

Specialioji ataskaita

ES finansinė parama sveikatos sistemoms atrinktose šalyse partnerėse

Vadovautasi bendro pobūdžio strateginiais tikslais, tačiau intervencijoms neigiamos įtakos turėjo koordinavimo ir tvarumo problemos



EUROPOS
AUDITO
RŪMAI

Turinys

	Dalis
Santrauka	I–VIII
Įvadas	01–18
Sveikatos gerinimo svarba sprendžiant skurdo problemą	01–08
ES atsakas į sveikatos problemas šalyse partnerėse	09–18
Audito apimtis ir metodas	19–25
Pastabos	26–73
ES nustatė paramos sveikatos sektoriui bendro pobūdžio prioritetus, tačiau skirstant lėšas esama trūkumų	26–39
Politikos dokumentuose nustatyti bendro pobūdžio finansavimo paskirstymo parametrai, kurie programavimo laikotarpiais nesikeitė	28–32
Komisijos nustatytas šalių partnerių eiliškumas pagal jų sveikatos sektoriaus poreikius turėjo mažai įtakos skirstant dvišalį finansavimą	33–37
Metodika, taikoma skiriant lėšas pagal teminį ramstį, nėra oficiali ir nėra tinkamai dokumentuota	38–39
ES finansavimu padėta užtikrinti sveikatos sistemų veikimą, tačiau jo veiksmingumas buvo ribotas dėl koordinavimo problemų	40–66
ES rėmė įvairias sveikatos srities intervencines priemones, kurios atitiko atrinktų šalių poreikius	41–44
Koordinavimo pastangos ir paskirstymo sistemos rajonų lygmeniu yra nepakankamos	45–49
Daugiasluoksnė įgyvendinimo struktūra turi įtakos išlaidoms	50–52
Sudėtinga koordinuoti skirtingus finansavimo srautus	53–55
ES finansuojamų veiksmų matomumas vietoje yra menkas, visų pirma tais atvejais, kai lėšos telkiamos kartu su kitais paramos teikėjais	56–59
ES paramos sveikatos sektoriui rezultatus vertinti trukdo bendri veiklos rezultatų rodikliai ir duomenų trūkumai	60–66

Kyla rizika projektų tvarumui 67–73

Paramą gaunančios vyriausybės neturi pereinamojo laikotarpio arba pasitraukimo strategijų ir įsipareigojimų, o jų biudžeto išteklių – riboti 68–70

Ne visada vykdoma tinkama įrangos techninė priežiūra 71–73

Išvados ir rekomendacijos 74–83

Priedai

I priedas. ES paramos sveikatos sektoriui strategijų tikslai nuo 2005 m.

II priedas. Audituočių programų ir projektų sąrašas

III priedas. Šalys partnerės, kurių nacionalinėse orientacinėse programose (NOP) arba orientacinėse daugiametėse programose (ODP) sveikata yra prioritetas sektorius

IV priedas. KVTBP „Globali Europa“ teminio ramsčio lėšų paskirstymas (2024 m. sausio mėn.)

Santrumpos

Žodynis

Komisijos atsakymai

Chronologija

Audito grupė

Santrauka

I ES parama šalių partnerių sveikatos sektoriui padedama siekti pagrindinio ES vystymosi politikos tikslo – mažinti ir galiausiai panaikinti ypač didelį skurdą. Atsižvelgdama į tarptautinį su sveikata susijusį požiūrį, visų pirma į Jungtinių Tautų 3-ąją darnaus vystymosi tikslą, ES finansuoja šalių partnerių sveikatos sistemas pagal dvišales bei regionines programas ir visuotines sveikatos iniciatyvas. Ši parama kiekvienu iš dviejų ankstesnių programavimo laikotarpių (2007–2013 m. ir 2014–2020 m.) siekė daugiau kaip 3 milijardus eurų, o dabartiniu laikotarpiu (2021–2027 m.) 2024 m. pradžioje – daugiau kaip 2 milijardus eurų.

II Mūsų tikslas buvo įvertinti ES finansinę paramą šalių partnerių sveikatos sektoriui šiais trimis programavimo laikotarpiais. Padarėme išvadą, kad Komisija skirstė lėšas atsižvelgdama į savo bendro pobūdžio prioritetus. Tačiau ši lėšų skirstymo metodika turėjo trūkumų. Projektų veiksmingumui neigiamos įtakos turėjo koordinavimo ir tvarumo problemos, o vykdant stebėseną nebuvo galima susidaryti išsamaus vaizdo apie Komisijos veiklą sveikatos sektoriuje.

III Nustatėme, kad ES teikiamos paramos sveikatos sektoriui suma peržiūrėtais programavimo laikotarpiais išliko gana stabili. Tačiau dvišalė parama šalims partnerėms sumažėjo, o parama visuotinėms sveikatos iniciatyvoms labai padidėjo. Komisijos nustatytas šalių partnerių eiliškumas pagal jų sveikatos sistemų poreikius turėjo mažai įtakos dvišaliam finansavimui, daugiausia dėl to, kad taikytas atsakomybės principas – jį taikant reikalaujama programavimą grįsti politiniais sprendimais, dėl kurių susitariama su šalių partnerių vyriausybėmis. Paramos paskirstymas pavienėms visuotinėms sveikatos iniciatyvoms nebuvo pagrįstas konkrečiais ir kiekybiškai įvertinamais kriterijais, o pats procesas nebuvo pakankamai dokumentuotas.

IV Tikrinome projektų imtį atrinktoje šalyse partnerėse (Burundyje, Kongo Demokratinėje Respublikoje ir Zimbabvėje). Daugiausia dėmesio, be kita ko, skyrėme nemokamų sveikatos priežiūros paslaugų teikimui, sveikatos priežiūros specialistų mokymo organizavimui, vaistų ir įrangos tiekimui ir sveikatos centrų rekonstrukcijai. Nustatėme, kad ES, atsižvelgdama į šalių poreikius, rėmė įvairias intervencijas, vykdomas sveikatos sektoriuje. Tačiau koordinavimas rajonų lygmeniu buvo nepakankamas, dėl to įrangos ir vaistų skirstymas turėjo trūkumų. Be to, intervencinių priemonių sveikatos sektoriuje išlaidoms įtakos turėjo daugiasluoksnė įgyvendinimo struktūra. Dėl to padidėjo projektų vykdymo išlaidos. Be to, ES finansavimas buvo mažai matomas tikslinėms gyventojų grupėms.

V Komisijos vykdoma sveikatos priežiūros išlaidų stebėseną buvo grindžiama nedideliu skaičiumi aukšto lygio rodiklių, kurie tik iš dalies atspindi ES sveikatos srities veiksmus ir kurie buvo apskaičiuoti taip, kad rezultatai negali būti priskirti vien ES finansavimui. Dvišalės pagalbos atveju rezultatai nepakankamai dalijamasi su ES delegacijomis šalies viduje, o projektų vykdytojų surinkti duomenys kartais nebuvo prieinami arba buvo nustatyti kaip nepatikimi.

VI Komisija dalyvauja valdant pasaulines sveikatos iniciatyvas, siekdama užtikrinti, kad jos būtų geriau suderintos ir taip būtų panaikintas susiskaidymas. Tačiau reikia dėti daugiau pastangų, kad būtų pasiekti šie tikslai ir racionalizuotas tarptautinis požiūris į visuotines sveikatos problemas.

VII Sveikatos srities projektų ir programų tvarumui kyla rizika, nes nėra aiškių pereinamojo laikotarpio ir pasitraukimo strategijų, taip pat nevykdoma tinkama įrangos techninė priežiūra.

VIII Remdamiesi šiomis išvadomis, Komisijai rekomenduojame:

- geriau derinti šalių poreikius ir sveikatos priežiūros lėšų paskirstymą;
- nustatyti aiškius visuotinių sveikatos iniciatyvų finansavimo kriterijus ir geriau dokumentuoti lėšų skyrimo procesą;
- geriau atlikti poreikių analizę ir geriau koordinuoti įrangos bei vaistų paskirstymą;
- analizuoti valdymo išlaidų pagrįstumą;
- vengti remiamų visuotinių sveikatos iniciatyvų sutapimo ir užtikrinti jų sinergiją;
- nustatyti rodiklius, pagal kuriuos būtų galima visapusiškai stebėti ES paramą sveikatos sektoriui;
- imtis veiksmų sveikatos sistemų tvarumui skatinti;
- didinti įrangos, pristatytos įgyvendinant projektus, techninės priežiūros svarbą.

Ivadas

Sveikatos gerinimo svarba sprendžiant skurdo problemą

01 ES parama šalių partnerių sveikatos sektoriui padeda siekti pagrindinio ES vystymosi politikos tikslo – mažinti ir galiausiai panaikinti ypač didelį skurdą¹. Skurdas gali būti ir nepakankamos sveikatos apsaugos priežastis, ir padarinys. Iš esmės, gerėjant šalies ekonomikai, gerėja ir jos piliečių sveikata. Tačiau yra ir priešingai – gerėjanti piliečių sveikata gali tiesiogiai lemti ekonomikos augimą².

02 Pagal Pasaulio sveikatos organizacijos (toliau – PSO) apibrėžtį sveikata yra „visiškos fizinės, psichinės ir socialinės gerovės būseną, o ne vien ligos arba negalios nebuvimas“³. PSO viena iš pagrindinių kiekvieno žmogaus teisių yra galimybė naudotis aukščiausiais įmanomais sveikatos standartais. Ji nurodo, kad nevienodas sveikatingumo skatinimas ir ligų, ypač užkrečiamųjų ligų, kontrolė yra bendras pavojus. Pusė pasaulio gyventojų neturi galimybės naudotis jiems reikalingomis sveikatos priežiūros paslaugomis⁴, o apie 100 milijonų asmenų kasmet dėl pernelyg didelių sveikatos priežiūros išlaidų patiria ypač didelį skurdą⁵.

03 2000 m. Jungtinės Tautos susitarė dėl aštuonių Tūkstantmečio vystymosi tikslų (toliau – TVT), kurie turi būti pasiekti iki 2015 m.⁶ Trys iš šių tikslų buvo tiesiogiai susiję su sveikata: mažinti vaikų mirtingumą (4 TVT), pagerinti motinų sveikatą (5 TVT) ir įveikti ŽIV / AIDS, maliariją ir kitas ligas (6 TVT).

¹ Sutarties dėl Europos Sąjungos veikimo 208 straipsnio 1 dalis.

² [Growing importance of health in the economy](#), Collins, Francis S., Outlook on the Global Agenda 2015, World Economic Forum, 2015 m.

³ [Constitution of the World Health Organization](#).

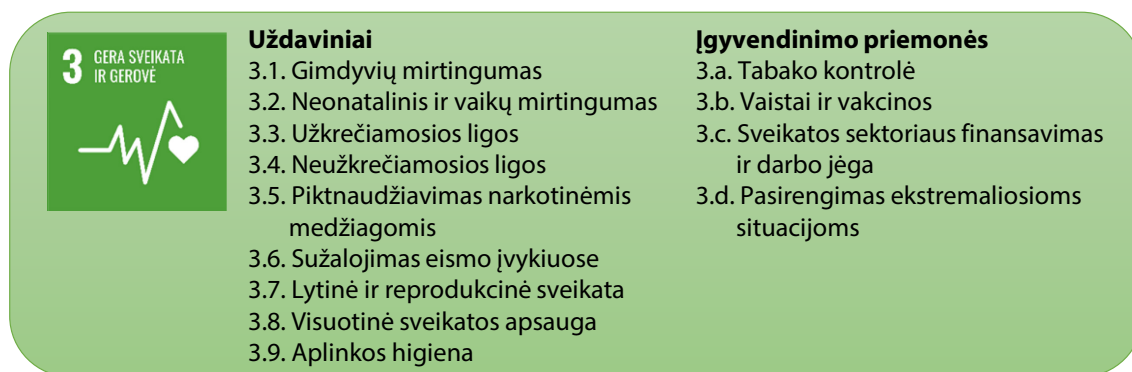
⁴ [Monitoring universal health coverage](#). Sveikata ir demografija, Pasaulio sveikatos organizacija.

⁵ [Health and demography](#), Europos Komisija – Tarptautinės partnerystės GD.

⁶ 2000-2015, [Millennium Development Goals](#), Dag Hammarskjöld Library, Jungtinės Tautos.

04 Vėliau, 2005 m. įgyvendinant JT Darnaus vystymosi darbotvarkę iki 2030 m.⁷, tarptautinė bendruomenė nustatė 17 darnaus vystymosi tikslų (toliau – DVT), ir jie turi būti pasiekti iki 2030 m. Trečiasis DVT yra susijęs su geros sveikatos užtikrinimu ir visų amžiaus grupių gerovės skatinimu. Jis turi devynis susijusius uždavinius, ir visi jie siejami su pagrindinių sveikatos problemų sumažinimu iki 2030 m. (žr. **1 diagramą**).

1 diagrama. 3 DVT uždaviniai, susiję su sveikata ir gerove



Šaltinis: Audito Rūmai, remiantis PSO.

05 Savo 2023 m. specialiojoje ataskaitoje dėl DVT PSO teigiamai įvertino pastarųjų kelerių metų pažangą gerinant visuotinę sveikatą, tačiau pabrėžė, kad pažanga tokiose srityse kaip gimdyvių mirtingumas ir visuotinės sveikatos priežiūros sistemos plėtra yra nepakankama. COVID-19 pandemija sulėtino pažangą siekiant 3 DVT (žr. **1 langelį**). Todėl PSO paragino šalinti įsisenėjusius sveikatos priežiūros trūkumus investuojant į sveikatos sistemas, kad šalys galėtų atsigauti ir įgyti atsparumą būsimoms grėsmėms sveikatai.

⁷ Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development, Jungtinės Tautos.

1 langelis

COVID-19 poveikis paramai sveikatos sektoriui

PSO 2023 m. specialiojoje ataskaitoje dėl DVT pažymima, kad dėl COVID-19 pandemijos besivystančiose šalyse pablogėjo visuotinė sveikatos apsauga ir sutriko būtinausių sveikatos priežiūros paslaugų teikimas (pavyzdžiui, skiepavimo kampanijų rengimas). Joje padaryta išvada, kad dėl pandemijos pažanga siekiant 3 DVT sulėtėjo.

Ataskaitoje taip pat teigiama, kad 2021 m. COVID-19 plitimo kontrolė sudarė didžiausią visuotinės oficialios finansinės paramos vystymuisi, skirtos pagrindinei sveikatos priežiūrai, dalį (9,6 milijardo JAV dolerių, iš jų 6,3 milijardo JAV dolerių buvo skirti dovanojamoms vakcinoms).

Kalbant apie ES kovos su COVID-19 poveikiu veiksmus, Komisija 2020 m. skyrė daugiau kaip 440 milijonų eurų, o 2021–2027 m. programavimo laikotarpiui – daugiau kaip 1,27 milijardo eurų.

06 Nors tarptautiniu mastu vis labiau rūpinamasi dėl mažėjančios pažangos siekiant visuotinės sveikatos apsaugos⁸, nuolat trūksta finansinių, žmogiškųjų ir materialinių išteklių, kad būtų galima patenkinti besivystančių šalių gyventojų, kurių skaičius nuolat didėja, su sveikata susijusius poreikius. Remiantis naujausiais Afrikos Sąjungos duomenimis (2021 m.), tik dvi Afrikos šalys, Pietų Afrika ir Žaliasis Kyšulys, pasiekė [Abudžos deklaracijos](#) tikslą kasmet bent 15 % savo nacionalinio biudžeto skirti sveikatos sektoriui⁹. Tarptautine parama besivystančioms šalims siekiama gerinti vietos sveikatos sistemas ir tvariai stiprinti sveikatos priežiūros paslaugas, kad jos atitiktų vietos poreikius ir būtų prieinamos visiems, ir visų pirma – skurdžiai gyvenantiems asmenims.

⁸ Universal health coverage – Key facts, PSO, 2023 m.

⁹ Africa Scorecard on Domestic Financing for Health, Afrikos Sąjunga.

07 PSO nuomone, sveikatos sistemą sudaro kaip „visos organizacijos, žmonės ir veiksmais, kurių pagrindinis tikslas – skatinti sveikatingumą, sugrąžinti arba palaikyti sveikatą“¹⁰. Tai reiškia struktūras, kurios turi būti, kad būtų galima siekti tikslų gerinti sveikatą ir didinti lygybę sveikatos priežiūros srityje, kartu šalinant finansines kliūtis sveikatos priežiūrai. PSO nustatė šešias sveikatos sistemą sudarančias sudedamąsias dalis: paslaugų teikimas, sveikatos sektoriaus darbuotojai, informacija, medicinos reikmenys, vakcinos ir technologijos, finansavimas, vadovavimas ir valdymas. PSO pabrėžia sveikatos sistemų stiprinimo sąvoką, kurią apibrėžia kaip šių sudedamųjų dalių tobulinimą ir jų sąveikos valdymą taip, kad būtų pasiektas teisingesnis ir tvaresnis visų sveikatos paslaugų ir sveikatos rezultatų gerinimas. Sveikatos sistemų stiprinimas priklauso nuo techninių žinių ir politinės valios¹¹.

08 Tradiciškai sveikatos sistemų stiprinimo veikla daugiausia buvo orientuota į „atsargų ribotumo“ mažinimą – sveikatos sistemos remiamos tiekiant materialinius išteklius, pavyzdžiui, tinklelius nuo uodų, kontraceptines priemones arba vaistus. Tačiau pačia veikla savaime neįmanoma pasiekti bendrųjų tikslų, pavyzdžiui, gerinti politiką, teisės aktus, organizacines struktūras arba paslaugų teikimo sistemas, kad būtų galima veiksmingiau naudoti išteklius¹².

¹⁰ [Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes](#), PSO, 2007 m.

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 m.

ES atsakas į sveikatos problemas šalyse partnerėse

09 ES parama šalių partnerių sveikatos sektoriui grindžiama [Sutarties dėl Europos Sąjungos veikimo](#) 168 straipsnio 3 dalimi; joje teigiama, kad „Sąjunga ir valstybės narės skatina bendradarbiavimą visuomenės sveikatos srityje su trečiosiomis šalimis ir kompetentingomis tarptautinėmis organizacijomis“.

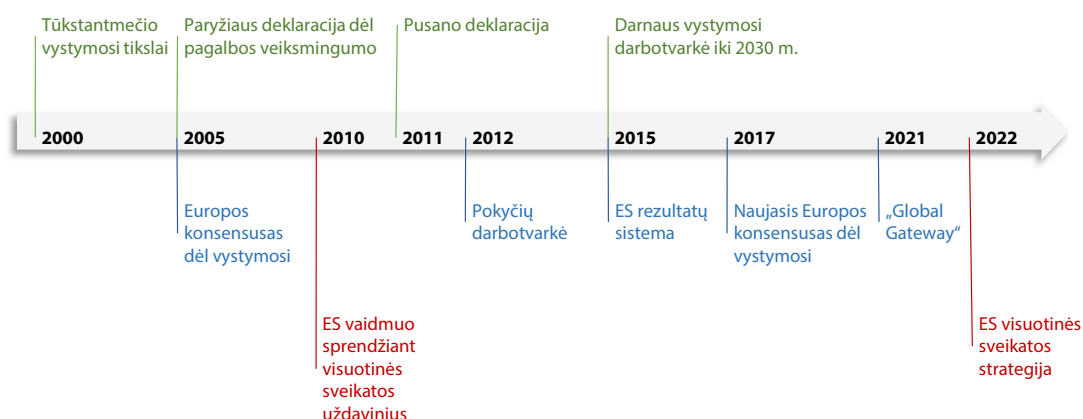
10 Dabartinė ES paramos sveikatos sektoriui politika ir tikslai per pastaruosius biudžeto ciklus buvo suformuluoti ne viename politikos dokumente. Atitinkama pasaulinė¹³ ir ES politika bei strategijos pateiktos [2 diagramoje](#) ir [I priede](#).

2 diagrama. Pasaulinės ir ES paramos sveikatos sektoriui politikos ir strategijų chronologija

Pasaulinė vystymosi politika

ES vystymosi politika

ES sveikatos politika



Šaltinis: Audito Rūmai, remiantis iš INTPA GD gauta informacija.

11 2005 m. Europos Parlamentas, Taryba ir Komisija priėmė [Europos konsensuą dėl vystymosi](#) ir jame pakartojo ES įsipareigojimą siekti vystymosi tikslų, dėl kurių susitarta tarptautiniu mastu (t. y. Tūkstantmečio vystymosi tikslų). Ši [politika](#) pradėta taikyti DVT nuo 2017 m.

¹³ Tūkstantmečio vystymosi tikslai, Paryžiaus deklaracija, Pusano deklaracija ir Darnaus vystymosi darbotvarkė iki 2030 m.

12 2010 m. Komisija priėmė komunikatą dėl ES vaidmens sprendžiant visuotinės sveikatos uždavinius¹⁴, jame išdėstyta ES paramos sveikatos sektoriui politika, kuri turėjo įtakos rengiant dvi iš eilės daugiametes finansines programas (2014–2020 m. ir 2021–2027 m.). Susijusiose Tarybos išvadose¹⁵ Komisija ir valstybės narės buvo paragintos veikti kartu ir teikti pirmenybę paramai šalių partnerių sveikatos sistemų stiprinimui. 2022 m. lapkričio mėn. Komisija priėmė naują visuotinės sveikatos strategiją¹⁶, kurioje ji dar kartą patvirtino įsipareigojimą siekti DVT ir Europos konsensuso dėl vystymosi.

13 1 lentelėje parodyta, kiek lėšų pastaraisiais trimis programavimo laikotarpiais išleista Komisijos valdomoms paramos sveikatos sektoriui programoms. Šią ES finansinės paramos sritį daugiausia valdo Tarptautinės partnerystės generalinis direktoratas (INTPA GD).

1 lentelė. ES paramos sveikatos sektoriui raida pagal Komisijos tarnybas (mokėjimai milijonais eurų)

Atsakinga Europos Komisijos tarnyba	2007–2013 m.	2014–2020 m.	2021–2027 m. (2024 m. sausio mėn.)	Bendros sumos % nuo 2007 m.
INTPA GD (buvęs DEVCO GD)	2 887	2 812	2 244	86,5 %
DG NEAR (išskyrus IPA priemonės)	400	429	193	11,2 %
Kitos (Užsienio politikos priemonių tarnyba, ECHO GD, SANTE GD ir REFORM GD)	55	153	7	2,3 %
IŠ VISO	3 342	3 394	2 444	100 %

Šaltinis: Audito Rūmai, remiantis INTPA GD 2024 m. sausio mėn. iš OPSYS gautais duomenimis.

14 ES teikiamą paramos sveikatos sektoriui finansavimą sudaro geografinis ramstis (veiksmai įgyvendinami pagal nacionalines ir regionines programas) ir teminis ramstis (veiksmai, kuriais sprendžiamos pasaulinės problemos). Pagal geografinius ir teminius ramsčius reikalaujama parengti orientacines daugiametes programas (ODP), kuriose būtų nustatyti septynerių metų laikotarpio prioritetai ir tikslai nustatytiems iššūkiams spręsti.

¹⁴ COM(2010) 128.

¹⁵ 2010 m. gegužės 10 d. Tarybos išvados dėl ES vaidmens sprendžiant visuotinės sveikatos uždavinius.

¹⁶ COM(2022) 675.

15 Teisės aktuose, kuriais įsteigtas Europos plėtros fondas (EPF) ir nustatyta Vystomojo bendradarbiavimo priemonė (VBP) bei Kaimynystės, vystomojo ir tarptautinio bendradarbiavimo priemonė¹⁷ (KVTBP „Globali Europa“), nustatytas geografinis ramstis ir finansiniai paketai, kurie gali būti naudojami teikiant ES dvišalę paramą konkrečių šalių partnerių ir regionų sveikatos sektoriui. Pagal geografinį ramstį pirmiausia finansuojamas programų ir projektų, kuriais stiprinamos šalių partnerių sveikatos sistemos, įgyvendinimas. ES delegacijos šiuos projektus daugiausia įgyvendina per nevyriausybinės organizacijas, ES valstybių narių įgyvendinimo agentūras arba tarptautines organizacijas, pavyzdžiui, JT agentūras.

16 Naudodamasi tomis pačiomis priemonėmis, Komisija finansavimą sveikatos sektoriui taip pat skiria pagal teminį ramstį, daugiausia – visuotinėms sveikatos iniciatyvoms (VSI). Jos apima suinteresuotųjų subjektų iš viso pasaulio pastangas, kuriomis siekiama spręsti pasaulines sveikatos problemas. Įgyvendinant visuotines sveikatos iniciatyvas telkiamos, valdomos ir skirstomos lėšos sveikatos programoms įgyvendinti mažų ir vidutinių pajamų šalyse. Dvi didžiausios Komisijos remiamos VSI yra Pasaulinis kovos su AIDS, tuberkulioze ir maliarija fondas (toliau – [Pasaulinis fondas](#)) ir Pasaulinis vakcinacijos ir imunizacijos aljansas (toliau – [GAVI](#)).

17 KVTBP „Globali Europa“ teminį ramstį sudaro keturios teminės programos:

- žmogaus teisės ir demokratija;
- pilietinės visuomenės organizacijos;
- taika, stabilumas ir konfliktų prevencija;
- pasauliniai iššūkiai.

18 Nenurodoma, kiek KVTBP „Globali Europa“ lėšų skiriama sveikatos sektoriui. Pagal orientacinę daugiametę [pasaulinių iššūkių](#) programą pirmajai prioritetinei sričiai („Žmonės“) skirtas 1 835 milijonų eurų orientacinis biudžetas (28,8 % visos KVTBP „Globali Europa“ teminio ramsčio sumos arba 50 % orientacinės daugiametės pasaulinių iššūkių programos sumos), į kurį, be kitų prioritetų, įtraukta sveikata.

¹⁷ Reglamentas (ES) 2021/947.

Audito apimtis ir metodas

19 Siekdami atsakyti į toliau pateiktus klausimus vertinome ES finansinę paramą šalių partnerių sveikatos sistemoms:

- Ar Komisija nustatė aiškius savo finansinės paramos sveikatos sektoriui tikslus ir pasirinko intervencijas, atitinkančias šiuos tikslus?
- Ar ES finansinė parama sveikatos sistemų stiprinimui davė laukiamų rezultatų?
- Ar Komisija atsižvelgė į tvarumą visuose savo intervencijų įgyvendinimo etapuose?

20 Atliekant auditą daugiausia dėmesio skirta INTPA GD finansinei paramai šalių partnerių sveikatos sektoriui 2014–2020 m. programavimo laikotarpiu. Taip pat atsižvelgėme į 2007–2013 m. laikotarpį (atlikdami tvarumo vertinimą) ir į 2021–2027 m. KVTBP programos pradžią (duomenys buvo gauti iki 2024 m. sausio mėn.). Daugiausia dėmesio skyrėme pasauliniams ir šalių asignavimams.

21 Mūsų darbas apėmė Komisijos (INTPA GD ir ES delegacijų) pateiktų dokumentų, susijusių su ES paramos sveikatos sektoriui strategijomis, tikslų ir rodiklių apibrėžimu bei finansavimo paskirstymu atitinkamais programavimo laikotarpiais, analizę.

22 Briuselyje surengėme keletą susitikimų su INTPA GD atstovais. Taip pat lankėmės Pasaulinio fondo būstinėje Ženevoje, kad gautume išsamios informacijos apie jo vaidmenį ir intervencijų mastą šalyse partnerėse.

23 Be to, atrinkome tris šalis – Burundį, Kongo Demokratinę Respubliką (toliau – KDR) ir Zimbabvę, – kad vietoje atliktume nuodugnią ES paramos sveikatos sektoriui analizę. Mūsų atrankos kriterijai buvo finansinės paramos sveikatos sektoriui reikšmingumas, ES strateginiai sveikatos srities prioritetai, finansinės paramos raida laikui bėgant ir paramos iš Pasaulinio fondo apimtis. Peržiūrėjome kiekvienos atrinktos šalies nacionalinę sveikatos strategiją bei programavimo dokumentus ir patikrinome 17 jų didžiausių ES finansuojamų dvišalių sveikatos programų ir projektų imtį (žr.

II priedą).

24 Lankydami Burundyje ir Zimbabvėje kalbėjome su vietos institucijomis, ES delegacijomis, kitais paramos teikėjais, projektų vykdytojais, nevyriausybinėmis organizacijomis ir galutiniais paramos gavėjais. KDR programas auditavome atlikdami dokumentų peržiūrą.

25 Komisijos nuomone, sveikatos sektorius tapo prioritetiniu sektoriumi – tai jau nebe politika, o ES strategija. Nusprendėme atlikti šį auditą atsižvelgdami į visuotinės sveikatos svarbą ES vystymosi darbotvarkėje ir ES finansinės paramos reikšmingumą. Tikimės, kad ši ataskaita padės pagerinti ES paramos sveikatos sektoriui valdymo būdą ir bus naudinga ateityje vykstant diskusijoms dėl ES paramos paskirstymo šioje srityje.

Pastabos

ES nustatė paramos sveikatos sektoriui bendro pobūdžio prioritetus, tačiau skirstant lėšas esama trūkumų

26 Analizavome ES paramos sveikatos sektoriui strategijų ir INTPA DG skiriamo finansavimo sveikatos programoms prioritetus. Vertinome, ar tiek bendras finansavimas, tiek auditui atrinktų intervencijų imtis atitinka pirmiau minėtus strateginius tikslus.

27 2005 m. [Europos konsensuse dėl vystymosi](#) reikalauta, kad Komisija parengtų dalyvavimo įgyvendinant VSI ir prisidėjimo prie jų kriterijus. Todėl tikrinome finansavimo skyrimo VSI procesą.

Politikos dokumentuose nustatyti bendro pobūdžio finansavimo paskirstymo parametrai, kurie programavimo laikotarpiams nesikeitė

28 2010 m. [Komisijos komunikate](#) dėl ES vaidmens sprendžiant visuotinės sveikatos uždavinius ir [atitinkamose Tarybos išvadose](#) (5-ojoje išvadoje) teigiama, kad ES ir jos valstybės narės turi teikti pirmenybę paramai, skirtai šalių partnerių sveikatos sistemoms stiprinti. Buvo siekiama užtikrinti pakankamą pagrindinių sistemų elementų – sveikatos srities darbuotojų, galimybių gauti vaistų, naudotis infrastruktūra ir logistika ir decentralizuoto valdymo – veiksmingumą, siekiant visiems piliečiams teikti pagrindines lygiateises ir kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas, visų pirma – nestabiliuose šalyse (žr. [I priedą](#)). Šio tikslo turėjo būti siekiama dvišaliais kanalais, taip pat dalyvaujant visuotinėse iniciatyvose ir tarptautiniuose forumuose. Komunikate taip pat siūloma, kad ES turėtų palaikyti tvirtesnes PSO pirmaujančias pozicijas, stengtis, kad būtų didinamas JT sistemos veiksmingumas, užtikrinta ES politikos kryptį darna ir remiami visuotinės sveikatos srities moksliniai tyrimai, keitimasis informacija ir bendra analizė.

29 2022 m. ES visuotinės sveikatos strategijoje daugiausia dėmesio skiriama trimis tarpusavyje susijusiems prioritetams (žr. [I priedą](#)):

- užtikrinti geresnę žmonių sveikatą ir gerovę visą gyvenimą;
- stiprinti sveikatos priežiūros sistemas ir gerinti visuotinę sveikatos apsaugą;
- kovoti su grėsmėmis sveikatai, įskaitant pandemijas, ir joms užkirsti kelią [taikant bendros sveikatos koncepciją](#).

30 Pagrindiniuose Komisijos politikos dokumentuose buvo pateikta bendra finansinės paramos sveikatos sektoriui teikimo sistema, nenustatant jokių veiklos tikslų. Komisijos parama sveikatos sektoriui atitiko nustatytus prioritetus. Ja prisidėta siekiant 4, 5 ir 6 DVT, o vėliau – 3 DVT, daugiausia įgyvendinant dvišales programas ir teikiant paramą VSI, pavyzdžiui, Pasauliniam fondui, GAVI arba Jungtinių Tautų gyventojų fondo (UNFPA) atsargų tiekimo partnerystei. Tačiau finansinė parama pagrindiniam sveikatos sistemų stiprinimo prioritetui (žr. [28](#) dalį), teikiama pagal geografinį ramstį (žr. [15](#) dalį), ilgainiui sumažėjo.

31 Iki 2020 m. Komisija buvo įsipareigojusi lėšas paramai sveikatos sektoriui daugiausia skirti įgyvendinant EPF ir VBP. Nuo 2021 m. vystomasis bendradarbiavimas įgyvendinamas pagal KVTBP „Globali Europa“.

32 Išsami informacija apie INTPA GD skiriamą finansavimą pateikta [2 lentelėje](#). Bendros sumos išliko palyginti pastovios, tačiau realiaja verte jos sumažėjo.

2 lentelė. INTPA GD mokėjimų, skirtų pagalbai sveikatos sektoriui raida pagal finansavimo priemones (milijonais eurų)

ES finansavimo priemonė	2007–2013 m.	2014–2020 m.	2021–2027 m. (2024 m. sausio mėn.)
Kaimynystės, vystomojo ir tarptautinio bendradarbiavimo priemonė (KVTBP „Globali Europa“)			2 244
Europos plėtros fondas (EPF)	1 256	1 850	
Vystomojo bendradarbiavimo priemonė (VBP)	1 566	943	
Kiti	65	19	
Bendra suma	2 887	2 812	2 244

Šaltinis: Audito Rūmai, remiantis INTPA GD duomenimis.

Komisijos nustatytas šalių partnerių eiliškumas pagal jų sveikatos sektoriaus poreikius turėjo mažai įtakos skirstant dvišalį finansavimą

33 Kadangi 2010 m. komunikate dėl ES vaidmens sprendžiant visuotinės sveikatos uždavinius daugiausia dėmesio skirta prioritetų nustatymui ir paramos padidinimui nestabiliuose šalyse (žr. **28** dalį), INTPA GD parengė šalių, kurioms labiausiai reikia paramos, sąrašą, kad sprendimus dėl paramos skyrimo būtų galima priimti remiantis informacija. Naujas sąrašas buvo sudarytas 2020 m.

34 2010 m. Komisija šalių partnerių eiliškumą nustatė pagal penkis rodiklius: šalių poreikį gauti paramą sveikatos sektoriui, valstybės finansinius pajėgumus, pasirengimą tinkamai panaudoti sveikatos sektoriui teikiamą paramą, gautos paramos dydį ir ankstesnius rezultatus sveikatos sektoriuje. 2020 m. sąrašas buvo sudarytas taikant naują metodiką, grindžiamą trimis tarptautiniais indeksais: **žmogaus socialinės raidos indeksu**, **žmogiškojo kapitalo indeksu** ir **pažanga siekiant 3-iojo DVT**. Dėl šio metodikos pakeitimo ir besikeičiančios padėties vietoje šalių eiliškumas abiejuose sąrašuose labai skiriasi (žr. **3 lentelę**).

3 lentelė. 2010 m. sveikatos sektoriaus prioritetizavimo ir finansavimo, teikiamo šalims partnerėms, kurioms paramos reikia labiausiai, raida

INTPA GD nustatytas eiliškumas		Šalis partnerė	Sveikata, kaip prioritetinė nacionalinės orientacinės programos sritis					
2010	2020		2007–2013 m. įsipareigojimai (mln. EUR)	2007–2013	2014–2020 m. įsipareigojimai (mln. EUR)	2014–2020	2021–2027 m. įsipareigojimai (mln. EUR)	2021–2027
1	26	Tanzanija	0,018	×	0	×	0	×
2	32	Zambija	68	✓	2,3	×	12,3	✓
3	13	Afganistanas	198	✓	172,5	✓	65,3	✓
4	5	Mozambikas	24	✓	0	×	4	×
5	33	Centrinės Afrikos Respublika	0	×	7,4	✓	34	✓
6	2	Siera Leonė	24,2	✓	0	×	0	×
7	3	Nigeris	0	✓	11,8	✓	1	×
8	6	Liberija	63,5	✓	0	×	0	×
9	28	Sudanas	0	×	0	×	26	✓
10	29	Zimbabvė	39	✓	132,6	✓	32,8	✓
11	14	Burundis	30,1	✓	120,4	✓	58,7	✓
12	4	Malis	0	✓	1,2	×	0	✓
13	41	Senegalas	0	✓	0	×	22,3	×
14	9	Nigerija	85	✓	78,5	✓	52,2	✓
15	43	Ruanda	0	×	0	×	30,1	×
16	20	Gambija	0	×	2,8	×	0	×
17	7	Gvinėja	29,5	✓	23	✓	10,3	✓
18	18	Madagaskaras	31,9	✓	0	×	32,5	✓
19	1	Čadas	10	✓	1,2	×	0	×
20	38	Komorai	0	×	0	×	0	×

Violetine spalva pažymėtos eilutės = šalys, kuriose sveikata 2014–2020 m. NOP nėra prioritetinis sektorius.

Geltona spalva pažymėtos eilutės = šalys, kuriose sveikata 2021–2027 m. ODP nėra prioritetinis sektorius.

* Senegalas, Ruanda, Mozambikas ir Nigeris savo 2021–2027 m. ODP nurodo sveikatos kaip prioritetinės srities, tačiau gauna asignavimus pagal regioninę Užsachario ODP.

Šaltinis: Audito Rūmai, remiantis INTPA GD duomenimis.

35 Šalių partnerių eiliškumas ir dvišaliai finansiniai asignavimai sveikatos sektoriui menkai koreliavo (žr. **3 lentelę**). Tanzanija, 2010 m. sąraše užėmusi aukščiausią vietą, 2007–2013 m. gavo labai mažai paramos. Siera Leonė abiejuose sąrašuose užėmė aukštą vietą, tačiau paramą gavo tik 2007–2013 m. Mozambikas taip pat gavo mažai paramos, nors abiejuose sąrašuose užėmė aukštą vietą. Visose trijose šalyse sveikata nebuvo vienas iš ES finansavimo prioritetų. Sveikatos sektoriai iš dalies buvo remiami naudojant regioninius paketus. Kita vertus, Zimbabvė ir Burundis gavo palyginti didelę paramą sveikatos sektoriui, nors abiejuose prioritetų sąrašuose jos buvo žemiau. Daugiausia lėšų 2014–2020 m. laikotarpiu gavo KDR, Afganistanas, Zimbabvė, Etiopija ir Burundis. Dabartiniu programavimo laikotarpiu (2021–2027 m.) penki pagrindiniai Komisijos lėšų sveikatos sektoriui gavėjai buvo KDR, Afganistanas, Burundis, Nigerija ir Etiopija.

36 Šių neatitikimų priežastys daugiausia yra susijusios su „programavimo principais“¹⁸, visų pirma su **Reglamento (ES) 2021/947** 13 straipsnio 1 dalies a punkte nustatytu atsakomybės principu, pagal kurį programavimas turi būti grindžiamas politiniu dialogu su vyriausybėmis partnerėmis. Atitinkamai konkrečiam sektoriui skiriama parama turėtų priklausyti nuo kiekvienos šalies partnerės prioritetų. Kitos priežastys – į nacionalines orientacines programas įtrauktinų prioritetinių sričių skaičiaus apribojimai (nuo 2014–2020 m. į DFP įtraukiamos ne daugiau kaip trys prioritetinės sritys). Kiti neatidėliotini poreikiai – daugiausia ekonominiai – gali trukdyti skirti dėmesį sveikatos poreikiams: pavyzdžiui, Čade, esančiame 2020 m. sąrašo viršuje (žr. **3 lentelę**), daugiamečiai prioritetai yra valdymas, žmogaus socialinė raida (kita nei sveikata) ir žaliasis kursas. Taigi, Komisijos analizė paskatino pradėti derybas dėl programavimo, tačiau ji nebuvo lemiamas veiksnys skiriant finansavimą.

37 Dėl tų pačių priežasčių šalių ODP, kuriose sveikatos sektorius yra prioritetinis, skaičius sumažėjo nuo 48 2007–2013 m. programavimo laikotarpiu iki 17 2014–2020 m. programavimo laikotarpiu. Pagal KVTBP „Globali Europa“ (2021–2027 m.) sveikatos sritis yra prioritetinė 27 iš visų 86 šalių ODP (t. y. 59 šalių ODP sveikatos sritis nebuvo prioritetinė). Išsamus šalių, kurių prioritetas per pastaruosius tris programavimo laikotarpius buvo sveikata, sąrašas pateiktas **III priede**.

¹⁸ Specialioji ataskaita 14/2023.

Metodika, taikoma skiriant lėšas pagal teminį ramstį, nėra oficiali ir nėra tinkamai dokumentuota

38 Be geografiniu pagrindu skiriamų lėšų (pagal šalis arba regionus), Europos Sąjunga sveikatos sektorių remia teikdama teminį finansavimą (žr. **16** dalį), kuriuo finansuojamos VSI. Įgyvendinant audituotas tris DFP, ES išlaidos VSI labai padidėjo (žr. **4 lentelę**). Pastaraisiais metais ši tendencija sustiprėjo dėl COVID-19 pandemijos. Be to, nuo 2014–2020 m. DFP per VSI buvo teikiama didesnė ES parama nei tiesioginė dvišalė pagalba šalims partnerėms. Dvi pagrindinės Komisijos remiamos iniciatyvos yra Pasaulinis fondas ir GAVI (žr. **16** dalį ir **IV priedą**). Europos Komisija Pasaulinį fondą remia nuo jo veiklos pradžios 2002 m., o GAVI – nuo 2003 m., t. y. pradėjo remti praėjus trejiems metams nuo jo veiklos pradžios 2000 m.

4 lentelė. Komisijos išmokų VSI pokyčiai, milijonais eurų

Visuotinės sveikatos iniciatyvos (VSI)	2007–2013	2014–2020	2021–2027 (iki 2024 m. sausio mėn.)	Bendra suma (nuo 2007 iki 2024 m. sausio mėn.)
Pasaulinis fondas	585	853	1 017	2 455
GAVI	20	285	510	815
PSO ir „UHC Partnership“	22	150	37	209
Pandemijų prevencijos fondas			227	227
Jungtinių Tautų gyventojų fondo atsargų tiekimo partnerystė	48	50	45	143
Pasaulinė finansavimo priemonė (TRPB)		24		24
UNAIDS – Jungtinių Tautų bendra kovos su ŽIV/AIDS programa	2			2
Visos VSI	677	1 362	1 836	3 875
Visa dvišalė parama (III priede nurodytos šalys)	1 308	990	136	2 435
Visa INTPA GD parama sveikatos sektoriui	2 887	2 812	2 244	7 944
Visų VSI / visos INTPA GD paramos sveikatos sektoriui procentinė dalis	23,4 %	48,4 %	81,8 %	48,7 %
Visos dvišalės paramos / visos INTPA GD paramos sveikatos sektoriui procentinė dalis	45,3 %	35,2 %	6,1 %	30,7 %

Šaltinis: INTPA GD rodiklių suvestinė ir duomenys, gauti iš CRIS / OPSYS duomenų bazės, remiantis sveikatos sektoriaus PVK kodais.

39 Nei KVTBP „Globali Europa“ reglamente, nei atitinkamoje teminėje ODP nenurodytas kiekvienai VSI skirtas ES finansavimas. Komisijos nuomone, VSI buvo atrinktos finansavimui atlikus vertinimų, finansavimo trūkumų, turimo biudžeto, pažangos siekiant DVT uždavinių ir VSI pateiktų rodiklių analizę, taip pat atlikus INTPA GD įtakos visuotinių sveikatos iniciatyvų valdymo organams ir strateginių aspektų vertinimą. Tačiau nustatėme, kad šis procesas nebuvo pakankamai dokumentuotas. Nors Komisija naudojo kiekybinius ir kokybinius elementus, metodika nebuvo pagrįsta oficialiu iš anksto nustatytų konkrečių ir kiekybiškai įvertinamų kriterijų rinkiniu.

ES finansavimu padėta užtikrinti sveikatos sistemų veikimą, tačiau jo veiksmingumas buvo ribotas dėl koordinavimo problemų

40 Tikrinome ES paramos sveikatos sektoriui intervencijų tinkamumą ir veiksmingumą trijose šalyse partnerėse, atrinktose nuodugnai analizei, paramos teikėjų, projektų vykdytojų ir vyriausybinių institucijų veiklos koordinavimą, intervencijų valdymo išlaidas, ES finansavimo matomumą ir stebėsenos tvarką. Tikrinome, ar Komisija nustatė atitinkamas intervencijas ir suskirstė jas pagal prioritetus, siekdama užtikrinti, kad jos atitiktų nacionalinę sveikatos politiką ir pilietinės visuomenės lūkesčius ir būtų suderintos su skiriamu finansavimu. Tikrinome, ar intervencijos koordinuojamos su kitais paramos teikėjais, ar jomis prisidedama prie strategijos ir tikslų įgyvendinimo ir ar galima patikrinti intervencijų rezultatus.

ES rėmė įvairias sveikatos srities intervencines priemones, kurias atitiko atrinktų šalių poreikius

41 Nustatėme tam tikrų skirtumų, susijusių su ES finansuojamų intervencinių priemonių rūšimi trijose šalyse, kurias atrinkome išsamiai analizei atlikti. Burundyje 2014–2022 m. DFP laikotarpiu ES parama, be kita ko, buvo naudojama nemokamai nėščių moterų ir vaikų iki penkerių metų sveikatos priežiūrai. Papildomiems projektams, turėjusiems stiprinti sveikatos sistemą tokiose srityse kaip chirurgijos pajėgumai rajono lygmeniu, skaitmenizacija arba psichikos sveikata, šioms veiklos sritims skirta tik nedidelė dalis lėšų. Burūrio, Makambos ir Gitegos provincijose iš beveik 9 milijonų eurų, kuriuos skyrė ES, 28 % buvo skirti veiklos išlaidoms ir žmogiškiesiems ištekliams.

42 Komisija Zimbabvės sveikatos sistemą rėmė kelių paramos teikėjų nuosekliai teikiamomis lėšomis. 2016–2022 m. veikęs Sveikatos plėtros fondas (SPF) daugiau kaip trečdalį savo biudžeto skyrė būtiniausiems vaistams ir maisto produktams įsigyti (žr. [3 diagramą](#)).

43 Parama sveikatos sektoriui buvo vienas iš ES dvišalės pagalbos KDR prioritetų per pastaruosius tris programavimo laikotarpius, per kuriuos šalis buvo didžiausia ES pagalbos sveikatos srityje gavėja. Dvišalėse programose ir projektuose, kuriuos ES įgyvendino KDR, daugiausia dėmesio skirta:

- ligoninių ir sveikatos centrų rekonstrukcijai;
- agentūrų, kurios valdytų sveikatos sektoriaus struktūrų veiklą ir priežiūros išlaidas, steigimui;
- geresniam kokybiškų vaistų tiekimui;
- sveikatos priežiūros institucijų stiprinimui.

44 Manome, kad visos šios intervencijos iš esmės atitiko šalių poreikius.

Koordinavimo pastangos ir paskirstymo sistemos rajonų lygmeniu yra nepakankamos

45 Atrinktose šalyse buvo stengiamasi gerinti koordinavimą ir stiprinti paskirstymo sistemas. Atlikdami analizę nustatėme, kad nacionalinio koordinavimo pastangos dažnai būna sutelktos tik į visos šalies masto strategijas ir paskirstymą pagal regionus. Tačiau koordinavimas būtinas ir žemesniu lygmeniu – rajonų ir klinikų, – siekiant užtikrinti, kad šiuo lygmeniu būtų gaunama tai, ko iš tikrųjų reikia. Mūsų vizitai kaimo vietovių sveikatos klinikose parodė, kaip svarbu gerinti poreikių analizę ir vaistų paskirstymą, nes daugumos klinikų vaistinėse radome tuščias lentynas (žr. [47 dalį](#)).

46 Zimbabvėje vertintojai¹⁹ nustatė, kad projektais nebuvo išsamiai sprendžiamos pagrindinės problemos, todėl intervencijos sutapo. Burundyje ir Zimbabvėje nustatėme atvejų, kai finansavimas buvo skirtas nenaudojamai įrangai (žr. [2 langelį](#)).

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

2 langelis

Nepakankamai naudojama įranga Burundyje ir Zimbabvėje

Burundyje lankėmės ligoninėje ir nustatėme, kad nors du nauji ES finansuoti inkubatoriai buvo naudojami, kiti trys nauji inkubatoriai (kuriuos suteikė kitas paramos teikėjas) nebuvo naudojami. Naujų ES finansuotų inkubatorių būtų nereikėję, jei anksčiau iš kitų paramos teikėjų gauti inkubatoriai būtų buvę naudojami.

Zimbabvės rajoninėje ligoninėje nustatėme, kad dvi dėžės su visiškai naujais ultrašaldikliais daugiau nei pusę metų stovėjo koridoriuje, nes ligoninė neturėjo kur jų naudoti. Paramos gavėjas negalėjo paaiškinti šių prekių kilmės ir nebuvo įmanoma nustatyti įrangos finansavimo šaltinio. Jei būtų buvę geriau išanalizuoti ligoninės poreikiai, pagalbos teikėjų bendruomenės pinigai galėjo būti panaudoti veiksmingiau.

47 Zimbabvėje įgyvendinant SPF projektą didžiausia biudžeto eilutė yra skirta medicinos reikmenims ir vakcinoms (žr. **3 diagramą**). Nepaisant kelių paramos teikėjų investicijų, vaistų prieinamumas buvo ribotas, kaip nustatėme savo vizitų vietoje metu (žr. **1 nuotrauką**). Nustatėme, kad kai kurių pagrindinių vaistų atsargų nebuvo kelis mėnesius. Taip pat nustatėme atvejų, kai tebegaliojantys vaistai buvo išmesti.

48 Galutiniame Burundžio PASS projekto vertinime buvo rekomenduojama stiprinti su vaistinių preparatų valdymu susijusius gebėjimus. 2021 m. Sveikatos apsaugos ministerijos metinėje ataskaitoje patvirtinama, kad pagrindinės kliūtys yra vaistų trūkumas.

49 Galiausiai, kalbant apie KDR, atlikus didžiausio 2014–2020 m. sveikatos srities projekto PRO DS laikotarpio vidurio vertinimą (paskelbtą 2022 m. sausio 17 d.) nustatyta, kad trys tikslai, susiję su būtiniausių vaistų tiekimu, buvo pasiekti tik iš dalies, ir tai įvyko dėl neveiksmingos Vaistų pirkimo centrų federacijos ir Sveikatos priežiūros organizavimo ir valdymo generalinio direktorato reorganizacijos.

1 nuotrauka. Kai kurių vaistų Zimbabvės klinikoje, kurioje lankėmės, nuolat trūko



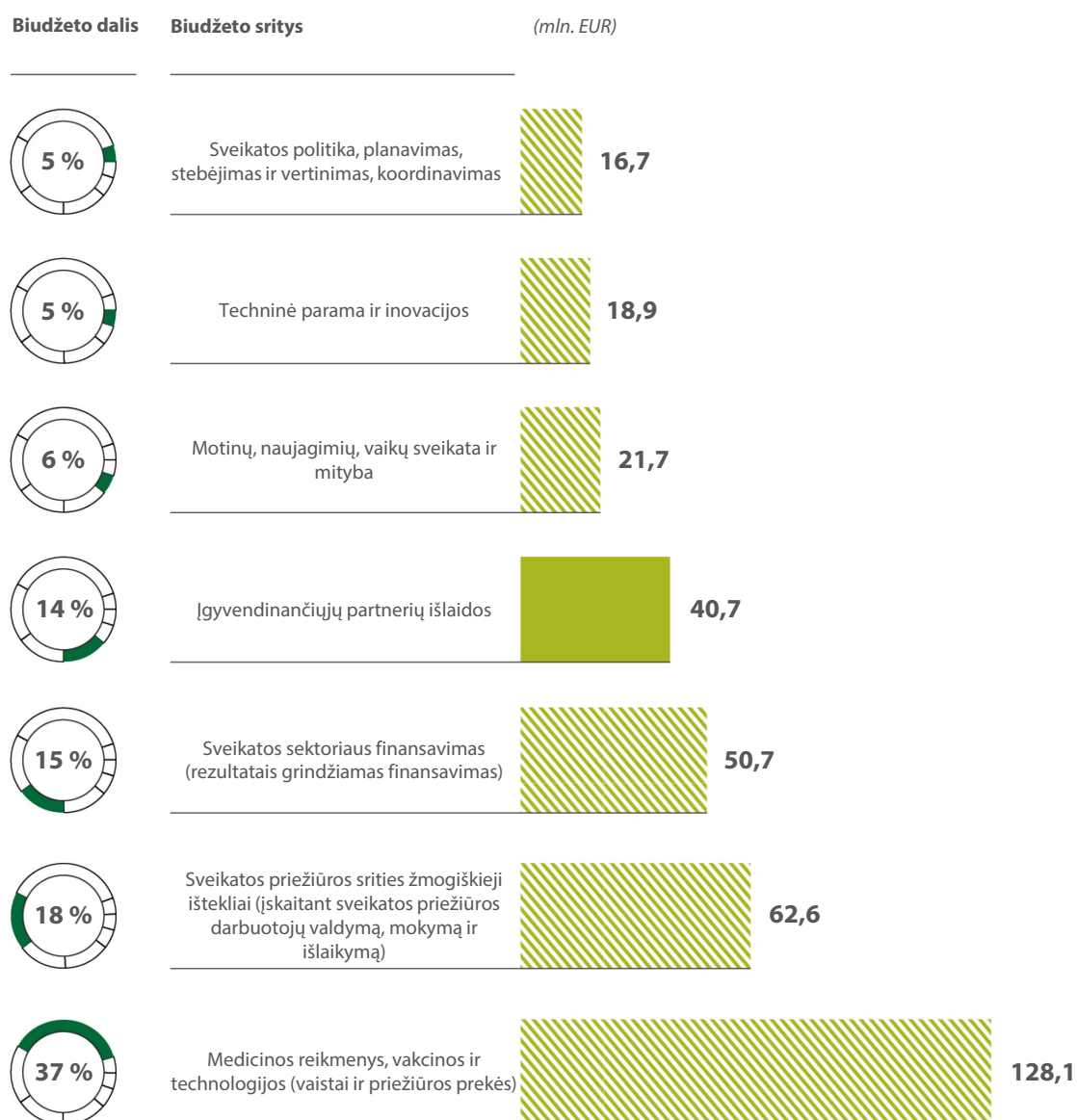
Šaltinis: Audito Rūmai.

Daugiasluoksnė įgyvendinimo struktūra turi įtakos išlaidoms

50 Intervencijų sveikatos sektoriuje išlaidoms įtakos turi daugiasluoksnė įgyvendinimo struktūra. Projektams dažnai vadovauja įgyvendintieji partneriai, samdantys subrangovus. Visi šie dalyviai taiko valdymo mokesčius, ir dėl to mažėja galutiniams naudos gavėjams skiriamų lėšų suma.

51 Zimbabvėje Komisija prisidėjo prie kelių paramos teikėjų lėšų. 2016–2020 m. vykdytą SPF projektą įgyvendino du partneriai. Įgyvendinantieji partneriai ėmė mokėti, sudariusį 7 % biudžeto, valdymo išlaidoms ir dar 7 % mokėti būstinės valdymo išlaidoms padengti; taigi, iš viso 14 % viso biudžeto. Tai reiškė, kad bendros valdymo išlaidos buvo didesnės nei kai kurie asignavimai pagal intervencijų išlaidų kategorijas. **3 diagramoje** matyti, kad įgyvendinančiųjų partnerių išlaidos beveik dvigubai viršijo gimdyvių, naujagimių ir vaikų sveikatai ir mitybai skirtą sumą.

3 diagrama. Sveikatos plėtros fondo biudžetas (ES ir kiti paramos teikėjai) Zimbabvėje (2016–2022 m.)



Šaltinis: Audito Rūmai.

52 Nustatėme, kad Burundyje įgyvendinamų projektų bendru pavadinimu „Twiteho Amagara“, kuriuos tiesiogiai finansuoja ES, veiklos išlaidos viršijo 30 %. Projektus įgyvendino penki konsorciumai visose 18 Burundžio provincijų. Bendra konsorciumams skirta suma buvo 45 milijonai eurų, iš jų beveik trečdaliu (14 milijonų eurų) buvo padengtos veiklos išlaidos.

Sudėtinga koordinuoti skirtingus finansavimo srautus

53 Komisija naudoja du atskirus finansavimo srautus – geografinį finansavimą ir finansavimą visuotinėms iniciatyvoms – toms pačioms geografinėms teritorijoms remti. Be to, pastaraisiais metais VSI išplėtė savo horizontaliąją aprėptį ir įtraukė sveikatos sistemų stiprinimą. Todėl kyla rizika, kad Komisijos ir VSI veiksmai gali sutapti, ir kad nebus stiprinama Komisijos bei VSI intervencijos sričių ir pačių VSI sinergija.

54 Pasaulinis fondas reikalauja, kad kiekvienoje paramą gaunančioje šalyje būtų sukurtas aiškus mechanizmas, kuriuo būtų koordinuojamos bendros pastangos gauti ir panaudoti finansavimą. Dėl problemų, susijusių su suinteresuotųjų subjektų (ypač vietos bendruomenių) atstovavimu nacionalinėse koordinavimo priemonėse, dažnai reikia sukurti atskirą šalies koordinavimo mechanizmą. Nustatėme, kad dėl šio mechanizmo padidėja šalies partnerės administracinė našta. Pavyzdžiui, Burundžio pareigūnai mums sakė, kad dėl šio sudėtingumo jie yra suinteresuoti šalies koordinavimo mechanizmą sujungti į Sveikatos ir vystymosi partnerystės sistemą, kuri yra Sveikatos apsaugos ministerijos valdoma bendra koordinavimo struktūra.

55 Komisija dalyvauja VSI valdymo organų veikloje, taip pat valdant ir įgyvendinant 2023 m. [Lusakos darbotvarkę](#), o ši yra VSI ateities koordinavimo forumas. Lusakos darbotvarkėje nustatyti keli svarbiausi reikalavimai, būtini siekiant pagerinti VSI indėlį saugant žmonių gyvybes ir gerinant jų sveikatą visame pasaulyje. Tai – didesnis indėlis į pirminę sveikatos priežiūrą, katalizatoriaus vaidmuo remiant šalies viduje finansuojamas sveikatos paslaugas, bendri metodai siekiant lygybės sveikatos priežiūros srityje, strateginė ir operatyvinė VSI valdymo modelių darna, mokslinių tyrimų ir technologinės plėtros koordinavimas su regionine gamyba. Veiksmingas darbotvarkės įgyvendinimas bus labai svarbus, siekiant užtikrinti paramos teikėjų, VSI ir nacionalinių vyriausybių požiūrio, susijusio su sveikatos sistemų stiprinimu šalyse partnerėse, koordinavimą.

ES finansuojamų veiksmų matomumas vietoje yra menkas, visų pirma tais atvejais, kai lėšos telkiamos kartu su kitais paramos teikėjais

56 ES veiksmų matomumas yra labai svarbus siekiant sustiprinti ES vaidmenį pasaulyje. Komisija parengė keletą gairių, susijusių būtent su išorės veiksmis²⁰. ES lėšų gavėjai turi įsipareigojimų, kuriais siekiama užtikrinti ES matomumą. Taisyklės taip pat apima kelių ženklų naudojimą – daugeliu atvejų reikalavimą rodyti ES emblemą bent jau taip pat gerai matomoje vietoje, kaip ir kitus logotipus.

57 Mūsų vizitai parodė, kad ES finansuojamų veiksmų matomumas yra nepakankamas. Dažniausia problema yra ta, kad paramos gavėjai žino apie projektą arba jo įgyvendintojus, bet ne apie tai, kad jam finansavimą skyrė ES.

58 Projektų vykdytojai paprastai yra daug labiau matomi nei paramos teikėjai, ir paprastai paramos gavėjai mano, kad būtent vykdytojai finansuoja projektus. Pavyzdžiui, Burundyje nustatėme atvejų, kai ES vėliavos logotipas pateiktas be jokio Europos Sąjungą identifikuojančio teksto (žr. [2 nuotrauką](#)), o tai neatitinka gairių (žr. [56](#) dalį). Tai kelia problemų, nes vietos gyventojai ne visada vėliavą susieja su ES. Kitais atvejais buvo rodomas tik vykdytojo logotipas.

²⁰ [Communicating and raising EU visibility: Guidance for external actions](#), Europos Komisija.

2 nuotrauka. ES vėliavos logotipas be jokio Europos Sąjungą identifikuojančio teksto



Šaltinis: Audito Rūmai.

59 Kai paramos teikėjų yra keletas, paramos gavėjai paprastai nežino visų paramos teikėjų tapatybės, jie žino tik fondo pavadinimą. Nepaisant reikalavimo, kad apie ES paramą turi būti skelbiama bent jau taip pat gerai, kaip ir apie kitų paramos teikėjų, galutiniai paramos gavėjai atpažins tik įgyvendinantįjį partnerį. Tai kenkia tikslui didinti informuotumą apie ES išorės politiką ir Sąjungos, kaip pasaulinius, veiksmus.

ES paramos sveikatos sektoriui rezultatus vertinti trukdo bendri veiklos rezultatų rodikliai ir duomenų trūkumai

60 Į Komisijos naudojamą ES rezultatų sistemą įtraukta keletas sveikatos srities rodiklių, pagal kuriuos vertinama, ar pasiekti strateginiai tikslai (penki rodikliai iki 2017 m., du nuo 2018 m.). Šie rodikliai (žr. [5 lentelę](#)) yra skirti konkrečiai ES paramai vertinti. Tačiau praktiškai jie parodo visos paramos teikėjų bendruomenės paramos rezultatus, taigi matoma tik dalis ES intervencijų sveikatos sektoriuje vaizdo.

5 lentelė. Sveikatos srities rodiklių raida ES rezultatų sistemoje

2015–2017 m.	nuo 2018 m.
Vienų metų amžiaus vaikų, imunizuotų remiant ES lėšomis, skaičius	Vienų metų amžiaus vaikų, imunizuotų remiant ES lėšomis, skaičius
Moterų, naudojančių kokį nors ES lėšomis finansuojamos kontracepcijos būdą, skaičius	Vaisingo amžiaus moterų, naudojančių ES remiamus modernios kontracepcijos metodus, skaičius
Gimdymų, kuriuos priėmė ES lėšomis finansuojamas kvalifikuotas sveikatos sektoriaus personalas, skaičius	-
Asmenų, kurių ŽIV infekcija yra pažengusi ir kurie gauna ES finansuojamą antiretrovirusinę terapiją, skaičius	-
Insekticidais apdorotų lovų tinklelių, platintų naudojant ES paramą, skaičius	-

Šaltinis: 2015 m. ES tarptautinio bendradarbiavimo ir vystymosi rezultatų programa (EURF), 2018 m. patikslinta EURF, Pasaulinė Europos veiklos rezultatų stebėsenos sistema su patikslinta 2022 m. Pasauline Europos rezultatų programa.

61 Taip pat, įgyvendinant visuotines sveikatos iniciatyvas naudojami veiklos rodikliai dažnai nepriskiriami tik jų veiksams, nes atspindi ir bendrus visų paramos teikėjų ir paramą gaunančių šalių vyriausybių veiksmus (pvz., Pasaulinio fondo pagrindinis veiklos rodiklis, susijęs su mirtingumo rodikliais).

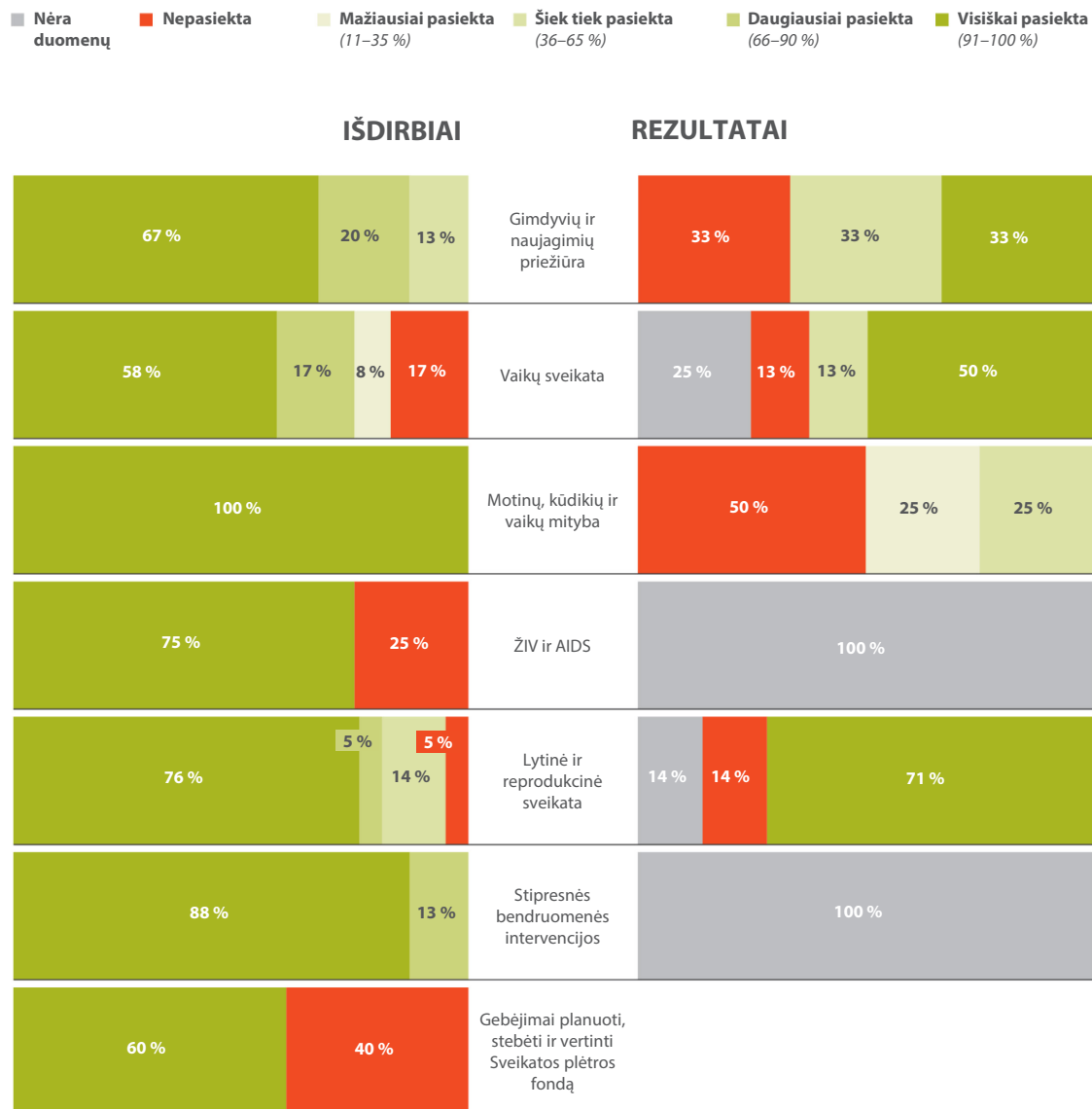
62 ES delegacijos nepakankamai informuojamos apie rezultatus, pasiektus dėl sutelktų lėšų. Pavyzdžiui, delegacija Zimbabvėje negavo ketvirtinių įgyvendinimo ataskaitų, ji gavo tik metines pažangos ataskaitas, kuriose nepakanka informacijos apie lėšų panaudojimą.

63 Kaip paaškinta pirmiau (žr. **60** ir **61** dalis), sunku atskirti ES intervencijų poveikį nuo kitų paramos teikėjų paramos ir kitų išorinių veiksnių. Remiantis turimais vertinimais apskaičiuota, kad Burundyje išdavos ir rezultatai pasiekti iš dalies²¹.

64 Galutinio vertinimo duomenimis, Sveikatos plėtros fondo Zimbabvėje tikslas buvo pasiekti 24 rezultatus ir 69 išdirbius. Iš rodiklių matyti, kad dauguma išdirbių buvo pasiekti, tačiau apie mažesnę pažangą pranešta siekiant rezultatų (žr. **4 diagramą**).

²¹ *Evaluation du programme d'appui au système de santé (PASS) au Burundi*, IBF, 2021 m.; Programos „Twiteho Amagara“ tarpinio vertinimo ataskaita, Promanas, 2022 m., ir kiti neviešieji vertinimai.

4 diagrama. Sveikatos plėtros fondo išdirbiai ir rezultatai Zimbabvėje



Šaltinis: Audito Rūmai, remiantis Sveikatos plėtros fondo Zimbabvėje galutiniu vertinimu.

65 Iš KDR atlikto didžiausio 2014–2020 m. sveikatos srities projekto PRO DS laikotarpio vidurio vertinimo matyti, kad trys iš dešimties numatytų rezultatų iš esmės buvo visiškai pasiekti (pavyzdžiui, etaloninės ligoninės veikimas ir sveikatos centrų veiklos racionalizavimas), o penki rezultatai buvo pasiekti iš dalies (pavyzdžiui, centrinės sveikatos administracijos reguliavimo vaidmens stiprinimas). Pažanga siekiant dviejų rezultatų buvo gerokai mažesnė nei numatyta (pavyzdžiui, žmoniškųjų išteklių, pritaikytų veiklos lygiams ir administracinėms funkcijoms, sukūrimas).

66 Audito vizitų metu nustatėme, kad kai kurie ataskaitoms surinkti duomenys buvo neprieinami arba nepatikimi. Burundyje gimdyvių sveikatos stebėsenai buvo naudojami keli rodikliai. Tačiau kai kurių nurodytų verčių buvo akivaizdžiai neįmanoma pasiekti. Pavyzdžiui, gimdymų, kai prireikė pagalbos, rodiklis kartais buvo net 125 %. Komisija paaiškino, kad taip yra dėl neatnaujintos gyventojų statistikos.

Kyla rizika projektų tvarumui

67 Menkas tvarumas yra būdinga paramos vystymuisi projektų rizika. Parama yra laikina, intervencijos laikotarpis trumpas, o lėšų prieinamumas svyruoja – visa tai gali turėti neigiamą poveikį projektų tęstinumui paramą gaunančiose šalyse. Tikrinome, ar į tvarumą buvo atsižvelgta visais intervencijų etapais – planavimo, įgyvendinimo, stebėsenos.

Paramą gaunančios vyriausybės neturi pereinamojo laikotarpio arba pasitraukimo strategijų ir įsipareigojimų, o jų biudžeto išteklių – riboti

68 Finansuojami projektai yra terminuoti, ir pasibaigus finansavimui jie retai būna vykdomi savarankiškai. Todėl paramos teikėjai turi bendradarbiauti su vietos ir nacionalinėmis institucijomis, kad rezultatai nebūtų prarasti. Kartu svarbu, kad paramos teikėjų finansavimas būtų derinamas su tinkamais lėšų panaudojimo pajėgumais ir kad vyriausybės šio finansavimo nenaudotų vietoj nacionalinių išlaidų. Taip pat svarbu, kad paramą gaunančios šalys turėtų sveikatos priežiūros finansavimo strategijas, kurios sušvelnintų paramos teikėjų paramos nutraukimo poveikį.

69 Trijose išsamiai analizuotose šalyse (žr. **3 langelį**) nenustatėme aiškios pereinamojo laikotarpio ir pasitraukimo strategijos, o tai reiškia, kad, nutraukus ES paramą, bus sunku užtikrinti veiklos tvarumą, taip pat atsižvelgiant į tai, kad šalių biudžeto išteklių yra riboti.

3 langelis

Sveikatos sistemos ir toliau priklauso nuo tarptautinės paramos

Burundyje ES intervencijos sveikatos sektoriuje iš pradžių buvo pereinamojo laikotarpio, kad būtų lengviau pereiti nuo neatidėliotinos paramos prie įprastų sveikatos priežiūros paslaugų. Burundis vis dar labai priklausomas nuo išorės paramos teikėjų, todėl paramos sistema vos išsilaiko. Komisija pripažįsta, kad, nors darbas apima politinį bei sektorių dialogą ir techninę pagalbą vyriausybei, reikia dėti daugiau pastangų, siekiant parengti pereinamojo laikotarpio (pasitraukimo) strategiją. Kol kas nėra konkrečių planų, kaip tai padaryti, nors paramos teikėjų derybos vyksta.

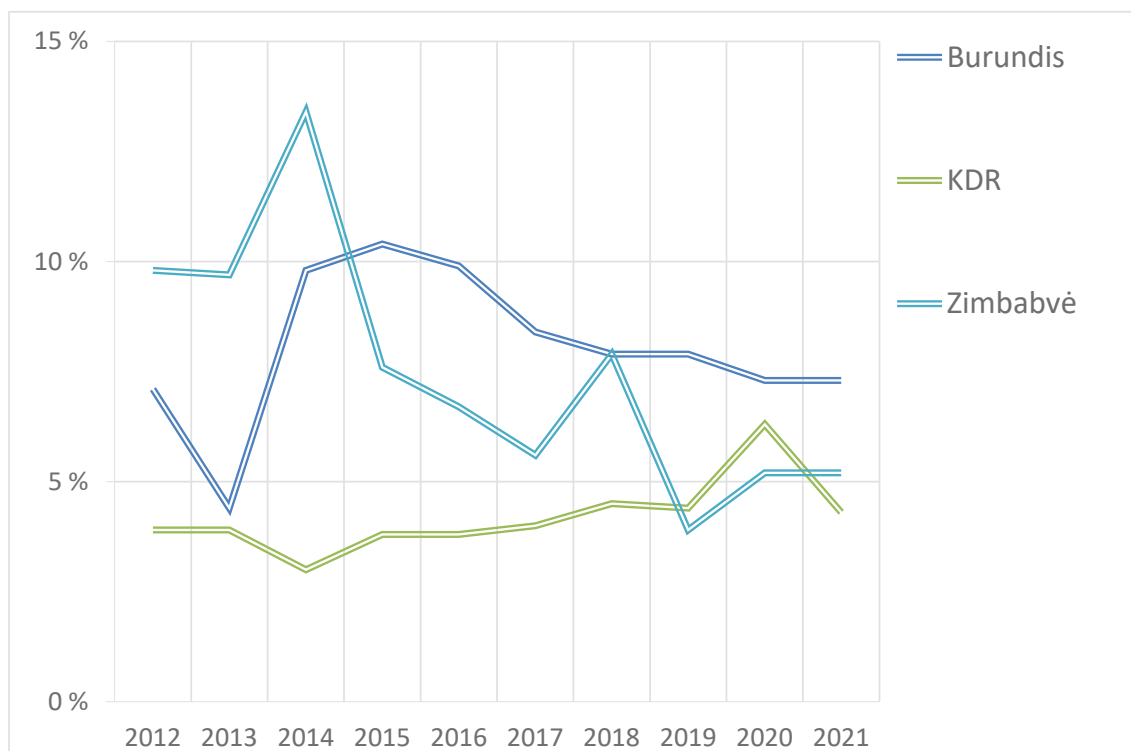
Zimbabvėje pagal SPF projektą nemažai finansavimo lėšų skirta žmogiškųjų išteklių poreikiams, pavyzdžiui, darbuotojų išlaikymo išmokoms, premijoms už darbo rezultatus ir kitoms personalo išlaidoms padengti. Partneriai tikėjosi, kad pasibaigus Sveikatos plėtros fondo įgyvendinimui vyriausybė perims bendruomenės sveikatos priežiūros darbuotojų finansavimą, kai paramos teikėjų finansavimas bus sumažintas įgyvendinant vėlesnį Sveikatos sistemos atsparumo fondą, tačiau vyriausybė nesuteikė jokios paramos darbo užmokesčiui ir panašioms išlaidoms.

Atlikus didžiausios 2014–2020 m. ES sveikatos programos KDR laikotarpio vidurio vertinimą, išryškėjo su tvarumu susiję iššūkiai ir buvo rekomenduota parengti pasitraukimo strategiją, kurioje dalyvautų visi suinteresuotieji subjektai.

70 Pasitraukimo strategijose dažnai reikalaujama sukurti fiskalinę erdvę, kad būtų užtikrintas pakankamas nacionalinis sveikatos priežiūros finansavimas. Mūsų atrinktų trijų šalių sveikatos biudžetai dar nepasiekė 2001 m. [Abudžos deklaracijoje](#) įsipareigotos 15 % bendro biudžeto ribos (žr. [06](#) dalį ir [5 diagramą](#))²².

²² Africa Scorecard on Domestic Financing, Afrikos Sąjunga.

5 diagrama. Sveikatos biudžetas, kaip procentinė audituotų šalių BVP dalis



Šaltinis: Audito Rūmai, remiantis Afrikos sveikatos srities vidaus finansavimo rezultatų suvestine.

Ne visada vykdoma tinkama įrangos techninė priežiūra

71 Kai paramos teikėjai finansuoja arba pristato įrangą, jie dažnai mano, kad gavėjai ja tinkamai rūpinsis ir užtikrins reikiamą techninę priežiūrą bei eksploatacines medžiagas. Tačiau dėl to neretai patiriama papildomų išlaidų: telefonams reikalingas linijos abonementas, automobiliams – reguliari techninė priežiūra ir atsarginės dalys, spausdintuvams – popierius ir tonerio kasetės. Šios papildomos išlaidos gali sudaryti tik nedidelę dalį įrangos vertės, tačiau kartais jos gali tapti neįveikiama kliūtimi, trukdančia veiksmingai naudoti įrangą.

72 Daugelyje vertinimų nustatyta techninės priežiūros problema. Nustatėme, kad vykdant įrangos atrankos procedūrą ir vykdant jos techninę priežiūrą nepakankamai atsižvelgiama į tai, ar paramą gaunančioje šalyje yra reikiamų paslaugų, įgūdžių ir atsarginių dalių. Atliekant dviejų pirmųjų Burundyje vykdytų veiklos rezultatais grindžiamo finansavimo projektų bendrą vertinimą buvo pastebėtos įrangos techninės priežiūros problemos.

73 Vizitų į projektų įgyvendinimo vietas metu nustatėme atvejų, kai įranga, tiesiogiai arba netiesiogiai finansuota ES lėšomis, nenaudojama (žr. [4 langelį](#)), sugadinta (žr. [3 nuotrauką](#)) arba nepakankamai naudojama. Manome, kad šiais atvejais priežastys buvo susijusios su neatliktu arba nepakankamu poreikių vertinimu ir netinkamu įrangos pasirinkimu.

3 nuotrauka. Burundžio laboratorijoje daugiau kaip 16 mėnesių neveikiantis hematologinis analizatorius



Šaltinis: Audito Rūmai.

4 langelis

Burundyje neveikiantis ekstremaliųjų visuomenės sveikatos situacijų operatyvinis centras

Ekstremaliųjų visuomenės sveikatos situacijų operatyviniai centrai koordinuoja visą veiklą, susijusią su ekstremaliosiomis visuomenės sveikatos situacijomis. Burundyje ekstremaliųjų visuomenės sveikatos situacijų operatyvinis centras buvo įsteigtas panaudojus 800 000 eurų ES lėšų, 2021 m. balandžio 20 d. centras buvo oficialiai atidarytas²³. Mūsų audito vizito metu, praėjus daugiau nei dvejiems metams, kompiuteriai vis dar nebuvo fiziškai prijungti, telefonai neveikė, o kita IT įranga niekada nebuvo naudota. Centro vadovybė paaiškino, kad jis neveikė, nes Sveikatos apsaugos ministerijai nepavyko susitarti su telefono ryšio bendrove.

²³ PSO ataskaita *Inauguration officielle du Centre des Opérations d'Urgences de Santé Publique*.

Išvados ir rekomendacijos

74 Nustatėme, kad Komisija skirstė lėšas pagal savo bendro pobūdžio prioritetus, tačiau šio skirstymo metodika turėjo trūkumų. Intervencijų veiksmingumui neigiamos įtakos turėjo koordinavimo ir tvarumo problemos.

75 Pagrindiniuose ES politikos dokumentuose yra nustatyti lėšų skyrimo bendro pobūdžio parametrai, nenurodant veiklos tikslų. Per pastaruosius tris programavimo laikotarpius sveikatos priežiūrai skirti mokėjimai išliko palyginti pastovūs. Tačiau dvišalio bendradarbiavimo su šalimis partnerėmis finansavimas sumažėjo, o paramos visuotinėms sveikatos iniciatyvoms finansavimas labai padidėjo, taip pat ir dėl atsako į COVID-19 (28–32 dalys).

76 Komisija nustatė šalių partnerių eiliškumą pagal jų sveikatos sistemų poreikius, tačiau šis vertinimas turėjo mažai įtakos dvišaliam finansavimui, daugiausia dėl programavimo principų (33–37 dalys).

1 rekomendacija. Geriau derinti šalių poreikius ir sveikatos priežiūros lėšų paskirstymą

Rengdamasi kitai DFP, Komisija, palaikydama dialogą su paramą gaunančiomis šalimis, turėtų išnagrinėti, kaip būtų galima geriau suderinti šalių partnerių poreikių eiliškumą ir geografinį ES pagalbos sveikatos sektoriui paskirstymą, ir, jei įmanoma, remiantis kitos DFP teisiniu pagrindu, iš naujo subalansuoti lėšų paskirstymą pasaulinėms iniciatyvoms ir šalims skirtai regioninei bei dvišalei paramai.

Tikslinė įgyvendinimo data: laiku, kad būtų suspėta iki kitos DFP

77 Parama pavienėms visuotinėms sveikatos iniciatyvoms pagal temines programas buvo skiriama remiantis kiekybiniais ir kokybiniais elementais. Tačiau tai nebuvo grindžiama iš anksto nustatytu oficialiu konkrečių ir kiekybiškai įvertinamų kriterijų rinkiniu, ir procesas nebuvo pakankamai dokumentuotas (38–39 dalys).

2 rekomendacija. Nustatyti aiškius visuotinių sveikatos iniciatyvų finansavimo kriterijus ir geriau dokumentuoti lėšų skyrimo procesą

Komisija turėtų nustatyti aiškius, konkrečius ir, jei taikoma, kiekybiškai išmatuojamus visuotinių sveikatos iniciatyvų finansavimo kriterijus ir patobulinti proceso dokumentavimą, įskaitant Komisijos dalyvavimo įgyvendinant šias iniciatyvas pridėtinės vertės analizę.

Tikslinė įgyvendinimo data: 2025 m.

78 Tikrintų projektų išdirbių buvo įvairių: kompensacijos už apsilankymus pas gydytojus, vaistai, ligoninių pastatai. Tačiau, esant nepakankamam koordinavimui rajonų lygmeniu, įrangos ir vaistų skirstymas turėjo trūkumų (40–49 dalys).

3 rekomendacija. Geriau atlikti poreikių analizę ir geriau koordinuoti įrangos bei vaistų paskirstymą

Komisija turėtų palaikyti ryšius su atitinkamo lygmens subjektais, kad būtų geriau koordinuojamas įrangos ir vaistų paskirstymas. Komisija turėtų bendradarbiauti su šalimis partnerėmis, kad padidintų jų poreikių analizės, planavimo ir koordinavimo gebėjimus.

Tikslinė įgyvendinimo data: 2025 m.

79 Intervencijų sveikatos sektoriuje išlaidoms įtakos turėjo daugiasluoksnė įgyvendinimo struktūra. Dėl to padidėjo projektų įgyvendinimo išlaidos ir sumažėjo galutiniams naudos gavėjams skirtos sumos (50–52 dalys).

4 rekomendacija. Analizuoti valdymo išlaidų pagrįstumą

Komisija turėtų sustiprinti savo biudžete numatytų valdymo išlaidų pagrįstumo analizę, visų pirma susijusią su daugiasluoksne įgyvendinimo struktūra.

Tikslinė įgyvendinimo data: 2025 m.

80 Komisija dalyvauja pasaulinių sveikatos iniciatyvų valdymo organų veikloje ir vadovauja Lusakos darbotvarkei bei ją įgyvendina. Taip siekiama užtikrinti geresnį šių iniciatyvų suderinamumą, panaikinti susiskaidymą ir racionalizuoti jų struktūrą (53–55 dalys).

5 rekomendacija. Vengti dubliavimosi ir užtikrinti remiamų visuotinių sveikatos iniciatyvų sinergiją

Komisija turėtų imtis tolesnių veiksmų, kad būtų išvengta dubliavimosi ir užtikrinta remiamų visuotinių sveikatos iniciatyvų sinergija.

Tikslinė įgyvendinimo data: 2025 m.

81 ES finansavimas buvo mažai matomas tikslinėms gyventojų grupėms. (56–59 dalys). Komisija naudoja ribotą skaičių aukšto lygio rodiklių, susijusių su sveikata. Nustatėme, kad šie rodikliai tik iš dalies atspindi įvairius ES veiksmus sveikatos srityje. Be to, jie buvo apskaičiuoti taip, kad *de facto* buvo vertinamos bendros įvairių subjektų pastangos ir jų nebuvo galima priskirti vien tik ES finansavimui. Dėl to Komisija negalėjo visapusiškai įvertinti pasiektų ES finansavimo rezultatų sveikatos sektoriuje, atsižvelgiant į strateginius tikslus. Be to, apie dvišalių intervencijų, įgyvendinamų iš kelių paramos teikėjų lėšų, rezultatus nebuvo pakankamai informuojamos ES delegacijos. Projektų vykdytojų surinkti duomenys, skirti ataskaitoms rengti, kartais buvo neprieinami arba nepatikimi (60–66 dalys).

6 rekomendacija. Nustatyti rodiklius, pagal kuriuos būtų galima visapusiškai stebėti ES paramą sveikatos sektoriui

Rengdama kitą DFP, Komisija turėtų nustatyti sveikatos sektoriui skirtus rodiklius, pagal kuriuos būtų išsamiai stebimas ES intervencijų poveikis, laikantis paramos veiksmingumo principų. Kalbant apie kelių paramos teikėjų lėšas, Komisija turėtų įvertinti galimybę taikyti proporcinį metodą ES intervencijų rezultatų ataskaitoms teikti.

Tikslinė įgyvendinimo data: laiku, kad būtų suspėta iki kitos DFP, ne vėliau kaip iki 2027 m.

82 Po to, kai buvo sumažintas paramos teikėjų finansavimas, kad vyriausybė galėtų toliau finansuoti projektus, nebuvo parengta aiškių pereinamojo laikotarpio ir pasitraukimo strategijų. Tai gali kelti pavojų sistemų tvarumui, kai ES parama bus nutraukta (67–70 dalys).

7 rekomendacija. Imtis veiksmų sveikatos sistemų tvarumui skatinti

Komisija kartu su visais atitinkamais remiamų šalių partnerių subjektais turėtų dar geriau išnagrinėti, kaip užtikrinti sveikatos sistemų tvarumą. Diskusijose turėtų būti dar labiau aptariamas sveikatos sektoriaus finansavimas, įskaitant vidaus pajamų sutelkimą ir aiškias bei tikroviškas pereinamojo laikotarpio ir pasitraukimo strategijas. Pasitraukimo strategijos turėtų apimti ateityje planuojamą atitinkamų sveikatos sistemų dalių finansavimą.

Tikslinė įgyvendinimo data: 2025 m.

83 Rizika ES intervencijų tvarumui kyla ir dėl netinkamos suteiktos įrangos techninės priežiūros (71–73 dalys).

8 rekomendacija. Padidinti įrangos techninės priežiūros svarbą

Komisija turėtų:

- a) į įrangos pirkimą įtraukti techninės priežiūros aspektą, t. y. atsižvelgti į tai, ar šalies lygmeniu yra reikiamų paslaugų, įgūdžių ir atsarginių dalių, ir kaip, prireikus, tai būtų galima nustatyti;
- b) imtis veiksmų, kuriais būtų prisidedama prie informuotumo didinimo ir su technine priežiūra susijusios elgsenos keitimo, siekiant padėti suinteresuotiesiems subjektams puoselėti techninės priežiūros kultūrą ir įprastą tvarką.

Tikslinė įgyvendinimo data: 2025 m.

Šią ataskaitą priėmė III kolegija, vadovaujama Audito Rūmų narės Bettinos Jakobsen, 2024 m. liepos 9 d. Liuksemburge įvykusiame posėdyje.

Audito Rūmų vardu

Pirmininkas
Tony Murphy

Priedai

I priedas. ES paramos sveikatos sektoriui strategijų tikslai nuo 2005 m.

Strateginis dokumentas	Paramos sveikatos sektoriui tikslai
2005 m. Europos konsensusas dėl vystymosi	<ul style="list-style-type: none"> — Siekti įgyvendinti JT TVT, susijusius su sveikata: 4 TVT – sumažinti vaikų mirtingumą, 5 TVT – pagerinti motinų sveikatą, 6 TVR – įveikti ŽIV / AIDS, maliariją ir kitas ligas. — Spręsti išskirtinės krizės, susijusios su žmogiškųjų išteklių stygiumi, su kuriuo susiduria sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai, problemą. — Užtikrinti teisingą sveikatos priežiūros finansavimą. — Užtikrinti sveikatos sistemų stiprinimą siekiant geresnių sveikatos rezultatų. — Toliau prisidėti prie visuotinių iniciatyvų; šiuo atžvilgiu dokumento 2006/C 46/01 108 dalyje nustatyta, kad „Komisija parengs kriterijus, pagal kuriuos bus sprendžiama dėl Bendrijos dalyvavimo pasaulio fonduose ir įnašų į juos“.
2010 m. Komisijos komunikatas „ES vaidmuo sprendžiant visuotinės sveikatos uždavinius“ (ir su juo pateikti Komisijos tarnybų darbiniai dokumentai)	<ul style="list-style-type: none"> — ES pirmaujančios pozicijos, siekiant derinti visuotines sveikatos iniciatyvas, įtraukiant šalies partnerės lygmens suinteresuotuosius subjektus; — visuotinė sveikatos apsauga (VSA): <ul style="list-style-type: none"> ○ teikti prioritetą nestabilioms šalims dvišaliais kanalais (nestabilių šalių sąrašas) ir dalyvaujant visuotinėse sveikatos iniciatyvose (skatinti esamų VSI pritaikymą); ○ daugiausia dėmesio – paramai SPS; ○ finansuoti vieną nacionalinį sveikatos biudžetą ir vieną stebėjimo procesą, laikant tai tinkamiausiu ES paramos teikimo pagrindu; ○ 2/3 oficialios paramos vystymuisi (OPV) sveikatos srityje skirti per šalių partnerių valdomas vystymosi programas, iš kurių 80 % būtų teikiama pasitelkiant šalių partnerių viešojo pirkimo ir viešojo finansavimo valdymo sistemas; — užtikrinti darną su kita politika, kuria skatinama VSA; — investuoti į mokslinius tyrimus sveikatos srityje visų piliečių naudai

Strateginis dokumentas	Paramos sveikatos sektoriui tikslai
2011 m. Komisijos komunikatas dėl pokyčių darbotvarkės (2012 m. Tarybos išvados)	<ul style="list-style-type: none"> — Pasitelkti įvairias paramos priemones, visų pirma „sektorius reformos sutartis“; — plėtoti ir stiprinti sveikatos priežiūros sistemas (SPS); — mažinti galimybių naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis nelygybę; — didinti apsaugą nuo visuotinių grėsmių sveikatai; — skatinti politikos sričių darną; — Tarybos išvados: „Bent 20 % ES pagalbos bus ir toliau skiriama socialiniai įtraukčiai ir žmogaus socialinei raidai [sveikatai, švietimui ir socialinei apsaugai] remti“ ir „ES tęs veiklą nestabiliose valstybėse [...]“
2017 m. Europos konsensusas dėl vystymosi	<ul style="list-style-type: none"> — Siekti įgyvendinti JT TVT, susijusius su sveikata; — ES ir jos valstybės narės propaguos VSA; — remti šalių pastangas kurti stiprias, kokybiškas ir atsparias sveikatos priežiūros sistemas (SPS). ES ir jos valstybės narės rems besivystančias šalis sveikatos priežiūros darbuotojų mokymo, įdarbinimo, išdėstymo, nuolatinio kvalifikacijos tobulinimo srityse ir pan.; — užkirsti kelią užkrečiamosioms ligoms, tokioms kaip ŽIV / AIDS, tuberkuliozė, maliarija ir hepatitas, ir kovoti su šiomis ligomis; — imtis veiksmų, kuriais siekiama kovoti su pasaulinėmis grėsmėmis sveikatai (su epidemijomis ir atsparumu antimikrobinėms medžiagoms); — stengtis sumažinti vaikų ir motinų mirtingumą, propaguoti psichinę sveikatą, spręsti didėjančios neužkrečiamųjų ligų šalyse partnerėse sukeltos naštos problemą; — skatinti inovacijas sveikatos priežiūros technologijų srityje; — ES pakartoja savo įsipareigojimą bent 20 % savo OPV skirti socialinei įtraukčiai ir žmogaus socialinei raidai.

Strateginis dokumentas	Paramos sveikatos sektoriui tikslai
2022 m. ES visuotinės sveikatos strategija	<ul style="list-style-type: none"> — Užtikrinti geresnę žmonių sveikatą ir gerovę visą gyvenimą visuose gyvenimo etapuose (3 DVT – sveikas gyvenimas, 5 DVT – lyčių lygybė, 10 DVT – nelygybės šalyse ir tarp šalių mažinimas). Šioje vietoje paminėtos SPS, kovos su ŽIV priemonės ir parama VSI; — stiprinti sveikatos priežiūros sistemas (SPS) ir gerinti VSA. Įtraukta skaitmenizacija, inovacijų technologijos ir sveikatos sektoriaus darbuotojų trūkumo klausimo sprendimas; — kovoti su grėsmėmis sveikatai, įskaitant pandemijas, ir joms užkirsti kelią taikant bendros sveikatos koncepciją. Įtraukta parama Pandemijų fondui, gamybos pajėgumams ir kt.; — pakartoja ES įsipareigojimą bent 20 % savo OPV skirti žmogaus socialinei raidai ir socialinei įtraukčiai pagal KVTBP „Globali Europa“.

II priedas. Audituojų programų ir projektų sąrašas

Burundis

Pavadinimas	DFP	Nuoroda	ES parama (įsipareigojimais milijonais eurų)
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 marie, Bujumbura rural, Muramvya, Rumonge et Kirundo	2014–2020	FED/2019/405-241 (EC)	9,4
TWITEHO AMAGARA – Cankuzo, Ruyigi, Rutana, Mwaro	2014–2020	FED/2019/405-314 (EC)	9,3
TWITEHO AMAGARA – Ngozi, Kayanza, Cibitoke	2014–2020	FED/2019/405-306 (EC)	8,9
TWITEHO AMAGARA – Bururi, Makamba, Gitega	2014–2020	FED/2019/405-304 (CL)	8,1
TWITEHO AMAGARA – Karuzi, Muyinga, Bubanza et santé mentale à Ngozi	2014–2020	FED/2019/405-311 (CL)	7,5

Kongo Demokratinė Respublika

Pavadinimas	DFP	Nuoroda	ES parama (įsipareigojimais milijonais eurų)
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

Pavadinimas	DFP	Nuoroda	ES parama (įsipareigojimais milijonais eurų)
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

Zimbabvė

Pavadinimas	DFP	Nuoroda	ES parama (įsipareigojimais milijonais eurų)
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

III priedas. Šalys partnerės, kurių nacionalinėse orientacinėse programose (NOP) arba orientacinėse daugiamečių programose (ODP) sveikata yra prioritetas

	2007– 2013 m. DFP	2014– 2020 m. DFP	2021– 2027 m. DFP
Afganistanas	•	•	•
Alžyras	•		
Angola	•		
Bangladešas	•		
Belizas		•	
Bisau Gvinėja	•	•	•
Burkina Faso	•	•	
Burundis	•	•	•
Centrinės Afrikos Respublika		•	•
Čadas	•		
Dominika	•		
Dramblio Kaulo Krantas	•		
Egiptas	•		•
Esvatinis	•		
Etiopija		•	•
Filipinai	•		
Gana	•		
Grenada		•	
Indija	•		
Iranas			•
Jamaika	•		
Jemenas	•		
KDR	•	•	•
Kenija			•
Konakrio Gvinėja	•	•	•
Kongas	•		
Kuba			•
Laoso Liaudies Demokratinė Respublika			•
Libanas			•
Liberija	•		
Libija	•	•	•
Madagaskaras	•		•
Malis	•		•

	2007– 2013 m. DFP	2014– 2020 m. DFP	2021– 2027 m. DFP
Marokas	•	•	•
Mauritanija	•	•	•
Mianmaras	•		
Moldova	•		
Mozambikas	•		
Namibija	•		
Nigerija	•	•	•
Nigeris	•		
Palestina			•
Peru	•		
Pietų Afrika	•		
Pietų Sudanas	•	•	•
Rytų Timoras	•		
San Tomė ir Prinsipė	•		
Senegalas	•		
Sent Lusija	•		
Sent Vinsentas ir Grenadinai	•		
Siera Leonė	•		
Srija	•		
Sudanas			•
Tadžikistanas	•	•	•
Togas	•		
Tunisas			•
Uganda			•
Uzbekistanas	•		
Vietnamas	•		
Zambija	•		•
Zimbabvė	•	•	•
Visos šalys	48	17	27

IV priedas. KVTBP „Globali Europa“ teminio ramsčio lėšų paskirstymas (2024 m. sausio mėn.)

Sveikatos programos	Įsipareigojimai (EUR)
Įnašai, skirti Pasauliniam fondui	1 064 503 222
Įnašai, skirti GAVI	525 000 000
Įnašai, skirti Pandemijų fondui	427 000 000
Įnašai, skirti Jungtinių Tautų gyventojų fondui (UNFPA)	45 000 000
Susitarimas dėl įnašo, skirto Žmogaus socialinės raidos spartinimo programai (poliomielito komponentas)	275 000 000
Kiti	12 517 500
Bendra suma	2 349 020 722

Pastaba. Paryškintose eilutėse nurodytos lėšos, skirtos VSI (Pasauliniam fondui, GAVI, įskaitant priemonę COVAX, skirtą COVID-19 vakcinoms, UNFPA ir Pandemijų fondui).

Santrumpos

DFP: daugiametė finansinė programa

DVT: darnaus vystymosi tikslas

ECHO GD: Europos civilinės saugos ir humanitarinės pagalbos operacijų generalinis direktoratas

EPF: Europos plėtros fondas

EVSSOC: ekstremaliųjų visuomenės sveikatos situacijų operatyvinis centras

GAVI: Pasaulinis vakcinacijos ir imunizacijos aljansas

INTPA GD: Tarptautinės partnerystės generalinis direktoratas

KVTBP: Kaimynystės, vystymosi ir tarptautinio bendradarbiavimo priemonė

NEAR GD: Kaimynystės politikos ir plėtros derybų generalinis direktoratas

NOP: nacionalinė orientacinė programa

ODP: orientacinė daugiametė programa

OPV: oficiali parama vystymuisi

PASS: *Programme d'appui au système de santé* (Burundžio paramos sveikatos sektoriui programa)

PNPP: Pasirengimo narystei pagalbos priemonė

PSO: Pasaulio sveikatos organizacija

SPF: Sveikatos plėtros fondas

SSS: sveikatos sistemos stiprinimas

TVT: tūkstantmečio vystymosi tikslai

UNFPA: Jungtinių Tautų gyventojų fondas

UNICEF: Jungtinių Tautų vaikų fondas

VBP: Vystomojo bendradarbiavimo priemonė

VSA: visuotinė sveikatos apsauga

VSI: visuotinė sveikatos iniciatyva

Žodynėlis

Bendros sveikatos koncepcija: integruotas, vienijantis požiūris, kuriuo siekiama tvariai subalansuoti ir optimizuoti žmonių, gyvūnų ir ekosistemų sveikatą.

Darnaus vystymosi tikslai: Jungtinių Tautų darnaus vystymosi darbotvarkėje iki 2030 m. nustatyti 17 tikslų, kuriais skatinami visų šalių veiksmai žmonijai ir planetai itin svarbiose srityse.

ES delegacija: ES diplomatinė atstovybė ES nepriklausančioje valstybėje arba daugiašalėje ar tarptautinėje organizacijoje.

Europos plėtros fondas: į bendrąjį biudžetą neįtrauktas Komisijos valdomas ES fondas, iš kurio teikiama parama vystymuisi Afrikos, Karibų ir Ramiojo vandenyno valstybėms ir užjūrio šalims ir teritorijoms, kurios per valstybes nares yra asocijuotos su ES.

Išdirbio rodiklis: išmatuojamas kintamasis, kuriuo suteikiama informacija projekto produktams ar pasiekimams vertinti.

Oficiali parama vystymuisi: vyriausybės pagalba, skirta besivystančių šalių ekonominiam vystymuisi ir gerovei skatinti.

Poveikio rodiklis: išmatuojamas kintamasis, kuris teikia informaciją apie žmogiškąsias, finansines, fizines, administracines ar reguliavimo priemones, naudojamas projektui ar programai įgyvendinti.

Poveikis: platesni užbaigto projekto ar programos ilgalaikiai padariniai, pavyzdžiui, socialinė ir ekonominė nauda visai visuomenei.

Rezultatai: tai, kas buvo sukurta ar pasiekta įgyvendinus projektą, pavyzdžiui, įvykdyti mokymo kursai ar nutiestas kelias.

Rezultatai: tiesioginiai ar ilgalaikiai, planuojami ar neplanuojami pokyčiai, kuriuos lėmė projektas, pavyzdžiui, nauda, gaunama dėl geriau parengtos darbo jėgos.

Rezultatas: užbaigus projektą ar programą iš karto pasireiškiantis poveikis, pavyzdžiui, geresnis kursų dalyvių įsidarbinamumas ar geresnis susisiekimas nutiesus naują kelią.

Tūkstantmečio vystymosi tikslai: pasauliniai skurdo ir jo apraiškų mažinimo tikslai iki 2015 m. Juos nustatė pasaulio vadovai ir didžiosios už vystymąsi atsakingos institucijos 2000 m. rugsėjo mėn. vykusiam JT tūkstantmečio viršūnių susitikime.

Tvarumas: tai, kad projektas arba sistema gali toliau veikti tiek laiko, kiek reikia, nes yra pakankamai gerai įtvirtinta ir arba finansiškai savarankiška, arba pakankamai gerai finansuojama.

Komisijos atsakymai

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

Chronologija

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

Audito grupė

Audito Rūmų specialiosiose ataskaitose pateikiami Audito Rūmų atliktų auditų, susijusių su įvairių sričių ES politika ir programomis arba su konkrečių biudžeto sričių valdymo temomis, rezultatai. Audito užduotis Audito Rūmai atrenka ir parengia taip, kad jos turėtų kuo didesnį poveikį, atsižvelgdami į neveiksmingumo ar neatitikties riziką, susijusių pajamų ar išlaidų lygį, būsimus pokyčius ir politinį bei viešąjį interesą.

Šį veiklos auditą atliko Audito Rūmų narės Bettinos Jakobsen vadovaujama III audito kolegija „Išorės veiksmai, saugumas ir teisingumas“. Auditui pradžioje vadovavo Audito Rūmų nariai Baudilio Tomé Muguruza ir Hannu Takkula.

Auditą užbaigė Audito Rūmų narys Marius Hyzler, jam pagrindinis vadybininkas Pietro Puricella, užduoties vadovas Piotr Zych, auditoriai Alfonso Calles Sanchez ir Piotr Senator. Diagramas parengti padėjo Alexandra Damir-Binzar.



George-Marius Hyzler



Pietro Puricella



Piotr Zych



Alfonso Calles Sánchez



Piotr Senator

AUTORIŲ TEISĖS

© Europos Sąjunga, 2024 m.

Europos Audito Rūmų pakartotinio naudojimo politika nustatyta [Audito Rūmų sprendime Nr. 6–2019](#) dėl atvirųjų duomenų politikos ir pakartotinio dokumentų naudojimo.

Jeigu nenurodyta kitaip (pavyzdžiui, atskiruose pranešimuose dėl autorių teisių), ES priklausantis Audito Rūmų turinys yra licencijuojamas pagal [Creative Commons Attribution 4.0 International \(CC BY 4.0\) licenciją](#). Todėl paprastai pakartotinis naudojimas yra leidžiamas, jeigu tai tinkamai pažymima ir nurodomi bet kokie padaryti pakeitimai. Asmenys, kurie pakartotinai naudoja Audito Rūmų turinį, neturi iškreipti pirminės prasmės ar minties. Audito Rūmai nėra atsakingi už bet kokius pakartotinio naudojimo padarinius.

Būtina gauti papildomą leidimą, jei tam tikrame turinyje vaizduojami privatūs asmenys, kurių tapatybę galima nustatyti, pavyzdžiui, Audito Rūmų darbuotojų nuotraukose, arba jame pateikiami trečiųjų asmenų kūriniai.

Gavus tokį leidimą, juo panaikinamas ir pakeičiamas pirmiau minėtas bendrasis leidimas ir jame aiškiai nurodomi bet kokie naudojimo apribojimai.

Siekiant naudoti ar atgaminti turinį, kuris nepriklauso ES, gali reikėti prašyti leidimo tiesiogiai iš autorių teisių turėtojų.

1 diagrama. DVT piktogramos: Autorių teisės, © Jungtinės Tautos. Visos teisės saugomos. Šio leidinio turinio Jungtinės Tautos nėra patvirtinusios ir jis neatspindi Jungtinių Tautų ar jų pareigūnų nuomonių. Neoficialiųjų JT kalbų piktogramos yra parsisiųstos iš [Trello](#) arba sukurtos Europos Audito Rūmų. Jungtinės Tautos neprisiima jokios atsakomybės ar įsipareigojimų, atsiradusių dėl DVT piktogramų teksto vertimo į neoficialiąsias JT kalbas.

Programinei įrangai ar dokumentams, kuriems taikomos pramoninės nuosavybės teisės, pavyzdžiui, patentams, prekių ženklams, registruotiesiems dizainams, logotipams ir pavadinimams, Audito Rūmų pakartotinio naudojimo politika netaikoma.

Europos Sąjungos institucijų europa.eu domeno svetainėse pateikiamos nuorodos į trečiųjų asmenų svetaines. Audito Rūmai jų nekontroliuoja, todėl raginame peržiūrėti jose pateiktą privatumo ir autorių teisių politiką.

Audito Rūmų logotipo naudojimas

Audito Rūmų logotipas negali būti naudojamas be išankstinio Audito Rūmų sutikimo.

HTML	ISBN 978-92-849-2798-2	ISSN 1977-5725	doi:10.2865/817334	QJ-AB-24-017-LT-Q
PDF	ISBN 978-92-849-2821-7	ISSN 1977-5725	doi:10.2865/083946	QJ-AB-24-017-LT-N

Auditavome trijų programavimo laikotarpių ES finansinę paramą sveikatos sistemoms šalyse partnerėse. Atlikome dokumentų analizę ir tikrinome projektus Burundyje, Kongo Demokratinėje Respublikoje ir Zimbabvėje. Padarėme išvadą, kad Komisija skirstė lėšas atsižvelgdama į savo bendro pobūdžio prioritetus. Tačiau ši lėšų skirstymo metodika turėjo trūkumų. Projektų veiksmingumui neigiamos įtakos turėjo koordinavimo, tvarumo ir stebėsenos problemos. Dėl daugiasluoksnės įgyvendinimo struktūros padidėjo projektų išlaidos, o ES finansavimo matomumas tikslinėms gyventojų grupėms buvo ribotas. Teikiame rekomendacijas dėl finansavimo skirstymo ir kriterijų, koordinavimo, valdymo išlaidų pagrįstumo, sinergijos, stebėsenos, tvarumo ir įrangos, pristatytos įgyvendinant projektus, techninės priežiūros.

Audito Rūmų specialioji ataskaita parengta pagal SESV 287 straipsnio 4 dalies antrą pastraipą.



EUROPOS
AUDITO
RŪMAI



Europos Sąjungos
leidinių biuras

EUROPOS AUDITO RŪMAI
12, rue Alcide De Gasperi
1615 Luxembourg
LUXEMBOURG

Tel. +352 4398-1

Užklausos: eca.europa.eu/lt/contact

Interneto svetainė: eca.europa.eu

Twitter: @EUAuditors