

Īpašais ziņojums

ES finansiālais atbalsts veselības aprūpes sistēmām izlasē iekļautajās partnervalstīs:

atbilst plašiem stratēģiskiem mērķiem, taču intervences pasākumus ietekmē koordinācijas un ilgtspējas problēmas



EIROPAS
REVĪZIJAS
PALĀTA

Saturs

	Punkts
Kopsavilkums	I–VIII
Ievads	01–18
Veselības aprūpes uzlabošanas nozīme nabadzības novēršanā	01–08
ES reakcija uz veselības aprūpes problēmām partnervalstīs	09–18
Revīzijas tvēruma un pieeja	19–25
Apsvērumi	26–73
ES ir noteikusi plašas prioritātes palīdzībai veselības aprūpes jomā, taču finansējuma piešķiršanā ir trūkumi	26–39
Politikas dokumentos ir noteikti vispārīgi finansējuma piešķiršanas parametri, kas plānošanas periodos ir palikuši nemainīgi	28–32
Komisijas veiktajam partnervalstu sarindojumam pēc to veselības aprūpes vajadzībām ir bijusi maza ietekme uz divpusējā finansējuma piešķiršanu	33–37
Metodika, ko izmanto piešķirumiem no tematiskā pīlāra, nav formalizēta un nav pienācīgi dokumentēta	38–39
ES finansējums ir veicinājis veselības aprūpes sistēmu darbību, taču tā efektivitāti ir kavējušas koordinācijas problēmas	40–66
ES atbalstīja virkni veselības aprūpes intervences pasākumu, kas atbilda atlasīto valstu vajadzībām	41–44
Koordinācijas centieni un sadales sistēmas rajonu līmenī ir nepietiekamas	45–49
Kaskādes veida īstenošanas struktūra ir ietekmējusi izmaksas	50–52
Dažādu finansējuma plūsmu koordinācija ir sarežģīta	53–55
ES finansēto darbību pamanāmība uz vietas ir zema, jo īpaši gadījumos, kad līdzekļi tiek apvienoti ar citu līdzekļu devēju finansējumu	56–59
Plaši darbības rādītāji un datu nepilnības kavē ES veselības aprūpes palīdzības sasniegumu novērtēšanu	60–66

Ir apdraudēta projektu ilgtspēja 67–73

Saņēmējvalstu valdībām trūkst pārejas vai izejas stratēģiju un apņemšanās,
un tām ir ierobežoti budžeta resursi 68–70

Aprīkojums ne vienmēr tiek pienācīgi uzturēts 71–73

Secinājumi un ieteikumi 74–83

Pielikumi

**I pielikums. ES veselības palīdzības stratēģiju mērķi kopš
2005. gada**

II pielikums. Revidēto programmu un projektu saraksts

**III pielikums. Partnervalstis, kurās veselības aprūpe ir prioritāra
nozare, kas noteikta to valstu indikatīvajās programmās (VIP) /
daudzgadu indikatīvajās programmās (DIP)**

**IV pielikums. Piešķīrumi no *NDICI* – “Eiropa pasaulē” tematiskā
pīlāra (2024. gada janvāris)**

Saīsinājumi

Glosārijs

Komisijas atbildes

Laika grafiks

Revīzijas darba grupa:

Kopsavilkums

I ES atbalsts veselības aprūpei partnervalstīs palīdz sasniegt galveno ES attīstības politikas mērķi, proti, samazināt un, visbeidzot, izskaust galēju nabadzību. Saskaņā ar starptautisko pieeju veselības jomā, jo īpaši ar Apvienoto Nāciju Organizācijas 3. ilgtspējīgas attīstības mērķi, ES sniedz finansējumu savu partnervalstu veselības aprūpes sistēmām, izmantojot divpusējas un reģionālas programmas un globālas veselības iniciatīvas. Katrā no diviem iepriekšējiem plānošanas periodiem (2007.–2013. gads un 2014.–2020. gads) šis atbalsts bija vairāk nekā 3 miljardi EUR, bet 2024. gada sākumā – vairāk nekā 2 miljardi EUR pašreizējam periodam (2021.–2027. gads).

II Mūsu mērķis bija novērtēt ES finansiālo atbalstu veselības aprūpei partnervalstīs šajos trijos plānošanas periodos. Mūsu secinājums bija tāds, ka Komisija piešķīra finansējumu saskaņā ar savām vispārējām prioritātēm. Tomēr piešķiršanas metodikā bija trūkumi. Projektu efektivitāti mazināja koordinācijas un ilgtspējas problēmas, un uzraudzības rādītāji nesniedza pilnīgu priekšstatu par Komisijas darbībām veselības nozarē.

III Mēs konstatējam, ka ES finansējuma summa veselības aprūpes atbalstam pēdējos trīs plānošanas periodos bija saglabājusies samērā nemainīga. Tomēr divpusējā palīdzība partnervalstīm ir samazinājusies, savukārt atbalsts globālajām veselības iniciatīvām ir būtiski palielinājies. Komisijas veiktā partnervalstu sarindošana pēc to veselības aprūpes sistēmu vajadzībām ir maz ietekmējusi divpusējo finansējumu; to galvenokārt noteica līdzdalības princips, kas paredz, ka plānošana jābalsta uz politikas izvēlēm, par kurām panākta vienošanās ar partnervalstu valdībām. Atbalsta piešķiršana atsevišķām globālajām veselības iniciatīvām nebija balstīta uz konkrētu un skaitļos izsakāmu kritēriju kopumu, un process nav bijis pietiekami dokumentēts.

IV Mēs pārbaudījām projektu izlasi atlasītās partnervalstīs (Burundi, Kongo Demokrātiskajā Republikā un Zimbabvē). Tie cita starpā bija vērsti uz bezmaksas veselības aprūpes nodrošināšanu, veselības nozares speciālistu apmācības organizēšanu, zāļu un aprīkojuma nodrošināšanu un veselības aprūpes centru atjaunošanu. Mēs konstatējam, ka ES atbalstīja dažādus veselības nozares intervences pasākumus, kas atbilda valstu vajadzībām. Tomēr nebija pietiekamas koordinācijas rajonu līmenī, un tas noveda pie trūkumiem aprīkojuma un zāļu izplatīšanā. Turklāt intervences pasākumu izmaksas veselības nozarē ietekmēja īstenošanai izvēlētā kaskādes struktūra. Tas palielināja projektu īstenošanas izmaksas. Bez tam mērķgrupās bija zema ES finansējuma pamanāmība.

V Komisijas veiktā veselības aprūpes izdevumu uzraudzība balstījās uz nelielu skaitu augsta līmeņa rādītāju, kas sniedza tikai daļēju priekšstatu par ES darbībām veselības jomā un tika aprēķināti tā, ka rezultātus nevarēja saistīt tikai ar ES finansējumu. Divpusējas palīdzības gadījumā rezultāti netika apmierinoši kopīgi ar iekšzemes ES delegācijām, un dati, ko projektu īstenotāji savākuši ziņošanai, dažkārt nebija darīti pieejami vai izrādījās neuzticami.

VI Komisija ir iesaistījusies globālo veselības iniciatīvu pārvaldībā, lai nodrošinātu to labāku saskaņotību un tādējādi izbeigtu sadrumstalotību. Tomēr ir vajadzīgi turpmāki centieni, lai sasniegtu šos mērķus un racionalizētu starptautisko pieeju globālajām veselības problēmām.

VII Veselības projektu un programmu ilgtspēja ir apdraudēta, jo trūkst skaidru pārejas un izejas stratēģiju un pienācīgas aprīkojuma apkopes.

VIII Pamatojoties uz šiem secinājumiem, mēs iesakām Komisijai:

- labāk saskaņot valstu vajadzības un veselības aprūpes finansējuma piešķiršanu;
- noteikt skaidrus kritērijus globālo veselības iniciatīvu finansēšanai un uzlabot piešķiršanas procesa dokumentāciju;
- uzlabot vajadzību analīzi un aprīkojuma un zāļu izplatīšanas koordināciju;
- analizēt pārvaldības izmaksu pamatotību;
- izvairīties no pārklāšanās un nodrošināt sinerģiju starp atbalstītajām globālajām veselības iniciatīvām;
- noteikt rādītājus, ar ko visaptverošā veidā uzraudzīt ES atbalstu veselības nozarei;
- rīkoties, lai veicinātu veselības aprūpes sistēmu ilgtspēju;
- palielināt projektu ietvaros piegādātā aprīkojuma apkopes nozīmi.

Ievads

Veselības aprūpes uzlabošanas nozīme nabadzības novēršanā

01 ES atbalsts veselības aprūpei partnervalstīs palīdz sasniegt galveno [ES attīstības politikas mērķi](#), proti, samazināt un, visbeidzot, izskaust galēju nabadzību¹. Nabadzība var būt gan iemesls, gan sekas nepietiekami aptverošai veselības aprūpei. Parasti, uzlabojoties valsts ekonomikai, uzlabojas tās iedzīvotāju veselība. Taču ir arī otrādi — iedzīvotāju veselības uzlabošana var tieši veicināt ekonomikas izaugsmi².

02 Pasaules Veselības organizācija (PVO) veselību definē kā “pilnīgas fiziskas, garīgas un sociālas labklājības stāvokli un ne tikai kā stāvokli, kurā nav slimību vai fiziska vājuma”³. PVO kā vienu no cilvēka pamattiesībām paredz iespēju izmantot visaugstāko sasniedzamo veselības standartu. Tā norāda, ka nevienlīdzīga attīstība veselības veicināšanā un slimību, jo īpaši infekcijas slimību, kontrolē ir kopīgs apdraudējums. Pusei pasaules iedzīvotāju nav pieejami vajadzīgie veselības aprūpes pakalpojumi⁴, un katru gadu aptuveni 100 miljoni cilvēku nonāk galējā nabadzībā pārmērīgu veselības aprūpes izmaksu dēļ⁵.

03 Apvienoto Nāciju Organizācija 2000. gadā vienojās par astoņiem Tūkstošgades attīstības mērķiem (TAM), kas jāsasniedz līdz 2015. gadam⁶. Trīs no mērķiem bija tieši saistīti ar veselību: samazināt bērnu mirstību (4. TAM), uzlabot mātes veselību (5. TAM) un apkarot *HIV/AIDS*, malāriju un citas slimības (6. TAM).

¹ Līgums par Eiropas Savienības darbību, 208. panta 1. punkts.

² *Collins, Francis S. Growing importance of health in the economy, Outlook on the Global Agenda 2015*, Pasaules Ekonomikas forums, 2015.

³ [Pasaules Veselības organizācijas Konstitūcija](#).


⁴ Pasaules Veselības organizācija, *Monitoring universal health coverage*, Veselība un demogrāfija.

⁵ Eiropas Komisija, Starptautisko partnerību ĢD, [Veselība un demogrāfija](#).

⁶ ANO, 2000.–2015. gada Tūkstošgades attīstības mērķi, *Dag Hammarskjöld Library*.

04 Pēc tam, 2015. gadā, saskaņā ar ANO Ilgtspējīgas attīstības programmu 2030. gadam⁷ starptautiskā sabiedrība noteica 17 ilgtspējīgas attīstības mērķus (IAM), kas jāsasniedz līdz 2030. gadam. 3. IAM paredz nodrošināt cilvēkiem labāku veselību un labbūtību visā dzīves garumā. Tam ir deviņi saistīti mērķrādītāji, kas visi attiecas uz galveno veselības problēmu mazināšanu līdz 2030. gadam (sk. [1. attēlu](#)).

1. attēls. 3. IAM mērķrādītāji attiecībā uz veselību un labbūtību

 3 LABA VESELĪBA UN LABBŪTĪBA	Mērķrādītāji	Īstenošanas līdzekļi
	3.1. Māšu mirstība 3.2. Jaundzimušo un bērnu mirstība 3.3. Infekcijas slimības 3.4. Nepārnēsājamas slimības 3.5. Atkarību izraisošu vielu lietošana 3.6. Ceļu satiksmes negadījumos gūtās traumas 3.7. Seksuālā un reproduktīvā veselība 3.8. Visaptveroša veselības aprūpe 3.9. Vides veselība	3.a Tabakas kontrole 3.b Zāles un vakcīnas 3.c Veselības aprūpes finansējums un darbaspēks 3.d Gatavība ārkārtas situācijām

Avots: ERP, pamatojoties uz PVO.

05 PVO 2023. gada īpašajā ziņojumā par IAM tika atzinīgi novērtēti sasniegumi, kas pēdējos gados ir panākti veselības aprūpes uzlabošanā pasaulē, taču tika uzsvērts arī nepietiekamais progress tādās jomās kā māšu mirstības samazināšana un visaptverošas veselības aprūpes paplašināšana. Covid-19 pandēmija palēnināja virzību uz 3. IAM (sk. [1. izcēlumu](#)). Tāpēc PVO aicināja novērst ilgstošos veselības aprūpes trūkumus ar investīcijām veselības aprūpes sistēmās, lai palīdzētu valstīm atgūties un veidot noturību pret turpmākiem veselības apdraudējumiem.

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

1. izcēlums

Covid-19 ietekme uz palīdzību veselības aprūpes jomā

PVO 2023. gada īpašajā ziņojumā par IAM bija norādīts uz visaptverošas veselības aprūpes pasliktināšanos jaunattīstības valstīs un būtisku veselības aprūpes pakalpojumu (piemēram, vakcinācijas kampaņu) sniegšanas traucējumiem Covid-19 pandēmijas dēļ. Tajā secināts, ka pandēmija bija palēninājusi virzību uz 3. IAM.

Ziņojumā arī bija norādīts, ka 2021. gadā Covid-19 kontrole veidoja lielāko daļu no pasaules oficiālā attīstības finansējuma veselības aprūpes pamatpakalpojumiem (9,6 miljardi USD, no kuriem 6,3 miljardi USD bija vakcīnu ziedojumiem).

ES darbībām Covid-19 seku mazināšanai Komisija 2020. gadā piešķīra vairāk nekā 440 miljonus EUR, un līdzšinējais atbalsts 2021.–2027. gada periodam pārsniedz 1,27 miljardus EUR.

06 Lai gan starptautiskās bažas par nestabilo progresu virzībā uz visaptverošu veselības aprūpi arvien palielinās⁸, hroniski trūkst finanšu, cilvēkresursu un materiālo resursu, ar ko apmierināt jaunattīstības valstu iedzīvotāju, kuru skaits pastāvīgi pieaug, vajadzības veselības jomā. Saskaņā ar Āfrikas Savienības jaunākajiem pieejamajiem datiem (2021. gads) tikai divas Āfrikas valstis – Dienvidāfrika un Kaboverde — ir sasniegušas [Abudžas deklarācijas](#) mērķrādītāju katru gadu vismaz 15 % no sava valsts budžeta piešķirt veselības nozarei⁹. Starptautiskās palīdzības mērķis jaunattīstības valstīs ir uzlabot vietējās veselības aprūpes sistēmas un ilgtspējīgi stiprināt veselības aprūpes pakalpojumus, lai tie atbilstu vietējām vajadzībām un būtu pieejami visiem, jo īpaši tiem, kas dzīvo nabadzībā.

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

⁹ Āfrikas Savienība, *Africa Scorecard on Domestic Financing for Health*.

07 PVO veselības aprūpes sistēmu definē kā “visas organizācijas, cilvēkus un darbības, kuru galvenais nolūks ir veicināt, atjaunot vai uzturēt veselību”¹⁰. Tas attiecas uz struktūrām, kurām ir jābūt izveidotām, lai atbalstītu veselības aprūpes un veselības aprūpes vienlīdzības uzlabošanas mērķus, vienlaikus novēršot finansiālos šķēršļus veselības aprūpei. PVO ir noteikusi sešus pamatelementus, kas veido veselības aprūpes sistēmu: pakalpojumu sniegšana; veselības nozares darbaspēks; informācija; zāles, vakcīnas un tehnoloģijas; finansējums; vadība un pārvaldība. PVO uzsver veselības aprūpes sistēmu stiprināšanas koncepciju, ko tā definē kā šo pamatelementu uzlabošanu un to mijiedarbības pārvaldību tā, lai panāktu taisnīgākus un ilgtspējīgākus uzlabojumus visos veselības aprūpes pakalpojumos un veselības aprūpes iznākumos. Veselības aprūpes sistēmu stiprināšana ir atkarīga no tehniskajām zināšanām un politiskās gribas¹¹.

08 Tradicionāli veselības aprūpes sistēmu stiprināšanas darbības lielā mērā bija vērstas uz “resursu ierobežojumu” samazināšanu — veselības aprūpes sistēmu atbalstīšanu, piegādājot materiālos resursus, piemēram, moskītu tīklus, kontracepcijas līdzekļus vai zāles. Tomēr ar šīm darbībām vien nevar sasniegt tādus visaptverošus mērķus kā rīcībpolitikas, tiesību aktu, organizatorisko struktūru vai piegādes sistēmu uzlabošana, kas ļautu efektīvāk izmantot resursus¹².

ES reakcija uz veselības aprūpes problēmām partnervalstīs

09 ES veselības aprūpes atbalsts partnervalstīs ir balstīts uz [Līguma par Eiropas Savienības darbību](#) 168. panta 3. punktu, kas nosaka, ka “Savienība un dalībvalstis veicina sadarbību ar trešām valstīm un kompetentām starptautiskām organizācijām sabiedrības veselības jomā”.

¹⁰ PVO, *Everybody's business – strengthening health systems to improve health outcomes*, 2007.

¹¹ *Unlimit Health, Health systems strengthening*.

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

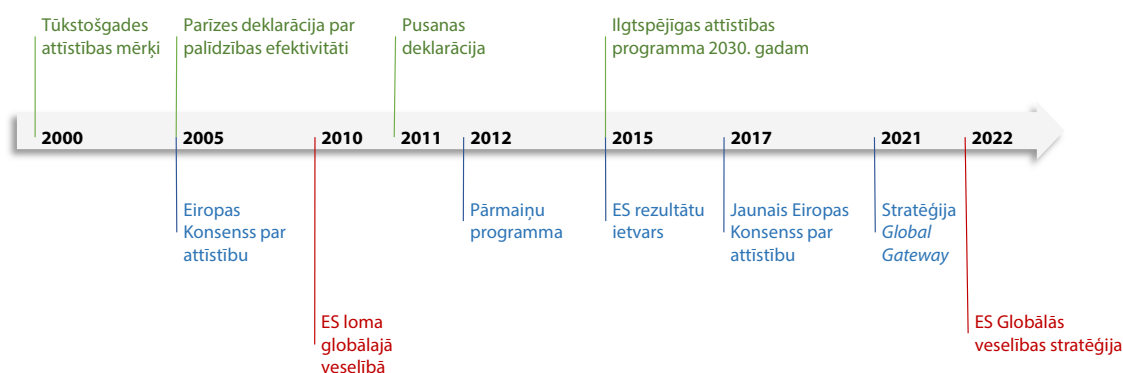
10 ES pašreizējā veselības palīdzības politika un mērķi tika izstrādāti nesenantos budžeta ciklos, izmantojot vairākus politikas dokumentus. Attiecīgie pasaules mēroga¹³ un ES politikas virzieni un stratēģijas ir parādīti **2. attēlā** un **I pielikumā**.

2. attēls. Laika skala: pasaules mēroga un ES veselības palīdzības rīcībpolitika un stratēģijas

Globālās attīstības politika

ES attīstības politika

ES veselības politika



Avots: ERP, pamatojoties uz INTPA ĢD sniegto informāciju.

11 Eiropas Parlaments, Padome un Komisija 2005. gadā pieņēma “Eiropas Konsensu par attīstību”, kurā atkārtoti tika pausta ES apņemšanās sasniegt starptautiski saskaņotus attīstības mērķus (t. i., TAM). Šī **politika** 2017. gadā tika piemērota ilgtspējīgas attīstības mērķiem.

¹³ Tūkstošgades attīstības mērķi, Parīzes deklarācija, Pusanas deklarācija un Ilgtspējīgas attīstības programma 2030. gadam.

12 Komisija 2010. gadā pieņēma paziņojumu “ES loma veselības jomā pasaules mērogā”¹⁴, proti, paziņojumu par ES veselības aprūpes palīdzības politiku, kas ir ietekmējusi divas secīgas daudzgadu finanšu shēmas (2014.–2020. gadam un 2021.–2027. gadam). Saistītajos Padomes secinājumos¹⁵ Komisija un dalībvalstis tika aicinātas rīkoties kopā, piešķirot prioritāti veselības aprūpes sistēmu stiprināšanas atbalstam partnervalstīs. Komisija 2022. gada novembrī pieņēma jaunu globālās veselības stratēģiju¹⁶, kurā tā atkārtoti apstiprināja apņemšanos sasniegt ilgtspējīgas attīstības mērķus un Eiropas Konsensu attīstības jomā.

13 *1. tabulā* parādīts, cik daudz Komisijas vadībā ir iztērēts veselības palīdzības programmām pēdējo trīs plānošanas periodu laikā. Šo ES finansiālā atbalsta jomu galvenokārt pārvalda Starptautisko partnerību ģenerāldirektorāts (INTPA ĢD).

1. tabula. ES veselības aprūpes palīdzības attīstība Komisijas dienestos (maksājumi miljonos EUR)

Eiropas Komisijas atbildīgais dienests	2007.–2013. gads	2014.–2020. gads	2021.–2027. gads (2024. gada janvāris)	% no kopējā kopš 2007. gada
INTPA ĢD (bij. DEVCO)	2 887	2 812	2 244	86,5 %
NEAR ĢD (izņemot IPA instrumentus)	400	429	193	11,2 %
Citi (Ārpolitikas instrumentu dienests, ECHO ĢD, SANTE ĢD un REFORM ĢD)	55	153	7	2,3 %
KOPĀ	3 342	3 394	2 444	100 %

Avots: ERP, pamatojoties uz INTPA ĢD datiem, kas izgūti no OPSYS datubāzes 2024. gada janvārī.

¹⁴ COM(2010) 128.

¹⁵ Padomes 2010. gada 10. maija secinājumi, ES loma veselības jomā pasaules mērogā.

¹⁶ COM(2022) 675.

14 ES finansējumu veselības aprūpes palīdzības jomā veido ģeogrāfiskais pīlārs (darbības tiek īstenotas saskaņā ar valstu un reģionālajām programmām) un tematiskais pīlārs (darbības risina pasaules mēroga jautājumus). Ģeogrāfiskais un tematiskais pīlārs paredz izstrādāt daudzgadu indikatīvās programmas (DIP), kurās apzināto problēmu risināšanai noteiktas prioritātes un mērķi septiņu gadu periodam.

15 Tiesību akti, ar ko izveido Eiropas Attīstības fondu (EAF), attīstības sadarbības instrumentu (ASI) un Kaimiņattiecību, attīstības un starptautiskās sadarbības instrumentu¹⁷ (NDICI – “Eiropa pasaulē”), ietvēra “ģeogrāfisko pīlāru” ar finansējumu, kuru var izmantot, lai sniegtu ES divpusējo veselības aprūpes palīdzību konkrētām partnervalstīm un reģioniem. No ģeogrāfiskā pīlāra galvenokārt finansē tādu programmu un projektu īstenošanu, kas stiprina veselības aprūpes sistēmas partnervalstīs. ES delegācijas šos projektus īsteno pārsvarā ar nevalstisko organizāciju, ES dalībvalstu īstenošanas aģentūru vai starptautisku organizāciju, piemēram, ANO aģentūru, starpniecību.

16 No tiem pašiem instrumentiem Komisija arī piešķir veselības aprūpes finansējumu, izmantojot “tematisko pīlāru”, galvenokārt globālām veselības iniciatīvām. Tās apvieno ieinteresēto personu centienus visā pasaulē risināt pasaules mēroga veselības aprūpes problēmas. Globālās veselības iniciatīvas mobilizē, pārvalda un sadala līdzekļus, ar kuriem atbalsta veselības aprūpes programmu īstenošanu valstīs ar zemiem un vidējiem ienākumiem. Divas lielākās Komisijas atbalstītās globālās veselības iniciatīvas ir Pasaules fonds AIDS, tuberkulozes un malārijas apkarošanai ([Pasaules fonds](#)) un Vakcīnu un vakcinācijas globālā alianse ([GAVI](#)).

17 NDICI – “Eiropa pasaulē” tematisko pīlāru veido četras tematiskās programmas:

- Cilvēktiesības un demokrātija;
- Pilsoniskās sabiedrības organizācijas;
- Miers, stabilitāte un konfliktu novēršana;
- Globālās problēmas.

¹⁷ Regula (ES) 2021/947.

18 *NDICI* – “Eiropa pasaulē” precīzi nenosaka, cik daudz līdzekļu ir paredzēts veselības aprūpei. Daudz gadu indikatīvajā programmā (DIP) “**Globālās problēmas**” 1. prioritārajai jomai (“Cilvēki”) ir indikatīvs budžets 1835 miljonu EUR apmērā (28,8 % no kopējā *NDICI* tematiskā pīlāra jeb 50 % no DIP “Globālās problēmas”), un tas citu prioritāšu starpā ietver veselības aprūpi.

Revīzijas tvērums un pieeja

19 Mēs vērtējam ES finansiālo atbalstu veselības aprūpes sistēmām partnervalstīs, lai rastu atbildes uz turpmāk minētajiem jautājumiem.

- Vai Komisija noteica skaidrus mērķus finansiālajam atbalstam veselības aprūpes jomā un izraudzījās intervences pasākumus, kas atbilst šiem mērķiem?
- Vai ES finansiālais atbalsts veselības aprūpes sistēmu stiprināšanai ir sniedzis gaidītos rezultātus?
- Vai Komisija visos savu intervences pasākumu posmos ir ņēmusi vērā ilgtspēju?

20 Revīzijā galvenā uzmanība tika pievērsta INTPA ĢD finansiālajam atbalstam veselības nozarei partnervalstīs 2014.–2020. gada plānošanas periodā. Mēs ņēmām vērā arī 2007.–2013. gada periodu (savam ilgtspējas novērtējumam) un *NDICI* 2021.–2027. gada programmas sākumu (dati izgūti līdz 2024. gada janvārim). Mēs koncentrējamies uz globālajiem un valstu piešķirumiem.

21 Darbs ietvēra Komisijas (INTPA ĢD un ES delegāciju) iesniegto dokumentu analīzi par ES veselības aprūpes palīdzības stratēģijām, mērķu un rādītāju noteikšanu un finansējuma sadalījumu attiecīgajos plānošanas periodos.

22 Briselē mēs rīkojām vairākas sanāksmes ar INTPA ĢD. Mēs arī apmeklējām Pasaules fonda galveno mītni Ženēvā, lai iegūtu detalizētu informāciju par fonda intervences pasākumu nozīmi un apjomu partnervalstīs.

23 Turklāt padziļinātai ES veselības aprūpes atbalsta analīzei uz vietas mēs atlasījām trīs valstis – Burundi, Kongo Demokrātisko Republiku (KDR) un Zimbabvi. Mūsu atlasē kritēriji bija veselības aprūpes finansiālā atbalsta būtiskums, ES stratēģiskās veselības aprūpes prioritātes, finansiālā atbalsta attīstība laika gaitā un Pasaules fonda palīdzības apjoms. Mēs caurskatījām katras atlasītās valsts nacionālo veselības aprūpes stratēģiju un plānošanas dokumentus un pārbaudījām 17 lielāko ES finansēto divpusējo veselības aprūpes programmu un projektu izlasi (sk. [II pielikumu](#)).

24 Apmeklējumu laikā Burundi un Zimbabvē mēs iztaujājām vietējās iestādes, ES delegācijas, citus līdzekļu devējus, projektu īstenotājus, nevalstiskās organizācijas un galasaņēmējus. Mūsu veiktā programmu revīzija Kongo Demokrātiskajā Republikā bija dokumentu pārbaūžu veidā.

25 Komisija uzskata, ka veselība ir kļuvusi par prioritāru nozari, proti, ir notikusi pāreja no politikas uz ES stratēģiju. Mēs izlēmām veikt šo revīziju, ņemot vērā globālās veselības nozīmi ES attīstības programmā, kā arī ES finansiālā atbalsta būtiskumu. Mēs ceram, ka šis ziņojums palīdzēs uzlabot veidu, kādā tiek pārvaldīts ES atbalsts veselības aprūpei, kā arī veicinās debates par turpmāko ES atbalsta piešķiršanu šajā jomā.

Apsvērumi

ES ir noteikusi plašas prioritātes palīdzībai veselības aprūpes jomā, taču finansējuma piešķiršanā ir trūkumi

26 Mēs analizējam ES veselības aprūpes palīdzības stratēģiju prioritātes un INTPA ĢD finansējumu veselības aprūpes programmām. Mēs vērtējam, vai kopējais finansējums un revīzijai atlasītie intervences pasākumi bija pieskaņoti iepriekš minētajiem stratēģiskajiem mērķiem.

27 Saskaņā ar 2005. gada [Eiropas Konsensu par attīstību](#) Komisijai bija jāizstrādā kritēriji dalībai globālās veselības iniciatīvās un to veicināšanai. Tāpēc mēs pārbaudījām finansējuma piešķiršanas procesu globālām veselības iniciatīvām.

Politikas dokumentos ir noteikti vispārīgi finansējuma piešķiršanas parametri, kas plānošanas periodos ir palikuši nemainīgi

28 Komisijas 2010. gada paziņojumā “ES loma veselības jomā pasaules mērogā” un [attiecīgajos Padomes secinājumos](#) (5. secinājums) ir norādīts, ka ES un tās dalībvalstīm prioritārā kārtā ir jāatbalsta veselības aprūpes sistēmu stiprināšana partnervalstīs. Atbalstam jābūt vērstam uz to, lai nodrošinātu, ka šo sistēmu galvenie komponenti — veselības nozares darbinieki, piekļuve zālēm, infrastruktūra un loģistika, kā arī decentralizēta pārvaldība — ir pietiekami efektīvi, lai sniegtu taisnīgu, kvalitatīvu un pamatprasībām atbilstošu veselības aprūpi visiem, jo īpaši nestabilās valstīs (sk. [I pielikumu](#)). Šis mērķis bija jāsasniedz, izmantojot divpusējus kanālus, kā arī piedaloties globālās iniciatīvās un starptautiskos forumos. Paziņojumā arī ierosināts, ka ES būtu jāatbalsta spēcīgāka PVO vadība, jāstrādā, lai palielinātu ANO sistēmas efektivitāti, nodrošinātu saskaņotību starp attiecīgo ES rīcībpolitiku un atbalstītu pētniecību, informācijas apmaiņu un kolektīvo pieredzi veselības jomā pasaules mērogā.

29 ES 2022. gada Globālās veselības stratēģija koncentrējas uz trim savstarpēji saistītām prioritātēm (sk. [1 pielikumu](#)):

- o nodrošināt labāku veselības aprūpi un labbūtību cilvēkiem visos dzīves posmos;
- o stiprināt veselības aprūpes sistēmas un veicināt visaptverošu veselības aprūpi;
- o novērst un apkarot veselības apdraudējumus, arī pandēmijas, [piemērojot pieeju “Viena veselība”](#).

30 Komisijas galvenie politikas dokumenti nodrošināja vispārēju satvaru finansiāla atbalsta sniegšanai veselības aprūpes jomā, bet tajos nebija norādīti nekādi darbības mērķi. Komisijas veselības aprūpes atbalsts atbilda noteiktajām prioritātēm. Tas veicināja 4., 5. un 6. TAM un vēlāk arī 3. TAM sasniegšanu — galvenokārt ar divpusējām programmām un atbalstu globālām veselības iniciatīvām, piemēram, Pasaules fondam, GAVI — Vakcīnu aliansei vai Apvienoto Nāciju Organizācijas ledzīvotāju fonda (UNFPA) apgādes partnerībai. Tomēr laika gaitā ir samazinājies finansiālais atbalsts galvenajai prioritātei, proti, veselības aprūpes sistēmu stiprināšanai (sk. [28.](#) punktu), ko finansē no ģeogrāfiskā pīlāra (sk. [15.](#) punktu).

31 Līdz 2020. gadam Komisija piešķīra līdzekļus veselības palīdzībai, galvenokārt izmantojot EAF un ASI. Kopš 2021. gada attīstības sadarbība tiek īstenota, izmantojot NDICI – “Eiropa pasaulē”.

32 Sīkāka informācija par INTPA ĢD finansējumu ir sniegta [2. tabulā](#). Kopējās summas joprojām ir samērā nemainīgas, tomēr reālā izteiksmē tās ir samazinājušās.

2. tabula. INTPA ĢD veselības palīdzības maksājumu dinamika pa finansēšanas instrumentiem (miljoni EUR)

ES finansēšanas instruments	2007.–2013. gads	2014.–2020. gads	2021.–2027. gads (2024. gada janvāris)
Kaimiņattiecību, attīstības sadarbības un starptautiskās sadarbības instruments (NDICI – “Eiropa pasaulē”)			2 244
Eiropas Attīstības fonds (EAF)	1 256	1 850	
Attīstības sadarbības instruments (ASI)	1 566	943	
Citi	65	19	
Pavisam kopā	2 887	2 812	2 244

Avots: ERP, pamatojoties uz INTPA ĢD datiem.

Komisijas veiktajam partnervalstu sarindojumam pēc to veselības aprūpes vajadzībām ir bijusi maza ietekme uz divpusējā finansējuma piešķiršanu

33 Tā kā 2010. gada paziņojumā “ES loma veselības jomā pasaules mērogā” galvenā uzmanība bija pievērsta prioritāšu noteikšanai un atbalsta palielināšanai nestabilām valstīm (sk. 28. punktu), piešķiršanas lēmumu pieņemšanai INTPA ĢD sagatavoja to valstu sarakstu, kurām visvairāk nepieciešams atbalsts. Jauns saraksts sekoja 2020. gadā.

34 Komisija 2010. gadā sarindoja partnervalstis, izmantojot piecus rādītājus: valstu vajadzība pēc palīdzības veselības aprūpes jomā, valsts finansiālā spēja, gatavība tērēt veselības aprūpes palīdzību pienācīgā veidā, saņemtās palīdzības apjoms un iepriekšējie rezultāti veselības aprūpes jomā. 2020. gada saraksts tika sagatavots, izmantojot jaunu metodiku, kuras pamatā ir trīs starptautiskie indeksi: [cilvēces attīstības indekss](#), [cilvēkkapitāla indekss](#) un [virzība uz 3. IAM sasniegšanu](#). Sakarā ar šīm metodikas izmaiņām, kā arī mainīgo situāciju uz vietas, valstu klasifikācija abos sarakstos būtiski atšķiras (sk. 3. tabulu).

3. tabula. Prioritāšu attīstība veselības aprūpes jomā un finansējums partnervalstīm, kurām tas visvairāk nepieciešams, 2010. gadā

INTPA ĢD sarindojums		Partnervalsts	Veselība kā nacionālās indikatīvās programmas prioritāte					
2010	2020		2007.–2013. gads		2014.–2020. gads		2021.–2027. gads	
			Saistības 2007.–2013. gadā (milj. EUR)		Saistības 2014.–2020. gadā (milj. EUR)		Saistības 2021.–2027. gadā (milj. EUR)	
1	26	Tanzānija	0,018	×	0	×	0	×
2	32	Zambija	68	✓	2,3	×	12,3	✓
3	13	Afganistāna	198	✓	172,5	✓	65,3	✓
4	5	Mozambika	24	✓	0	×	4	×
5	33	Centrālāfrikas Republika	0	×	7,4	✓	34	✓
6	2	Sjerraleone	24,2	✓	0	×	0	×
7	3	Nigēra	0	✓	11,8	✓	1	×
8	6	Libērija	63,5	✓	0	×	0	×
9	28	Sudāna	0	×	0	×	26	✓
10	29	Zimbabve	39	✓	132,6	✓	32,8	✓
11	14	Burundi	30,1	✓	120,4	✓	58,7	✓
12	4	Mali	0	✓	1,2	×	0	✓
13	41	Senegāla	0	✓	0	×	22,3	×
14	9	Nigērija	85	✓	78,5	✓	52,2	✓
15	43	Ruanda	0	×	0	×	30,1	×
16	20	Gambija	0	×	2,8	×	0	×
17	7	Gvineja	29,5	✓	23	✓	10,3	✓
18	18	Madagaskara	31,9	✓	0	×	32,5	✓
19	1	Čada	10	✓	1,2	×	0	×
20	38	Komoru Salu Savienība	0	×	0	×	0	×

Violetie laukumi = valstis, kuru 2014.–2020. gada VIP veselība nav prioritāra nozare.

Dzeltenie laukumi = valstis, kuru 2021.–2027. gada DIP veselība nav prioritāra nozare.

(*) Senegāla, Ruanda, Mozambika un Nigēra savās DIP 2021.–2027. gadam veselības aprūpi neiekļauj kā prioritāru jomu, bet saņem piešķirumus no reģionālās "Subsahāras Āfrikas" DIP.

Avots: ERP, pamatojoties uz INTPA ĢD datiem.

35 Starp partnervalstu sarindojumiem un divpusējo finanšu piešķirumu veselības nozarei bija vien neliela korelācija (sk. [3. tabulu](#)). Tanzānija, kas 2010. gada sarindojumā bija visaugstākajā vietā, 2007.–2013. gadā saņēma ļoti mazu atbalstu. Sjerraleone bija abu sarakstu augšgalā, bet atbalstu saņēma tikai 2007.–2013. gadā. Arī Mozambika saņēma vien nelielu atbalstu, neskatoties uz to, ka atradās augstā vietā abos sarindojumos. Visās trīs valstīs veselības aprūpe nebija viena no ES finansējuma prioritātēm. Veselības nozares konkrētā mērā tika atbalstītas no reģionālajiem līdzekļiem. Savukārt Zimbabve un Burundi saņēma salīdzinoši lielu palīdzību veselības aprūpes jomā, lai gan abos prioritāšu sarakstos tās bija zemāk. Vislielāko finansējumu 2014.–2020. gadā saņēma KDR, Afganistāna, Zimbabve, Etiopija un Burundi. Pašreizējā plānošanas periodā (2021.–2027. gads) piecas lielākās Komisijas finansējuma saņēmējas veselības nozarei ir bijušas KDR, Afganistāna, Burundi, Nigērija un Etiopija.

36 Šo neatbilstību iemesli galvenokārt ir “plānošanas principi”¹⁸, jo īpaši [Regulas \(ES\) 2021/947](#) 13. panta 1. punkta a) apakšpunktā noteiktais līdzdalības princips, kas paredz, ka plānošanai jābalstās uz politisko dialogu ar partnervalstu valdībām. Attiecīgi nozaru atbalstam jābūt atkarīgam no katras partnervalsts prioritātēm. Citi iemesli bija valsts indikatīvajās programmās iekļaujamo prioritāro jomu skaita ierobežojumi (ne vairāk kā trīs prioritārās jomas no DFS 2014.–2020. gadam). Citas neatliekamas vajadzības — galvenokārt ekonomiskās — var traucēt pievērst uzmanību veselības aprūpes vajadzībām: piemēram, Čadā, kas ir 2020. gada saraksta augšgalā (sk. [3. tabulu](#)), daudzgadu prioritātes ir pārvaldība, tautas attīstība (bez saistības ar veselību) un zaļais kurss. Tāpēc Komisijas analīze deva orientieri plānošanas sarunu sākšanai, bet nebija izšķirošs faktors finansējuma piešķiršanā.

37 Šo pašu iemeslu dēļ to valstu DIP skaits, kuru prioritārā nozare ir veselības aprūpe, samazinājās no 48 programmām 2007.–2013. gada plānošanas periodā līdz 17 programmām 2014.–2020. gadā. Saskaņā ar *NDICI* – “Eiropa pasaulē” (2021.–2027. gads) veselības aprūpe bija prioritāra joma 27 no kopumā 86 valstu DIP (t. i., 59 valstu DIP veselības aprūpei šādā veidā prioritāte nebija noteikta). Izsmeļošs to valstu saraksts, kuras pēdējo trīs plānošanas periodu laikā ir piešķirušas prioritāti veselības aprūpei, ir dots [III pielikumā](#).

¹⁸ Īpašais ziņojums 14/2023.

Metodika, ko izmanto piešķirumiem no tematiskā pīlāra, nav formalizēta un nav pienācīgi dokumentēta

38 Papildus ģeogrāfiskajiem piešķirumiem (pa valstīm vai reģioniem) ES atbalsta veselības aprūpi, izmantojot tematisko finansējumu (**16.** punkts) globālajām veselības iniciatīvām. ES izdevumi globālām veselības iniciatīvām trīs revidēto DFS laikā ir ievērojami palielinājušies (sk. **4. tabulu**). Pēdējos gados Covid-19 pandēmija pastiprināja šo tendenci. Turklāt kopš DFS 2014.–2020. gadam ar globālām veselības iniciatīvām tiek sniegts lielāks ES atbalsts nekā tieši partnervalstīm divpusējas palīdzības veidā. Divas galvenās Komisijas atbalstītās iniciatīvas ir **Pasaules fonds** un **GAVI – Vakcīnu alianse** (sk. **16.** punktu un **IV pielikumu**). Eiropas Komisija ir atbalstījusi Pasaules fondu kopš tā izveides 2002. gadā un GAVI – Vakcīnu aliansi kopš 2003. gada, trīs gadus pēc tās izveides 2000. gadā.

4. tabula. Kā attīstījušies Komisijas maksājumi globālām veselības iniciatīvām (miljoni EUR)

Globālā veselības iniciatīva	2007.–2013. gads	2014.–2020. gads	2021.–2027. gads (līdz 2024. gada janvārim)	Pavisam kopā (2007. gads – 2024. gada janvāris)
Pasaules fonds	585	853	1017	2455
GAVI – Vakcīnu alianse	20	285	510	815
PVO partnerība visaptverošas veselības aprūpes jomā	22	150	37	209
Finanšu starpniekfonds			227	227
UNFPA piegādes partnerība	48	50	45	143
Globālais finansēšanas mehānisms (IBRD)		24		24
UNAIDS — Kopējā HIV/AIDS apkarošanas programma	2			2
Globālās veselības iniciatīvas kopā	677	1362	1836	3875
Divpusējais atbalsts kopā (III pielikumā uzskaitītās valstis)	1308	990	136	2435
INTPA ĢD veselības aprūpes palīdzība kopā	2887	2812	2244	7944
% no kopējās globālo veselības iniciatīvu / kopējās INTPA ĢD veselības aprūpes palīdzības	23,4 %	48,4 %	81,8 %	48,7 %
% no kopējās divpusējās palīdzības / kopējās INTPA ĢD veselības aprūpes palīdzības	45,3 %	35,2 %	6,1 %	30,7 %

Avots: INTPA ĢD infopanelis un datu izguve no CRIS/OPSYs datubāzes, pamatojoties uz DAC kodiem.

39 Ne *NDICI* – “Eiropa pasaulē” regulā, ne attiecīgajā tematiskajā DIP nav norādīts ES finansējums katrai globālajai veselības iniciatīvai. Saskaņā ar Komisijas sniegto informāciju globālās veselības iniciatīvas tika atlasītas finansēšanai pēc tam, kad tika caurskatīti izvērtējumi, finansējuma trūkums, budžeta pieejamība, progress IAM mērķrādītāju sasniegšanā un rādītāji, par kuriem ziņojušas globālās veselības iniciatīvas, kā arī pēc INTPA ĢD ietekmes globālo veselības iniciatīvu pārvaldības struktūrās un stratēģisko apsvērumu novērtēšanas. Tomēr mēs konstatējam, ka process nebija pietiekami dokumentēts. Lai gan Komisija izmantoja kvantitatīvus un kvalitatīvus elementus, metodika nebija balstīta uz formālu, iepriekš noteiktu, konkrētu un skaitļos izsakāmu kritēriju kopumu.

ES finansējums ir veicinājis veselības aprūpes sistēmu darbību, taču tā efektivitāti ir kavējušas koordinācijas problēmas

40 Mēs pārbaudījām ES veselības aprūpes palīdzības intervences pasākumu atbilstību un efektivitāti trīs padziļinātai analīzei atlasītajās partnervalstīs, koordināciju starp līdzekļu devējiem, projektu īstenotājiem un valsts iestādēm, intervences pasākumu pārvaldības izmaksas, ES finansējuma pamanāmību un uzraudzības pasākumus. Mēs pārbaudījām, vai Komisija bija apzinājusi un par prioritāti izvirzījusi attiecīgus intervences pasākumus, lai nodrošinātu, ka tie atbilst valsts veselības aprūpes politikai un pilsoniskās sabiedrības gaidām, kā arī saskan ar finansējuma piešķirumu. Mēs pārbaudījām, vai intervences pasākumi tiek koordinēti ar citiem līdzekļu devējiem un veicina stratēģijas un mērķu īstenošanu, kā arī to, vai intervences pasākumu rezultāti ir verificējami.

ES atbalstīja virkni veselības aprūpes intervences pasākumu, kas atbilda atlasīto valstu vajadzībām

41 Mēs konstatējam atšķirības starp ES finansēto intervences pasākumu veidiem trijās padziļinātai analīzei atlasītajās valstīs. Laikposmā no 2014. līdz 2020. gadam ES atbalsts Burundi cita starpā tika izmantots bezmaksas veselības aprūpei grūtniecēm un bērniem, kas jaunāki par pieciem gadiem. Papildu projekti, kas bija paredzēti veselības aprūpes sistēmas stiprināšanai ķirurģijas kapacitātes jomās rajonu līmenī, digitalizācijai vai garīgajai veselībai, ir piešķirušī tikai nelielu procentuālo daļu līdzekļu šīm darbībām. Bururi, Makamba un Gitega provincēs no gandrīz 9 miljoniem EUR, ko piešķīra ES, 28 % tika piešķirti pamatdarbības izmaksām un cilvēkresursiem.

42 Komisija ir atbalstījusi Zimbabves veselības aprūpes sistēmu, izmantojot secīgus vairāku līdzekļu devēju fondus. Veselības attīstības fonds (*HDF*), kas darbojās laikposmā no 2016. līdz 2022. gadam, iztērēja vairāk nekā vienu trešdaļu no sava budžeta pirmās nepieciešamības zāļu un pārtikas produktu iepirkumiem (sk. **3. attēlu**).

43 Atbalsts veselības nozarei ir bijusi prioritāte ES divpusējā palīdzībā KDR pēdējos trijos plānošanas periodos, kuros šī valsts ir bijusi galvenā ES veselības aprūpes palīdzības saņēmēja. Divpusējās programmas un projekti, ko ES ir īstenojusi KDR, bija vērsti uz:

- slimnīcu un veselības centru rekonstrukciju;
- aģentūru izveidošanu veselības aprūpes struktūru darbības un aprūpes izmaksu pārvaldībai;
- kvalitatīvu zāļu piegādes uzlabošanu;
- veselības aprūpes iestāžu stiprināšanu.

44 Mēs uzskatām, ka visi šie intervences pasākumi kopumā risināja valstu vajadzības.

Koordinācijas centieni un sadales sistēmas rajonu līmenī ir nepietiekamas

45 Izlasē iekļautajās valstīs bija ieguldīti centieni uzlabot koordināciju un stiprināt sadales sistēmas. Veicot analīzi, mēs novērojām, ka valstu koordinācijas centieni bieži koncentrējas tikai uz valsts mēroga stratēģijām un piešķirumu reģioniem. Tomēr koordinācija ir nepieciešama arī zemākajā – rajonu un klīniku – līmenī, lai nodrošinātu, ka tie saņem to, kas patiešām ir nepieciešams. Mūsu apmeklējumi lauku reģionu veselības aprūpes klīnikās parādīja, cik svarīgi ir uzlabot vajadzību analīzi un zāļu izplatīšanu, jo lielākajā daļā apmeklēto klīniku aptieku mēs atradām tukšus plauktus (sk. **47. punktu**).

46 Zimbabvē vērtētāji¹⁹ bija konstatējuši, ka pakārtotās problēmas projektos nebija visaptveroši risinātas, līdz ar to intervences pasākumi bija dublējušies. Gan Burundi, gan Zimbabvē mēs esam saskārušies ar gadījumiem, kad finansējums bija piešķirts nepietiekami izmantotam aprīkojumam (sk. [2. izcēlumu](#)).

2. izcēlums

Nepietiekami izmantots aprīkojums Burundi un Zimbabvē

Burundi mēs apmeklējām slimnīcu un konstatējām, ka divi jauni ES finansēti inkubatori tiek izmantoti, savukārt trīs citi jauni inkubatori (kurus piegādāja cits līdzekļu devējs) netiek. Jaunie ES finansētie inkubatori nebūtu bijuši vajadzīgi, ja darbotos no citiem līdzekļu devējiem iepriekš saņemtie inkubatori.

Rajona slimnīcā Zimbabvē mēs konstatējām, ka divas kastes ar pilnīgi jaunām ātrās sasaldēšanas iekārtām stāvēja koridorā vairāk nekā pusgadu, jo slimnīcai tās nebija vajadzīgas. Atbalsta saņēmējs nevarēja paskaidrot šo priekšmetu izcelsmi, un nebija iespējams noteikt aprīkojuma finansējuma avotu. Ja slimnīcas vajadzības būtu labāk analizētas, līdzekļu devēju kopienas naudu būtu bijis iespējams izlietot efektīvāk.

47 Zimbabves HDF projektā lielākā budžeta pozīcija ir paredzēta zālēm un vakcīnām (sk. [3. attēlu](#)). Kā mēs novērojām apmeklējumos uz vietas, neraugoties uz vairāku līdzekļu devēju ieguldījumiem, zāļu pieejamība ir bijusi ierobežota (sk. [1. attēlu](#)). Atklājās, ka dažas pirmās nepieciešamības zāles jau vairākus mēnešus nav pieejamas. Mēs arī saskārāmies ar gadījumiem, kad bija izmestas zāles, kuru derīguma termiņš nebija beidzies.

48 PASS projekta galīgajā izvērtējumā Burundi tika ieteikts pastiprināt spējas, kas saistītas ar farmaceitisko produktu pārvaldību. Veselības ministrijas 2021. gada ziņojumā ir apstiprināts, ka galvenās grūtības ir nepietiekami zāļu krājumi vai zāļu deficīts.

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

49 Visbeidzot, runājot par KDR, *PRO DS* (lielākais veselības projekts 2014.–2020. gadam) vidusposma izvērtējumā (publicēts 2022. gada 17. janvārī) tika konstatēts, ka trīs mērķi, kas saistīti ar pirmās nepieciešamības zāļu piegādi, tika sasniegti tikai daļēji, jo Zāļu iegādes centru federācija un Veselības aprūpes organizācijas un pārvaldības ģenerāldirektorāts bija neefektīvi reorganizēti.

1. attēls. Mūsu apmeklētajā Zimbabves klīnikā dažas zāles pastāvīgi nebija pieejamas



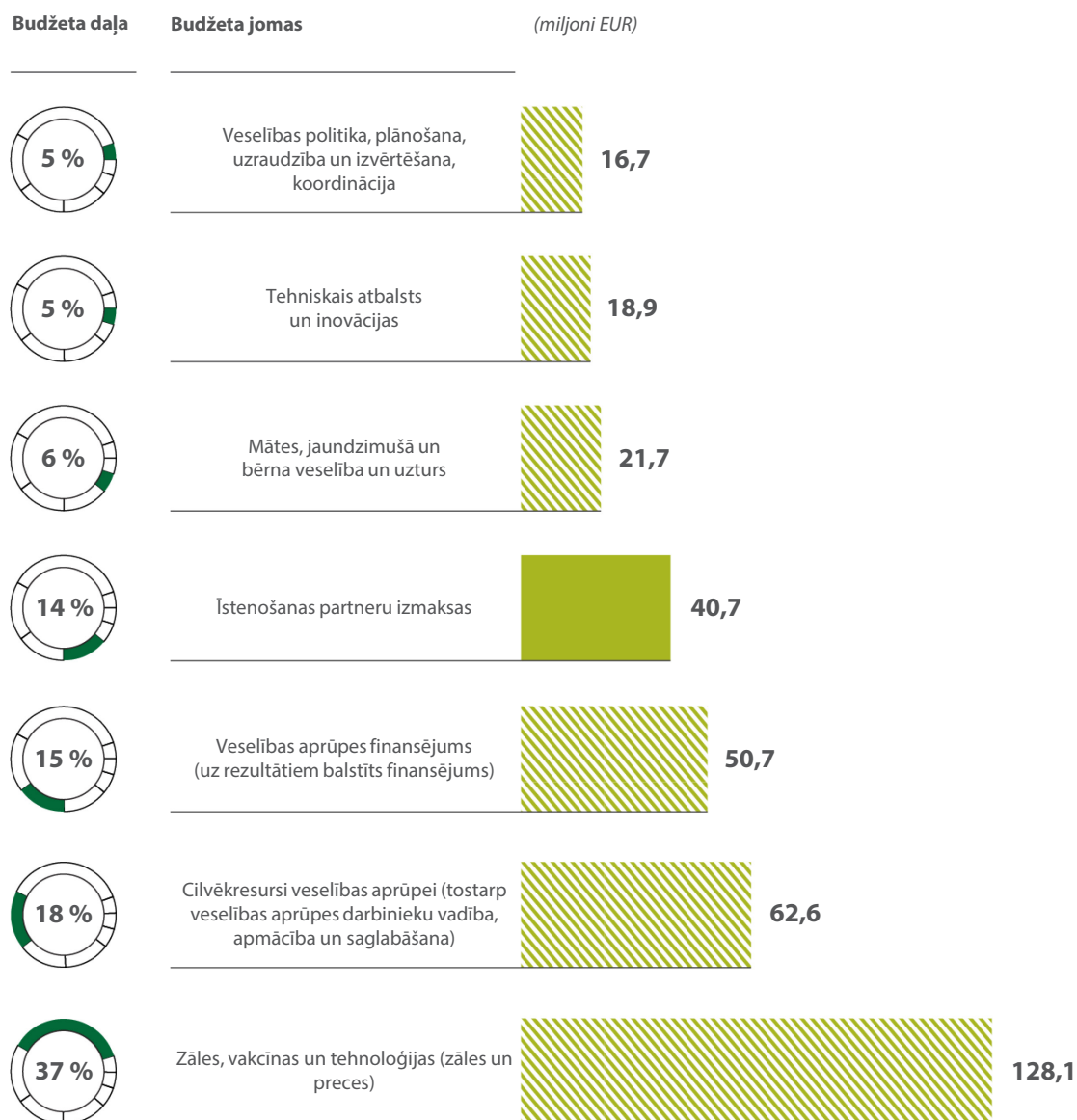
Avots: ERP.

Kaskādes veida īstenošanas struktūra ir ietekmējusi izmaksas

50 Intervences pasākumu izmaksas veselības nozarē ietekmē kaskādes veida īstenošanas struktūra. Projektus bieži vada īstenošanas partneri, kas nolīgst apakšuzņēmējus. Visi šie dalībnieki iekasē pārvaldības maksas, kas samazina galasaņēmējiem pieejamo naudas summu.

51 Zimbabvē Komisija veica iemaksas vairāku līdzekļu devēju fondos. *HDF* projektam, kas norisinājās no 2016. līdz 2020. gadam, bija divi īstenošanas partneri. Īstenošanas partneri pārvaldības izmaksām no budžeta iekasēja 7 % un vēl 7 % galvenā biroja pārvaldības izmaksām — kopā 14 % no visa budžeta. Tas nozīmē, ka kopējās pārvaldības izmaksas bija augstākas nekā daži piešķirumi atbilstoši intervences pozīcijām. **3. attēlā** redzams, ka īstenošanas partneru izmaksas bija gandrīz divreiz lielākas par summu, kas piešķirta mātes, jaundzimušā un bērna veselības aprūpei un uzturam.

3. attēls. Veselības attīstības fonda budžets (ES + citi līdzekļu devēji) Zimbabvē (2016.–2022. gads)



Avots: ERP.

52 Mēs konstatējam, ka projektos Burundi ar kopīgu nosaukumu “*Twiteho Amagara*”, ko tieši finansēja ES, darbības izmaksas bija pārsniegušas 30 %. Projektus īstenoja pieci konsorcijs, un tie tika īstenoti visās 18 Burundi provincēs. Konsorcijsm piešķirtā kopējā summa bija 45 miljoni EUR, no kuriem gandrīz trešdaļa (14 miljoni EUR) sedza darbības izmaksas.

Dažādu finansējuma plūsmu koordinācija ir sarežģīta

53 Vienu un to pašu ģeogrāfisko teritoriju atbalstam Komisija izmanto divas dažādas finansējuma plūsmas — ģeogrāfisko finansējumu un globālās iniciatīvas. Turklāt pēdējos gados globālās veselības iniciatīvas ir horizontāli paplašinājušas darbības jomu, iekļaujot veselības aprūpes sistēmu stiprināšanu. Līdz ar to pastāv Komisijas un globālo veselības iniciatīvu darbības pārklāšanās risks un risks, ka netiek stiprināta sinerģija starp Komisijas un globālo veselības iniciatīvu intervences jomām, kā arī starp pašām globālajām veselības iniciatīvām.

54 Pasaules fonds kā nosacījumu finansējuma pieejamībai un izmantošanai pieprasa, lai katrā saņēmējvalstī būtu skaidrs mehānisms kopīgu centienu koordinēšanai. Ņemot vērā problēmas, kas saistītas ar visu ieinteresēto personu (jo īpaši vietējo kopienu) pārstāvību valsts koordinācijas pasākumos, bieži ir nepieciešams izveidot atsevišķu valsts koordinācijas mehānismu. Mēs konstatējam, ka šis mehānisms palielina administratīvo slogu partnervalstij. Piemēram, saistībā ar šo sarežģītību Burundi amatpersonas mums pauda vēlmi iekļaut valsts koordinācijas mehānismu Veselības un attīstības partnerības sistēmā, kas ir vispārēja koordinācijas struktūra, kuru pārvalda Veselības ministrija.

55 Komisija ir iesaistījusies globālo veselības iniciatīvu pārvaldības struktūrās, kā arī vada un īsteno 2023. gada [Lusakas programmu](#), kura nodrošina koordinācijas forumu par globālo veselības iniciatīvu nākotni. Lusakas programmā tika noteiktas vairākas galvenās prasības, kas jāizpilda, lai globālās veselības iniciatīvas dotu lielāku ieguldījumu dzīvības aizsardzībā un cilvēku veselības uzlabošanā visā pasaulē. Tās ietver lielāku ieguldījumu primārajā veselības aprūpē, katalizatora lomu iekšzemes finansētajos veselības aprūpes pakalpojumos, kopīgas pieejas veselības aprūpes vienlīdzības sasniegšanai, globālo veselības iniciatīvu pārvaldības modeļu stratēģisko un operatīvo saskaņotību un pētniecības un attīstības koordināciju ar reģionālo ražošanu. Programmas efektīvai īstenošanai būs izšķiroša nozīme tajā, lai nodrošinātu līdzekļu devēju, globālo veselības iniciatīvu un valstu valdību koordinētu pieeju veselības aprūpes sistēmu stiprināšanā partnervalstīs.

ES finansēto darbību pamanāmība uz vietas ir zema, jo īpaši gadījumos, kad līdzekļi tiek apvienoti ar citu līdzekļu devēju finansējumu

56 ES darbību pamanāmība ir nepieciešama, lai stiprinātu ES lomu pasaulē. Komisija ir izstrādājusi vairākas pamatnostādnes, kas īpaši vēršas uz ārējām darbībām²⁰.

ES finansējuma saņēmējiem ir pienākumi, kuru mērķis ir nodrošināt ES pamanāmību. Noteikumi attiecas arī uz zīmolu koplietošanu – lielākoties prasību attēlot ES emblēmu vismaz tikpat pamanāmi kā citus logotipus.

57 Mūsu veiktajos apmeklējumos atklājās, ka ES finansēto darbību pamanāmība ir nepietiekama. Visbiežāk sastopamā problēma ir tā, ka atbalsta saņēmēji ir informēti par projektu vai tā īstenotājiem, bet nezina, ka finansējumu ir nodrošinājusi ES.

58 Projektu īstenotāji parasti ir daudz pamanāmāki nekā līdzekļu devēji, un atbalsta saņēmēji parasti uzskata, ka finansējumu nodrošina īstenotāji. Piemēram, Burundi mēs saskārāmies ar gadījumiem, kad ES karogs bija attēlots bez pievienota teksta, kas identificētu Eiropas Savienību (sk. [2. attēlu](#)), bet tas neatbilst pamatnostādņēm (sk. [56. punktu](#)). Tā ir problēma, jo vietējie iedzīvotāji ne vienmēr saista karogu ar ES. Citos gadījumos bija parādīts tikai īstenotāja logotips.

²⁰ Eiropas Komisija, *Communicating and raising EU visibility: Guidance for external actions*.

2. attēls. ES karoga logotips bez teksta, kas identificētu Eiropas Savienību



Avots: ERP.

59 Vairāku līdzekļu devēju fondu gadījumā atbalsta saņēmēji parasti nezina visu līdzekļu devēju identitāti, bet tikai fonda nosaukumu. Neraugoties uz prasību, ka ES atbalsts ir jāreklamē vismaz tikpat labi kā citu ieguldītāju atbalsts, galasaņēmēji pazīs tikai īstenošanas partneri. Tas kaitē mērķim palielināt informētību par ES ārpolitiku un globālo rīcību.

Plaši darbības rādītāji un datu nepilnības kavē ES veselības aprūpes palīdzības sasniegumu novērtēšanu

60 ES rezultātu ietvars, ko izmanto Komisija, ietver nelielu skaitu veselības aprūpes rādītāju, ar ko novērtēt stratēģisko mērķu sasniegšanu (pieci rādītāji līdz 2017. gadam un divi pēc tam). Ar šiem rādītājiem (sk. [5. tabulu](#)) ir paredzēts novērtēt konkrēto ES atbalstu. Tomēr praksē tie parāda visas līdzekļu devēju kopienas palīdzības iznākumu un sniedz tikai daļēju priekšstatu par ES intervenci veselības nozarē.

5. tabula. Veselības aprūpes rādītāju attīstība ES rezultātu ietvarā

2015.–2017. gads	no 2018. gada
Tādu viengadīgu bērnu skaits, kuri, pateicoties ES atbalstam, ir imunizēti	Tādu viengadīgu bērnu skaits, kuri, pateicoties ES atbalstam, ir imunizēti
To sieviešu skaits, kas izmanto kādu kontracepcijas metodi ar ES atbalstu	To sieviešu skaits reproduktīvā vecumā, kas ar ES atbalstu izmanto modernas kontracepcijas metodes
To dzemdību skaits, kurās ar ES atbalstu piedalījies kvalificēts veselības aprūpes personāls	-
To personu skaits, kam ir <i>HIV</i> vīruss vēlīnā stadijā un kas ar ES atbalstu saņem antiretrovirālās zāles	-
Ar ES atbalstu izplatīto ar insekticīdiem apstrādāto gultas tīklu skaits	-

Avots: ES starptautiskās sadarbības un attīstības rezultātu ietvars (*EURF*) (2015. g.), Pārskatītais *EURF* (2018. g.) un Eiropas darbības rezultātu globālā uzraudzības sistēma, kas ietver pārskatīto Eiropas globālo rezultātu ietvaru (2022. g.).

61 Tāpat globālajās veselības iniciatīvās izmantotie snieguma rādītāji bieži vien nav attiecināmi tikai uz to darbībām, bet atspoguļo visu līdzekļu devēju un saņēmējvalstu valdību kopīgo rīcību (piemēram, Pasaules fonda galvenais snieguma rādītājs par mirstību).

62 Ar kopfinansējumu panāktie tiešie rezultāti netiek pietiekami paziņoti ES delegācijām. Piemēram, delegācija Zimbabvē nesaņēma ceturkšņa īstenošanas ziņojumus, bet tikai gada progresa ziņojumus ar nepietiekamu informāciju par līdzekļu izlietojumu.

63 Kā paskaidrots iepriekš (sk. **60.** un **61.** punktu), ir grūti izolēt ES intervences ietekmi no citu līdzekļu devēju atbalsta un citiem ārējiem faktoriem. Burundi pieejamajos izvērtējumos lēsts, ka iznākumi un rezultāti tika sasniegti daļēji²¹.

²¹ *IBF, Evaluation du programme d'appui au système de santé (PASS) au Burundi, 2021; Proman, Interim evaluation report of the programme Twiteho Amagara, 2022; un citi publiski nepieejami izvērtējumi.*

64 Saskaņā ar galīgo izvērtējumu Veselības attīstības fonds Zimbabvē orientējās uz 24 iznākumiem un 69 tiešajiem rezultātiem. Rādītāji liecina, ka lielākā daļa tiešo rezultātu tika sasniegta, bet tika ziņots par mazāku progresu attiecībā uz iznākumu sasniegšanu (sk. [4. attēlu](#)).

4. attēls. Veselības attīstības fonds Zimbabvē: tiešie rezultāti un iznākumi



Avots: ERP, pamatojoties uz Zimbabves Veselības attīstības fonda galīgo izvērtējumu.

65 KDR lielākā veselības projekta *PRO DS* vidusposma izvērtējums 2014.–2020. gadam parādīja, ka trīs no desmit gaidāmajiem rezultātiem būtībā tika sasniegti pilnībā (piemēram, atsauces slimnīcas un veselības centru darbības racionalizācija) un pieci rezultāti tika sasniegti daļēji (piemēram, centrālās veselības pārvaldes regulatīvās lomas stiprināšana). Virzība uz divu rezultātu sasniegšana bija daudz lēnāka, nekā gaidīts (piemēram, darbības līmeņiem un administratīvajām funkcijām pielāgotu cilvēkresursu izveide).

66 Revīzijas apmeklējumu laikā mēs konstatējām, ka daži dati, kas tika apkopoti ziņošanai, nebija pieejami vai bija neuzticami. Māšu veselības uzraudzībai Burundi bija izmantoti vairāki rādītāji. Tomēr bija skaidrs, ka dažas no paziņotajām vērtībām nebija iespējams sasniegt. Piemēram, asistēto dzemdību rādītājs dažkārt bija pat 125 %. Komisija ir paskaidrojusi, ka tas ir saistīts ar novecojušu demogrāfijas statistiku.

Ir apdraudēta projektu ilgtspēja

67 Vāja ilgtspēja ir attīstības palīdzības projektiem raksturīgs risks. Atbalsts ir īslaicīgs, intervences pasākumu termiņš ir īss un finansējuma pieejamība svārstās, un tas viss var negatīvi ietekmēt projektu turpināšanu saņēmējvalstīs. Mēs pārbaudījām, vai ilgtspēja bija ņemta vērā visos intervences pasākumu posmos, t. i., no plānošanas līdz īstenošanai un uzraudzībai.

Saņēmējvalstu valdībām trūkst pārejas vai izejas stratēģiju un apņemšanās, un tām ir ierobežoti budžeta resursi

68 Finansētie projekti ir laika ziņā ierobežoti, bet reti ir pašpietiekami pēc finansējuma beigām. Tāpēc līdzekļu devējiem ir jāsadarbojas ar vietējām iestādēm un valsts iestādēm, lai nodrošinātu, ka rezultāti neiet zudībā. Tajā pašā laikā ir svarīgi, lai līdzekļu devēju finansējums būtu saskaņots ar atbilstošām apguves spējām un lai valdības to neizmantotu nolūkā aizstāt valstu izdevumus. Ir arī svarīgi, lai saņēmējvalstīm būtu veselības aprūpes finansēšanas stratēģijas nolūkā mazināt līdzekļu devēju iemaksu pārtraukšanas sekas.

69 Mums neizdevās apzināt skaidru pārejas un izejas stratēģiju trijās valstīs, kuras analizējām padziļināti (sk. [3. izcēlumu](#)), un tas nozīmē darbību ilgtspēja pēc ES atbalsta izbeigšanas būs problemātiska, ja ņem vērā arī šo valstu ierobežotos budžeta resursus.

3. izcēlums

Veselības aprūpes sistēmas joprojām ir atkarīgas no starptautiskās palīdzības

Burundi ES intervence veselības nozarē sākotnēji bija pārejas posma pasākums, ar ko atvieglot pāreju no ārkārtas atbalsta uz regulāriem veselības aprūpes pakalpojumiem. Burundi joprojām ir ļoti atkarīga no ārējiem līdzekļu devējiem, un atbalsts ar pūlēm uztur ieviesto sistēmu. Komisija atzīst, ka, lai gan turpinās darbs, kas ietver politisko un nozaru dialogu, kā arī tehnisko palīdzību valdībai, ir jāpieliek lielākas pūles, lai sagatavotu pārejas/izejas stratēģiju. Pagaidām nav konkrētu plānu, kā to izdarīt, lai gan sarunas starp līdzekļu devējiem turpinās.

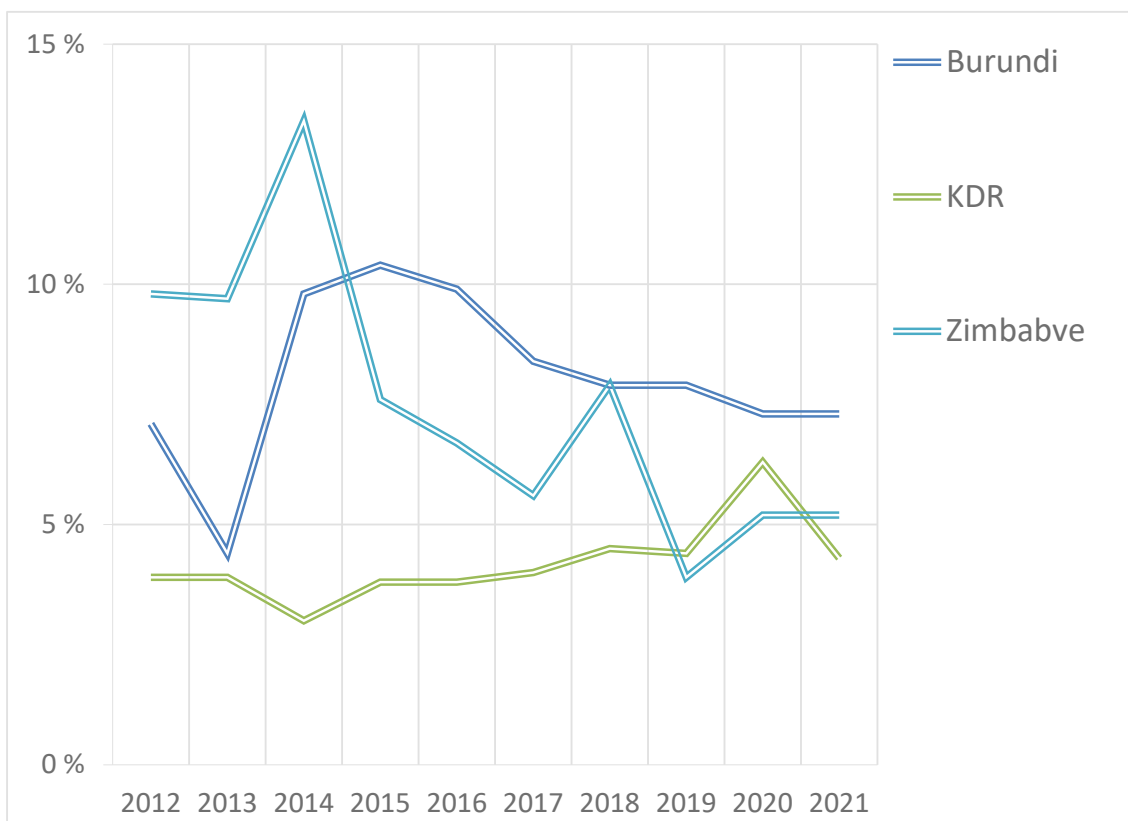
Zimbabvē *HDF* projekts piešķir ievērojamu finansējuma summu cilvēkresursu vajadzībām, piemēram, saglabāšanas pabalstu maksājumiem, piemaksām par sniegumu un citām personāla izmaksām. Partneri pieņēma, ka valdība *HDF* beigās pārņems kopienas veselības aprūpes darbinieku finansēšanu pēc tam, kad līdzekļu devēju finansējums tiks samazināts sekojošajā Veselības noturības fondā, bet algām un pielīdzinātajām izmaksām nav sniegts nekāds valdības atbalsts.

Vidusposma izvērtējumā par lielāko ES veselības programmu KDR 2014.–2020. gadā tika uzsvērtas problēmas saistībā ar ilgtspējību un atbalstīta izejas stratēģijas izstrāde, iesaistot visas ieinteresētās personas.

70 Izejas stratēģijām bieži vien ir nepieciešams radīt fiskālo telpu, kas ļautu iegūt pietiekamu valsts veselības aprūpes finansējumu. Trīs atlasīto valstu veselības aprūpes budžeti vēl nav sasnieguši 15 % sliekšni no kopējā budžeta, kas tika solīts 2001. gada [Abudžas deklarācijā](#) (sk. [06.](#) punktu un [5. attēlu](#))²².

²² Āfrikas Savienība, *Africa Scorecard on Domestic Financing*.

5. attēls. Veselības aprūpes budžets procentuālā izteiksmē no IKP revidētajās valstīs



Avots: ERP, pamatojoties uz *Africa Scorecard on Domestic Financing for Health*.

Aprīkojums ne vienmēr tiek pienācīgi uzturēts

71 Kad līdzekļu devēji finansē vai piegādā aprīkojumu, viņi nereti pieņem, ka saņēmēji par to labi parūpēsies un nodrošinās vajadzīgo apkopi un palīgmateriālus. Tomēr tas bieži vien rada papildu izmaksas: tālruņiem ir vajadzīgs līnijas abonements, automašīnām ir vajadzīga regulāra apkope un rezerves daļas, un printeriem ir vajadzīgs papīrs un tonera kasetnes. Šīs papildu izmaksas var būt tikai daļa no aprīkojuma vērtības, un tomēr dažreiz tās var kļūt par nepārvaramu šķērsli aprīkojuma efektīvai izmantošanai.

72 Apkopes jautājums ir minēts daudzos izvērtējumos. Mēs konstatējam, ka aprīkojuma izvēles un apkopes procesā nebija pietiekami ņemts vērā, vai saņēmējvalstī bija pieejami vajadzīgie pakalpojumi, prasmes un rezerves daļas. Pirmo divu uz sniegumu balstītu finansēšanas projektu [kopīgajā izvērtējumā](#) Burundi tika konstatētas problēmas ar aprīkojuma apkopi.

73 Projekta apmeklējumu laikā mēs konstatējām neizmantotu (sk. [4. izcēlumu](#)), bojātu (sk. [3. attēlu](#)) vai nepietiekami izmantotu aprīkojumu, kas tieši vai netieši finansēts no ES līdzekļiem. Mēs uzskatām, ka šo gadījumu cēloņi ir saistīti ar trūkstošu vai nepietiekamu vajadzību novērtējumu un sliktu aprīkojuma izvēli.

3. attēls. Hematoloģijas analizators laboratorijā Burundi ir bojāts vairāk nekā 16 mēnešus



Avots: ERP.

4. izcēlums

***PHEOC*, kas nedarbojas, Burundi**

Sabiedrības veselības ārkārtas operāciju centri (*PHEOC*) koordinē visas darbības, kas saistītas ar sabiedrības veselības ārkārtas situācijām. ES finansējums 800 000 EUR apmērā tika izmantots, lai izveidotu *PHEOC* Burundi, un tas tika atklāts 2021. gada 20. aprīlī²³. Revīzijas apmeklējuma laikā (vairāk nekā divus gadus vēlāk) datori joprojām nebija fiziski savienoti, tālruni nedarbojās, bet cits IT aprīkojums nekad nebija izmantots. Centra vadība paskaidroja, ka tas nedarbojas, jo Veselības ministrija nav spējusi vienoties ar telefona uzņēmumu.

²³ PVO ziņojums "*Inauguration officielle du Centre des Opérations d'Urgences de Santé Publique*".

Secinājumi un ieteikumi

74 Kopumā mēs konstatējam, ka Komisija bija piešķirusi finansējumu atbilstoši savām vispārējām prioritātēm, bet piešķiršanas metodikai piemita trūkumi. Intervences pasākumu efektivitāti mazināja koordinācijas un ilgtspējas problēmas.

75 Galvenie ES politikas dokumenti nosaka vispārējos parametrus finansējuma piešķiršanai, neprecizējot darbības mērķus. Maksājumi veselības aprūpes atbalstam pēdējos trīs plānošanas periodos ir saglabājušies samērā nemainīgi. Tomēr finansējums divpusējai sadarbībai ar partnervalstīm ir samazinājies, savukārt finansējums globālo veselības iniciatīvu atbalstam ir būtiski palielinājies arī saistībā ar reakciju uz Covid-19 (**28.–32.** punkts).

76 Komisija ir sarindojusi partnervalstis pēc to veselības aprūpes sistēmu vajadzībām, bet šim novērtējumam ir bijusi maza ietekme uz divpusējo finansējumu, galvenokārt plānošanas principu dēļ (**33.–37.** punkts).

1. ieteikums. Labāk saskaņot valstu vajadzības un veselības aprūpes finansējuma piešķirumu

Sagatavojot nākamo DFS, Komisijai dialogā ar saņēmējvalstīm jāizpēta, kā labāk saskaņot partnervalstu vajadzību sarindojumu ar ES veselības aprūpes palīdzības ģeogrāfisko sadalījumu un, ja iespējams, balstoties uz nākamās DFS juridisko pamatu, līdzsvarot finansējuma piešķiršanu starp globālajām iniciatīvām, reģionālo un divpusējo atbalstu valstīm.

Ieviešanas mērķtermiņš: laikus pirms nākamās DFS.

77 Atbalsta piešķiršana atsevišķām globālām veselības iniciatīvām, izmantojot tematiskās programmas, tika balstīta uz kvantitatīviem un kvalitatīviem elementiem. Tomēr tā nebalstījās uz formalizētu iepriekš noteiktu konkrētu un skaitļos izsakāmu kritēriju kopumu, un process nebija pietiekami dokumentēts (**38.** un **39.** punkts).

2. ieteikums. Noteikt skaidrus kritērijus globālo veselības iniciatīvu finansēšanai un uzlabot piešķiršanas procesa dokumentāciju

Komisijai jānosaka skaidri, konkrēti un, ja iespējams, kvantitatīvi kritēriji globālo veselības iniciatīvu finansēšanai un jāuzlabo procesa dokumentācija, ietverot analīzi par pievienoto vērtību, ko dod Komisijas iesaistīšanās šajās iniciatīvās.

ieviešanas mērķtermiņš: 2025. gads.

78 Pārbaudītie projekti sasniedza virkni tiešo rezultātu — no medicīnisko apmeklējumu izdevumu atlīdzināšanas līdz zālēm un slimnīcu ēkām. Tomēr nepietiekama koordinācija rajonu līmenī noveda pie trūkumiem aprīkojuma un zāļu sadalē (40.–49. punkts).

3. ieteikums. Uzlabot vajadzību analīzi un aprīkojuma un zāļu sadales koordināciju

Komisijai jāsadarbojas ar attiecīgajiem dalībniekiem atbilstīgā līmenī, lai uzlabotu aprīkojuma un zāļu sadales koordināciju. Komisijai jāsadarbojas ar partnervalstīm, lai palielinātu to spēju analizēt, plānot un koordinēt vajadzības.

ieviešanas mērķtermiņš: 2025. gads.

79 Intervences pasākumu izmaksas veselības nozarē ietekmēja kaskādes veida īstenošanas struktūra. Tā palielināja projektu īstenošanas izmaksas un samazināja galasaņēmējiem pieejamās summas (50.–52. punkts).

4. ieteikums. Analizēt pārvaldības izmaksu pamatotību

Komisijai jāpastiprina analīze par budžetā paredzēto pārvaldības izmaksu pamatotību, jo īpaši kaskādes veida īstenošanas struktūras gadījumā.

ieviešanas mērķtermiņš: 2025. gads.

80 Komisija ir iesaistījusies globālo veselības iniciatīvu pārvaldības struktūrās un Lusakas programmas vadīšanā un īstenošanā. Tas ir nepieciešams, lai nodrošinātu šo iniciatīvu labāku saskaņotību, izbeigtu sadrumstalotību un racionalizētu to arhitektūru (53.–55. punkts).

5. ieteikums. Izvairīties no pārklāšanās un nodrošināt sinerģiju starp atbalstītajām globālajām veselības iniciatīvām

Komisijai jāveic turpmāki pasākumi, lai izvairītos no pārklāšanās un nodrošinātu sinerģiju starp atbalstītajām globālajām veselības iniciatīvām.

Ieviešanas mērķtermiņš: 2025. gads.

81 ES finansējuma pamanāmība mērķgrupu vidū bija zema (56.–59. punkts). Komisija izmanto ierobežotu skaitu augsta līmeņa rādītāju, kas saistīti ar veselību. Mēs konstatējām, ka šie rādītāji sniedza tikai daļēju priekšstatu par daudzajām ES darbībām veselības aprūpes jomā. Turklāt tie tika aprēķināti tā, lai *de facto* novērtētu dažādo dalībnieku kopīgos centienus, un nebija attiecināmi tikai uz ES finansējumu. Tas neļāva Komisijai pilnībā novērtēt rezultātus, kas ar ES finansējumu sasniegti veselības nozarē, salīdzinājumā ar stratēģiskajiem mērķiem. Turklāt vairāku līdzekļu devēju fondu īstenoto divpusējo intervences pasākumu rezultāti netika pietiekami paziņoti ES delegācijām. Projektu īstenotāju ziņošanai apkopotie dati dažkārt bija nepieejami vai neuzticami (60.–66. punkts).

6. ieteikums. Noteikt rādītājus, ar ko visaptveroši uzraudzīt ES atbalstu veselības nozarei

Sagatavojot nākamo DFS, Komisijai jānosaka veselības nozares rādītāji, kas visaptverošā veidā uzrauga ES intervences pasākumu ietekmi saskaņā ar atbalsta efektivitātes principiem. Attiecībā uz vairāku līdzekļu devēju fondiem Komisijai jāizvērtē iespēja piemērot proporcionālu metodi ziņošanai par ES intervences pasākumu rezultātiem.

Ieviešanas mērķtermiņš: laikus pirms nākamās DFS, vēlākais, līdz 2027. gadam.

82 Nebija skaidru pārejas un izejas stratēģiju tam, kā valdībai turpināt projektu finansēšanu pēc tam, kad līdzekļu devēju finansējums tiek samazināts. Tas var apdraudēt sistēmu ilgtspēju pēc ES atbalsta pārtraukšanas (67.–70. punkts).

7. ieteikums. Veikt pasākumus veselības aprūpes sistēmu ilgtspējas veicināšanai

Komisijai kopā ar visiem attiecīgajiem dalībniekiem, kas iesaistīti atbalstītajās partnervalstīs, dziļāk jāpēta, kā nodrošināt veselības aprūpes sistēmu ilgtspēju. Jāturpina diskusija par veselības aprūpes finansējumu, tostarp iekšzemes ieņēmumu mobilizāciju un skaidrām un reālistiskām pārejas un izejas stratēģijām. Izejas stratēģijām jāietver nākotnē plānotais finansējums attiecīgajām veselības aprūpes sistēmu daļām.

leviešanas mērķtermiņš: 2025. gads.

83 ES intervences pasākumu ilgtspēja ir apdraudēta arī piegādātā aprīkojuma neatbilstošas apkopes dēļ (71.–73. punkts).

8. ieteikums. Piešķirt lielāku nozīmi aprīkojuma apkopei

Komisijai ir:

- a) aprīkojuma iepirkumā jāiekļauj apkopes aspekts, t. i., jāņem vērā, vai valsts līmenī ir pieejami nepieciešamie pakalpojumi, prasmes un rezerves daļas un kā to vajadzības gadījumā varētu noteikt;
- b) jārīkojas, lai veicinātu informētības palielināšanu un uzvedības maiņu saistībā ar apkopi nolūkā palīdzēt izveidot apkopes kultūru un rutīnu ieinteresēto personu vidū.

leviešanas mērķtermiņš: 2025. gads.

Šo ziņojumu 2024. gada 9. jūlija sēdē Luksemburgā pieņēma III apakšpalāta, kuru vada Revīzijas palātas locekle *Bettina Jakobsen*.

Revīzijas palātas vārdā —

Tony Murphy
priekšsēdētājs

Pielikumi

I pielikums. ES veselības palīdzības stratēģiju mērķi kopš 2005. gada

Stratēģiskais dokuments	Veselības palīdzības mērķi
2005. gada Eiropas Konsenss par attīstību	<ul style="list-style-type: none"> — Centieni sasniegt ANO TAM attiecībā uz veselības aprūpi: 4. TAM par bērnu mirstības samazināšanu, 5. TAM par mātes veselības uzlabošanu, 6. TAM par HIV/AIDS, malārijas un citu slimību apkarošanu. — Risināt ārkārtējo cilvēkresursu krīzi, ar ko sastopas veselības aprūpes sniedzēji. — Taisnīgs finansējums veselības aprūpei. — Veselības aprūpes sistēmu stiprināšana nolūkā veicināt labākus iznākumus veselības jomā. — Turpināt sniegt ieguldījumu globālajās iniciatīvās; šajā sakarā dokumenta (2006/C 46/01) 108. punktā ir noteikts, ka “Komisija izstrādās kritērijus Kopienas līdzdalībai globālajos fondos un ieguldījumiem tajos.”
Komisijas 2010. gada paziņojums “ES loma veselības jomā pasaules mērogā” (un tam pievienotie dienestu darba dokumenti)	<ul style="list-style-type: none"> — ES vadošā loma, koordinējot globālās veselības iniciatīvas un iesaistot ieinteresētās personas partnervalstu līmenī. — Visaptveroša veselības aprūpe: <ul style="list-style-type: none"> ○ prioritāte ir nestabilām valstīm, izmantojot divpusējus kanālus (nestabilo valstu saraksts) un piedaloties globālās veselības iniciatīvās (veicinot esošo globālo veselības iniciatīvu pielāgošanu); ○ uzmanības koncentrēšana uz atbalstu veselības aprūpes sistēmu stiprināšanai; ○ viena valsts veselības aprūpes budžeta un viena uzraudzības procesa finansēšana ir vēlamais satvars ES atbalsta sniegšanai; ○ divu trešdaļu oficiālās attīstības palīdzības veselības aprūpei novirzīšana, izmantojot partnervalstu attīstības programmas, un 80 % —, izmantojot partnervalstu iepirkuma un publiskā finansējuma pārvaldības sistēmas. — Saskaņotības nodrošināšana ar citiem politikas virzieniem, lai veicinātu visaptverošu veselības aprūpi. — Ieguldījumi veselības aprūpes pētījumos, kas sniedz ieguvumus ikvienam.

Stratēģiskais dokuments	Veselības palīdzības mērķi
Komisijas 2011. gada paziņojums "Pārmaiņu programma" (Padomes 2012. gada secinājumi)	<ul style="list-style-type: none"> — Atbalsta instrumentu klāsta, jo īpaši "nozaru reformu līgumu", izmantošana. — Izveidot un stiprināt veselības aprūpes sistēmas. — Samazināt nevienlīdzību veselības aprūpes pakalpojumu pieejamībā. — Palielināt aizsardzību pret globāliem veselības apdraudējumiem. — Veicināt politikas saskaņotību. — Padomes secinājumi "Atbalsts sociālajai iekļaušanai un cilvēces attīstībai [veselībai, izglītībai un sociālajai aizsardzībai] turpināsies, izmantojot vismaz 20 % no ES palīdzības" un "ES turpinās iesaistīties nestabilās valstīs..."
2017. gada Eiropas Konsenss par attīstību	<ul style="list-style-type: none"> — Centieni sasniegt ANO IAM attiecībā uz veselības aprūpi: — ES un tās dalībvalstis veicinās visaptverošu veselības aprūpi. — Atbalsts spēcīgām, labas kvalitātes un noturīgām veselības aprūpes sistēmām (t. i., veselības aprūpes sistēmu stiprināšana). ES un tās dalībvalstis atbalstīs jaunattīstības valstis veselības nozares darbaspēka apmācībā, pieņemšanā darbā, izvietojumā un pastāvīgā profesionālās kvalifikācijas celšanā u. c. — Novērst un apkarot infekcijas slimības, piemēram, <i>HIV/AIDS</i>, tuberkulozi, malāriju un hepatītu. — Rīkoties, lai novērstu globālos draudus (epidēmijas vai rezistenci pret antimikrobiāliem līdzekļiem). — Strādāt pie bērnu un māšu mirstības samazināšanas, veicināt garīgo veselību un risināt jautājumu par pieaugošo nepārnēsājamo slimību slogu partnervalstīs. — Veicināt inovācijas veselības aprūpes tehnoloģijās. — ES atkārtoti pauž apņemšanos piešķirt vismaz 20 % no savas oficiālās attīstības palīdzības sociālajai iekļaušanai un cilvēces attīstībai.

Stratēģiskais dokuments	Veselības palīdzības mērķi
2022. gada ES Globālās veselības stratēģija	<ul style="list-style-type: none"> — Nodrošināt labāku veselības aprūpi un labbūtību cilvēkiem visos dzīves posmos (3. IAM par veselīgu dzīvi, 5. IAM par dzimumu līdztiesību, 10. IAM par nevienlīdzības mazināšanu valstīs un starp tām). Tas attiecas uz veselības aprūpes sistēmu stiprināšanu, <i>HIV</i> apkarošanas pasākumiem un atbalstu globālām veselības iniciatīvām. — Veselības aprūpes sistēmu stiprināšana un visaptveroša veselības aprūpe. Tas ietver “digitalizāciju”, inovāciju tehnoloģijas un darbaspēka trūkuma novēršanu. — Novērst un apkarot veselības apdraudējumus, arī pandēmijas, piemērojot pieeju “Viena veselība”. Tas ietver atbalstu Finanšu starpniekfondam, ražošanas jaudai u. c. — ES atkārtoti pauž apņemšanos vismaz 20 % no savas oficiālās attīstības palīdzības piešķirt cilvēces attīstībai un sociālajai iekļaušanai saskaņā ar <i>NDICI</i> — “Eiropa pasaulē”.

II pielikums. Revidēto programmu un projektu saraksts

Burundi

Nosaukums	DFS	Atsauce	ES atbalsts (saistības miljonos EUR)
<i>Programme d'appui au système de santé (PASS) à travers l'outil du financement basé sur la performance (FBP) — 2. posms</i>	2014.–2020. gads	FED/2019/413-660 (CL)	27,8
<i>TWITEHO AMAGARA - Bujumbura Mairie, Bujumbura rural, Muramvya, Rumonge et Kirundo</i>	2014.–2020. gads	FED/2019/405-241 (EC)	9,4
<i>TWITEHO AMAGARA - Cankuzo, Ruyigi, Rutana, Mwaro</i>	2014.–2020. gads	FED/2019/405-314 (EC)	9,3
<i>TWITEHO AMAGARA - Ngozi, Kayanza, Cibitoke</i>	2014.–2020. gads	FED/2019/405-306 (EC)	8,9
<i>TWITEHO AMAGARA - Bururi, Makamba, Gitega</i>	2014.–2020. gads	FED/2019/405-304 (CL)	8,1
<i>TWITEHO AMAGARA - Karuzi, Muyinga, Bubanza et santé mentale à Ngozi</i>	2014.–2020. gads	FED/2019/405-311 (CL)	7,5

Kongo Demokrātiskā Republika

Nosaukums	DFS	Atsauce	ES atbalsts (saistības miljonos EUR)
<i>Programme d'appui au plan national de développement sanitaire (PA PNDS)</i>	2007.–2013. gads	FED/ 2009/21511	53,8
<i>Projet d'accélération des progrès vers les OMD 4 et 5 (PAP OMD 4 - 5)</i>	2007.–2013. gads	FED/2012/023-801 (EC)	40
<i>Programme de renforcement de l'Offre et Développement de l'accès aux Soins de Santé en RDC (PRODS)</i>	2014.–2020. gads	FED/2016/038-165 (EC)	217

Nosaukums	DFS	Atsauce	ES atbalsts (saistības miljonos EUR)
<i>Unis pour la santé et l'éducation</i>	2021.–2027. gads	NDICI AFRICA/2021/043-305 (EC)	30
<i>Unis pour la santé, 2. posms</i>	2021.–2027. gads	NDICI AFRICA/2022/043-891 (CA)	35
<i>Unis pour la santé, 3. posms</i>	2021.–2027. gads	NDICI AFRICA/2023/045-313 (EC) (JAD.1258480)	9

Zimbabve

Nosaukums	DFS	Atsauce	ES atbalsts (saistības miljonos EUR)
Veselības attīstības fonds (veselības aprūpes pamatpakalpojumu pieejamības uzlabošana visiem Zimbabves iedzīvotājiem)	2014.–2020. gads	FED/2015/368-364 (CL)	62,6
Veselības aprūpes pamatpakalpojumu pieejamības uzlabošana visiem Zimbabves iedzīvotājiem II	2014.–2020. gads	FED/2020/415-680 (EC)	42,5
Veselības noturības fonds (<i>HRF</i>)	2021.–2027. gads	NDICI AFRICA/2022/438- 583 (EC)	41,0
Veselības aprūpes pamatpakalpojumu pieejamības uzlabošana visiem Zimbabves iedzīvotājiem II_ <i>UNICEF</i>	2014.–2020. gads	FED/2020/415-231 (CA)	35,9
Iemaksa Veselības pārejas fondā IV	2014.–2020. gads	FED/2015/356-385 (CA)	12,0

III pielikums. Partnervalstis, kurās veselības aprūpe ir prioritāra nozare, kas noteikta to valstu indikatīvajās programmās (VIP) / daudzgadu indikatīvajās programmās (DIP)

	2007.–2013. gada DFS	2014.–2020. gada DFS	2021.–2027. gada DFS
Afganistāna	•	•	•
Alžīrija	•		
Angola	•		
Austrumtimora	•		
Bangladeša	•		
Beliza		•	
Burkinafaso	•	•	
Burundi	•	•	•
Centrālāfrikas Republika		•	•
Čada	•		
Dienvīdāfrika	•		
Dienvīdusdāna	•	•	•
Dominika	•		
Etiopija		•	•
Ēģipte	•		•
Filipīnas	•		
Gana	•		
Grenāda		•	
Gvineja	•	•	•
Gvineja-Bisava	•	•	•
Indija	•		
Irāna			•
Jamaika	•		
Jemena	•		
KDR	•	•	•
Kenija			•
Kongo	•		
Kotdivuāra	•		
Kuba			•
Laosas TDR			•
Libāna			•
Libērija	•		
Lībija	•	•	•
Madagaskara	•		•
Mali	•		•
Maroka	•	•	•
Mauritānija	•	•	•
Mjanma	•		

	2007.–2013. gada DFS	2014.–2020. gada DFS	2021.–2027. gada DFS
Moldova	•		
Mozambika	•		
Namībija	•		
Nigēra	•		
Nigērija	•	•	•
Palestīna			•
Peru	•		
Santome un Prinsipi	•		
Senegāla	•		
Sentlūsija	•		
Sentvinsenta un Grenadīnas	•		
Sīrija	•		
Sjerraleone	•		
Sudāna			•
Svazilēnda	•		
Tadžikistāna	•	•	•
Togo	•		
Tunisija			•
Uganda			•
Uzbekistāna	•		
Vjetnama	•		
Zambija	•		•
Zimbabve	•	•	•
Valstis KOPĀ	48	17	27

IV pielikums. Piešķīrumi no *NDICI* – “Eiropa pasaulē” tematiskā pīlāra (2024. gada janvāris)

Veselības aprūpes programmas	Summas, par ko uzņemtas saistības (EUR)
Iemaksa Pasaules fondā	1 064 503 222
Iemaksa <i>GAVI</i>	525 000 000
Iemaksa Finanšu starpniekfondā	427 000 000
Iemaksa Apvienoto Nāciju Organizācijas ledzīvotāju fondā (<i>UNFPA</i>)	45 000 000
Iemaksu nolīgums Tautas attīstības paātrinājuma (<i>HDX</i>) programmai — poliomiēlīta komponents	275 000 000
Citas iemaksas	12 517 500
Pavisam kopā	2 349 020 722

Piezīme. Rindas treknrakstā attiecas uz piešķīrumiem globālām veselības iniciatīvām (Pasaules fonds, *GAVI* – Vakcīnu alianse, tostarp Covid-19 vakcīnu *COVAX* centrs, *UNFPA* un Finanšu starpniekfonds).

Saīsinājumi

ASI: attīstības sadarbības instruments

DFS: daudzgadu finanšu shēma

DIP: daudzgadu indikatīvā programma

EAF: Eiropas Attīstības fonds

ECHO ĢD: Eiropas Civilās aizsardzības un humānās palīdzības operāciju ģenerāldirektorāts

GAVI: Vakcīnu un vakcinācijas globālā alianse

HDF: Veselības Attīstības fonds

IAM: ilgtspējīgas attīstības mērķis

INTPA ĢD: Starptautisko partnerību ģenerāldirektorāts

IPA: Pirmspievienošanās palīdzības instruments

NDICI: Kaimiņattiecību, attīstības sadarbības un starptautiskās sadarbības instruments

NEAR ĢD: Kaimiņattiecību politikas un paplašināšanās sarunu ģenerāldirektorāts

PASS: *Programme d'appui au système de santé* (Burundi veselības aprūpes atbalsta programma)

PHEOC: Sabiedrības veselības ārkārtas operāciju centrs

PVO: Pasaules Veselības organizācija

TAM: tūkstošgades attīstības mērķis

UNFPA: ANO ledzīvotāju fonds

UNICEF: ANO Bērnu fonds

VIP: valsts indikatīvā programma

Glosārijs

Eiropas Attīstības fonds: ES fonds, ko ārpus vispārējā budžeta pārvalda Komisija un kas ar dalībvalstu starpniecību sniedz attīstības palīdzību Āfrikas, Karību jūras reģiona un Klusā okeāna valstīm un aizjūras zemēm un teritorijām, kuras ir saistītas ar ES.

ES delegācija: ES diplomātiskā pārstāvniecība trešā valstī vai daudzpusējā vai starptautiskā organizācijā.

Ietekme: pabeigta projekta vai programmas plašākas ilgtermiņa sekas, piemēram, sociāli ekonomiskie ieguvumi iedzīvotājiem kopumā.

Ietekmes rādītājs: izmērāms mainīgais, kas sniedz informāciju par cilvēkresursiem, finanšu, fiziskajiem, administratīvajiem un normatīvajiem līdzekļiem, ko izmanto projekta vai programmas īstenošanā.

Ilgspēja: projekta vai sistēmas spēja turpināt tik ilgi, cik nepieciešams, jo tā ir pietiekami labi izveidota un finansiāli pašpietiekama vai pietiekami labi finansēta.

Ilgspējīgas attīstības mērķi: 17 mērķi, kas ANO Ilgtspējīgas attīstības programmā 2030. gadam noteikti, lai sekmētu visu valstu rīcību jomās, kuras ir kritiski svarīgas cilvēcei un planētai.

Iznākums: tūlītējas vai ilgāka termiņa, plānotas vai neparedzētas izmaiņas, ko rada projekts, piemēram, labāk apmācīta darbaspēka nodrošinātie ieguvumi.

Oficiālā attīstības palīdzība: valdības atbalsts, ar ko paredzēts veicināt jaunattīstības valstu ekonomikas attīstību un labklājību.

Pieeja "Viena veselība": integrēta, vienojoša pieeja, kuras mērķis ir ilgtspējīgi līdzsvarot un optimizēt cilvēku, dzīvnieku un ekosistēmu veselību.

Rezultāts: pabeigta projekta vai programmas tūlītējā ietekme, piemēram, mācību kursu dalībnieku uzlabotas iespējas atrast darbu vai labāka piekļuve pēc jauna ceļa izbūves.

Tiešie rezultāti: kaut kas, kas ir radīts vai sasniegts projektā, piemēram, mācību kursu nodrošināšana vai ceļa izbūve.

Tiešo rezultātu rādītājs: izmērāms rādītājs, kas sniedz informāciju projekta iznākumu vai sasniegumu novērtēšanai.

Tūkstošgades attīstības mērķi: globāli mērķi līdz 2015. gadam mazināt nabadzību un tās izpausmes. Tos izvirzīja pasaules līderi un galvenās attīstības iestādes ANO Tūkstošgades augstākā līmeņa sanāksmē 2000. gada septembrī.

Komisijas atbildes

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

Laika grafiks

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

Revīzijas darba grupa:

ERP īpašajos ziņojumos tiek atspoguļoti rezultāti, kas iegūti, revidējot ES rīcībpolitiku un programmas vai ar pārvaldību saistītus jautājumus konkrētās budžeta jomās. ERP atlasa un izstrādā šos revīzijas uzdevumus tā, lai tiem būtu pēc iespējas lielāka ietekme, proti, tiek ņemts vērā risks, kādam pakļauta lietderība vai atbilstība, attiecīgo ienākumu vai izdevumu apjoms, paredzamie notikumi, kā arī politiskās un sabiedrības intereses.

Šo lietderības revīziju veica ERP locekles *Bettina Jakobsen* vadītā III apakšpalāta, kuras pārziņā ir ārējo darbību un drošības un tiesiskuma izdevumu jomu revīzija. Šo revīziju sākotnēji vadīja ERP locekļi *Baudilio Tomé Muguruza* un *Hannu Takkula*.

Revīziju pabeidza ERP loceklis *George-Marius Hyzler*, un atbalstu sniedza atbildīgais vadītājs *Pietro Puricella*, darbuzdevuma vadītājs *Piotr Zych* un revidenti *Alfonso Calles Sánchez* un *Piotr Senator*. Grafiskā dizaina atbalstu nodrošināja *Alexandra Damir-Binzaru*.



George-Marius Hyzler



Pietro Puricella



Piotr Zych



Alfonso Calles Sánchez



Piotr Senator

AUTORTIESĪBAS

© Eiropas Savienība, 2024

Eiropas Revīzijas palātas (ERP) atkalizmantošanas politiku nosaka ar [ERP Lēmumu Nr. 6-2019](#) par atvērto datu politiku un dokumentu atkalizmantošanu.

Ja vien nav norādīts citādi (piemēram, individuālās autortiesību norādēs), ERP saturs, kurš pieder ES, ir licencēts saskaņā ar šādu starptautisku licenci: [Creative Commons Attribution 4.0 International \(CC BY 4.0\) license](#). Tādējādi atkalizmantošana parasti ir atļauta, ja tiek sniegtas pienācīgas atsauces un norādītas visas izmaiņas. ERP satura atkalizmantošana nedrīkst sagrozīt tā sākotnējo nozīmi vai jēgu. ERP nav atbildīga par atkalizmantošanas sekām.

Jāsaņem papildu atļauja, ja konkrētā saturā attēlotas identificējamās privātpersonas, piemēram, ERP darbinieku fotoattēlos, vai ja tas ietver trešās personas darbu.

Ja šāda atļauja ir saņemta, tā atceļ un aizstāj iepriekš minēto vispārējo atļauju un skaidri norāda uz visiem izmantošanas ierobežojumiem.

Lai izmantotu vai reproducētu saturu, kas nepieder ES, var būt nepieciešams prasīt atļauju tieši autortiesību īpašniekiem.

1. attēls – *SDG icons*: © Apvienoto Nāciju Organizācija Visas tiesības aizsargātas. Šīs publikācijas saturu Apvienoto Nāciju Organizācija nav apstiprinājusi, un tas neatspoguļo Apvienoto Nāciju Organizācijas vai tās amatpersonu viedokli. Ikonas oficiālajām valodām, kas nav ANO oficiālās valodas, ir lejupeļādētas no [Trello](#), vai arī tās ir izveidojusi Eiropas Revīzijas palāta. Apvienoto Nāciju Organizācija neuzņemas nekādu atbildību vai saistības, kas izriet no IAM ikonu tulkošanas oficiālajās valodās, kas nav ANO oficiālās valodas.

Programmatūra vai dokumenti, uz kuriem attiecas rūpnieciskā īpašuma tiesības, proti, patenti, preču zīmes, reģistrēti dizainparaugi, logotipi un nosaukumi, nav iekļauti ERP atkalizmantošanas politikā.

Eiropas Savienības iestāžu un struktūru tīmekļa vietnēs, kas izvietotas domēnā europa.eu, ir atrodamas saites uz trešo personu tīmekļa vietnēm. Tā kā ERP šīs vietnes nekontrolē, iesakām rūpīgi iepazīties ar to privātuma un autortiesību politiku.

ERP logotipa izmantošana

ERP logotipu nedrīkst izmantot bez ERP iepriekšējas piekrišanas.

HTML	ISBN 978-92-849-2801-9	ISSN 1977-5717	doi:10.2865/73901	QJ-AB-24-017-LV-Q
PDF	ISBN 978-92-849-2828-6	ISSN 1977-5717	doi:10.2865/06793	QJ-AB-24-017-LV-N

Mēs revidējam ES finansiālo atbalstu veselības aprūpes sistēmām partnervalstīs trijos plānošanas periodos. Veicām dokumentu analīzi un pārbaudījām projektus Burundi, Kongo Demokrātiskajā Republikā un Zimbabvē. Mēs secinām, ka Komisija piešķir finansējumu saskaņā ar savām vispārējām prioritātēm. Tomēr piešķiršanas metodikā bija trūkumi. Projektu efektivitāti kavēja koordinācijas, ilgtspējas un uzraudzības problēmas. Īstenošanai izvēlētā kaskādes struktūra palielināja projektu izmaksas, savukārt ES finansējuma pamanāmība mērķgrupās bija ierobežota. Mēs sniedzam ieteikumus par finansējuma piešķiršanu un kritērijiem, koordināciju, pārvaldības izmaksu pamatotību, sinerģiju, uzraudzību, ilgtspēju un projektu ietvaros piegādātā aprīkojuma apkopi.

Eiropas Revīzijas palātas (ERP) īpašais ziņojums saskaņā ar LESD 287. panta 4. punkta otro daļu.



EIROPAS
REVĪZIJAS
PALĀTA



Eiropas Savienības
Publikāciju birojs

EIROPAS REVĪZIJAS PALĀTA
12, rue Alcide De Gasperi
1615 Luxembourg
LUXEMBOURG

Tālrunis: +352 4398-1

Uzziņām: eca.europa.eu/lv/contact

Timekļa vietne: eca.europa.eu

Twitter: @EUAuditors