság a finanszírozást átfogó prioritásainak megfelelően osztotta el. Az elosztás módszertanát azonban hiányosságok jellemezték. A projektek eredményességét a koordinációval és a fenntarthatósággal kapcsolatos problémák akadályozták, és a nyomon követés nem adott teljes képet a Bizottság egészségügyi ágazatban végzett tevékenységeiről.

III Megállapítottuk, hogy az egészségügyi támogatás uniós finanszírozásának összege a vizsgált programozási időszakok során viszonylag állandó maradt. A partnerországoknak nyújtott kétoldalú támogatás azonban csökkent, míg a globális egészségügyi kezdeményezéseken keresztül nyújtott támogatás jelentősen nőtt. A partnerországok egészségügyi rendszereinek szükségletei szerint megállapított bizottsági rangsor kevésbé befolyásolta a kétoldalú finanszírozást, főként mert a felelősségvállalás elve megköveteli, hogy a programozást megalapozó szakpolitikai döntések a partnerkormányokkal egyeztetve szülessenek. Az egyes globális egészségügyi kezdeményezésekhez nyújtott támogatás elosztása nem konkrét és számszerűsíthető kritériumokon alapult, és a folyamatot nem dokumentálták megfelelően.

IV Megvizsgáltunk egy mintát kiválasztott partnerországokban (Burundi, Kongói Demokratikus Köztársaság és Zimbabwe) végrehajtott projektekből. Ezek többek között az ingyenes egészségügyi ellátásra, az egészségügyi szakemberek képzésének megszervezésére, a gyógyszerek és felszerelések biztosítására, valamint az egészségügyi központok újjáépítésére összpontosítottak. Megállapítottuk, hogy az Unió támogatott különböző egészségügyi beavatkozásokat, amelyek összhangban voltak az országok szükségleteivel. Elégtelen volt azonban a körzeti szintű koordináció, ami hiányosságokhoz vezetett a berendezések és gyógyszerek elosztása terén. Ezenkívül az egészségügyi ágazat beavatkozásainak költségeit befolyásolta a végrehajtás többlépcsős struktúrája is, ami felhajtotta a projektek végrehajtásának költségeit. Le kell szögezni azt is, hogy a célcsoportok kevéssé szereztek tudomást az uniós finanszírozás tényéről.

V Az egészségügyi kiadások Bizottság általi nyomon követése kevés magas szintű mutatóra támaszkodott, amelyek csak részleges képet adtak az uniós egészségügyi intézkedésekről, és nem úgy számították ki őket, hogy az eredmények kizárólagosan az uniós finanszírozást mutatták volna ki. A kétoldalú segítségnyújtás esetében az eredményeket nem osztják meg kielégítő módon az országon belüli uniós képviselőkkel, és a projektvégrehajtók által a beszámolás céljából gyűjtött adatokat néha nem bocsátották rendelkezésre, vagy azok megbízhatatlannak bizonyultak.

VI A Bizottság szerepet vállal a globális egészségügyi kezdeményezések irányításában, hogy biztosítsa azok jobb összehangolását és így véget vessen a széttagoltságnak. E célok eléréséhez és a globális egészségügyi kihívások nemzetközi megközelítésének racionalizálásához azonban további erőfeszítésekre van szükség.

VII Az egyértelmű átállási és kilépési stratégiák hiánya, valamint a berendezések nem megfelelő karbantartása miatt veszélyben van az egészségügyi projektek és programok fenntarthatósága.

VIII E következtetések alapján az alábbiakat javasoljuk a Bizottságnak:

- feleltesse meg egymásnak jobban a partnerországok szükségleteit és az egészségügyi támogatás elosztását;
- határozzon meg egyértelmű kritériumokat a globális egészségügyi kezdeményezések finanszírozására vonatkozóan, és javítsa az elosztási folyamat dokumentálását;
- javítsa a szükségletek felmérését, valamint a berendezések és gyógyszerek elosztásának összehangolását;
- elemezze az irányítási költségek észszerűségét;
- a támogatott globális egészségügyi kezdeményezések átfedéseit elkerülve érjen el közöttük szinergiákat;
- határozzon meg mutatókat az egészségügyi ágazatnak nyújtott uniós támogatás átfogó nyomon követésére;
- mozdítsa elő az egészségügyi rendszerek fenntarthatóságát;
- emelje ki a projektek által biztosított berendezések karbantartásának fontosságát.

Bevezetés

Az egészség javításának fontossága a szegénység elleni küzdelemben

01 Az Unió által a partnerországokban nyújtott egészségügyi támogatás hozzájárul a mélyszegénység csökkentésére és végső soron felszámolására irányuló fő **uniós fejlesztéspolitikai célhoz**¹. A szegénység az elégtelen egészségügyi ellátásnak lehet oka és lehet következménye is. Egy ország gazdaságának javulásával a polgárok egészsége általában véve javul. Ennek a fordítottja is igaz: a polgárok egészségének javulása közvetlenül gazdasági növekedést eredményezhet².

02 Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) meghatározása szerint az egészség „a testi, szellemi és szociális teljes jólétnek állapota, és nem csupán a betegség vagy fogyatékosság hiánya”³. A WHO megfogalmazása szerint a legmagasabb szintű egészséghez való jog minden emberi lény alapvető jogainak egyike, míg az egészségfejlesztés terén és a betegségekkel, különösen a fertőző betegségekkel szembeni védekezés terén tapasztalt egyenlőtlen fejlődés mindenki számára veszélyt jelent. A világ népességének fele nem fér hozzá a szükséges egészségügyi szolgáltatásokhoz⁴, és évente mintegy 100 millió ember kerül mélyszegénységbe a túlzott egészségügyi költségek miatt⁵.

03 2000-ben az ENSZ nyolc, 2015-ig elérendő millenniumi fejlesztési célról állapodott meg⁶. A célok közül három közvetlenül az egészségügyhöz kapcsolódott: a gyermekhalandóság csökkentése (4. cél), az anyák egészségének javítása (5. cél), valamint a HIV/AIDS, a malária és más betegségek elleni küzdelem (6. cél).

¹ Az Európai Unió működéséről szóló szerződés 208. cikkének (1) bekezdése.

² *Growing importance of health in the economy*, Collins, Francis S., Outlook on the Global Agenda 2015, Világgazdasági Fórum, 2015.

³ Az Egészségügyi Világszervezet Alkotmánya.


⁴ *Monitoring universal health coverage, Health and demography*, Egészségügyi Világszervezet.

⁵ *Health and demography*, Európai Bizottság – Nemzetközi Partnerségek Főigazgatósága.

⁶ *2000-2015, Millennium Development Goals*, Dag Hammarskjöld Könyvtár, Egyesült Nemzetek.

04 Ezt követően, 2015-ben az ENSZ-nek a 2030-ig tartó időszakra vonatkozó fenntartható fejlődési menetrendje⁷ keretében a nemzetközi közösség 17 fenntartható fejlődési célt határozott meg. A 3. fenntartható fejlődési cél az egészséges élet biztosítása és a jóllét előmozdítása minden korosztály valamennyi tagjának. Ez a cél kilenc kapcsolódó célértéket tartalmaz, amelyek mindegyike jelentős egészségügyi gondok 2030-ig történő enyhítését irányozza elő (lásd: **1. ábra**).

1. ábra. A 3. fenntartható fejlődési cél egészségügyi és jólléti célkitűzései

	Célok	A végrehajtás eszközei
	3.1 Gyermekági halandóság	3.a A dohányzás visszaszorítása
	3.2 Újszülöttkori és gyermekhalandóság	3.b Gyógyszerek és vakcinák
	3.3 Fertőző betegségek	3.c Egészségügyi finanszírozás és munkaerő
	3.4 Nem fertőző betegségek	3.d Vészhelyzeti felkészültség
	3.5 Kábítószer-fogyasztás	
	3.6 Közúti közlekedési balesetek	
	3.7 Szexuális és reprodukzív egészség	
	3.8 Egyetemes egészségügyi ellátás	
	3.9 Környezet-egészségügy	

Forrás: Európai Számvevőszék, a WHOadatok alapján.

05 A Fenntartható fejlődési célokról szóló 2023. évi különjelentésében a WHO kedvezően nyilatkozott a globális egészség javítása terén az elmúlt években elért eredményekről, de hangsúlyozta, hogy nem kielégítő az előrehaladás olyan területeken, mint a gyermekági halandóság visszaszorítása és az egyetemes egészségügyi ellátás kiterjesztése. A Covid19-világjárvány lelassította az előrehaladást a 3. fenntartható fejlődési cél felé (lásd: **1. háttérmagyarázat**). A WHO ezért beruházásokra szólított fel az egészségügyi rendszerek terén a régóta fennálló hiányosságok orvoslására, segítve az egyes országokban a helyreállítást és a jövőbeli egészségügyi veszélyekkel szembeni ellenálló képességük fejlesztését.

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

1. háttérmagyarázat

A Covid19 hatásai az egészségügyi támogatásokra

A WHO-nak a fenntartható fejlődési célokról szóló 2023. évi különjelentése rámutatott arra, hogy a Covid19-világjárvány miatt a fejlődő országokban romlott az egyetemes egészségügyi ellátás, és fennakadások voltak tapasztalhatók az alapvető egészségügyi szolgáltatásokban (pl. oltási kampányok). A jelentés következtetése szerint a világjárvány lelassította az előrehaladást a 3. fenntartható fejlődési cél felé.

A jelentés további megállapítása szerint az alapvető egészségügyre irányuló globális hivatalos fejlesztési támogatás legnagyobb része (9,6 milliárd dollár) 2021-ben a Covid19-járvány megfékezésére irányult (6,3 milliárd dollárt fordítottak oltóanyag-adományozásra).

Ami a Covid19 hatásaival szembeni uniós intézkedéseket illeti, a Bizottság 2020-ban több mint 440 millió eurót, a 2021–2027-es programozási időszakra pedig eddig több mint 1,27 milliárd eurót különített el.

06 Nemzetközi léptékű az aggodalom amiatt, hogy lelassult az előrelépés az egyetemes egészségügyi ellátás irányába⁸, ám a pénzügyi, humán és anyagi erőforrások krónikus hiánya miatt nehéz kielégíteni a fejlődő országok folyamatosan növekvő népessége egészségügyi szükségleteit. Az Afrikai Unió legfrissebb adatai (2021) szerint csak két afrikai ország – Dél-Afrika és a Zöld-foki-szigetek – teljesítette az [Abujai Nyilatkozat](#) azon célkitűzését, hogy a nemzeti költségvetésük legalább 15%-át minden évben az egészségügyre fordítsák⁹. A fejlődő országoknak nyújtott nemzetközi segély célja a helyi egészségügyi rendszerek javítása és az egészségügyi szolgáltatások fenntartható megerősítése annak érdekében, hogy azok megfeleljenek a helyi igényeknek, mindenki számára hozzáférhetőek legyenek, a szegénységben élőkről sem megfeledkezve.

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

⁹ *Africa Scorecard on Domestic Financing for Health*, Afrikai Unió.

07 A WHO szerint az egészségügyi rendszer része „minden olyan szervezet, ember és tevékenység, amelynek elsődleges célja az egészség előmozdítása, helyreállítása vagy fenntartása”¹⁰. Más szóval olyan struktúráknak kell rendelkezésre állniuk, amelyek támogatni tudják az egészségügy javulását és az egyenlőség megvalósulását az egészség terén, kiküszöbölve közben az egészségügyi ellátás pénzügyi akadályait. A WHO meghatározása szerint egy egészségügyi rendszer ebből a hat építőelemből áll össze: szolgáltatásnyújtás; egészségügyi munkaerő; egészségügyi információs rendszerek; gyógyászati termékek, vakcinák és technológiák; finanszírozás; irányítás és kormányzás. A WHO számára fontos az egészségügyi rendszerek megerősítésének (HSS) koncepciója, vagyis ezen építőelemek javítása és kölcsönhatásaik arra irányuló működtetése, hogy minden egészségügyi szolgáltatás és az egészségügy terén elért eredmények méltányosan és tartósan javuljanak. Az egészségügyi rendszerek megerősítése a technikai ismeretek és a politikai akarat függvénye¹¹.

08 Az egészségügyi rendszereket megerősítő tevékenységek hagyományosan jobbra a „bemeneti korlátok” csökkentésére összpontosítottak, vagyis az egészségügyi rendszereket olyan anyagi erőforrásokkal támogatták, mint szúnyogháló, fogamzásgátlók és más gyógyszerek. E tevékenységek önmagukban azonban nem elegendőek olyan átfogó célok eléréséhez, mint a szakpolitikák, a jogi szabályozás, a szervezeti struktúrák vagy az ellátórendszerek javítása az erőforrások eredményesebb felhasználása érdekében¹².

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

¹¹ *Health systems strengthening*, Unlimit Health.

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

Uniós válaszintézkedések a partnerországok egészségügyi kihívásaira

09 Az Unió által a partnerországokban nyújtott egészségügyi támogatást az [Európai Unió működéséről szóló szerződés](#) 168. cikkének (3) bekezdése támasztja alá, amely kimondja, hogy „az Unió és a tagállamok elősegítik az együttműködést harmadik országokkal és a népegészségügy területén hatáskörrel rendelkező nemzetközi szervezetekkel”.

10 Az Unió jelenlegi egészségügyi támogatási politikáját és célkitűzéseit számos szakpolitikai dokumentumban dolgozták ki a közelmúltbeli költségvetési ciklusok során. A vonatkozó globális¹³ és uniós szakpolitikákat és stratégiákat a [2. ábra](#) és az [1. melléklet](#) mutatja be.

2. ábra. Globális és uniós egészségügyi támogatási politikák és stratégiák: időbeli áttekintés

Forrás: Európai Számvevőszék, a Nemzetközi Partnerségek Főigazgatóságától (DG INTPA) származó információk alapján.

11 2005-ben az Európai Parlament, a Tanács és a Bizottság elfogadta az [európai konszenzust a fejlesztéspolitikáról](#), amely megerősítette az Unió elkötelezettségét a nemzetközileg elfogadott fejlesztési célkitűzések (azaz a millenniumi fejlesztési célok) teljesítése mellett. Ez a [szakpolitika](#) 2017-ben lett alkalmazandó a fenntartható fejlődési célokra vonatkozóan.

¹³ A millenniumi fejlesztési célok, a párizsi nyilatkozat, a puszani nyilatkozat és a 2030-ig tartó időszakra vonatkozó fenntartható fejlődési menetrend.

12 2010-ben a Bizottság elfogadta „Az Unió szerepe a globális egészségügy terén” című közleményt¹⁴: ez az Unió egészségügyi segélyezési politikájáról szóló nyilatkozat két egymást követő többéves pénzügyi keretre (2014–2020 és 2021–2027) volt hatással. A kapcsolódó tanácsi következtetésekből¹⁵ a Tanács felszólította a Bizottságot és a tagállamokat, hogy közösen fellépve kezeljék prioritásként az egészségügyi rendszer megerősítésének támogatását a partnerországokban. A Bizottság 2022 novemberében új globális egészségügyi stratégiát¹⁶ fogadott el, amelyben megerősítette a fenntartható fejlődési célok és a fejlesztési politikáról szóló európai konszenzus iránti elkötelezettségét.

13 Az **1. táblázat** bemutatja, hogy a legutóbbi három programozási időszakban mennyit fordítottak a Bizottság irányítása alá tartozó egészségügyi támogatási programokra. Ezen a területen az uniós pénzügyi támogatást elsősorban a Nemzetközi Partnerségek Főigazgatósága (DG INTPA) kezeli.

1. táblázat. Az uniós egészségügyi támogatás alakulása bizottsági szervezeti egységek szerint (kifizetések, millió euró)

Az Európai Bizottság felelős szervezeti egysége	2007–2013	2014–2020	2021–2027 (2024. január)	2007 óta a teljes összeg %-ában
DG INTPA (korábban DEVCO)	2 887	2 812	2 244	86,5%
DG NEAR (az IPA-eszközök kivételével)	400	429	193	11,2%
Egyéb (Külpolitikai Eszközökért Felelős Szolgálat, DG ECHO, DG SANTE és DG REFORM)	55	153	7	2,3%
ÖSSZESEN	3 342	3 394	2 444	100%

Forrás: Európai Számvevőszék, a DG INTPA által az OPSYS adatbázisból 2024 januárjában kinyert adatok alapján.

¹⁴ COM(2010) 128.

¹⁵ A Tanács 2010. május 10-i következtetése: Az Unió szerepe a globális egészségügy terén.

¹⁶ COM(2022) 675.

14 Az egészségügyi támogatás uniós finanszírozását egy földrajzi pillér (országos és regionális programok keretében végrehajtott intézkedések) és egy tematikus pillér (világméretű problémák kezelésére irányuló intézkedések) alkotja. A földrajzi és tematikus pillérek többéves indikatív programok (MIP) kidolgozását írják elő, amelyek az azonosított kihívások kezeléséhez egy hétéves időszakra meghatározzák a prioritásokat és célkitűzéseket.

15 Az Európai Fejlesztési Alapot (EFA), a Fejlesztési Együttműködési Eszközt (DCI) és a Szomszédági, Fejlesztési és Nemzetközi Együttműködési Eszköz¹⁷ (NDICI – Globális Európa) eszközeit létrehozó jogszabályok tartalmaztak egy „földrajzi pillért”, amelynek pénzügyi keretösszegei felhasználhatók arra, hogy uniós kétoldalú egészségügyi támogatást nyújtsanak egyes partnerországoknak és régióknak. A földrajzi pillér elsősorban a partnerországok egészségügyi rendszereit megerősítő programok és projektek végrehajtását finanszírozza. Az uniós képviseletek ezen projektek végrehajtásához igénybe vehetnek nem kormányzati szervezeteket, uniós tagállamok végrehajtó ügynökségeit vagy nemzetközi szervezeteket, például ENSZ-ügynökségeket.

16 Ugyanezen eszközök felhasználásával a Bizottság a „tematikus pilléren” keresztül is különít el egészségügyi finanszírozást, főként globális egészségügyi kezdeményezésekre (GHI). Ezek a globális egészségügyi kihívások kapcsán világszerte igyekeznek összefogni az érdekelt felek erőfeszítéseit. A globális egészségügyi kezdeményezések azzal támogatják az egészségügyi programok végrehajtását alacsony és közepes jövedelmű országokban, hogy forrásokat mozgósítsanak, kezelnek és osztanak szét. A Bizottság által támogatott két legnagyobb GHI az AIDS, a tuberkulózis és a malária elleni küzdelmet célzó globális alap ([Globális Alap](#)), valamint az Oltóanyag-szövetség ([GAVI](#)).

17 Az NDICI – Globális Európa tematikus pillére négy tematikus programból áll:

- emberi jogok és demokrácia;
- civil társadalmi szervezetek;
- béke, stabilitás és konfliktusmegelőzés;
- globális kihívások.

¹⁷ Az (EU) 2021/947 rendelet.

18 Az NDICI – Globális Európa nem pontosítja, hogy mennyit különítenek el az egészségügyre. A „**Globális kihívások**” többéves indikatív programon (MIP) belül az 1. prioritási terület (Emberek) 1835 millió euró indikatív költségvetéssel rendelkezik (ami az NDICI teljes tematikus pillérének 28,8%-a, illetve a „Globális kihívások” MIP 50%-a), amely más prioritások mellett az egészségügyet is felöleli.

Az ellenőrzés hatóköre és módszere

19 Értékeljük a partnerországokban az egészségügyi rendszerekhez nyújtott uniós pénzügyi támogatást a következő kérdések megválaszolásához:

- o Egyértelmű célkitűzéseket határozott meg a Bizottság az egészségügy pénzügyi támogatására vonatkozóan, és a célkitűzésekkel összhangban választotta meg intézkedéseit?
- o Elérte a várt eredményeket az egészségügyi rendszerek megerősítéséhez nyújtott uniós pénzügyi támogatás?
- o Figyelembe vette a Bizottság a fenntarthatóságot beavatkozásainak valamennyi szakaszában?

20 Az ellenőrzés középpontjában a DG INTPA által a partnerországok egészségügye számára a 2014–2020-as programozási időszakban nyújtott pénzügyi támogatás állt. Figyelembe vettük továbbá a 2007–2013-as időszakot (fenntarthatósági értékelésünkhöz) és a 2021–2027-es NDICI-program kezdetét (az adatokat 2024 januárjáig gyűjtöttük össze). A globális és országspecifikus allokációkra összpontosítottunk.

21 Munkánk során elemeztük a Bizottság (DG INTPA és uniós képviseltek) által rendelkezésre bocsátott, az Unió egészségügyi segítségnyújtási stratégiáiról, a célkitűzések és mutatók meghatározásáról, valamint a finanszírozás adott programozási időszakokban történő elosztásáról szóló dokumentumokat.

22 Több találkozót is tartottunk Brüsszelben az INTPA Főigazgatóságon. Ezenkívül látogatást tettünk a Globális Alap genfi központjában, hogy részletes információkat szerezzünk az Alap partnerországokban végrehajtott beavatkozásainak szerepéről és hatóköréről.

23 Emellett három országot – Burundit, a Kongói Demokratikus Köztársaságot (KDK) és Zimbabwét – választottunk ki az e területen nyújtott uniós egészségügyi támogatás mélyreható elemzésére. Kiválasztási kritériumaink a következők voltak: az egészségüghöz nyújtott pénzügyi támogatás lényegessége, az Unió stratégiai egészségügyi prioritásai, a pénzügyi támogatás időbeli alakulása, valamint a Globális Alapból származó támogatás volumene. Áttekintettük az egyes kiválasztott országok nemzeti egészségügyi stratégiáját és programozási dokumentumait, és megvizsgáltunk egy olyan mintát, amely a 17 legnagyobb uniós finanszírozású kétoldalú egészségügyi programjükból és projektjükből állt (lásd: [II. melléklet](#)).

24 Burundi és zimbabwei helyszíni vizsgálatunk során megkérdeztünk helyi önkormányzatokat, az uniós képviselőket, más adományozókat, a projektvégrehajtókat, nem kormányzati szervezeteket és végső kedvezményezetteket. A KDK-beli programok ellenőrzését dokumentumalapú vizsgálattal végeztük.

25 A Bizottság szerint az egészségügy az egyik prioritást élvező ágazat lett, miután a szakpolitika szintjéről az uniós stratégia szintjére lépett. Ellenőrzésünk elvégzését a globális egészségügynek az Unió fejlesztési menetrendjében látható jelentősége, valamint az uniós pénzügyi támogatás lényegessége indokolta. Jelentésünkkel várakozásunk szerint elősegítjük az uniós egészségügyi támogatás irányításának javítását és hozzájárulunk a jövőben az e területre vonatkozó uniós támogatás elosztásáról folytatott vitához.

Észrevételek

Az Unió átfogó prioritásokat határozott meg az egészségügyi támogatás tekintetében, de a finanszírozás elosztását hiányosságok jellemzik

26 Elemeztük az uniós egészségügyi támogatási stratégiák prioritásait és a DG INTPA egészségügyi programokhoz nyújtott finanszírozását. Mind a teljes finanszírozás, mind az általunk ellenőrzésre kiválasztott intézkedések mintája tekintetében értékeltük, hogy az összhangban volt-e a fenti stratégiai célkitűzésekkel.

27 A fejlesztéspolitikáról szóló 2005. évi európai konszenzus előírta, hogy a Bizottság határozza meg a globális egészségügyi kezdeményezésekben való részvétel és az azokhoz való hozzájárulás kritériumait. Ezért megvizsgáltuk a globális egészségügyi kezdeményezéseknek nyújtott finanszírozás elosztásának folyamatát.

A szakpolitikai dokumentumok átfogó paramétereket határoztak meg a finanszírozás elosztására vonatkozóan, amelyek a programozási időszakok során állandóak maradtak

28 „Az Unió szerepe a globális egészségügy terén” című 2010. évi bizottsági közlemény és az ahhoz kapcsolódó tanácsi következtetések (5. sz. következtetés) hangsúlyozták, hogy az Uniónak és tagállamainak prioritásként kell kezelniük a partnerországok egészségügyi rendszereinek megerősítését célzó támogatásukat. A hangsúly arra irányult, hogy a rendszerek fő komponensei – az egészségügyi munkaerő, a gyógyszerekhez való hozzájutás, az infrastruktúra és logisztika, valamint a decentralizált irányítás – kellő eredményességgel tudjanak méltányos és magas színvonalú egészségügyi alapellátást biztosítani mindenki számára, különösen az instabil országokban (lásd: [1. melléklet](#)). Ezt a célkitűzést kétoldalú kapcsolatokon keresztül, valamint globális kezdeményezésekben és nemzetközi fórumokon való részvétel révén kell elérni. A közlemény azt is javasolja, hogy az Unió támogassa a WHO erőteljesebb vezető szerepét, erősítse az ENSZ rendszerének eredményességét, biztosítsa a vonatkozó uniós szakpolitikák közötti koherenciát, valamint támogassa a kutatást, az információcserét és a kollektív szaktudást a globális egészségügy területén.

29 Az Unió 2022. évi globális egészségügyi stratégiája három, egymással összefüggő prioritásra összpontosít (lásd: [1. melléklet](#)):

- o az emberek egészségének és jóllétének javítása az élet minden szakaszában;
- o az egészségügyi rendszerek megerősítése és az egyetemes egészségügyi ellátás előmozdítása;
- o az egészségügyi veszélyek, köztük a világjárványok megelőzése és leküzdése az „Egy az egészség” koncepció alkalmazásával.

30 A Bizottság fő szakpolitikai dokumentumai általános keretet biztosítottak az egészségügynek nyújtott pénzügyi támogatáshoz, de operatív célkitűzéseket nem határoztak meg. A Bizottság egészségügyi támogatása megfelelt a megállapított prioritásoknak. Hozzájárult a 4., 5. és 6. millenniumi fejlesztési célhoz, később pedig a 3. fenntartható fejlődési célhoz, elsősorban kétoldalú programok és az olyan globális egészségügyi kezdeményezések támogatása révén, mint a Globális Alap, a GAVI vagy az ENSZ Népesedési Alapjának (UNFPA) ellátási partnersége. Az egészségügyi rendszerek megerősítéséhez mint fő prioritáshoz (lásd: [28.](#) bekezdés) nyújtott pénzügyi támogatás azonban – amely a földrajzi pillérből származik (lásd: [15.](#) bekezdés) – idővel csökkent.

31 A Bizottság 2020-ig elsősorban az EFA és a DCI útján különített el forrásokat az egészségügyi ellátásra. 2021 óta a fejlesztési együttműködés végrehajtása az NDICI – Globális Európa keretében történik.

32 A DG INTPA általi finanszírozásról részleteket a [2. táblázat](#) tartalmaz. A teljes összegek viszonylag állandóak maradtak, reálértéken azonban csökkentek.

2. táblázat. A DG INTPA egészségügyi támogatási kifizetések alakulása finanszírozási eszközök szerint (millió euró)

Uniós finanszírozási eszközök	2007–2013	2014–2020	2021–2027 (2024. január)
Szomszédsági, Fejlesztési és Nemzetközi Együttműködési Eszköz (NDICI – Globális Európa)			2 244
Európai Fejlesztési Alapok (EFA)	1 256	1 850	
Fejlesztési együttműködési eszköz (DCI)	1 566	943	
Egyéb	65	19	
Mindösszesen	2 887	2 812	2 244

Forrás: Európai Számvevőszék, a DG INTPA adatai alapján.

A Bizottság egészségügyi szükségleteik alapján rangsorolta a partnerországokat, de ez csekély hatással volt a kétoldalú finanszírozás elosztására

33 Mivel „Az Unió szerepe a globális egészségügy terén” című 2010. évi közlemény középpontjában az instabil helyzetben lévő országoknak nyújtott támogatás előtérbe helyezése és növelése állt (lásd: **28.** bekezdés), a DG INTPA az elosztási döntések megalapozásához összeállított egy listát a leginkább rászoruló országokról. Ezt 2020-ban újabb lista követte.

34 2010-ben a Bizottság öt mutató alapján rangsorolta a partnerországokat: az országok igényei az egészségügyi ellátás terén, állami finanszírozási képesség, az egészségügyi támogatás megfelelő felhasználására való hajlandóság, a kapott támogatás összege és az egészségügy terén mutatott múltbeli teljesítmény. A 2020. évi lista új módszertan alkalmazásával készült, e három nemzetközi mutató alapján: a **humán fejlettségi mutató**, a **humántőke-index** és a **3. fenntartható fejlődési cél előrehaladása**. E módszertani változás, valamint a helyzet változása miatt az országok rangsora a két listán jelentősen eltér (lásd: **3. táblázat**).

3. táblázat. Az egészségügy prioritásainak és finanszírozásának alakulása a leginkább rászoruló partnerországok esetében 2010-ben

Az INTPA rangsora		Partnerország	Az egészségügy prioritásként szerepel a nemzeti indikatív programban			
2010	2020		Kötelezettségvállalások 2007–2013 (millió euró)	2007–2013	2014–2020	2021–2027
1	26	Tanzánia	0,018	×	0	×
2	32	Zambia	68	✓	2,3	×
3	13	Afganisztán	198	✓	172,5	✓
4	5	Mozambik	24	✓	0	×
5	33	Közép-afrikai Köztársaság	0	×	7,4	✓
6	2	Sierra Leone	24,2	✓	0	×
7	3	Niger	0	✓	11,8	✓
8	6	Libéria	63,5	✓	0	×
9	28	Szudán	0	×	0	×
10	29	Zimbabwe	39	✓	132,6	✓
11	14	Burundi	30,1	✓	120,4	✓
12	4	Mali	0	✓	1,2	×
13	41	Szenegál	0	✓	0	×
14	9	Nigéria	85	✓	78,5	✓
15	43	Ruanda	0	×	0	×
16	20	Gambia	0	×	2,8	×
17	7	Guinea	29,5	✓	23	✓
18	18	Madagaszkár	31,9	✓	0	×
19	1	Csád	10	✓	1,2	×
20	38	Comore-szigetek	0	×	0	×

Lila cellák = olyan országok, ahol az egészségügy nem minősül kiemelt ágazatnak a 2014–2020-as időszakra vonatkozó nemzeti indikatív programban (NIP).

Sárga cellák = olyan országok, ahol az egészségügy nem minősül kiemelt ágazatnak a 2021–2027-es időszakra vonatkozó többéves indikatív programban (MIP).

(*) Szenegál, Ruanda, Mozambik és Niger a 2021–2027-es többéves indikatív programjában az egészségügyet nem tekinti prioritást élvező területnek, de részesülnek a regionális „szubzaharai Afrika” többéves indikatív program forrásaiból.

Forrás: Európai Számvevőszék, a DG INTPA adatai alapján.

35 A partnerországok rangsorban elfoglalt helye és az egészségügy kétoldalú pénzügyi allokációja kevésbé korrelált (lásd: [3. táblázat](#)). Tanzánia, a 2010-es listán első helyen szereplő ország, 2007 és 2013 között nagyon kevés támogatást kapott. Sierra Leone mindkét listán kiemelt helyen szerepelt, de csak 2007 és 2013 között részesült támogatásban. Mozambik szintén kevés támogatást kapott annak ellenére, hogy a két lista élén szerepelt. Az egészségügy a három ország egyikében sem tartozott az uniós finanszírozás prioritásai közé, és bizonyos mértékig az egészségügy regionális keretek közt részesült támogatásban. Ugyanakkor Zimbabwe és Burundi viszonylag jelentős mértékű egészségügyi támogatásban részesült, pedig mindkét prioritási listán alacsonyabb helyen szerepelt. A 2014–2020-as időszakban a legtöbb támogatásban a KDK, Afganisztán, Zimbabwe, Etiópia és Burundi részesült. A jelenlegi programozási időszakban (2021–2027) a Bizottság által az egészségügyi ágazat számára nyújtott finanszírozás öt fő kedvezményezettje a KDK, Afganisztán, Burundi, Nigéria és Etiópia volt.

36 E különbségek fő okai a „programozási elvek”¹⁸, különösen az [\(EU\) 2021/947 rendelet](#) 13. cikke (1) bekezdésének a) pontjában meghatározott "felelősségvállalás elve", amely előírja, hogy a programozás a partnerkormányokkal folytatott szakpolitikai párbeszédre alapuljon. Ennek megfelelően az ágazatspecifikus támogatásnak az egyes partnerországok prioritásaitól kell függenie. További ok volt az, hogy a nemzeti indikatív programokban csak korlátozott számú kiemelt terület szerepelhetett (a 2014–2020-es többéves pénzügyi keretben legfeljebb három). Megtörténik, hogy más sürgető – főként gazdasági – szükségletek miatt az egészségügyi szükségletekre nem jut figyelem: például a 2020. évi listát vezető Csád (lásd: [3. táblázat](#)) többéves prioritásai a kormányzás, a humán fejlődés (az egészségügyön kívül) és a zöld megállapodás. A Bizottság elemzése ezért csak a programozási tárgyalások megkezdéséhez adott iránymutatást, de a finanszírozás elosztása szempontjából nem volt döntő tényező.

37 Ugyanezen okokból az egészségügyet kiemelt ágazatként kezelő országos többéves indikatív programok száma a 2007–2013-as programozási időszakra a 2014–2020-as időszakra 48-ról 17-re csökkent. Az NDICI – Globális Európa (2021–2027) keretében az egészségügy az összesen 86 ország többéves indikatív programjából 27 esetében kiemelt terület (vagyis 59 ország többéves indikatív programja nem kezeli ilyen módon prioritásként az egészséget). A [III. melléklet](#) tartalmazza azoknak az országoknak a teljes listáját, amelyek a legutóbbi három programozási időszakban prioritásként kezelték az egészségügyet.

¹⁸ [14/2023. sz. különjelentés](#).

A tematikus pillérből származó allokációkhoz használt módszertant nem tették hivatalossá és nem dokumentálták megfelelően

38 A földrajzi allokációk mellett (országoként vagy régióként) az Unió tematikus finanszírozással is támogatja az egészségügyet (lásd: [16. bekezdés](#)), amely a globális egészségügyi kezdeményezésekre irányul. A globális egészségügyi kezdeményezésekre fordított uniós kiadások az ellenőrzés által érintett három többéves pénzügyi keretben jelentősen nőttek (lásd: [4. táblázat](#)). Az elmúlt években a Covid19-világjárvány felerősítette ezt a tendenciát. Emellett a 2014–2020-as többéves pénzügyi kerettel kezdve több uniós támogatást nyújtottak a globális egészségügyi kezdeményezéseken keresztül, mint amennyi a közvetlenül, kétoldalú segítségként a partnerországoknak nyújtott támogatás. A Bizottság által támogatott két fő kezdeményezés a [Globális Alap](#) és a [GAVI](#) (lásd: [16. bekezdés](#) és [IV. melléklet](#)). Az Európai Bizottság annak 2002-es elindítása óta támogatja a Globális Alapot, a GAVI-t pedig 2003-ban, három évvel annak 2000. évi létrehozása után kezdte támogatni.

4. táblázat. A Bizottság globális egészségügyi kezdeményezések részére történő kifizetések alakulása (millió euró)

Globális egészségügyi kezdeményezés (GHI)	2007–2013	2014–2020	2021-2027 (2024. januárig)	Mindösszesen (2007 – 2024. január)
Globális Alap	585	853	1 017	2 455
GAVI Oltóanyag-szövetség	20	285	510	815
WHO–UHC partnerség	22	150	37	209
Világjárvány-alap			227	227
UNFPA ellátási partnersége	48	50	45	143
Globális finanszírozási eszköz (IBRD)		24		24
UNAIDS – Közös ENSZ HIV/AIDS Program	2			2
GHI összesen	677	1 362	1 836	3 875
Kétoldalú támogatás összesen (a III. mellékletben felsorolt országok)	1 308	990	136	2 435
DG INTPA egészségügyi támogatás összesen	2 887	2 812	2 244	7 944
% Teljes GHI/Teljes DG INTPA egészségügyi támogatás	23,4%	48,4%	81,8%	48,7%
% Teljes kétoldalú segély/Teljes DG INTPA egészségügyi támogatás	45,3%	35,2%	6,1%	30,7%

Forrás: A DG INTPA irányítópultja és adatok kinyerése a CRIS/OPSYs adatbázisból az egészségügyi DAC-kódok alapján.

39 Sem az NDICI – Globális Európa rendelet, sem a kapcsolódó tematikus többéves indikatív program nem határozza meg az egyes globális egészségügyi kezdeményezésekre elkülönített uniós finanszírozást. A Bizottság szerint a globális egészségügyi kezdeményezések finanszírozásra történő kiválasztása azután történt, hogy áttekintettek értékeléseket, a finanszírozási hiányt, a rendelkezésre álló költségvetést, a fenntartható fejlődési célok felé tett előrehaladást és az egyes globális egészségügyi kezdeményezések beszámolásából származó mutatókat, valamint tekintetbe vettek stratégiai megfontolásokat és felmérték, hogy milyen befolyást gyakorol a DG INTPA a globális egészségügyi kezdeményezések irányító szervein belül. Megállapítottuk azonban, hogy a folyamatot nem dokumentálták megfelelően. Igaz, hogy a Bizottság alkalmazott mennyiségi és minőségi elemeket, ám a módszertan nem egy formális, előre meghatározott konkrét és számszerűsíthető kritériumrendszeren alapult.

Az uniós finanszírozás elősegítette az egészségügyi rendszerek működését, de eredményességét koordinációs problémák hátráltatták

40 Megvizsgáltuk a részletes elemzésre kiválasztott három partnerországban végrehajtott uniós egészségügyi segítségnyújtási beavatkozások relevanciáját és eredményességét, az adományozók, a projektvégrehajtók és a kormányzati intézmények közötti koordinációt, a beavatkozások irányításának költségeit, az uniós finanszírozás láthatóságát és a nyomonkövetési intézkedéseket. Megvizsgáltuk, hogy a Bizottság azonosította és rangsorolta-e a releváns beavatkozásokat, hogy azok konzisztensek legyenek a nemzeti egészségügyi politikával és a civil társadalom elvárásaival, és összhangban legyenek a finanszírozás elosztásával. Megvizsgáltuk azt is, hogy a beavatkozásokat összehangolják-e más adományozókkal, és hogy azok elősegítik-e a stratégia és célkitűzések megvalósítását, valamint hogy ellenőrizhetők-e a beavatkozások eredményei.

Az Unió a kiválasztott országok szükségleteivel összhangban lévő különböző egészségügyi beavatkozásokat támogatott

41 Megállapítottuk, hogy az általunk részletes elemzésre kiválasztott három országban némileg eltérnek az Unió által finanszírozott beavatkozások típusai. Burundiban a 2014–2020-as időszakban az uniós támogatást többek között a várandós nők és az öt év alatti gyermekek ingyenes egészségügyi ellátására használták fel. Más projektek, amelyekről azt várták, hogy az egészségügyi rendszert a sebészeti kapacitás körzeti szintű növelésével vagy a digitalizáció és a mentális egészség területén erősítsék, a forrásoknak csak kis százalékában részesültek e tevékenységek végrehajtására. Bururi, Makamba és Gitega tartományban az Unió által juttatott közel 9 millió euró 28%-át működési költségekre és humán erőforrásokra fordították.

42 A Bizottság egymást követő többadományozós alapokon keresztül támogatta a zimbabwei egészségügyi rendszert. Az Egészségügyi Fejlesztési Alap (HDF), amely a 2016–2022-es időszakban működött, költségvetésének több mint egyharmadát alapvető gyógyszerek és táplálkozási cikkek beszerzésére fordította (lásd: [3.](#) ábra).

43 Az elmúlt három programozási időszakban a KDK az uniós egészségügyi támogatás egyik első számú kedvezményezettje volt, és az országnak nyújtott kétoldalú uniós támogatás egyik prioritásként az egészségügyre irányult. Az Unió által a KDK-ban végrehajtott kétoldalú programok és projektek a következőkre összpontosítottak:

- o a kórházak és egészségügyi központok újjáépítése;
- o ügynökségek létrehozása az egészségügyi struktúrák működési és ellátási költségeinek kezelésére;
- o a minőségi gyógyszerellátás javítása;
- o az egészségügyi hatóságok megerősítése.

44 Megítélésünk szerint ezek a beavatkozások túlnyomórészt relevánsak voltak az ország szükségletei szempontjából.

A koordinációs erőfeszítések és elosztó rendszerek körzeti szinten nem megfelelőek

45 A kiválasztott országokban erőfeszítések történtek a koordináció javítására és az elosztórendszerek megerősítésére. Elemzésünk során megállapítottuk, hogy a nemzeti koordinációs törekvések gyakran csak az országos stratégiákra és régiónkénti elosztásra összpontosítanak. Ugyanakkor alacsonyabb szinten, a körzetek és klinikák szintjén is szükség van koordinációra, hogy tényleg azt kapják meg, amire szükségük van. Vidéki klinikákat felkeresve észleltük, hogy javítani kell a szükségletek elemzését és a gyógyszerek elosztását, mivel a legtöbb klinika gyógyszerterében üres polcokat találtunk (lásd: **47.** bekezdés).

46 Zimbabwében az értékelők¹⁹ megállapították, hogy a projektek nem kezelték kimerítően az egyes problémákat, ami a beavatkozások ismétlődéséhez vezetett. Burundiban és Zimbabwében egyaránt találoztunk olyan esetekkel, amikor a támogatások révén beszerzett berendezések kihasználatlanul álltak (lásd: **2. háttérmagyarázat**).

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

2. háttérmagyarázat

Kihasztnálatlan berendezések Burundiban és Zimbabwében

Egy Burundiban felkeresett kórházban megállapítottuk, hogy két új, uniós finanszírozású inkubátor ugyan használatban volt, három másik (egy másik donornak köszönhető) inkubátor azonban nem. Az új uniós finanszírozású inkubátorokra nem is lett volna szükség, ha a más donoroktól korábban kapott inkubátorok működőképesek lettek volna.

Egy zimbabwei körzeti kórházban megállapítottuk, hogy két, vadonatúj ultrafagyasztót tartalmazó doboz több mint fél éve áll a folyosón, mivel a kórház nem tudta használni azokat. A kedvezményezett nem tudott magyarázatot adni e tételek eredetére, és a berendezések finanszírozási forrását sem lehetett megállapítani. Ha jobban elemezték volna a kórház szükségleteit, az adományozók közösségétől származó forrásokat eredményesebben lehetett volna felhasználni.

47 Az Egészségügyi Fejlesztési Alap zimbabwei projektjében a legnagyobb költségvetési tétel az orvosi termékekre és oltóanyagokra vonatkozik (lásd: **3. ábra**). A többadományozós beruházások ellenére korlátozott volt a gyógyszerek elérhetősége, amint azt helyszíni látogatásaink során megfigyeltük (lásd: **1. kép**). Megállapítottuk, hogy néhány alapvető gyógyszer már több hónapja nem volt készleten. Találkoztunk olyan esetekkel is, amikor még le nem járt gyógyszereket dobtak ki.

48 A PASS projekt végső értékelése Burundiban a gyógyszeripari termékek kezeléséhez kapcsolódó kapacitások megerősítését ajánlotta. Az Egészségügyi Minisztérium 2021. évi éves jelentése megerősíti, hogy fő akadályt jelentett a készlethiány és a gyógyszerhiány.

49 Végezetül, ami a KDK-t illeti, a 2014–2020-as időszak legnagyobb egészségügyi projektje, a PRO DS (2022. január 17-én közzétett) félidős értékelése megállapította, hogy az alapvető gyógyszerekkel való ellátással kapcsolatos három célkitűzés csak részben valósult meg, mivel a Gyógyszerbeszerzési Központok Szövetségének és az Egészségügyi Szolgáltatások Főigazgatóságának átszervezése nem volt eredményesnek mondható.

1. kép. Egy általunk felkeresett zimbabwei klinikán egyes gyógyszerek tartósan nem voltak készleten



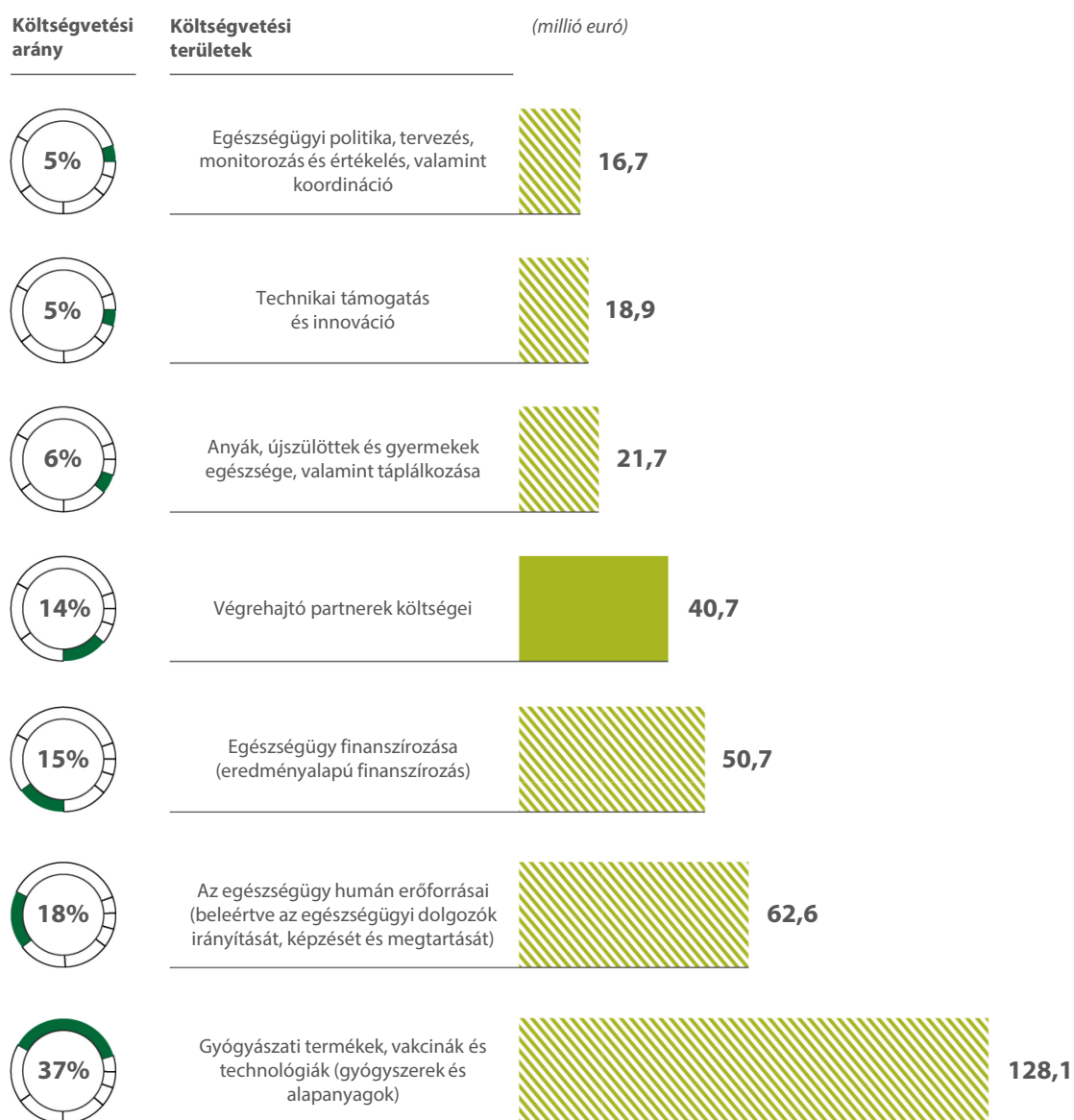
Forrás: Európai Számvevőszék.

A végrehajtás többlépcsős struktúrája kihat a költségekre

50 Az egészségügyi ágazatban végrehajtott beavatkozások költségeire a végrehajtás többlépcsős struktúrája is kihat. A projekteket gyakran végrehajtó partnerek irányítják, akik alvállalkozókat vesznek igénybe. Mindezen szereplők irányítási díjakat szednek be, ami csökkenti a végső kedvezményezettek rendelkezésére álló pénzüsszeget.

51 A Bizottság Zimbabweben olyan alapokhoz járult hozzá, amelyeket több adományozó finanszírozott. Az Egészségügyi Fejlesztési Alap projektjének, amely 2016 és 2020 között zajlott, két végrehajtó partnere volt. A végrehajtó partnerek a költségvetés 7%-át az irányítási költségekre, további 7%-át pedig a székhely irányítási költségeire terhelték: ez a teljes költségvetés 14%-ának felel meg. Más szóval az irányítási költség végösszege magasabb volt, mint némelyik beavatkozási fejezet előirányzatai. A **3. ábra** azt mutatja, hogy a végrehajtó partnerek költségei közel kétszeresét tették ki az anyák, újszülöttek és gyermekek egészségére és táplálkozására elkülönített összegnek.

3. ábra. Az Egészségügyi Fejlesztési Alap költségvetése (Európai Unió + más adományozók) Zimbabwében (2016–2022)



Forrás: Európai Számvevőszék.

52 Megállapítottuk, hogy Burundiban a közvetlenül az Unió által finanszírozott „Twiteho Amagara” elnevezésű projektek működési költségei meghaladták a 30%-ot. A projekteket Burundi mind a 18 tartományában öt konzorcium valósította meg. A konzorciumoknak juttatott teljes összeg 45 millió euró volt, amelynek közel egyharmada (14 millió euró) a működési költségeket fedezte.

A különböző finanszírozási csatornák koordinációja nem egyszerű

53 A Bizottság két különböző finanszírozási csatornát – földrajzi finanszírozást és globális kezdeményezéseket – használ fel ugyanazon földrajzi területek támogatására. Ráadásul az elmúlt években a globális egészségügyi kezdeményezések kiterjesztették hatókörüket horizontálisan az egészségügyi rendszerek megerősítésének területére. Emiatt átfedések kockázata merülhet fel a Bizottság és a globális egészségügyi kezdeményezések intézkedései között, valamint fennáll a kockázat, hogy nem erősödnek meg a szinergiák a Bizottság és a globális egészségügyi kezdeményezések beavatkozási területei, illetve az egyes globális egészségügyi kezdeményezések között.

54 A Globális Alap a finanszírozáshoz való hozzáféréshez és annak felhasználásához minden egyes kedvezményezett országban egyértelmű mechanizmust követel meg a közös erőfeszítések összehangolására. Mivel az érdekelt feleknek (különösen a helyi közösségeknek) a nemzeti koordinációs megállapodásokban való képviselete problémás, ez gyakran külön országos koordinációs mechanizmus létrehozását teszi szükségessé. Megállapításunk szerint ezzel a mechanizmussal megnőnek a partnerországra járó adminisztratív terhek. Burundi tisztviselők például jelezték, hogy e miatt a komplexitás miatt érdeklődnek az országkoordinációs mechanizmusnak az egészségügyi és fejlesztési partnerségi keretbe történő összevonása iránt, amely utóbbi az egészségügyi minisztérium által irányított átfogó koordinációs struktúra.

55 A Bizottság részt vesz a globális egészségügyi kezdeményezések irányító szerveiben, valamint a 2023. évi **lusakai menetrend** irányításában és végrehajtásában, amely koordinációs fórumot biztosít a globális egészségügyi kezdeményezések jövőjével kapcsolatban. A lusakai menetrend több alapvető követelményt határozott meg, hogy a globális egészségügyi kezdeményezések jobban elő tudják segíteni az élet védelmét és világszerte az emberi egészség javítását. Ilyen követelmény az egészségügyi alapellátáshoz való nagyobb mértékű hozzájárulás, katalizáló szerep a hazai finanszírozású egészségügyi szolgáltatások támogatása terén, az egészségügyi méltányosság elérésére irányuló közös megközelítések, a globális egészségügyi kezdeményezések irányítási modelljeinek stratégiai és működési koherenciája, valamint a kutatás és fejlesztés összehangolása a regionális gyártással. A menetrend eredményes végrehajtása alapvető fontosságú annak összehangolásához, ahogy az adományozók, a globális egészségügyi kezdeményezések és a nemzeti kormányok a partnerországok egészségügyi rendszereinek megerősítésén munkálkodnak.

Az uniós finanszírozású helyszíni fellépések láthatósága alacsony, különösen akkor, ha összevonják a különböző adományozóktól származó forrásokat

56 Az uniós fellépések láthatósága elengedhetetlen az Unió szerepének megerősítéséhez a világban. A Bizottság több iránymutatása összpontosít kifejezetten a külső fellépésekre²⁰. Az uniós finanszírozás kedvezményezettjeinek kötelességük gondoskodni az uniós láthatóságról. A szabályok a társmárkákra is vonatkoznak, amelyeknél a legtöbb esetben az uniós emblémát legalább olyan jól láthatóan fel kell tüntetni, mint a többi logót.

57 Helyszíni látogatásaink során feltártuk, hogy az uniós finanszírozású intézkedések láthatósága nem kielégítő. A leggyakoribb probléma az, hogy a kedvezményezettek tudnak a projektről vagy annak végrehajtóiról, de nincsenek tisztában azzal, hogy a finanszírozás az Uniótól származik.

²⁰ *Communicating and raising EU visibility: Guidance for external actions*, Európai Bizottság.

58 A projektvégrehajtók általában sokkal láthatóbbak, mint az adományozók, és a kedvezményezettek általában úgy érzékelik, mintha ők lennének a projekt finanszírozói. Burundiban például találoztunk olyan esetekkel, amikor az uniós zászló az Európai Uniót azonosító kísérő szöveg nélkül jelenik meg (lásd: **2. kép**), ami nincs összhangban az iránymutatásokkal (lásd: **56.** bekezdés). Ez azért problematikus, mert a helyi lakosság nem mindig társítja a zászlót az Európai Unióval. Más esetekben csak a projektvégrehajtó logóját tüntették fel.

2. kép. Az uniós zászló logója az Európai Uniót azonosító szöveg nélkül



Forrás: Európai Számvevőszék.

59 A több adományozót tömörítő alapok esetében a kedvezményezettek általában nem ismerik valamennyi adományozót, csak az alap nevét. Noha előírás, hogy az uniós támogatást legalább olyan hangsúlyosan meg kell jeleníteni, mint a többi hozzájáruló támogatását, a végső kedvezményezettek mégis csak a végrehajtó partnert tüntetik fel. Ez hátráltatja azt a célkitűzést, hogy több figyelem irányuljon az Unió külső politikáira és globális fellépéseire.

A teljesítménymutatók túl átfogó volta és az adatok hiányosságai hátráltatják az uniós egészségügyi támogatások eredményeinek mérését

60 A Bizottság által használt uniós eredménykeretben néhány egészségügyi mutató szerepel a stratégiai célkitűzések elérésének mérésére (2017-ig öt mutató, azóta kettő). Ezek a mutatók (lásd: **5. táblázat**) a specifikusan uniós támogatás eredményeinek mérésére szolgálnak. A gyakorlatban mégis az adományozók teljes közössége által nyújtott támogatás eredményét teszik láthatóvá, míg az egészségügyi ágazatban végrehajtott uniós fellépésekről csak részleges képet adnak.

5. táblázat. Az egészségügyi mutatók alakulása az uniós eredménykeretben

2015–2017	2018-tól
Az uniós támogatással immunizált egyévesek száma	Az uniós támogatással immunizált egyévesek száma
Azon nők száma, akik uniós támogatással alkalmaznak fogamzásgátló módszert	Azon reprodukciós korú nők száma, akik uniós támogatással korszerű fogamzásgátlási módszereket alkalmaznak
Azon szülések száma, amelyekhez az uniós támogatásnak köszönhetően szakképzett egészségügyi személyzet asszisztált.	-
Azon személyek száma, akik előrehaladott HIV-fertőzésben szenvednek és uniós támogatással jutnak hozzá az antiretrovirális terápiához	-
Az uniós támogatással szétosztott, rovarölő szerrel kezelt ágy-(szúnyog)hálókat száma	-

Forrás: Az Unió 2015. évi nemzetközi együttműködési és fejlesztési eredménykerete (EURF), a 2018. évi felülvizsgált EURF, valamint a Globális Európa 2022. évi felülvizsgált eredménykeretét tartalmazó globális teljesítményfigyelő rendszer.

61 Hasonlóképpen: a globális egészségügyi kezdeményezések által használt teljesítménymutatók gyakran nem kizárólag e kezdeményezések fellépéseinek eredményeiről tanúskodnak, hanem az összes adományozó és a kedvezményezett országok kormányainak együttes fellépését tükrözik (pl. a Globális Alap halálzási arányokra vonatkozó fő teljesítménymutatója).

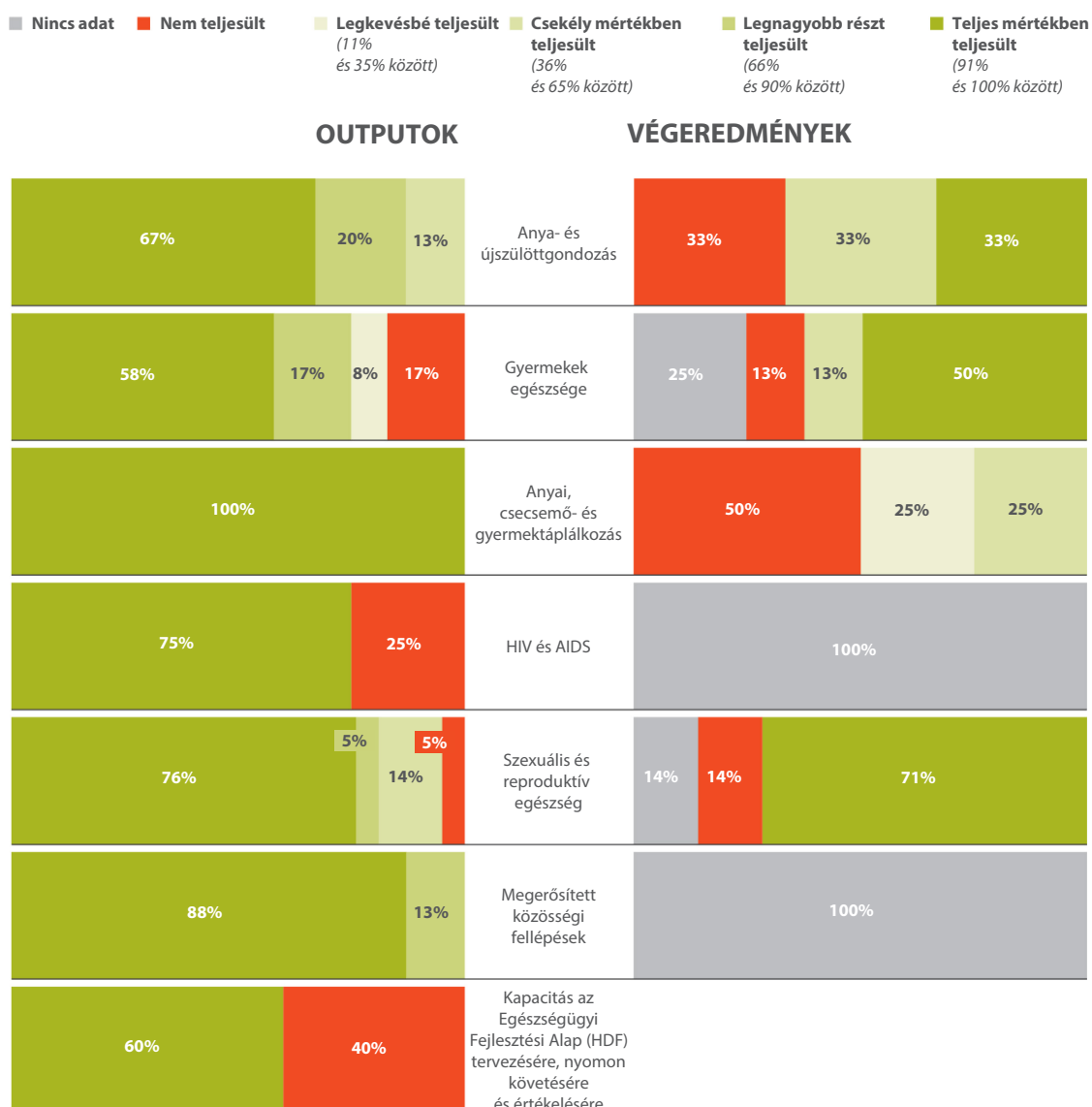
62 A forrásötvözésnek köszönhetően elért eredményekről nem tájékoztatják megfelelően az uniós képviselőket. A zimbabwei képviselő például negyedéves végrehajtási jelentéseket nem, csak éves eredményjelentéseket kapott, amelyek nem tartalmaztak elegendő információt a források felhasználásáról.

63 Amint fentebb kifejtettük (lásd: **60.** és **61.** bekezdés), nehéz elkülöníteni az uniós beavatkozás hatását más adományozók támogatásától és egyéb külső tényezőktől. Burundiban a rendelkezésre álló értékelések becslései szerint a projekteredményeket és egyéb eredményeket részben sikerült elérni ²¹.

64 A végső értékelés szerint a zimbabwei Egészségügyi Fejlesztési Alap 24 végeredményt és 69 outputot tűzött ki célul. A mutatók szerint a legtöbb outputot elérték, míg a végeredmények terén kevesebb előrehaladásról tanúskodtak (lásd: **4.** ábra).

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; és egyéb nem nyilvános értékelések.*

4. ábra. Az Egészségügyi Fejlesztési Alap Zimbabwében: outputok és végeredmények



Forrás: Európai Számvevőszék, a zimbabwei Egészségügyi Fejlesztési Alap végső értékelése alapján.

65 A KDK-ban a 2014 és 2020 közötti időszakra vonatkozó legnagyobb egészségügyi projekt, a PRO DS félidős értékelése szerint a tíz várt eredményből hármat (pl. egy referenciakórház és egészségügyi központok működésének észszerűsítése) lényegében teljes mértékben, öt eredményt pedig részben sikerült elérni (pl. a központi egészségügyi igazgatás szabályozó szerepének megerősítése). Két eredmény terén az előrelépés messze elmaradt a várttól (pl. a humán erőforrások hozzáigazítása az operatív feladatokhoz és az igazgatási funkciókhoz).

66 Ellenőrző látogatásaink során megállapítottuk, hogy a beszámolás céljából gyűjtendő egyes adatok nem álltak rendelkezésre vagy megbízhatatlanok voltak. Burundiban több mutatót alkalmaztak az anyák egészségének nyomon követésére. Néhány bejelentett értéknél azonban egyértelműen látszott, hogy azokat lehetetlen teljesíteni. Például az asszisztált szülésekre vonatkozó mutató esetenként elérte a 125%-ot. A Bizottság kifejtette, hogy ez az elavult népességstatisztikáknak tudható be.

Veszélyben a projektek fenntarthatósága

67 A gyenge fenntarthatóság eredendő kockázatot jelent a fejlesztési támogatási projektekben. A támogatás egy bizonyos időre szól, a beavatkozások időhorizontja rövid, és a források rendelkezésre állása váltakozó: ez mind negatív hatással lehet a projektek folytatására a kedvezményezett országokban. Elemeztük, hogy a fenntarthatóságot figyelembe vették-e a beavatkozások valamennyi szakaszában, azaz a tervezéstől a végrehajtáson át a nyomon követésig.

A kedvezményezett kormányoknak nincs átállási vagy kilépési stratégiája, nem eléggé elkötelezettek, és korlátozottak a költségvetési forrásaik

68 A finanszírozott projektek időhöz vannak kötve és a finanszírozás lejárta után ritkán önellátóak. Az adományozóknak ezért együtt kell működniük a helyi és nemzeti hatóságokkal, hogy az eredmények ne vesszenek el. Fontos ugyanakkor, hogy az adományozói finanszírozáshoz megfelelő forrásfelvevő képesség társuljon, és hogy ezekkel a forrásokkal a kormányok ne nemzeti kiadásokat váltsanak ki. Fontos az is, hogy az adományozói hozzájárulások megszűnésének hatásait a kedvezményezett országok egészségügyi finanszírozási stratégiákkal tudják enyhíteni.

69 Megállapítottuk, hogy az általunk részletesen elemzett három országban nincs egyértelmű átállási és kilépési stratégia (lásd: [3. háttérmagyarázat](#)), ami az uniós támogatás megszűnését követően nehézségeket jelent a műveletek fenntarthatósága szempontjából, figyelembe véve az országok korlátozott költségvetési forrásait is.

3. háttérmagyarázat

Az egészségügyi rendszerek továbbra is nemzetközi támogatásra vannak utalva

Burundiban az uniós fellépést az egészségügyi ágazatban kezdetben átmenetinek szánták, a sürgősségi ellátásról az általános egészségügyi szolgáltatásokra való áttérés megkönnyítésére. Burundi továbbra is nagymértékben külső adományozókra van utalva, és a rendszer a támogatás révén éppen hogy fenntartható. A Bizottság elismeri, hogy folyik politikai és ágazati párbeszéd, valamint a kormány részeseül technikai segítségnyújtásban, de határozottabb erőfeszítésekre van szükség az átállásra/kilépésre vonatkozó stratégia előkészítéséhez. Mindaddig nincsenek konkrét tervek ilyen stratégia kidolgozására, bár az adományozók között folynak tárgyalások.

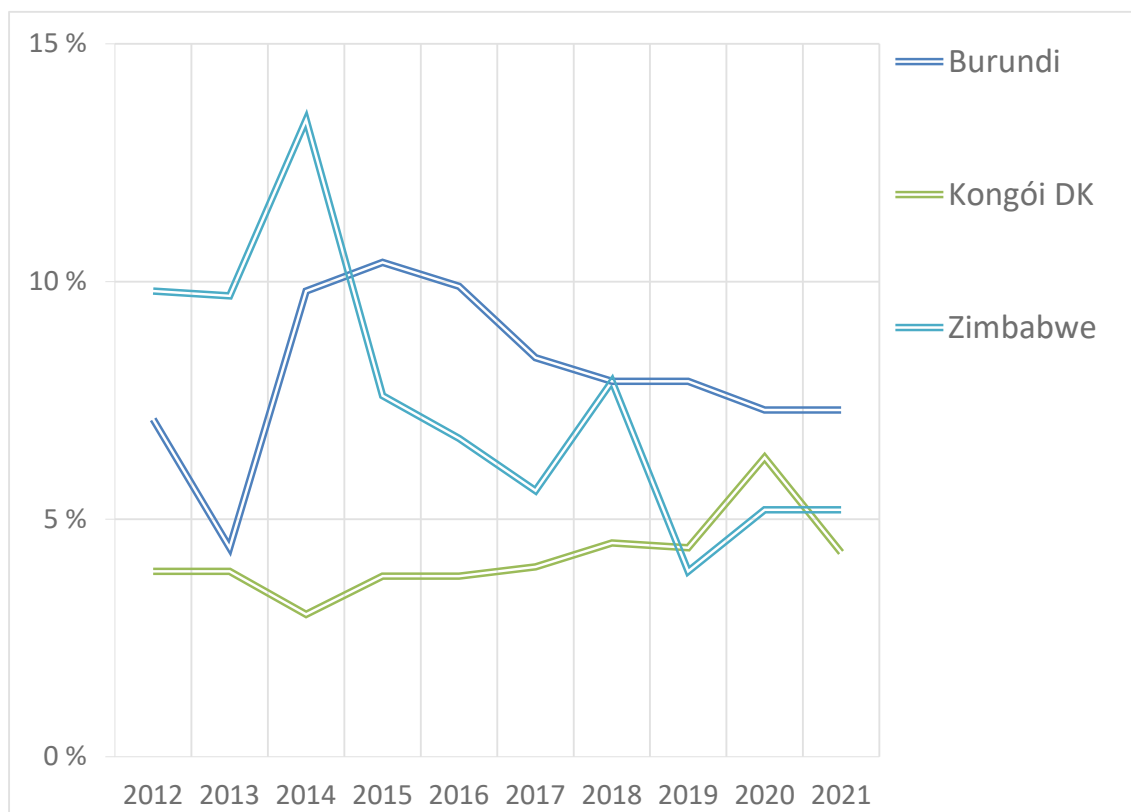
Zimbabwében az Egészségügyi Fejlesztési Alap (HDF) projektje jelentős összegű finanszírozást biztosított a humán erőforrás-szükségletekre, például a hűségdíjak, a teljesítményjutalmak és egyéb személyzeti költségek kifizetéséhez. A partnerek azt feltételezték, hogy a HDF lezárultát követően a kormány veszi át a közösségi egészségügyi dolgozók finanszírozását, miután az adományozók a finanszírozást az Egészségügyi Reziliencia Alap követőprogramja keretében csökkentették, de nem érkezett a bérekre és hasonló költségekre kormányzati támogatás.

A 2014–2020 közötti időszak legnagyobb KDK-beli uniós egészségügyi programjának félidős értékelése problémákra mutatott rá a fenntarthatóság terén, és szorgalmazta, hogy valamennyi érdekelt fél bevonásával dolgozzanak ki egy kilépési stratégiát.

70 A kilépési stratégiák esetében gyakran meg kell teremteni a költségvetési mozgásteret ahhoz, hogy a nemzeti egészségügy finanszírozása elégséges lehessen. A három általunk kiválasztott ország egészségügyi költségvetése még nem érte el a teljes költségvetés 15%-át, amire pedig a 2001. évi [abujai nyilatkozatban](#) kötelezettséget vállaltak (lásd: [06.](#) bekezdés és [5.](#) ábra)²².

²² *Africa Scorecard on Domestic Financing for Health*, Afrikai Unió.

5. ábra. Az ellenőrzés által érintett országok egészségügyi költségvetése a GDP %-ában



Forrás: Európai Számvevőszék, az *Africa Scorecard on Domestic Financing for Health* alapján.

A berendezéseket nem mindig tartják megfelelően karban

71 A donorok a berendezések finanszírozásánál vagy leszállításánál gyakran abból indulnak ki, hogy a kedvezményezettek azokat becsben tartják, gondoskodva a karbantartásról és a szükséges fogyóeszközökről is. Ez azonban gyakran többletköltségekkel jár: a telefonokhoz vezetékes előfizetés szükséges, a gépkocsiknak rendszeres karbantartásra és pótalkatrészekre van szükségük, a nyomtatókhoz pedig papír és tintapatronok kellenek. Ezek a többletköltségek a berendezések értékének alkamasint csak töredékét teszik ki, de az ilyen költség a berendezések tényleges használatának néha leküzdhetetlen akadálya.

72 A karbantartással kapcsolatos problémákat számos értékelés azonosította. Megállapítottuk, hogy a berendezések kiválasztása és karbantartása folyamán nem vették kellőképpen figyelembe, hogy a fogadó országban rendelkezésre állnak-e a szükséges szolgáltatások, készségek és pótalkatrészek. Burundiban az első két teljesítményalapú finanszírozási projekt **közös értékelése** problémákat állapított meg a berendezések karbantartásával kapcsolatban.

73 Projektlátogatásaink során találtunk olyan eseteket, amikor az uniós forrásokból közvetlenül vagy közvetve finanszírozott berendezéseket nem használták (lásd: [4. háttérmagyarázat](#)), azok megrongálódtak (lásd: [3. kép](#)) vagy kihasználatlanok maradtak. Úgy ítéljük meg, hogy ezek oka az el nem végzett vagy elégtelen igényfelmérésben és a berendezések nem megfelelő kiválasztásában keresendő.

3. kép. Már több mint 16 hónapja tönkrement hematológiai analizátor egy burundi laboratóriumban



Forrás: Európai Számvevőszék.

4. háttérmagyarázat

Nem működő PHEOC-központok Burundiban

A népegészségügyi szükséghelyzeti műveleti központok (PHEOC) a népegészségügyi szükséghelyzetekkel kapcsolatos valamennyi tevékenységet koordinálják. A burundi PHEOC létrehozásához, amelyet 2021. április 20-án nyitottak meg, 800 000 euró összegű uniós finanszírozást használtak fel²³. Helyszíni ellenőrzésünk idején, több mint két évvel később a számítógépeket fizikailag még mindig nem csatlakoztatták, a telefonok nem működtek, más informatikai eszközöket pedig még soha nem használtak. A vezetőség magyarázata szerint a központ azért nem működik, mert az Egészségügyi Minisztérium nem tudott megállapodni egy telefonvállalattal.

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

Következtetések és ajánlások

74 Összességében azt állapítottuk meg, hogy a Bizottság az átfogó prioritásaival összhangban osztotta el a finanszírozást, de az elosztás módszertanát hiányosságok jellemezték. A beavatkozások eredményességét a koordinációval és a fenntarthatósággal kapcsolatos gondok csorbították.

75 A fő uniós szakpolitikai dokumentumok az operatív célkitűzések pontosítása nélkül határozták meg a finanszírozás elosztásának átfogó paramétereit. Az egészségügyi támogatási kifizetések az elmúlt három programozási időszakban viszonylag állandó szinten maradtak. A partnerországokkal folytatott kétoldalú együttműködés finanszírozása azonban csökkent, míg a globális egészségügyi kezdeményezések támogatásának finanszírozása – a Covid19-re adott válasz miatt is – jelentősen nőtt (28–32. bekezdés).

76 A Bizottság a partnerországokat egészségügyi rendszereik igényei szerint rangsorolta, de ez az értékelés – főként a programozás során követett elvek miatt – kevésbé befolyásolta a kétoldalú finanszírozást (33–37. bekezdés).

1. ajánlás. Az országok szükségleteinek és az egészségügyi finanszírozás allokációjának jobb összehangolása

A következő többéves pénzügyi keret előkészítése során a Bizottság – párbeszédet folytatva a kedvezményezett országokkal – vizsgálja meg, miként lehetne jobban megfeleltetni egymásnak a partnerországok szükségletek szerinti rangsorát és az uniós egészségügyi támogatás földrajzi eloszlását, és a következő többéves pénzügyi keret jogalapja alapján lehetőség szerint teremtsen új egyensúlyt a finanszírozás elosztását illetően a globális kezdeményezések, a regionális és az országoknak nyújtott kétoldalú támogatások között.

Megvalósítás céldátuma: időben a következő többéves pénzügyi kerethez

77 Az egyes globális egészségügyi kezdeményezésekhez tematikus programokon keresztül nyújtott támogatás allokációja mennyiségi és minőségi elemeken alapult. Ez azonban nem támaszkodott egy előre meghatározott konkrét és számszerűsíthető kritériumkészletre, és a folyamatot nem dokumentálták megfelelően (38–39. bekezdés).

2. ajánlás. Egyértelmű kritériumok meghatározása a globális egészségügyi kezdeményezések finanszírozására nézve, és az elosztási folyamat dokumentálásának javítása

A Bizottság határozzon meg egyértelmű, konkrét és adott esetben számszerűsíthető kritériumokat a globális egészségügyi kezdeményezések finanszírozására, és javítsa a folyamat dokumentálását, elemezve azt is, hogy milyen hozzáadott értékkel jár a Bizottság részvétele ezekben a kezdeményezésekben.

Megvalósítás céldátuma: 2025

78 A vizsgált projektek számos outputtal szolgáltak – az orvosi látogatások költségeinek visszatérítésétől a gyógyszereken át a kórházi épületekig. A körzeti szinten elégtelen koordináció azonban hiányosságokat okozott a berendezések és gyógyszerek elosztása terén (40–49. bekezdés).

3. ajánlás. A szükségletek felmérésének, valamint a berendezések és a gyógyszerek elosztása koordinációjának javítása

A Bizottság ápoljon a megfelelő szinten kapcsolatokat illetékesekkel a berendezések és a gyógyszerek elosztásának jobb összehangolása érdekében. A Bizottság működjön együtt a partnerországokkal azok szükségletfelmérési, tervezési és koordinációs kapacitásának növelése érdekében.

Megvalósítás céldátuma: 2025

79 Az egészségügyi ágazatban végrehajtott beavatkozások költségeire a végrehajtás többlépcsős struktúrája is hatást gyakorolt. Ez növelte a projektek végrehajtásának költségeit, és csökkentette a végső kedvezményezettek számára rendelkezésre álló összegeket (50–52. bekezdés).

4. ajánlás. Az irányítási költségek észszerűségének elemzése

A Bizottság elemezze alaposabban a költségvetésben szereplő irányítási költségek észszerűségét, különösen a végrehajtás többlépcsős struktúrájával kapcsolatos költségeket.

Megvalósítás céldátuma: 2025

80 A Bizottság részt vesz a globális egészségügyi kezdeményezések irányító szerveiben, valamint a lusakai menetrend irányításában és végrehajtásában. Ennek célja e kezdeményezések jobb összehangolása, széttagoltságuk felszámolása és felépítésük észszerűsítése (53–55. bekezdés).

5. ajánlás. A támogatott globális egészségügyi kezdeményezések közötti átfedések elkerülése és szinergiák kialakítása

A Bizottság tegyen további lépéseket, hogy az átfedéseket elkerülve szinergiákat lehessen kialakítani a támogatott globális egészségügyi kezdeményezések között.

Megvalósítás céldátuma: 2025

81 A célcsoportok kevésbé szereztek tudomást az uniós finanszírozás tényéről (56–59. bekezdés). A Bizottság korlátozott számban alkalmazott magas szintű egészségügyi mutatókat. Megállapításunk szerint ezek a mutatók csak részleges képet adtak a számos uniós egészségügyi intézkedésről. Ráadásul ezek kiszámítása úgy történt, hogy valójában több különböző szereplő erőfeszítéseinek közös eredményét mérték, így ez utóbbi nem volt kizárólag az uniós finanszírozásnak tulajdonítható. Emiatt a Bizottság nem mérhette fel hiánytalanul, hogy az egészségügyi ágazatban hogyan viszonyulnak egymáshoz az uniós finanszírozásnak köszönhetően elért eredmények, illetve a stratégiai célkitűzések. Ezenkívül a több adományozót tömörítő alapok által végrehajtott kétoldalú intézkedések eredményeiről nem tájékoztatták megfelelően az uniós képviselőket. A projektvégrehajtók által beszámolás céljából gyűjtendő adatok néha nem álltak rendelkezésre vagy megbízhatatlanok voltak (60–66. bekezdés).

6. ajánlás. Annak megállapítása, hogy milyen mutatók révén lehet átfogóan nyomon követni az egészségügyi ágazatnak nyújtott uniós támogatást

A következő többéves pénzügyi keret előkészítése során a Bizottság határozzon meg olyan mutatókat az egészségügyi ágazatra vonatkozóan, amelyek a segélyhatékonysági alapelvekkel összhangban átfogó módon nyomon követik az uniós intézkedések hatásait. A több adományozót tömörítő alapok tekintetében a Bizottság vizsgálja meg, hogy alkalmazható-e arányos módszer az uniós intézkedések eredményeiről szóló beszámolásra nézve.

Megvalósítás céldátuma: időben a következő többéves pénzügyi kerethez, legkésőbb 2027-ig

82 Nem léteztek egyértelmű átállási és kilépési stratégiák arra nézve, hogy a kormánynak nyújtott adományozói finanszírozás csökkentését követően hogyan lehet folytatni a projektek finanszírozását. Ez veszélyeztetheti a rendszerek fenntarthatóságát az uniós támogatás megszűnését követően (67–70. bekezdés).

7. ajánlás. Lépések megtétele az egészségügyi rendszerek fenntarthatóságának előmozdítására

A Bizottság a támogatott partnerországok valamennyi érintett szereplőjével együtt vizsgálja meg, hogyan biztosítható az egészségügyi rendszerek fenntarthatósága. Ennek során az érintettek foglalkozzanak az egészségügy finanszírozásával, ennek részeként a hazai jövedelem mozgósításával, valamint egyértelmű és reális átállási és kilépési stratégiákkal. A kilépési stratégiáknak képezze részét az egészségügyi rendszerek releváns részeinek jövőbeli tervezett finanszírozása is.

Megvalósítás céldátuma: 2025

83 Az uniós intézkedések fenntarthatóságát veszélyezteti a rendelkezésre bocsátott berendezések nem megfelelő karbantartása is (71–73. bekezdés).

8. ajánlás. A berendezések karbantartásának fontosabb tétele

A Bizottság:

- a) építse be a karbantartás szempontját a berendezések beszerzésébe, azaz vegye figyelembe, hogy az adott országban rendelkezésre állnak-e a szükséges szolgáltatások, készségek és pótalkatrészek, és hogy ezt szükség esetén hogyan lehet megállapítani;
- b) tegyen lépéseket a karbantartás fontosságának tudatosítása és a hozzáállás megváltoztatása érdekében, elősegítve a karbantartás kultúrájának és rutinjának kialakítását az érdekelt felek körében.

Megvalósítás céldátuma: 2025

A jelentést 2024. július 9-i luxembourgi ülésén fogadta el a Bettina Jakobsen számvevőszéki tag elnökölte III. Kamara.

a Számvevőszék nevében

Tony Murphy
elnök

Mellékletek

I. melléklet. Az Unió egészségügyi támogatási stratégiáinak célkitűzései 2005 óta

Stratégiai dokumentumok	Egészségtámogatási célkitűzések
2005. évi európai konszenzus a fejlesztéspolitikáról	<ul style="list-style-type: none"> — Az ENSZ egészséggel kapcsolatos millenniumi fejlesztési céljainak elérése: a gyermekhalandóság csökkentéséről szóló 4., az anyák egészségének javításáról szóló 5., valamint a HIV/AIDS, a malária és más betegségek elleni küzdelemről szóló 6. millenniumi fejlesztési cél. — Az egészségügyi szolgáltatók humán erőforrást érintő rendkívüli válságának kezelése. — Az egészségügy tisztességes finanszírozása. — Az egészségügyi rendszerek megerősítése az egészségügyi eredmények javítása érdekében. — További hozzájárulás a globális kezdeményezésekhez; e tekintetben a dokumentum (2006/C 46/01) 108. bekezdése kimondja, hogy „A Bizottság kritériumokat határoz meg a Közösségnek a globális alapokban való részvételére és az azokhoz való hozzájárulására vonatkozóan.”

Stratégiai dokumentumok	Egészségtámogatási célkitűzések
<p>A Bizottság 2010. évi közleménye az Európai Unió szerepéről a globális egészségügy terén (és az azt kísérő bizottsági szolgálati munkadokumentumok)</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Az Európai Unió vezető szerepe az egészségügyre vonatkozó globális kezdeményezések koordinálásában, partnerországi szinten bevonva az érdekelt feleket. — Egyetemes egészségügyi ellátás (UHC): <ul style="list-style-type: none"> ○ Prioritás az instabil országok számára kétoldalú kapcsolatokon (az instabil országok listája) és a globális egészségügyi kezdeményezésekben való részvételen keresztül (a meglévő globális egészségügyi kezdeményezések kiigazításának előmozdítása). ○ Összpontosítás az egészségügyi rendszerek fejlesztésének támogatására. ○ Az uniós támogatásnyújtás legkedvezőbb kereteként egy nemzeti egészségügyi költségvetés és egy nyomonkövetési folyamat finanszírozása. ○ Az egészségügy területén nyújtott hivatalos fejlesztési támogatás (ODA) kétharmadának a partnerországok fejlesztési programjain keresztül történő folyósítása, 80% esetében a partnerországok beszerzési és közfinanszírozási rendszereinek alkalmazásával. — Az egyetemes egészségügyi ellátás előmozdítása érdekében az egyéb szakpolitikákkal való összhang biztosítása. — Beruházás a közérdekű egészségügyi kutatásba.
<p>A Bizottság 2011. évi közleménye a változtatási programról (a Tanács 2012. évi következtetései)</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Segélyezési eszközei teljes spektrumának, nevezetesen az „ágazatireform-szerződéseknek” az alkalmazása. — Az egészségügyi rendszerek fejlesztése és megerősítése. — Az egészségügyi rendszerekhez való hozzáférés egyenlőtlen voltának enyhítése. — Az emberi egészséget érintő globális fenyegetések elleni védelem erősítése. — A szakpolitikák koherenciájának előmozdítása. — A Tanács következtetései: „Az uniós támogatások legalább 20%-át továbbra is a társadalmi befogadás és a humán fejlesztés [egészségügy, oktatás és szociális védelem] támogatására fogják fordítani”, valamint „Az EU továbbra is szerepet vállal az instabil államokban...”.

Stratégiai dokumentumok	Egészségtámogatási célkitűzések
2017. évi európai konszenzus a fejlesztéspolitikáról	<ul style="list-style-type: none"> — Az ENSZ egészséggel kapcsolatos millenniumi fejlesztési céljainak elérése. — Az Unió és tagállamai elő fogják mozdítani az egyetemes egészségügyi ellátást. — Erős, színvonalas és reziliens egészségügyi rendszerek kiépítésének (vagyis az egészségügyi rendszerek megerősítésének) támogatása. Az Unió és tagállamai támogatni fogják a fejlődő országokat az egészségügyi dolgozók képzésében, toborzásában, kihelyezésében és szakmai továbbképzésében, stb. — Az olyan fertőző betegségek megelőzése és leküzdése, mint a HIV/AIDS, a tuberkulózis, a malária és a hepatitisz. — Fellépés a globális fenyegetések (járványok vagy antimikrobiális rezisztencia) kezelése érdekében. — Munkálkodás azon, hogy csökkenjen a gyermekhalandóság és a gyermekágyi halandóság aránya, javuljon a mentális egészség, kezelhetők legyenek a nem fertőző betegségek jelentette növekvő terhek a partnerországokban. — Az innováció előmozdítása az egészségügyi technológia terén. — Az Unió ismételten hangsúlyozza: elkötelezi magát, hogy hivatalos fejlesztési támogatásának legalább 20%-át a társadalmi befogadás és a humán fejlesztés témakörére fordítsa.
Az Európai Unió 2022. évi globális egészségügyi stratégiája	<ul style="list-style-type: none"> — Az az emberek egészségének és jóllétének javítása az egész életen át (az egészséges életről szóló 3., a nemek közötti egyenlőség szóló 5., valamint az országokon belüli és az országok közötti egyenlőtlenségek csökkentéséről szóló 10. fenntartható fejlődési cél). A stratégia megemlíti az egészségügyi rendszerek megerősítését, a HIV elleni küzdelmet célzó intézkedéseket és a globális egészségügyi kezdeményezések támogatását. — Az egészségügyi rendszerek megerősítése és az egyetemes egészségügyi ellátás előmozdítása. Ez magában foglalja a digitalizációt, az innovációs technológiát és a munkaerőhiány kezelését. — Az egészségügyi veszélyek, köztük a világgjárványok megelőzése és leküzdése az „Egy az egészség” koncepció alkalmazásával. Beleértve a pénzügyi közvetítő alap, a gyártási kapacitás stb. támogatását. — Az Unió ismételten hangsúlyozza: elkötelezi magát, hogy hivatalos fejlesztési támogatásának legalább 20%-át a humán fejlesztés és a társadalmi befogadás témakörére fordítsa az NDICI keretében.

II. melléklet. Az ellenőrzés által érintett programok és projektek jegyzéke

Burundi

Név	MFF	Hivatkozás	Unió támogatás (kötelezettségvállalások millió euróban)
Programme d'appui au système de santé (PASS) à travers l'outil du financement basé sur la performance (FBP) – Phase 2	2014–2020	FED/2019/413-660 (CL)	27,8
TWITEHO AMAGARA - Bujumbura Mairie, Bujumbura rural, Muramvya, Rumonge et Kirundo	2014–2020	FED/2019/405-241 (EC)	9,4
TWITEHO AMAGARA - Cankuzo, Ruyigi, Rutana, Mwaro	2014–2020	FED/2019/405-314 (EC)	9,3
TWITEHO AMAGARA - Ngozi, Kayanza, Cibitoke	2014–2020	FED/2019/405-306 (EC)	8,9
TWITEHO AMAGARA - Bururi, Makamba, Gitega	2014–2020	FED/2019/405-304 (CL)	8,1
TWITEHO AMAGARA - Karuzi, Muyinga, Bubanza et santé mentale à Ngozi	2014–2020	FED/2019/405-311 (CL)	7,5

Kongói Demokratikus Köztársaság

Név	MF	Hivatkozás	Unió támogatás (kötelezettségvállalások millió euróban)
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
Unis pour la santé, phase 2	2021–2027	NDICI AFRICA/2022/043-891 (CA)	35
Unis pour la santé, phase 3	2021–2027	NDICI AFRICA/2023/045-313 (EC) (JAD.1258480)	9

Zimbabwe

Név	MFF	Hivatkozás	Unió támogatás (kötelezettségvállalások millió euróban)
<i>Health Development Fund (Improving access to basic health services to all Zimbabweans)</i> (Egészségügyi Fejlesztési Alap – Az alapvető egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés javítása valamennyi zimbabwei polgár számára)	2014–2020	FED/2015/368-364 (CL)	62,6
<i>Improving access to basic health services to all Zimbabweans II (Az alapvető egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés javítása valamennyi zimbabwei polgár számára – II. szakasz)</i>	2014–2020	FED/2020/415-680 (EC)	42,5
<i>Health Resilience Fund (HRF) (Egészségügyi Reziliencia Alap)</i>	2021–2027	NDICI AFRICA/2022/438-583 (EC)	41,0
<i>Improving access to basic health services to all Zimbabweans II_UNICEF (Az alapvető egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés javítása valamennyi zimbabwei polgár számára – II. szakasz – UNICEF)</i>	2014–2020	FED/2020/415-231 (CA)	35,9
<i>Contribution to Health Transition Fund IV (Hozzájárulás az Egészségügyi Átmenet Alaphoz – IV. szakasz)</i>	2014–2020	FED/2015/356-385 (CA)	12,0

III. melléklet. Azok a partnerországok, ahol az egészségügy a nemzeti indikatív programokban (NIP)/a többéves indikatív programokban (MIP) meghatározott kiemelt ágazat

	MFF 2007– 2013	MFF 2014– 2020	MFF 2021– 2027
Afganisztán	•	•	•
Algéria	•		
Angola	•		
Banglades	•		
Belize		•	
Bissau-Guinea	•	•	•
Burkina Faso	•	•	
Burundi	•	•	•
Csád	•		
Dél-Afrika	•		
Dél-Szudán	•	•	•
Dominika	•		
Egyiptom	•		•
Elefántcsontpart	•		
Etiópia		•	•
Fülöp-szigetek	•		
Ghána	•		
Grenada		•	
Guinea	•	•	•
India	•		
Irán			•
Jamaica	•		
Jemen	•		
Kelet-Timor	•		
Kenya			•
Kongó	•		
Kongói DK	•	•	•
Közép-afrikai Közt.		•	•
Kuba			•
Laoszi NDK			•
Libanon			•
Libéria	•		
Líbia	•	•	•
Madagaszkár	•		•
Mali	•		•

	MFF 2007– 2013	MFF 2014– 2020	MFF 2021– 2027
Marokkó	•	•	•
Mauritánia	•	•	•
Mianmar	•		
Moldova	•		
Mozambik	•		
Namíbia	•		
Niger	•		
Nigéria	•	•	•
Palesztina			•
Peru	•		
Saint Lucia	•		
Saint Vincent és Grenadine-szigetek	•		
São Tomé és Príncipe	•		
Sierra Leone	•		
Szenegál	•		
Szíria	•		
Szudán			•
Szváziföld	•		
Tádzsikisztán	•	•	•
Togo	•		
Tunézia			•
Uganda			•
Üzbegisztán	•		
Vietnám	•		
Zambia	•		•
Zimbabwe	•	•	•
Országok összesen	48	17	27

IV. melléklet. Az NDICI – Globális Európa tematikus pillérének előirányzatai (2024. január)

Egészségügyi programok	Kötelezettségvállalások (euró)
Hozzájárulás a Globális Alaphoz	1 064 503 222
Hozzájárulás a GAVI-hoz	525 000 000
Hozzájárulás a pénzügyi közvetítő alaphoz	427 000 000
Hozzájárulás az ENSZ Népesedési Alapjához (UNFPA)	45 000 000
Hozzájárulási megállapodás a humán fejlesztés felgyorsításának (HDX) programjához – gyermekbénulási komponens	275 000 000
Egyéb	12 517 500
Mindösszesen	2 349 020 722

Megjegyzés: A félkövérrel szedett sorok a globális egészségügyi kezdeményezések (Globális Alap, GAVI, beleértve a Covid19-oltóanyagokat támogató COVAX-eszközt, az UNFPA-t és a pénzügyi közvetítő alapot) előirányzatait jelölik.

Rövidítések

DCI: Fejlesztési együttműködési eszköz

DG ECHO: Az Európai Polgári Védelem és Humanitárius Segítségnyújtási Műveletek Főigazgatósága

DG INTPA: A Nemzetközi Partnerségek Főigazgatósága

DG NEAR: Az Európai Szomszédsgpolitika és a Csatlakozási Tárgyalások Főigazgatósága

EDF: Európai Fejlesztési Alap

GAVI: GAVI Oltóanyag-szövetség

GHI: Globális egészségügyi kezdeményezés

HDF: Egészségügyi Fejlesztési Alap

HSS: Egészségügyi rendszerek megerősítése

IPA: Előcsatlakozási Támogatási Eszköz

MDG: Millenniumi fejlesztési célok

MFF: Többéves pénzügyi keret

MIP: Többéves indikatív program

NDICI: Szomszédsgai, Fejlesztési és Nemzetközi Együttműködési Eszköz

NIP: Nemzeti indikatív program

ODA: Hivatalos fejlesztési támogatás

PASS: *Programme d'appui au système de santé* (Burundi egészségügyi támogatási programja)

PHEOC: Népegészségügyi szükséghelyzetekkel foglalkozó műveleti központ

SDG: Fenntartható fejlődési cél

UHC: Egyetemes egészségügyi ellátás

UNFPA: Az ENSZ Népesedési Alapja

UNICEF: Az Egyesült Nemzetek Gyermekalapja

WHO: Egészségügyi Világszervezet

Glosszárium

„Egy egészség” megközelítés: olyan integrált, egyesítő megközelítés, amelynek célja, hogy fenntartható egyensúlyt teremtsen az emberek, az állatok és az ökoszisztémák egészsége között és optimalizálja azt.

Eredmény: Az egyes projektek vagy programok teljesítését követő azonnali hatás, mint például egy tanfolyam résztvevőinek javuló foglalkoztathatósága, vagy egy hely jobb elérhetősége egy új út megépülése után.

Európai Fejlesztési Alap: A Bizottság által az általános költségvetésen kívül kezelt uniós alap, amely fejlesztési támogatást nyújt az afrikai, karibi és csendes-óceáni államoknak, valamint az Unióval a tagállamokon keresztül társult tengerentúli országoknak és területeknek.

Fenntartható fejlődési célok: Az ENSZ 2030-ig tartó időszakra vonatkozó fenntartható fejlesztési menetrendjében azzal a szándékkal meghatározott 17 cél, hogy az emberiség és a bolygó számára kritikus jelentőségű területeken minden országot cselekvésre ösztönözzenek.

Fenntarthatóság: Egy projekt vagy rendszer arra való képessége, hogy a szükséges ideig folytatódjon, illetve fennmaradjon, mivel kellően meg van alapozva, és pénzügyileg önellátó vagy megfelelően van finanszírozva.

Hatás: A végrehajtott projekt vagy program szélesebb körű hosszú távú következményei, például a lakosság egésze számára biztosított társadalmi-gazdasági előnyök.

Hatásmutató: Egy projekt vagy program végrehajtásához felhasznált emberi, pénzügyi, fizikai, igazgatási vagy szabályozási erőforrásokról információt nyújtó, mérendő változó.

Hivatalos fejlesztési támogatás: Kormányzati támogatás a fejlődő országok gazdasági fejlődésének és jólétének előmozdítása érdekében.

Millenniumi fejlesztési célok: A szegénységnek és megnyilvánulásainak csökkentésével kapcsolatos, 2015-re elérendő globális célok, amelyeket 2000 szeptemberében az ENSZ millenniumi csúcstalálkozóján tűztek ki a világ vezetői és meghatározó fejlesztési intézményei.

Output: Valamely projekt révén létrehozott vagy megvalósított dolog, például képzés nyújtása vagy egy út megépítése.

Outputmutató: Mérhető változó, amely információkat szolgáltat a projekt eredményeinek vagy végtermékeinek értékeléséhez.

Uniós külképviselet: Az Unió nem uniós országokban, illetve multilaterális és nemzetközi szervezetek mellett működő diplomáciai képviselete.

Végeredmény: Egy projekt által előidézett azonnali vagy hosszabb távú, szándékolt vagy nem szándékolt változás, például az abból adódó előnyök, hogy a munkavállalók jobb képzésben részesülnek.

A Bizottság válaszai

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

Időrendi áttekintés

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

Ellenőrző csoport

Ellenőrzéseinek eredményeit a Számvevőszék különjelentésekben mutatja be, amelyek egy adott költségvetési területhez kapcsolódó uniós szakpolitikákkal és programokkal, illetve az irányítással kapcsolatos kérdésekkel foglalkoznak. Hogy ellenőrzési munkája maximális hatást érjen el, témái megválasztásakor és feladatai megtervezésekor a Számvevőszék figyelembe veszi a teljesítmény-, illetve szabályszerűségi kockázatokat, az érintett bevétel vagy kiadás nagyságát, a várható fejleményeket, valamint a politikai jelentőséget és a nagyközönség érdeklődését.

Ezt a teljesítmény-ellenőrzést a külső fellépések, biztonságpolitika és jogérvényesülés kiadási területeiért felelős, Bettina Jakobsen számvevőszéki tag elnökölte III. Kamara végezte. Az ellenőrzést kezdetben Baudilio Tomé Muguruza és Hannu Takkula számvevőszéki tagok vezették.

Az ellenőrzés befejező részét George-Marius Hyzler számvevőszéki tag vezette Pietro Puricella ügyvezető, Piotr Zych feladatfelelős, valamint Alfonso Calles Sánchez és Piotr Senator számvevők támogatásával; Grafika: Alexandra Damir-Binzaru.



George-Marius Hyzler



Pietro Puricella



Piotr Zych



Alfonso Calles Sánchez



Piotr Senator

SZERZŐI JOGOK

© Európai Unió, 2024

Az Európai Számvevőszék dokumentumainak felhasználását a nyíltadat-politikáról és a dokumentumok további felhasználásáról szóló [6-2019. sz. számvevőszéki határozat](#) szabályozza.

Ellenkező rendelkezés (pl. egyedi szerzői jogi nyilatkozatokban foglaltak) hiányában az Európai Unió tulajdonában lévő számvevőszéki tartalmak a [Creative Commons Attribution 4.0 International \(CC BY 4.0\) licenc](#) alá tartoznak. Ezért főszabály szerint a további felhasználás a forrás és a változtatások megfelelő feltüntetésével megengedett. A Számvevőszéktől származó tartalmak további felhasználásakor azok eredeti értelme és mondanivalója nem torzulhat. A Számvevőszék nem vonható felelősségre a továbbfelhasználás esetleges következményeiért.

Ha az adott tartalomban azonosítható magánszemélyek is érintettek (például ha egy kép a Számvevőszék munkatársait ábrázolja vagy harmadik fél is szerepel a források között), adott esetben további engedélyt is be kell szerezni.

Amennyiben ez megtörtént, akkor a vonatkozó engedély érvényteleníti a fenti általános érvényű engedélyt, és az abban foglalt, egyértelműen meghatározott felhasználási korlátozások érvényesek.

Az olyan tartalmak felhasználásához vagy reprodukálásához, amelyek nem az Európai Unió tulajdonát képezik, adott esetben közvetlenül a szerzői jog tulajdonosától kell engedélyt kérni.

1. táblázat – A fenntartható fejlődési célokat ábrázoló ikonok: Copyright © ENSZ. Minden jog fenntartva. E kiadvány tartalmát az ENSZ nem hagyta jóvá és az nem tükrözi az ENSZ vagy munkatársainak nézeteit. Az ENSZ hivatalos nyelveitől eltérő nyelvek esetében az ikonok vagy a [Trello](#) weboldaláról származnak, vagy azokat az Európai Számvevőszék készítette. A fenntartható fejlődési célokat ábrázoló ikonok szövegének az ENSZ hivatalos nyelveitől eltérő nyelvekre való fordításáért az ENSZ nem vállal sem felelősséget, sem azokból eredő kötelezettséget.

Az iparjogvédelem alatt álló szoftverek és dokumentumok – pl. szabadalmak, márkajelzések, bejegyzett formatervezési minták, logók és nevek – nem tartoznak a Számvevőszék továbbfelhasználási politikájának hatókörébe.

Az Európai Uniónak az europa.eu címtartomány alá tartozó intézményi honlapjai külső oldalakra mutató hivatkozásokat is tartalmaznak. Ezek nem tartoznak a Számvevőszék hatáskörébe, ezért ajánlott elolvasni az ott közzétett adatvédelmi és szerzői jogi rendelkezéseket.

Az Európai Számvevőszék logójának használata

Az Európai Számvevőszék logója kizárólag a Számvevőszék előzetes hozzájárulásával használható fel.

HTML	ISBN 978-92-849-2797-5	ISSN 1977-5733	doi:10.2865/219113	QJ-AB-24-017-HU-Q
PDF	ISBN 978-92-849-2844-6	ISSN 1977-5733	doi:10.2865/748348	QJ-AB-24-017-HU-N

Három programozási időszakra vonatkozóan ellenőriztük a partnerszágok egészségügyi rendszereihez nyújtott uniós pénzügyi támogatást. Egyrészt dokumentumokat elemeztünk, másrészt megvizsgáltuk a Burundiban, a Kongói Demokratikus Köztársaságban és Zimbabwében megvalósuló projekteket. Megállapítottuk, hogy a Bizottság a finanszírozást átfogó prioritásainak megfelelően osztotta el. Az elosztás módszertanát azonban hiányosságok jellemezték. A projektek eredményességét a koordinációval, a fenntarthatósággal és a nyomon követéssel kapcsolatos gondok gátolták. A végrehajtás többlépcsős struktúrája növelte a projektek költségeit, miközben a célcsoportok kevésbé szereztek tudomást az uniós finanszírozás tényéről. Ajánlásokat fogalmazunk meg a finanszírozás elosztására és kritériumaira, a koordinációra, az irányítási költségek észszerűségére, a szinergiákra, a nyomon követésre, a fenntarthatóságra és a projektek által biztosított berendezések karbantartására vonatkozóan.

A Számvevőszék különjelentése az EUMSZ 287. cikke (4) bekezdésének második albekezdése alapján.



EURÓPAI
SZÁMVEVŐSZÉK



Az Európai Unió
Kiadóhivatala

EURÓPAI SZÁMVEVŐSZÉK
12, rue Alcide De Gasperi
1615 Luxembourg
LUXEMBOURG

Telefon: +352 4398-1

Megkeresés: eca.europa.eu/hu/contact

Weboldal: eca.europa.eu

Twitter: @EUAuditors