

Osobitná správa

Finančná podpora EÚ na systémy zdravotnej starostlivosti vo vybraných partnerských krajinách

Sledujú sa všeobecné strategické ciele, ale intervencie sú ovplyvnené problémami s koordináciou a udržateľnosťou



EURÓPSKY
DVOR
AUDÍTOROV

Obsah

	Body
Zhrnutie	I – VIII
Úvod	01 – 18
Význam zlepšovania zdravia pri riešení chudoby	01 – 08
Reakcia EÚ na výzvy v oblasti zdravia v partnerských krajinách	09 – 18
Rozsah auditu a auditorský prístup	19 – 25
Pripomienky	26 – 73
EÚ stanovila všeobecné priority pre pomoc v oblasti zdravotníctva, ale pridelovanie finančných prostriedkov ovplyvňujú nedostatky	26 – 39
V politických dokumentoch sa stanovujú všeobecné parametre pridelovania finančných prostriedkov, ktoré zostali v programových obdobiach nezmenené	28 – 32
Poradie partnerských krajín podľa ich potrieb v oblasti zdravia, ktoré zostavila Komisia, malo len malý vplyv na pridelovanie bilaterálnych finančných prostriedkov	33 – 37
Metodika používaná na pridelovanie prostriedkov z tematického piliera nie je formalizovaná a nie je dostatočne zdokumentovaná	38 – 39
Financovanie EÚ prispelo k fungovaniu systémov zdravotnej starostlivosti, ale jeho účinnosť bola obmedzená problémami s koordináciou	40 – 66
EÚ podporovala celý rad intervencií v oblasti zdravia, ktoré boli v súlade s potrebami vybraných krajín	41 – 44
Koordináčne úsilie a distribučné systémy na nižších úrovniach správy sú nedostatočné	45 – 49
Kaskádová štruktúra vykonávania má vplyv na náklady	50 – 52
Koordinácia rôznych zdrojov financovania je zložitá	53 – 55
Viditeľnosť opatrení financovaných EÚ v teréne je nízka, najmä ak sú finančné prostriedky združené s inými darcami	56 – 59
Pri meraní výsledkov pomoci EÚ v oblasti zdravotníctva sú prekážkou príliš všeobecné ukazovatele výkonnosti a nedostatky v údajoch	60 – 66

Udržateľnosť projektov je ohrozená 67 – 73

Vládám prijímateľských krajín chýbajú stratégie prechodu a ukončenia podpory, ako aj odhodlanosť, a majú obmedzené rozpočtové zdroje 68 – 70

Vybavenie sa nie vždy primerane udržiava 71 – 73

Záver a odporúčania 74 – 83

Prílohy

Príloha I – Ciele stratégií EÚ v oblasti pomoci pre zdravotníctvo od roku 2005

Príloha II – Zoznam kontrolovaných programov a projektov

Príloha III – Partnerské krajiny, ktoré majú zdravotníctvo uvedené medzi prioritnými sektormi vo svojich národných indikatívnych programoch (NIP)/viacročných orientačných programoch (VOP)

Príloha IV – Pridelenie prostriedkov z tematického piliera NDICI-Globálna Európa (január 2024)

Skratky

Glosár

Odpovede Komisie

Harmonogram

Audítorský tím

Zhrnutie

I Podpora EÚ v oblasti zdravia v partnerských krajinách prispieva k hlavnému cieľu rozvojovej politiky EÚ, ktorým je obmedzenie a v konečnom dôsledku odstránenie extrémnej chudoby. V súlade s medzinárodným prístupom v oblasti zdravia, najmä s cieľom OSN v oblasti udržateľného rozvoja č. 3, poskytuje EÚ finančné prostriedky pre systémy zdravotnej starostlivosti svojich partnerských krajín prostredníctvom bilaterálnych a regionálnych programov a globálnych iniciatív v oblasti zdravia. Táto podpora predstavovala viac než 3 mld. EUR v každom z dvoch predchádzajúcich programových období (2007 – 2013 a 2014 – 2020) a na začiatku roka 2024 viac než 2 mld. EUR na súčasné obdobie (2021 – 2027).

II Naším cieľom bolo posúdiť finančnú podporu EÚ v oblasti zdravia v partnerských krajinách v týchto troch programových obdobiach. Dospeli sme k záveru, že Komisia prideliла finančné prostriedky podľa svojich všeobecných priorít. Metodika prideľovania finančných prostriedkov však bola ovplyvnená nedostatkami. Účinnosť projektov obmedzovali problémy s koordináciou a udržateľnosťou a monitorovanie neposkytovalo úplný obraz o činnostiach Komisie v sektore zdravotníctva.

III Zistili sme, že výška financovania EÚ na podporu zdravotníctva zostala počas troch preskúmaných programových období pomerne stabilná. Objem bilaterálnej pomoci partnerským krajinám sa však znížil, zatiaľ čo podpora globálnych iniciatív v oblasti zdravia sa výrazne zvýšila. Poradie partnerských krajín podľa potrieb ich systémov zdravotnej starostlivosti, ktoré zostavila Komisia, malo len malý vplyv na bilaterálne financovanie, najmä z dôvodu zásady zodpovednosti, v rámci ktorej sa vyžaduje, aby sa pri tvorbe programov vychádzalo z politických rozhodnutí dohodnutých s partnerskými vládami. Pri prideľovaní podpory na jednotlivé globálne iniciatívy v oblasti zdravia sa nevychádzalo zo súboru konkrétnych a vyčísliteľných kritérií a tento proces nebol dostatočne zdokumentovaný.

IV Preskúmali sme vzorku projektov vo vybraných partnerských krajinách (Burundi, Konžská demokratická republika a Zimbabwe). Okrem iného sa zameriavali na poskytovanie bezplatnej zdravotnej starostlivosti, organizáciu odbornej prípravy zdravotníckych pracovníkov, poskytovanie liekov a vybavenia a rekonštrukciu zdravotníckych stredísk. Zistili sme, že EÚ podporovala rôzne intervencie v oblasti zdravia, ktoré boli v súlade s potrebami krajín. Na nižších úrovniach správy však nebola dostatočná koordinácia, čo viedlo k nedostatkom pri distribúcii vybavenia a liekov. Okrem toho náklady na intervencie v sektore zdravotníctva ovplyvnila kaskádová

štruktúra vykonávania. Tým sa zvýšili náklady na realizáciu projektov. Navyše bolo financovanie EÚ medzi cieľovými skupinami obyvateľstva málo viditeľné.

V Komisia pri monitorovaní svojich výdavkov na zdravotníctvo vychádzala z malého počtu ukazovateľov na vysokej úrovni, ktoré poskytli len čiastočný obraz o opatreniach EÚ v oblasti zdravia a boli vypočítané tak, že výsledky nemožno pripísať výlučne financovaniu EÚ. V prípade dvojstrannej pomoci sa výsledky neposkytujú uspokojivo delegáciám EÚ v jednotlivých krajinách a údaje zozbierané realizátormi projektov na účely podávania správ sa niekedy nespřístupnili alebo sa ukázali ako nespoľahlivé.

VI Komisia sa zapája do riadenia globálnych iniciatív v oblasti zdravia, aby zabezpečila ich lepšie zosúladenie a tak ukončila ich roztrieštenosť. Na dosiahnutie týchto cieľov a racionalizáciu medzinárodného prístupu k celosvetovým výzvam v oblasti zdravia je však potrebné ďalšie úsilie.

VII Udržateľnosť projektov a programov v oblasti zdravia je ohrozená z dôvodu chýbajúcich jasných stratégií prechodu a ukončenia podpory a nedostatočnej údržby poskytnutého vybavenia.

VIII Na základe týchto záverov odporúčame, aby Komisia:

- o lepšie zosúladiť pridelovanie finančných prostriedkov na zdravotníctvo s potrebami krajín,
- o stanovila jasné kritériá financovania globálnych iniciatív v oblasti zdravia a zlepšila dokumentáciu procesu pridelovania prostriedkov,
- o zlepšila analýzu potrieb a koordináciu distribúcie vybavenia a liekov,
- o analyzovala primeranosť nákladov na riadenie,
- o predchádzala prekryvaniu a zabezpečila synergie medzi podporovanými globálnymi iniciatívami v oblasti zdravia,
- o určila ukazovatele na komplexné monitorovanie podpory EÚ pre sektor zdravotníctva,
- o prijala opatrenia na podporu udržateľnosti systémov zdravotnej starostlivosti,
- o väčšmi vyzdvihla význam údržby vybavenia dodaného v rámci projektov.

Úvod

Význam zlepšovania zdravia pri riešení chudoby

01 Podpora EÚ v oblasti zdravia v partnerských krajinách prispieva k hlavnému **cieľu rozvojevej politiky EÚ**, ktorým je obmedzenie a v konečnom dôsledku odstránenie extrémnej chudoby¹. Chudoba môže byť príčinou aj dôsledkom nedostatočnej starostlivosti o zdravie. Vo všeobecnosti platí, že keď sa zlepšuje hospodárstvo krajiny, zlepšuje sa aj zdravie jej občanov. Platí to však aj naopak – zlepšenie zdravia občanov môže priamo viesť k hospodárskemu rastu².

02 Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) definuje zdravie ako „stav úplnej telesnej, duševnej a sociálnej pohody, a nielen neprítomnosť choroby alebo invalidity“³. WHO zahŕňa požívanie najvyššej dosiahnuteľnej úrovne zdravia ako jedno zo základných práv každej ľudskej bytosti. Nerovnaký vývoj v oblasti podpory zdravia a kontroly chorôb, najmä prenosných, identifikuje ako spoločné nebezpečenstvo. Polovica svetovej populácie nemá prístup k zdravotníckym službám, ktoré potrebuje⁴, a približne 100 miliónov ľudí sa každoročne dostane do extrémnej chudoby vplyvom nadmerných nákladov na zdravotnú starostlivosť⁵.

03 V roku 2000 sa OSN dohodla na ôsmich miléniových rozvojových cieľoch (MDG), ktoré sa mali dosiahnuť do roku 2015⁶. Tri z týchto cieľov boli priamo spojené so zdravím: zníženie detskej úmrtnosti (cieľ č. 4), zlepšenie zdravia matiek (cieľ č. 5) a boj proti HIV/AIDS, malárii a iným chorobám (cieľ č. 6).

¹ Článok 208 ods. 1 Zmluvy o fungovaní Európskej únie.

² *Growing importance of health in the economy*, Collins, Francis S., Outlook on the Global Agenda 2015, Svetové ekonomické fórum, 2015.

³ Ústava Svetovej zdravotníckej organizácie.


⁴ *Monitoring universal health coverage, Health and demography*, Svetová zdravotnícka organizácia.

⁵ *Zdravie a demografia*, Európska komisia – GR pre medzinárodné partnerstvá.

⁶ *2000 – 2015, Millennium Development Goals*, Knižnica Daga Hammarskjölda, OSN.

04 Následne v roku 2015 v rámci Agendy OSN pre udržateľný rozvoj do roku 2030⁷, medzinárodné spoločenstvo stanovilo 17 cieľov udržateľného rozvoja (SDG), ktoré sa majú dosiahnuť do roku 2030. Cieľ č. 3 sa týka zabezpečenia života v zdraví a podpory kvality života pre všetkých v každom veku. Má deväť súvisiacich cieľov, ktoré sú všetky spojené so znížením výskytu hlavných zdravotných problémov do roku 2030 (pozri *ilustráciu 1*).

Ilustrácia 1 – Ciele udržateľného rozvoja týkajúce sa zdravia a dobrých životných podmienok

 <p>3 KVALITA ZDRAVIA A ŽIVOTA</p>	<p>Cielové oblasti</p> <ul style="list-style-type: none"> 3.1 Úmrtnosť matiek 3.2 Úmrtnosť novorodencov a detí 3.3 Infekčné choroby 3.4 Neprenosné ochorenia 3.5 Požívanie návykových látok 3.6 Zranenia v cestnej premávke 3.7 Sexuálne a reprodukčné zdravie 3.8 Všeobecne dostupná zdravotná starostlivosť 3.9 Stav životného prostredia 	<p>Spôsoby realizácie</p> <ul style="list-style-type: none"> 3.a Kontrola tabaku 3.b Lieky a očkovacie látky 3.c Financovanie zdravotníctva a pracovná sila 3.d Pripravenosť na núdzové situácie
--	---	---

Zdroj: EDA na základe WHO.

05 V *osobitnej správe o cieľoch udržateľného rozvoja z roku 2023* WHO pozitívne písala o pokroku, ktorý sa v posledných rokoch dosiahol v oblasti zlepšovania globálneho zdravia, ale zdôraznila nedostatočný pokrok v oblastiach, ako je úmrtnosť matiek a rozširovanie všeobecnej dostupnej zdravotnej starostlivosti. Pandémia ochorenia COVID-19 spomalila pokrok pri dosahovaní cieľa udržateľného rozvoja č. 3 (pozri *rámček 1*). WHO preto vyzvala, aby sa dlhodobé nedostatky v oblasti zdravotnej starostlivosti riešili prostredníctvom investícií do systémov zdravotnej starostlivosti, ktoré pomôžu krajinám zotaviť sa a vybudovať odolnosť voči budúcim zdravotným hrozbám.

⁷ *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*, Organizácia Spojených národov.

Rámček 1

Účinky pandémie ochorenia COVID-19 na pomoc v oblasti zdravotníctva

V [osobitnej správe WHO o cieľoch udržateľného rozvoja z roku 2023](#) sa poukázalo na zhoršenie všeobecne dostupnej zdravotnej starostlivosti v rozvojových krajinách a narušenie poskytovania základných zdravotníckych služieb (napr. očkovacích kampaní) v dôsledku pandémie ochorenia COVID-19. V správe sa dospelo k záveru, že pandémia spomalila pokrok pri dosahovaní cieľa udržateľného rozvoja č. 3.

V správe sa ďalej uvádzalo, že v roku 2021 predstavovala kontrola ochorenia COVID-19 najväčší podiel globálnej oficiálnej rozvojovej finančnej pomoci v oblasti základnej zdravotnej starostlivosti (9,6 mld. USD, z čoho 6,3 mld. USD bolo určených na darcovstvo očkovacích látok).

Pokiaľ ide o opatrenia EÚ proti účinkom ochorenia COVID-19, Komisia v roku 2020 vyčlenila viac než 440 mil. EUR a v programovom období 2021 – 2027 zatiaľ vyčlenila viac než 1,27 mld. EUR.

06 Hoci sa na medzinárodnej úrovni zvyšuje záujem o slabnúci pokrok smerom k všeobecne dostupnej zdravotnej starostlivosti⁸, v rozvojových krajinách je pri neustálom zvyšovaní počtu obyvateľov chronický nedostatok finančných, ľudských a materiálnych zdrojov na riešenie zdravotníckych potrieb. Podľa najnovších údajov Africkej únie (2021) iba dve krajiny v Afrike – Južná Afrika a Kapverdy – splnili cieľ Africkej únie z [vyhlásenia z Abuje](#) vyčleniť každoročne aspoň 15 % štátneho rozpočtu na sektor zdravotníctva⁹. Cieľom medzinárodnej pomoci v rozvojových krajinách je zlepšiť miestne systémy zdravotnej starostlivosti a udržateľne posilniť zdravotnícke služby tak, aby zodpovedali miestnym potrebám a boli dostupné pre všetkých, najmä pre ľudí žijúcich v chudobe.

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

⁹ [Africa Scorecard on Domestic Financing for Health](#), Africká únia.

07 Podľa WHO systém zdravotnej starostlivosti zahŕňa „všetky organizácie, osoby a činnosti, ktorých hlavným cieľom je podporovanie, obnovenie alebo udržanie zdravia“¹⁰. Ide o štruktúry, ktoré sú potrebné na podporu cieľov v oblasti zlepšenia zdravia a rovnosti v oblasti zdravia pri súčasnom odstraňovaní finančných prekážok v oblasti zdravotnej starostlivosti. WHO stanovila šesť stavebných prvkov, ktoré tvoria systém zdravotnej starostlivosti: poskytovanie služieb, zdravotnícki pracovníci, informácie, medicínske produkty, očkovacie látky a technológie, financovanie a vedenie a riadenie. WHO zdôrazňuje koncepciu posilňovania systémov zdravotnej starostlivosti, ktorú vymedzuje ako zlepšovanie týchto stavebných prvkov a riadenie ich vzájomného pôsobenia tak, aby sa dosiahlo spravodlivejšie a trvalejšie zlepšenie všetkých zdravotníckych služieb a výsledkov v oblasti zdravia. Posilňovanie systémov zdravotnej starostlivosti závisí od technických znalostí a politickej vôle¹¹.

08 Činnosti v oblasti posilňovania systémov zdravotnej starostlivosti sa tradične vo veľkej miere zameriavali na znižovanie tzv. vstupných obmedzení – podporu zdravotníckych systémov prostredníctvom dodávok materiálnych zdrojov, ako sú siete proti komárom, antikoncepcia alebo lieky. Týmito činnosťami však nemožno dosiahnuť také komplexné ciele, ako je zlepšenie politik, právnych predpisov, organizačných štruktúr alebo systémov poskytovania pomoci, ktoré by umožnilo efektívnejšie využívanie zdrojov¹².

Reakcia EÚ na výzvy v oblasti zdravia v partnerských krajinách

09 Podpora EÚ v oblasti zdravia v partnerských krajinách sa opiera o článok 168 ods. 3 [Zmluvy o fungovaní Európskej únie](#), v ktorom sa uvádza, že „Únia a členské štáty podporujú spoluprácu s tretími krajinami a s príslušnými medzinárodnými zdravotníckymi organizáciami v oblasti verejného zdravia“.

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

¹¹ *Health systems strengthening*, Unlimit Health.

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

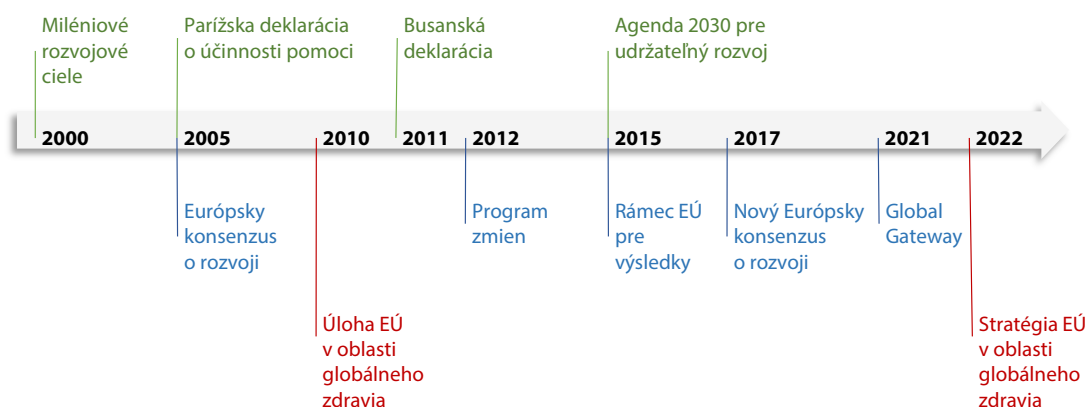
10 Súčasná politika a ciele EÚ v oblasti pomoci v oblasti zdravotníctva boli rozvinuté prostredníctvom viacerých politických dokumentov počas posledných rozpočtových cyklov. Príslušné politiky a stratégie na svetovej úrovni¹³ a na úrovni EÚ sú uvedené na *ilustrácii 2* a v *prílohe I*.

Ilustrácia 2 – Časová os: politiky a stratégie pomoci v oblasti zdravotníctva na svetovej úrovni a na úrovni EÚ

Celosvetová rozvojová politika

Rozvojová politika EÚ

Politika EÚ v oblasti zdravia



Zdroj: EDA na základe informácií od GR INTPA.

11 V roku 2005 Európsky parlament, Rada a Komisia prijali **Európsky konsenzus o rozvoji**, v ktorom potvrdili záväzok EÚ plniť medzinárodne dohodnuté rozvojové ciele (t. j. miléniové rozvojové ciele). Táto **politika** bola uplatniteľná od roku 2017 s ohľadom na ciele udržateľného rozvoja.

¹³ Miléniové rozvojové ciele, Parižska deklarácia, Busanská deklarácia a Agenda 2030 pre udržateľný rozvoj.

12 V roku 2010 Komisia prijala oznámenie o úlohe EÚ v oblasti celosvetového zdravia¹⁴, ktoré je vyjadrením politiky EÚ v oblasti pomoci v oblasti zdravotníctva a ktoré ovplyvnilo dva po sebe nasledujúce viacročné finančné rámce (2014 – 2020 a 2021 – 2027). V súvisiacich záveroch Rady¹⁵ dostali Komisia a členské štáty výzvu, aby konali spoločne a zaradili podporu posilňovania systémov zdravotnej starostlivosti v partnerských krajinách medzi svoje priority. V novembri 2022 Komisia prijala novú stratégiu v oblasti globálneho zdravia¹⁶, v ktorej opätovne potvrdila záväzok plniť ciele udržateľného rozvoja a Európsky konsenzus o rozvoji.

13 V *tabuľke 1* je uvedené, koľko prostriedkov sa vynaložilo na programy pomoci v oblasti zdravotníctva v rámci riadenia Komisie počas posledných troch programových období. Túto finančnú podporu EÚ riadi najmä Generálne riaditeľstvo pre medzinárodné partnerstvá (GR INTPA).

Tabuľka 1 – Vývoj pomoci EÚ v oblasti zdravotníctva podľa útvarov Komisie (platby v mil. EUR)

Zodpovedný útvar Európskej komisie	2007 – 2013	2014 – 2020	2021 – 2027 (január 2024)	% z celku od roku 2007
GR INTPA (bývalé DEVCO)	2 887	2 812	2 244	86,5 %
GR NEAR (okrem nástrojov IPA)	400	429	193	11,2 %
Iné (Útvar pre nástroje zahraničnej politiky, GR ECHO, GR SANTE a GR REFORM)	55	153	7	2,3 %
SPOLU	3 342	3 394	2 444	100 %

Zdroj: EDA na základe údajov GR INTPA vyňatých z OPSYS, január 2024.

14 Financovanie pomoci v oblasti zdravotníctva zo strany EÚ sa skladá z geografického piliera (opatrenia realizované v rámci programov pre jednotlivé krajiny a regióny) a tematického piliera (opatrenia zamerané na celosvetové problémy). Geografický a tematický pilier si vyžadujú vypracovanie viacročných orientačných programov (VOP), v ktorých sa stanovujú priority a ciele na sedemročné obdobie na riešenie identifikovaných výziev.

¹⁴ KOM(2010) 128.

¹⁵ Závery Rady z 10. mája 2010, Úloha EÚ v oblasti celosvetového zdravia.

¹⁶ KOM(2022) 675.

15 Právne predpisy, ktorými sa zriadil Európsky rozvojový fond (ERF), nástroj rozvojovej spolupráce (DCI) a Nástroj susedstva a rozvojovej a medzinárodnej spolupráce¹⁷ (NDICI – Globálna Európa), zahŕňajú tzv. geografický pilier s finančným krytím, ktoré sa môže používať na poskytovanie bilaterálnej pomoci EÚ v oblasti zdravotníctva konkrétnym partnerským krajinám a regiónom. V rámci geografického piliera sa financuje predovšetkým realizácia programov a projektov, ktoré posilňujú systémy zdravotnej starostlivosti v partnerských krajinách. Delegácie EÚ realizujú tieto projekty najmä prostredníctvom mimovládnych organizácií, vykonávacích agentúr členských štátov EÚ alebo medzinárodných organizácií, ako sú agentúry OSN.

16 Použitím tých istých nástrojov Komisia prideluje finančné prostriedky na zdravotníctvo aj prostredníctvom tzv. tematického piliera, väčšinou na globálne iniciatívy v oblasti zdravia (GHI). Sú to iniciatívy, v ktorých sa spája úsilie zainteresovaných strán na celom svete s cieľom riešiť globálne zdravotné problémy. Prostredníctvom týchto iniciatív sa mobilizujú, spravujú a rozdeľujú finančné prostriedky na podporu realizácie zdravotníckych programov v krajinách s nízkymi a strednými príjmami. Dve najväčšie globálne iniciatívy v oblasti zdravia, ktoré Komisia podporuje, sú Globálny fond pre boj proti AIDS, tuberkulóze a malárii (**Globálny fond**) a Globálna aliancia pre vakcíny a imunizáciu (**GAVI**).

17 Tematický pilier v rámci nástroja NDICI – Globálna Európa tvoria štyri tematické programy:

- o Ľudské práva a demokracia,
- o Organizácie občianskej spoločnosti,
- o Mier, stabilita a predchádzanie konfliktom,
- o Globálne výzvy.

18 V nástroji NDICI – Globálna Európa sa nestanovuje, koľko prostriedkov je vyčlenených na zdravotníctvo. V rámci viacročného orientačného programu (VOP) „**Globálne výzvy**“ má prioritná oblasť 1 (Ľudia) orientačný rozpočet vo výške 1 835 mil. EUR (28,8 % z celého tematického piliera NDICI alebo 50 % Globálnych výziev), ktorý okrem iných priorít zahŕňa aj zdravie.

¹⁷ Nariadenie (EÚ) 2021/947.

Rozsah auditu a audítorský prístup

19 Posúdili sme finančnú podporu EÚ na systémy zdravotnej starostlivosti v partnerských krajinách s cieľom odpovedať na tieto otázky:

- o Stanovila Komisia jasné ciele svojej finančnej podpory v oblasti zdravia a vybrala intervencie v súlade s týmito cieľmi?
- o Dosiahli sa vďaka finančnej podpore EÚ na posilnenie systémov zdravotnej starostlivosti očakávané výsledky?
- o Zohľadnila Komisia vo všetkých fázach svojich intervencií udržateľnosť?

20 Audit sa zameril na finančnú podporu GR INTPA pre sektor zdravotníctva v partnerských krajinách počas programového obdobia 2014 – 2020. Zohľadnili sme aj obdobie 2007 – 2013 (pre naše posúdenie udržateľnosti) a začiatok programu NDICI na obdobie 2021 – 2027 (údaje boli získané do januára 2024). Zamerali sme sa na celkovo pridelené prostriedky a prostriedky pridelené jednotlivým krajinám.

21 Naša práca zahŕňala analýzu dokumentov poskytnutých Komisiou (GR INTPA a delegáciami EÚ) o stratégiách EÚ v oblasti pomoci pre zdravotníctvo, o vymedzení cieľov a ukazovateľov a o rozdelení finančných prostriedkov v príslušných programových obdobiach.

22 Uskutočnili sme niekoľko stretnutí s GR INTPA v Bruseli. Navštívili sme aj ženevské sídlo Globálneho fondu, aby sme získali podrobné informácie o úlohe a rozsahu jeho intervencií v partnerských krajinách.

23 Ďalej sme vybrali tri krajiny – Burundi, Konžskú demokratickú republiku (KDR) a Zimbabwe – na podrobnú analýzu podpory EÚ v oblasti zdravia v praxi. Kritériami výberu boli významnosť finančnej podpory v oblasti zdravia, strategické priority EÚ v oblasti zdravia, vývoj finančnej podpory v čase a objem pomoci z Globálneho fondu. Preskúmali sme národnú stratégiu v oblasti zdravia a programové dokumenty vybraných krajín a skontrolovali sme vzorku 17 najväčších bilaterálnych programov a projektov v oblasti zdravia financovaných EÚ (pozri [prílohu II](#)).

24 Počas kontrol v Burundi a Zimbabwe sme uskutočnili rozhovory s miestnymi orgánmi, delegáciami EÚ, inými darcami, realizátormi projektov, mimovládnyimi organizáciami a konečnými prijímateľmi. Náš audit programov v KDR sme vykonali prostredníctvom administratívnej previerky.

25 Podľa Komisie zdravie sa stalo prioritnou oblasťou. Posunulo sa z úrovne politiky na úroveň stratégie EÚ. Tento audit sme sa rozhodli vykonať vzhľadom na význam globálneho zdravia v rozvojovom programe EÚ, ako aj na významnosť finančnej podpory EÚ. Očakávame, že táto správa prispeje k zlepšeniu spôsobu riadenia podpory EÚ v oblasti zdravia a k diskusii o pridelovaní podpory EÚ v tejto oblasti v budúcnosti.

Pripomienky

EÚ stanovila všeobecné priority pre pomoc v oblasti zdravotníctva, ale pridelovanie finančných prostriedkov ovplyvňujú nedostatky

26 Analyzovali sme priority stratégií EÚ v oblasti pomoci pre zdravotníctvo a financovanie programov v oblasti zdravia zo strany GR INTPA. Posúdili sme, či celkové financovanie a vzorka intervencií, ktoré sme vybrali na audit, boli v súlade s uvedenými strategickými cieľmi.

27 V Európskom konsenze o rozvoji z roku 2005 sa od Komisie požadovalo, aby vypracovala kritériá účasti na globálnych iniciatívach v oblasti zdravia a príspevkov do nich. Preskúmali sme preto proces pridelovania finančných prostriedkov pre tieto iniciatívy.

V politických dokumentoch sa stanovujú všeobecné parametre pridelovania finančných prostriedkov, ktoré zostali v programových obdobiach nezmenené

28 V oznámení Komisie z roku 2010 o úlohe EÚ v oblasti celosvetového zdravia a v príslušných záveroch Rady (záver č. 5) sa uvádzalo, že EÚ a jej členské štáty musia prioritne podporovať posilňovanie systémov zdravotnej starostlivosti v partnerských krajinách. Cieľom tohto zamerania bolo zabezpečiť, aby hlavné zložky systémov – zdravotnícky personál, prístup k liekom, infraštruktúra a logistika a decentralizované riadenie – boli dostatočne účinné na to, aby poskytovali základnú vyváženú a kvalitnú zdravotnú starostlivosť, ktorá bude dostupná pre všetkých, najmä v nestabilných krajinách (pozri [prílohu I](#)). Tento cieľ sa mal dosiahnuť prostredníctvom bilaterálnych rokovaní, ako aj účasťou na globálnych iniciatívach a medzinárodných fórach. V oznámení sa takisto navrhuje, že EÚ by mala podporovať silnejšie vedúce postavenie WHO, pracovať na zvýšení účinnosti systému OSN, zabezpečiť súdržnosť medzi príslušnými politikami EÚ a podporovať výskum, výmenu informácií a kolektívne odborné znalosti v oblasti globálneho zdravia.

29 Globálna stratégia EÚ v oblasti zdravia z roku 2022 sa zameriava na tri vzájomne prepojené priority (pozri [prílohu I](#)):

- o zabezpečiť ľuďom lepšie zdravie a dobré životné podmienky počas celého ich života,
- o posilniť systémy zdravotnej starostlivosti a rozšíriť všeobecne dostupnú zdravotnú starostlivosť
- o predchádzať ohrozeniam zdravia vrátane pandémieí a bojovať proti nim [uplatňovaním prístupu „jedno zdravie“](#).

30 V hlavných politických dokumentoch Komisie sa poskytol všeobecný rámec pre poskytovanie finančnej podpory v oblasti zdravia, ale nešpecifikovali sa v nich žiadne operačné ciele. Podpora Komisie v oblasti zdravia zodpovedala stanoveným prioritám. Prispela k plneniu miléniových rozvojových cieľov č. 4, 5 a 6 a neskôr k plneniu cieľa udržateľného rozvoja č. 3 – najmä prostredníctvom bilaterálnych programov a podpory globálnych iniciatív v oblasti zdravia, ako sú Globálny fond, GAVI alebo Partnerstvo pre zásobovanie Populačného fondu OSN (UNFPA). Finančná podpora kľúčovej priority posilnenia systémov zdravotnej starostlivosti (pozri bod [28](#)), ktorá sa financuje z geografického piliera (pozri bod [15](#)), sa však časom znížila.

31 Do roku 2020 Komisia vyčlenila finančné prostriedky na pomoc v oblasti zdravia najmä prostredníctvom ERF a nástroji DCI. Od roku 2021 sa rozvojová spolupráca realizuje prostredníctvom nástroja NDICI – Globálna Európa.

32 Podrobnosti o financovaní zo strany GR INTPA sú uvedené v [tabuľke 2](#). Celkové sumy zostali pomerne nezmenené, ale v reálnom vyjadrení klesli

Tabuľka 2 – Vývoj platieb GR INTPA v oblasti zdravotnej pomoci podľa nástrojov financovania, v mil. EUR

Nástroj financovania EÚ	2007 – 2013	2014 – 2020	2021 – 2027 (január 2024)
Nástroj susedstva a rozvojovej a medzinárodnej spolupráce (NDICI-Globálna Európa)			2 244
Európsky rozvojový fond (ERF)	1 256	1 850	
Nástroj rozvojovej spolupráce (DCI)	1 566	943	
Ostatné	65	19	
Spolu	2 887	2 812	2 244

Zdroj: EDA na základe údajov GR INTPA.

Poradie partnerských krajín podľa ich potrieb v oblasti zdravia, ktoré zostavila Komisia, malo len malý vplyv na pridelovanie bilaterálnych finančných prostriedkov

33 Keďže oznámenie o úlohe EÚ v oblasti celosvetového zdravia z roku 2010 sa zameriavalo na stanovenie priorít a zvýšenie podpory pre nestabilné krajiny (pozri bod 28), GR INTPA pripravilo zoznam krajín, ktoré najväčšmi potrebujú pomoc, aby sa mohli rozhodnúť o jej pridelení. V roku 2020 nasledoval nový zoznam.

34 V roku 2010 Komisia zoradila partnerské krajiny na základe piatich ukazovateľov: potreby krajín týkajúce sa pomoci v oblasti zdravotníctva, verejnej finančnej kapacity, ochoty vynakladať pomoc v oblasti zdravotníctva správnym spôsobom, výšky prijatej pomoci a predchádzajúcich výsledkov v oblasti zdravotníctva. Zoznam z roku 2020 bol zostavený na základe novej metodiky založenej na troch medzinárodných indexoch: [index ľudského rozvoja](#), [index ľudského kapitálu](#) a [pokrok pri dosahovaní cieľa udržateľného rozvoja č. 3](#). Vzhľadom na túto metodickú zmenu, ako aj na vývoj situácie v teréne sa poradie krajín v týchto dvoch zoznamoch výrazne líši (pozri [tabuľku 3](#)).

Tabuľka 3 – Vývoj priority a financovania zdravotníctva v partnerských krajinách, ktoré ho v roku 2010 potrebovali najviac

Rebríček INTPA		Partnerská krajina	Zdravie ako priorita v národnom indikatívnom programe					
2010	2020		2007 – 2013	2014 – 2020	2021 – 2027			
			Viazané prostriedky na obdobie 2007 – 2013 (mil. EUR)	Viazané prostriedky na obdobie 2014 – 2020 (mil. EUR)	Viazané prostriedky na obdobie 2021 – 2027 (mil. EUR)			
1	26	Tanzánia	0,018	0	0	×	×	×
2	32	Zambia	68	2,3	12,3	✓	×	✓
3	13	Afganistan	198	172,5	65,3	✓	✓	✓
4	5	Mozambik	24	0	4	✓	×	×(*)
5	33	Stredoafriická republika	0	7,4	34	×	✓	✓
6	2	Sierra Leone	24,2	0	0	✓	×	×
7	3	Niger	0	11,8	1	✓	✓	×
8	6	Libéria	63,5	0	0	✓	×	×
9	28	Sudán	0	0	26	×	×	✓
10	29	Zimbabwe	39	132,6	32,8	✓	✓	✓
11	14	Burundi	30,1	120,4	58,7	✓	✓	✓
12	4	Mali	0	1,2	0	✓	×	✓
13	41	Senegal	0	0	22,3	✓	×	×(*)
14	9	Nigéria	85	78,5	52,2	✓	✓	✓
15	43	Rwanda	0	0	30,1	×	×	×(*)
16	20	Gambia	0	2,8	0	×	×	×
17	7	Guinea	29,5	23	10,3	✓	✓	✓
18	18	Madagaskar	31,9	0	32,5	✓	×	✓
19	1	Čad	10	1,2	0	✓	×	×
20	38	Komory	0	0	0	×	×	×

Purpurové bunky = krajiny, v ktorých zdravotníctvo nie je v NIP na obdobie 2014 – 2020 prioritným sektorom.

Žlté bunky = krajiny, v ktorých zdravotníctvo nie je v rámci VOP na obdobie 2021 – 2027 prioritným sektorom.

(*) Senegal, Rwanda, Mozambik a Niger neuvádzajú zdravotníctvo ako prioritnú oblasť vo svojich VOP na obdobie 2021 – 2027, ale dostávajú prostriedky z regionálneho VOP pre subsaharskú Afriku.

Zdroj: EDA na základe údajov GR INTPA.

35 Medzi poradím partnerských krajín a bilaterálnymi finančnými príspevkami pre sektor zdravotníctva bola len malá korelácia (pozri [tabuľku 3](#)). Tanzánia, ktorá sa v roku 2010 umiestnila na prvom mieste v zozname, dostala v období 2007 – 2013 len veľmi malú podporu. Sierra Leone sa v oboch zoznamoch umiestnila vysoko, ale podporu dostala len v období 2007 – 2013. Aj Mozambik získal nízku podporu napriek tomu, že na oboch zoznamoch figuroval vysoko. Vo všetkých týchto troch krajinách zdravotníctvo nepatrilo medzi priority financovania EÚ. Sektory zdravotníctva sa do určitej miery podporovali z regionálnych zdrojov. Na druhej strane Zimbabwe a Burundi dostali relatívne vysokú úroveň pomoci v oblasti zdravotníctva, hoci sa na oboch zoznamoch podľa priority nachádzali nižšie. V období 2014 – 2020 získali najviac financií Konžská demokratická republika, Afganistan, Zimbabwe, Etiópia a Burundi. V súčasnom programovom období (2021 – 2027) bolo piatimi najväčšími príjemcami finančných prostriedkov Komisie určených na sektor zdravotníctva KDR, Afganistan, Burundi, Nigéria a Etiópia.

36 Dôvody týchto rozdielov spočívajú najmä v tzv. zásadách programovania¹⁸, predovšetkým v zásade zodpovednosti stanovenej v článku 13 ods. 1 písm. a) [nariadenia \(EÚ\) 2021/947](#), podľa ktorej sa programovanie musí zakladať na politickom dialógu s partnerskými vládami. Preto by podpora pre jednotlivé sektory mala závisieť od priorít jednotlivých partnerských krajín. Ďalšími dôvodmi boli obmedzenia počtu prioritných oblastí, ktoré sa mohli zahrnúť do národných indikatívnych programov (od VFR 2014 – 2020 maximálne tri prioritné oblasti). Pri venovaní pozornosti potrebám v oblasti zdravia môžu prekážať iné naliehavé potreby – najmä hospodárske: napríklad Čad, ktorý je na čele zoznamu z roku 2020 (pozri [tabuľku 3](#)), má ako viacročné priority správu vecí verejných, ľudský rozvoj (okrem zdravia) a zelenú dohodu. Komisia preto v analýze poskytla usmernenie na začatie rokovaní o programovaní, ale nebola rozhodujúcim faktorom pre pridelenie finančných prostriedkov.

37 Z tých istých dôvodov sa počet viacročných orientačných programov krajín, v ktorých je zdravie prioritným sektorom, znížil zo 48 v programovom období 2007 – 2013 na 17 v období 2014 – 2020. V rámci nástroja NDICI – Globálna Európa (2021 – 2027) je zdravotníctvo prioritnou oblasťou v 27 z celkového počtu 86 VOP krajín (t. j. v 59 VOP krajín nebolo zdravotníctvo takouto prioritou). Úplný zoznam krajín, ktoré v posledných troch programových obdobiach zaradili zdravotníctvo medzi priority, je uvedený v [prílohe III](#).

¹⁸ Osobitná správa 14/2023.

Metodika používaná na pridelovanie prostriedkov z tematického piliera nie je formalizovaná a nie je dostatočne zdokumentovaná

38 Okrem geograficky určených príspevkov (podľa krajín alebo regiónov) EÚ podporuje zdravie aj prostredníctvom tematického financovania (pozri bod **16**), prostredníctvom ktorého sa financujú globálne iniciatívy v oblasti zdravia. Výdavky EÚ na globálne iniciatívy v oblasti zdravia sa v troch kontrolovaných VFR výrazne zvýšili (pozri **tabuľku 4**). V uplynulých rokoch tento trend posilnila pandémia ochorenia COVID-19. Okrem toho od VFR na obdobie 2014 – 2020 poskytuje EÚ väčšiu podporu prostredníctvom globálnych iniciatív v oblasti zdravia ako priamo partnerským krajinám v rámci bilaterálnej pomoci. Dve hlavné iniciatívy podporované Komisiou sú **Globálny fond** a **GAVI** (pozri bod **16** a **prílohu IV**). Európska komisia podporuje Globálny fond od jeho založenia v roku 2002 a GAVI od roku 2003, teda od troch rokov po jeho založení v roku 2000.

Tabuľka 4 – Vývoj platieb Komisie na globálne iniciatívy v oblasti zdravia (mil. EUR)

Globálna iniciatíva v oblasti zdravia (GHI)	2007 – 2013	2014 – 2020	2021 – 2027 (januára 2024)	Celkový súčet (2007 – január 2024)
Globálny fond	585	853	1 017	2 455
GAVI	20	285	510	815
Partnerstvo WHO – UHC	22	150	37	209
Pandemický fond			227	227
Partnerstvo v oblasti dodávok v rámci UNFPA	48	50	45	143
Globálny finančný nástroj (IBRD)		24		24
UNAIDS – Spoločný program OSN pre HIV/AIDS	2			2
GHI spolu	677	1 362	1 836	3 875
Celková bilaterálna pomoc (krajiny uvedené v prílohe III)	1 308	990	136	2 435
Pomoc v oblasti zdravotníctva od GR INTPA spolu	2 887	2 812	2 244	7 944
% GHI spolu/celková pomoc v oblasti zdravotníctva od GR INTPA	23,4 %	48,4 %	81,8 %	48,7 %
% celková bilaterálna pomoc/celková pomoc v oblasti zdravotníctva od GR INTPA	45,3 %	35,2 %	6,1 %	30,7 %

Zdroj: Prehľad GR INTPA a údaje extrahované z databázy systému CRIS/OPSYS na základe zdravotníckych kódov DAC.

39 Ani v nariadení o nástroji NDICI – Globálna Európa, ani v príslušnom tematickom VOP nie sú uvedené finančné prostriedky EÚ pridelené na jednotlivé globálne iniciatívy v oblasti zdravia. Podľa Komisie sa tieto iniciatívy vybrali a financovali po preskúmaní hodnotení, medzier vo financovaní, dostupného rozpočtu, pokroku pri dosahovaní cieľov udržateľného rozvoja a ukazovateľov, ktoré sa v rámci týchto iniciatív vykázali, ako aj po posúdení vplyvu GR INTPA v riadiacich orgánoch iniciatív a ich strategických úvahách. Zistili sme však, že tento proces nebol dostatočne zdokumentovaný. Hoci Komisia použila kvantitatívne i kvalitatívne prvky, metodika nebola založená na formálnom, vopred vymedzenom súbore konkrétnych a vyčísliteľných kritérií.

Financovanie EÚ prispelo k fungovaniu systémov zdravotnej starostlivosti, ale jeho účinnosť bola obmedzená problémami s koordináciou

40 Skúmali sme relevantnosť a účinnosť intervencií EÚ v oblasti pomoci pre zdravotníctvo v troch partnerských krajinách vybraných na podrobnú analýzu, ako aj koordináciu medzi darcami, realizátormi projektov a vládnymi inštitúciami, náklady na riadenie intervencií, viditeľnosť financovania EÚ a spôsoby monitorovania. Preskúmali sme, či Komisia určila a uprednostnila príslušné intervencie s cieľom zabezpečiť súlad s vnútroštátnou zdravotnou politikou a očakávaniami občianskej spoločnosti, ako aj s pridelenými finančnými prostriedkami. Skúmali sme, či sa intervencie koordinujú s ostatnými darcami a prispievajú k realizácii stratégie a cieľov a či je možné overiť výsledky intervencií.

EÚ podporovala celý rad intervencií v oblasti zdravia, ktoré boli v súlade s potrebami vybraných krajín

41 V troch krajinách vybraných na podrobnú analýzu sme zistili rozdiely v typoch intervencií financovaných EÚ. V Burundi v období 2014 – 2020 sa podpora EÚ využila okrem iného na bezplatnú zdravotnú starostlivosť pre tehotné ženy a deti do päť rokov. V ďalších projektoch, ktoré mali posilniť systém zdravotnej starostlivosti v oblastiach chirurgických kapacít na nižších úrovniach správy, digitalizácie alebo duševného zdravia, sa na tieto činnosti vyčlenilo len malé percento finančných prostriedkov. V provinciách Bururi, Makamba a Gitega sa z takmer 9 mil. EUR pridelených EÚ vyčlenilo 28 % na prevádzkové náklady a ľudské zdroje.

42 V Zimbabwe Komisia podporila systém zdravotnej starostlivosti postupne prostredníctvom viacerých fondov s účasťou mnohých darcov. Z Fondu rozvoja zdravia (HDF), ktorý bol k dispozícii v období 2016 – 2022, sa vynaložila viac než tretina jeho rozpočtu na obstarávanie základných liekov a výživových produktov (pozri [ilustráciu 3](#)).

43 Podpora sektora zdravotníctva bola prioritou dvojstrannej pomoci EÚ pre KDR v posledných troch programových obdobiach, počas ktorých bola krajina najväčším príjemcom pomoci EÚ v oblasti zdravia. Dvojstranné programy a projekty, ktoré EÚ realizovala v KDR, sa zameriavali na:

- o rekonštrukcia nemocníc a zdravotníckych stredísk,
- o zriadenie agentúr na riadenie prevádzkových nákladov a nákladov na starostlivosť o zdravotnícke štruktúry,
- o zlepšenie zásobovania kvalitnými liekmi,
- o posilnenie zdravotníckych orgánov.

44 Zastávame názor, že všetky tieto intervencie boli vo všeobecnosti relevantné vzhľadom na potreby krajín.

Koordinačné úsilie a distribučné systémy na nižších úrovniach správy sú nedostatočné

45 Vo vybraných krajinách sa vyvíjalo úsilie na zlepšenie koordinácie a posilnenie distribučných systémov. V priebehu našej analýzy sme zistili, že vnútroštátne koordinačné úsilie sa často sústreďuje len na celoštátne stratégie a pridelovanie prostriedkov podľa regiónov. Koordinácia je však potrebná aj na nižšej úrovni správy a kliník, aby sa zabezpečilo, že dostanú to, čo skutočne potrebujú. Naše kontroly vo vidieckych klinikách preukázali význam zlepšenia analýzy potrieb a distribúcie liekov, keďže sme sa vo väčšine kontrolovaných lekárni kliník našli prázdne regály (pozri bod 47).

46 V Zimbabwe hodnotitelia¹⁹ zistili, že projekty neriešili základné problémy dôkladne, čo viedlo k duplicitě intervencií. V Burundi aj Zimbabwe sme sa stretli s prípadmi financovania nedostatočne využívaného vybavenia (pozri [rámček 2](#)).

¹⁹ Záverečné hodnotenie programu Fond rozvoja zdravia (HDF), AAN Associates, 2021.

Rámček 2

Nedostatočne využívané vybavenie v Burundi a Zimbabwe

V Burundi sme pri kontrole jednej nemocnice zistili, že hoci sa dva nové inkubátory financované EÚ používajú, ďalšie tri nové inkubátory (dodané iným darcom) sa nepoužívajú. Nové inkubátory financované EÚ by neboli potrebné, keby predtým prijaté inkubátory od iných darcov boli v funkčnej.

V okresnej nemocnici v Zimbabwe sme zistili, že dve škatule s úplne novými ultramrazničkami stáli na chodbe už viac ako pol roka, pretože nemocnica pre ne nemala využitie. Prijímateľ nedokázal objasniť pôvod týchto položiek a nebolo možné určiť zdroj financovania zariadenia. Ak by sa potreby nemocnice lepšie analyzovali, finančné prostriedky komunity darcov sa mohli vynaložiť efektívnejšie.

47 V projekte HDF v Zimbabwe je najväčšia rozpočtová položka určená na medicínske produkty a očkovačie látky (pozri *ilustráciu 3*). Napriek investíciám viacerých darcov, dostupnosť liekov bola obmedzená, ako sme zistili počas našich kontrol na mieste (pozri *fotografiu 1*). Zistili sme, že niektoré základné lieky neboli na sklade už niekoľko mesiacov. Stretli sme sa aj s prípadmi, keď sa vyhadzovali lieky ešte pred ich expiráciou.

48 V záverečnom hodnotení projektu PASS sa odporúčalo posilniť kapacity súvisiace s riadením farmaceutických výrobkov. Výročná správa ministerstva zdravotníctva za rok 2021 ako hlavné prekážky potvrdzuje výpadok alebo nedostatok liekov.

49 Napokon, pokiaľ ide o KDR, v hodnotení projektu PRO DS, najväčšieho zdravotníckeho projektu na obdobie 2014 – 2020, v polovici trvania (uverejnenom 17. januára 2022), sa zistilo, že tri ciele týkajúce sa dodávok základných liekov sa dosiahli len čiastočne, a to z dôvodu neúčinnnej reorganizácie Federácie nákupných centier liekov a Generálneho riaditeľstva pre organizáciu a riadenie zdravotnej starostlivosti.

Fotografia 1 – Na klinike v Zimbabwe, ktorú sme navštívili, niektoré lieky dlhodobo chýbali



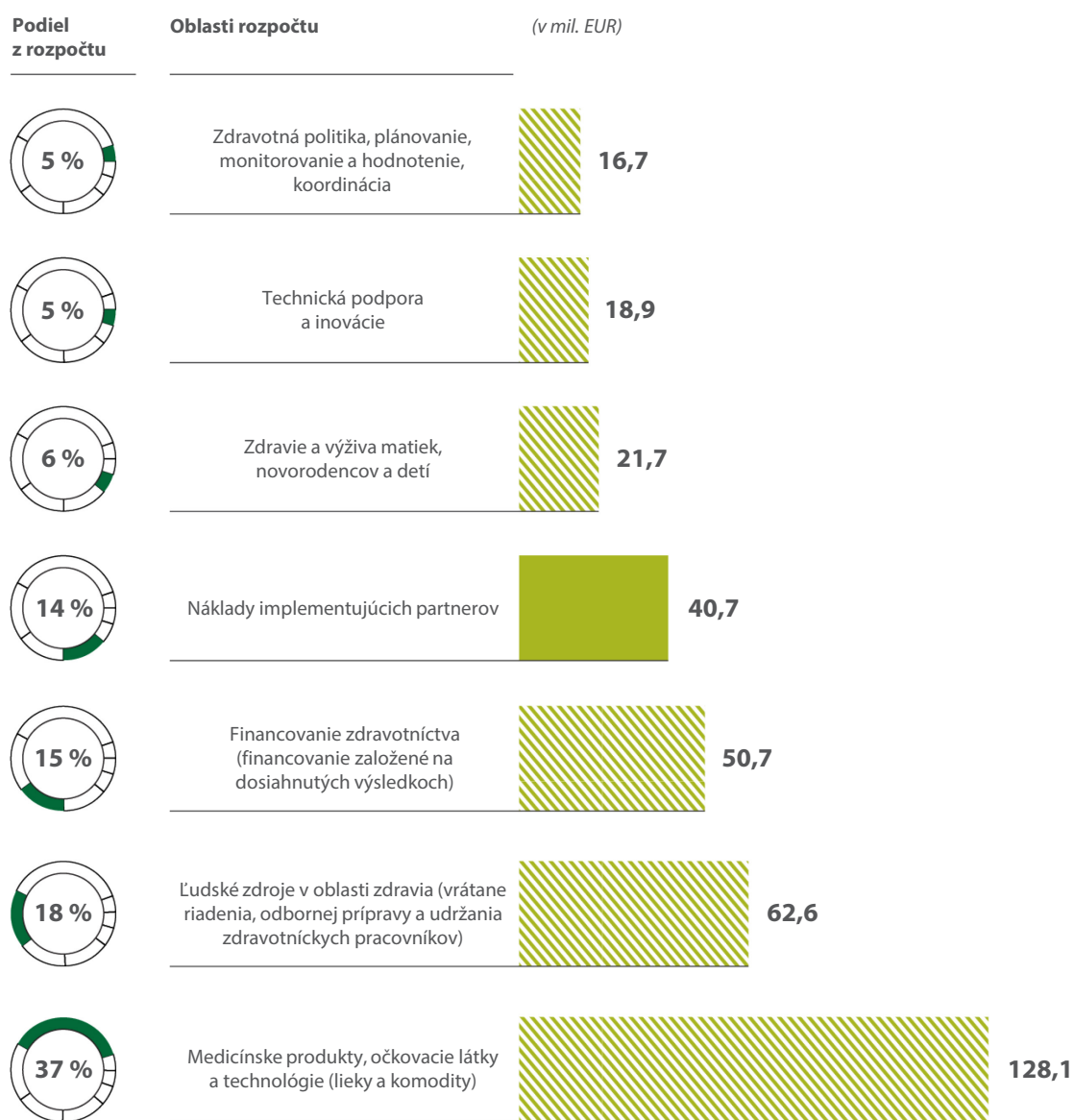
Zdroj: EDA.

Kaskádová štruktúra vykonávania má vplyv na náklady

50 Náklady na intervencie v sektore zdravotníctva ovplyvňuje kaskádová štruktúra vykonávania. Projekty často vedú implementujúci partneri, ktoré využívajú služby subdodávateľov. Všetky tieto subjekty vyberajú poplatky za riadenie, ktoré znižujú sumu peňazí dostupnú konečným prijímateľom.

51 V Zimbabwe Komisia prispela do fondov s účasťou mnohých darcov. Projekt HDF, ktorý prebiehal v rokoch 2016 až 2020, realizovali dvaja implementujúci partneri. Implementujúci partneri si účtovali 7 % rozpočtu ako náklady na riadenie a ďalších 7 % ako náklady na riadenie ústredia – spolu 14 % celého rozpočtu. To znamenalo, že celkové náklady na riadenie boli vyššie ako niektoré pridelené sumy v rámci intervenčnej kapitoly. Na *ilustrácii 3* vidíme, že náklady implementujúcich partnerov boli takmer dvojnásobne vyššie ako suma vyčlenená na zdravie a výživu matiek, novorodencov a detí.

Ilustrácia 3 – Rozpočet Fondu rozvoja zdravia (EÚ + ostatní darcovia) v Zimbabwe (2016 – 2022)



Zdroj: EDA.

52 Zistili sme, že projekty v Burundi pod spoločným názvom „Twiteho Amagara“, ktoré financovala priamo EÚ, mali prevádzkové náklady vyššie ako 30 %. Projekty realizovalo päť konzorcií vo všetkých 18 provinciách Burundi. Celková suma poskytnutá konzorciám bola 45 mil. EUR, z čoho takmer jedna tretina (14 mil. EUR) pokrývala prevádzkové náklady.

Koordinácia rôznych zdrojov financovania je zložitá

53 Komisia využíva dva rôzne zdroje financovania – geograficky určené financovanie a globálne iniciatívy – na podporu tých istých geografických území. Okrem toho sa v posledných rokoch rozsah globálnych iniciatív v oblasti zdravia horizontálne rozšíril aj na posilňovanie systémov zdravotnej starostlivosti. Existuje preto riziko prekrývania činností Komisie a týchto iniciatív, ako aj riziko, že nedôjde k posilneniu synergií medzi oblasťami intervencie Komisie a globálnych iniciatív v oblasti zdravia ani medzi samotnými globálnymi iniciatívami.

54 Globálny fond vyžaduje, aby v každej prijímateľskej krajine existoval jasný mechanizmus koordinácie spoločného úsilia o prístup k financovaniu a jeho využívania. Pre problémy so zastúpením zainteresovaných strán (najmä miestnych komunít) vo vnútroštátnych koordinačných štruktúrach si to často vyžaduje vytvorenie samostatného koordinačného mechanizmu pre jednotlivé krajiny. Zistili sme, že sa týmto mechanizmom zvyšuje administratívne zaťaženie partnerskej krajiny. Vzhľadom na túto komplikáciu nám napríklad burundskí úradníci povedali, že majú záujem zlúčiť mechanizmus koordinácie v krajine do rámca partnerstva pre zdravie a rozvoj, celkovej koordinačnej štruktúry, ktorú riadi ministerstvo zdravotníctva.

55 Komisia sa zapája do činnosti riadiacich orgánov globálnych iniciatív v oblasti zdravia, ako aj do riadenia a vykonávania [Lusackého programu](#) z roku 2023, ktorý zabezpečuje koordinačné fórum pre budúcnosť týchto iniciatív. V Lusackom programe sa identifikovalo niekoľko kľúčových požiadaviek potrebných na zlepšenie prínosu globálnych iniciatív v oblasti zdravia k ochrane životov a zlepšeniu zdravia ľudí na celom svete. Patrí medzi ne výraznejšie prispievanie k primárnej zdravotnej starostlivosti, urýchľovanie podpory zdravotníckych služieb financovaných z domácich zdrojov, spoločné prístupy k dosiahnutiu rovnosti v oblasti zdravia, strategická a operačná súdržnosť modelov riadenia globálnych iniciatív v oblasti zdravia a koordinácia výskumu a vývoja s regionálnou výrobou. Účinné vykonávanie tohto programu bude kľúčom k zabezpečeniu koordinovaného prístupu darcov, globálnych iniciatív v oblasti zdravia a národných vlád k posilneniu zdravotníckych systémov v partnerských krajinách.

Viditeľnosť opatrení financovaných EÚ v teréne je nízka, najmä ak sú finančné prostriedky združené s inými darcami

56 Viditeľnosť opatrení EÚ má zásadný význam pre posilnenie úlohy EÚ vo svete. Komisia vypracovala niekoľko usmernení zameraných konkrétne na vonkajšie činnosti²⁰. Prijemcovia finančných prostriedkov EÚ majú povinnosti, ktorých cieľom je zabezpečiť zviditeľnenie EÚ. Tieto pravidlá sa vzťahujú aj na spoločné označovanie – požiadavka uvádzať vo väčšine prípadov znak EÚ aspoň rovnako výrazne ako iné logá.

57 Pri našich kontrolách sme zistili, že viditeľnosť opatrení financovaných EÚ je nedostatočná. Najčastejším problémom je, že prijímatelia vedia o projekte alebo realizátoroch, ale nevedia, že financovanie poskytla EÚ.

58 Realizátori projektov sú zvyčajne oveľa viditeľnejší ako darcovia a prijímatelia ich vo všeobecnosti považujú za tých, ktorí poskytujú financovanie. Napríklad v Burundi sme sa stretli s prípadmi, keď bola vlajka EÚ vyvesená bez akéhokoľvek textu identifikujúceho Európsku úniu (pozri [fotografiu 2](#)), čo nie je v súlade s usmerneniami (pozri bod [56](#)). To je problematické, pretože miestne obyvateľstvo si samotnú vlajku nie vždy spojí s EÚ. V ostatných prípadoch bolo zobrazené len logo realizátora.

²⁰ Komunikácia a zviditeľňovanie prínosu EÚ: Usmernenia pre vonkajšie činnosti, Európska komisia.

Fotografia 2 – Logo vlajky EÚ bez textu identifikujúceho Európsku úniu



Zdroj: EDA.

59 V prípade fondov s účasťou mnohých darcov prijímatelia zvyčajne nepoznajú identitu všetkých darcov, ale len názov fondu. Napriek požiadavke, aby sa podpora EÚ propagovala aspoň tak výrazne ako podpora iných prispievateľov, koneční prijímatelia poznajú len implementujúceho partnera. To je na škodu z hľadiska cieľa zvyšovať informovanosť o vonkajších politikách a globálnych opatreniach EÚ.

Pri meraní výsledkov pomoci EÚ v oblasti zdravotníctva sú prekážkou príliš všeobecné ukazovatele výkonnosti a nedostatky v údajoch

60 Rámec EÚ pre výsledky, ktorý používa Komisia, zahŕňa nízky počet ukazovateľov v oblasti zdravia na meranie dosiahnutých strategických cieľov (päť ukazovateľov do roku 2017, dva odvtedy). Tieto ukazovatele (pozri [tabuľku 5](#)) sú určené na meranie konkrétnej podpory EÚ. V praxi však ukazujú výsledky pomoci od celého spoločenstva darcov a poskytujú len čiastočný obraz o intervenciách EÚ v sektore zdravotníctva.

Tabuľka 5 – Vývoj ukazovateľov zdravia podľa rámca EÚ pre výsledky

2015 – 2017	Od roku 2018
Počet jednoročných detí imunizovaných s podporou EÚ	Počet jednoročných detí imunizovaných s podporou EÚ
Počet žien, ktoré používajú akúkoľvek metódu antikoncepcie s podporou EÚ	Počet žien v reprodukčnom veku používajúcich modernú antikoncepciu s podporou EÚ
Počet pôrodov, pri ktorých asistovali kvalifikovaní zdravotnícki pracovníci s podporou EÚ	-
Počet ľudí s pokročilou infekciou HIV, ktorí dostávajú antiretrovírusovú liečbu s podporou EÚ (EURF)	-
Počet insekticídmi ošetrených posteľných sietí distribuovaných s podporou EÚ	-

Zdroj: Rámec EÚ pre výsledky v oblasti medzinárodnej spolupráce a rozvoja (EURF) (2015), revidovaný EURF (2018), systém monitorovania výkonnosti nástroja Globálna Európa obsahujúci revidovaný rámec pre výsledky nástroja Globálna Európa (2022).

61 Podobne aj ukazovatele výkonnosti používané pri globálnych iniciatívach v oblasti zdravia často nie sú pripísateľné len výsledkom ich činnosti, ale odrážajú spoločnú činnosť všetkých darcov a vlád prijímateľských krajín (napr. kľúčový ukazovateľ výkonnosti Globálneho fondu týkajúci sa miery úmrtnosti).

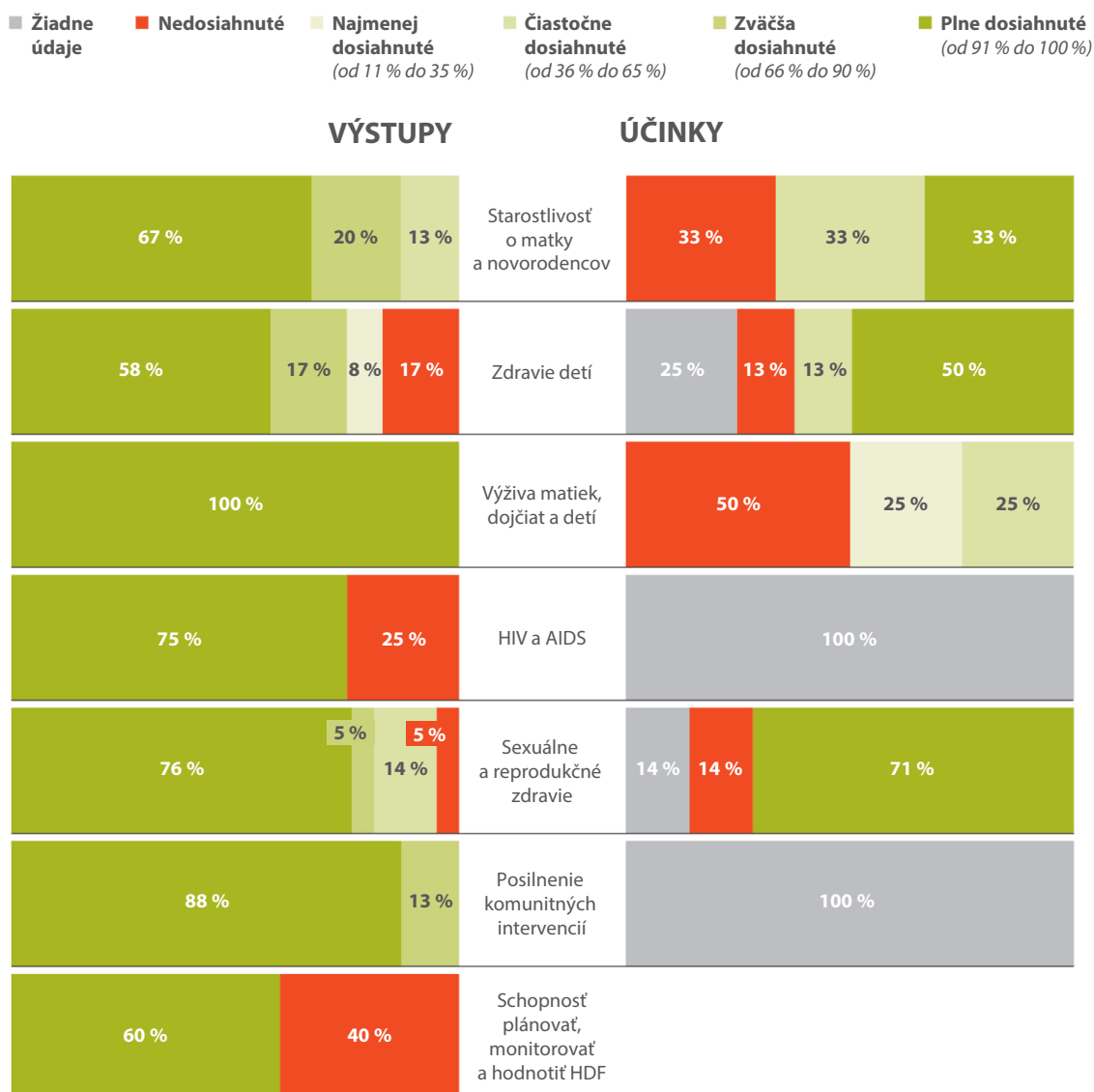
62 O výstupoch vytvorených zo združených finančných prostriedkov nedostávajú delegácie EÚ dostatočné informácie. Napríklad delegácia v Zimbabwe nedostávala štvrtročné správy o vykonávaní, ale len výročné správy o pokroku, ktoré neobsahovali dostatočné informácie o využívaní finančných prostriedkov.

63 Ako sme už vysvetlili (pozri body **60** a **61**), je ťažké oddeliť vplyv intervencie EÚ od podpory iných darcov a iných vonkajších faktorov. V Burundi sa v dostupných hodnoteniach naznačuje, že výstupy a výsledky sa dosiahli čiastočne²¹.

64 Podľa záverečného hodnotenia sa Fond rozvoja zdravia v Zimbabwe zamerlal na 24 výsledkov a 69 výstupov. Z ukazovateľov vyplýva, že väčšina výstupov bola dosiahnutá, ale pri dosahovaní účinkov bol vykázaný menší pokrok (pozri *ilustráciu 4*).

²¹ *Evaluation du programme d'appui au système de santé (PASS) au Burundi*, IBF, 2021; *Interim evaluation report of the programme Twiteho Amagara*, Proman, 2022 a ďalšie neverejné hodnotenia.

Ilustrácia 4 – Fond rozvoja zdravia: výstupy a účinky



Zdroj: EDA na základe záverečného hodnotenia Fondu rozvoja zdravia v Zimbabwe.

65 Z hodnotenia projektu PRO DS, najväčšieho zdravotníckeho projektu na obdobie 2014 – 2020 v KDR, v polovici trvania vyplynulo, že tri z desiatich očakávaných výsledkov sa v podstate dosiahli v plnom rozsahu (napr. racionalizácia fungovania referenčnej nemocnice a zdravotníckych stredísk) a päť výsledkov sa dosiahlo čiastočne (napr. posilnenie regulačnej úlohy ústrednej zdravotníckej správy). Pokrok smerom k dosiahnutiu dvoch výsledkov výrazne zaostal za očakávaniami (napr. vytvorenie ľudských zdrojov prispôbených operačným úrovniam a administratívnym funkciám).

66 Počas našich kontrolných návštev sme zistili, že niektoré údaje zozbierané na účely podávania správ neboli k dispozícii alebo boli nespoľahlivé. V Burundi sa na monitorovanie zdravia matiek použilo niekoľko ukazovateľov. Niektoré vykázané hodnoty však nebolo možné dosiahnuť. Napríklad ukazovateľ asistovaných pôrodov bol niekedy až 125 %. Komisia vysvetlila, že to možno pripísať zastaranej štatistike obyvateľstva.

Udržateľnosť projektov je ohrozená

67 Inherentným rizikom projektov rozvojovej pomoci je nedostatočná udržateľnosť. Pomoc je dočasná, časový horizont intervencií je krátky a dostupnosť finančných prostriedkov kolíše, čo môže mať negatívny vplyv na pokračovanie projektov v prijímateľských krajinách. Preskúmali sme, či sa udržateľnosť zohľadňovala vo všetkých fázach intervencií, t. j. od plánovania, cez realizáciu až po monitorovanie.

Vládam prijímateľských krajín chýbajú stratégie prechodu a ukončenia podpory, ako aj odhodlanosť, a majú obmedzené rozpočtové zdroje

68 Financované projekty sú časovo ohraničené a po skončení financovania sú zriedka sebestačné. Darcovia preto musia spolupracovať s miestnymi a vnútroštátnymi orgánmi, aby sa zabezpečilo, že sa výsledky nestratia. Zároveň je dôležité, aby financovanie zo strany darcov bolo sprevádzané primeranou absorpčnou kapacitou a aby ho vlády nevyužívali ako náhradu vnútroštátnych výdavkov. Je takisto dôležité, aby prijímateľské krajiny mali stratégie na financovanie zdravotníctva, ktorými zmiernia účinky ukončenia podpory darcov.

69 V troch krajinách, ktoré sme podrobne analyzovali, sme nezistili žiadnu jasnú stratégiu prechodu a ukončenia podpory (pozri [rámcik 3](#)), čo naznačuje problémy s udržateľnosťou činností po ukončení podpory EÚ, a to aj vzhľadom na obmedzené rozpočtové zdroje týchto krajín.

Rámček 3

Systémy zdravotnej starostlivosti sú naďalej závislé od medzinárodnej pomoci

V Burundi bola intervencia EÚ v sektore zdravotníctva spočiatku prechodná, aby sa uľahčil prechod od núdzovej podpory k bežným zdravotníckym službám. Burundi je stále veľmi závislé od externých darcov a poskytovaná pomoc sotva postačuje na udržanie existujúceho systému. Komisia uznáva, že hoci prebieha práca zahŕňajúca politický a sektorový dialóg, ako aj technická pomoc vláde, je potrebné vyvinúť väčšie úsilie na prípravu stratégie prechodu/ukončenia podpory. Zatiaľ neexistujú konkrétne plány, ako to urobiť, hoci rozhovory medzi darcami prebiehajú.

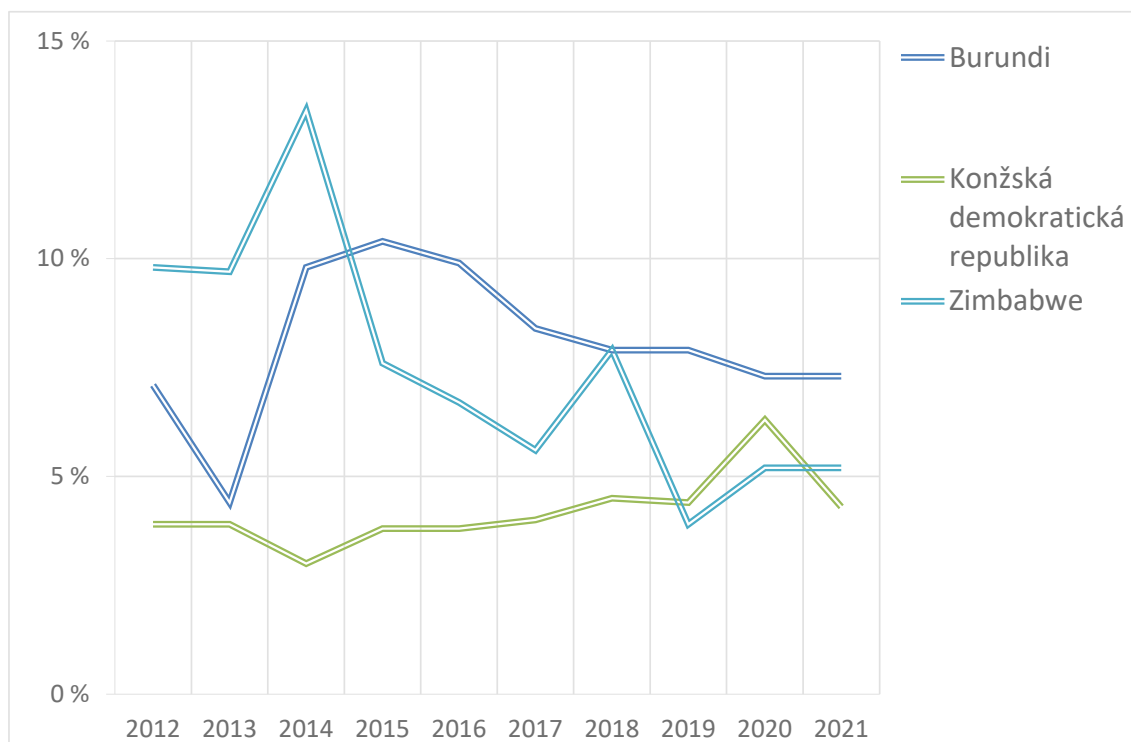
V Zimbabwe sa v rámci projektu HDF vyčlenila značná suma finančných prostriedkov na potreby ľudských zdrojov, ako sú platby príspevkov na udržanie v zamestnaní, výkonnostné prémie a iné náklady na zamestnancov. Partneri predpokladali, že po ukončení projektu HDF a po tom, ako sa v nadväzujúcom fonde odolnosti v oblasti zdravia znížilo financovanie zo strany darcov, prevezme financovanie komunitných zdravotníckych pracovníkov vláda, ale zo strany vlády žiadna podpora na mzdy a pridružené náklady neprišla.

Pri hodnotení v polovici trvania najväčšieho programu EÚ v oblasti zdravia v KDR na obdobie 2014 – 2020 sa ukázali problémy súvisiace s udržateľnosťou a potreba vypracovať stratégiu ukončenia podpory, do ktorej by sa zapojili všetky zainteresované strany.

70 Stratégie ukončenia podpory si často vyžadujú vytvorenie fiškálneho priestoru, ktorý by umožnil dostatočné financovanie zdravotníctva na vnútroštátnej úrovni. Rozpočty na zdravotníctvo troch kontrolovaných krajín ešte nedosiahli hranicu 15 % celkového rozpočtu, ku ktorej sa zaviazali vo [vyhlásení z Abuje](#) v roku 2001 (pozri bod [06](#) a [ilustráciu 5](#))²².

²² *Africa Scorecard on Domestic Financing*, Africká únia.

Ilustrácia 5 – Rozpočet na zdravotníctvo ako % HDP v kontrolovaných krajinách



Zdroj: EDA na základe hodnotiacej tabuľky Afriky o domácom financovaní zdravotníctva.

Vybavenie sa nie vždy primerane udržiava

71 Keď darcovia financujú alebo dodávajú vybavenie, často predpokladajú, že príjemcovia sa oň budú dobre starať a zabezpečia potrebnú údržbu a spotrebný materiál. Často to však znamená dodatočné náklady: telefóny si vyžadujú platby za pripojenie, autá potrebujú pravidelnú údržbu a náhradné diely a do tlačiarň treba papier a tonery. Tieto dodatočné náklady môžu predstavovať len zlomok hodnoty zariadenia, no niekedy sa môžu stať neprekonateľnou prekážkou jeho efektívneho používania.

72 Otázka údržby bola identifikovaná v mnohých hodnoteniach. Zistili sme, že pri procese výberu vybavenia a jeho údržbe sa dostatočne nezohľadňovalo, či sú v prijímateľskej krajine k dispozícii potrebné služby, zručnosti a náhradné diely. V **spoločnom hodnotení** prvých dvoch projektov zabezpečovaných prostredníctvom výkonnostného financovania v Burundi sa vyskytli problémy s údržbou zariadení.

73 Počas našich kontrol projektov sme zistili prípady nepoužívaného (pozri [rámček 4](#)), poškodeného (pozri [fotografia 3](#)) alebo nedostatočne používaného vybavenia financovaného priamo alebo nepriamo z finančných prostriedkov EÚ. Zastávame názor, že príčiny týchto prípadov súviseli s chýbajúcim alebo nedostatočným posúdením potrieb a zlým výberom vybavenia.

Fotografia 3 – Hematologický analyzátor v laboratóriu v Burundi nefunkčný viac ako 16 mesiacov



Zdroj: EDA.

Rámček 4

Nefunkčné operačné strediská pre mimoriadne situácie v oblasti verejného zdravia v Burundi

Operačné strediská pre mimoriadne situácie v oblasti verejného zdravia (PHEOC) koordinujú všetky činnosti súvisiace s mimoriadnymi situáciami v oblasti verejného zdravia. Na zriadenie takéhoto strediska v Burundi, ktoré bolo slávnostne otvorené 20. apríla 2021²³, sa použili finančné prostriedky EÚ vo výške 800 000 EUR. V čase našej kontroly, po viac ako dvoch rokoch, počítače stále neboli fyzicky pripojené, telefóny nefungovali a ostatné IT zariadenia neboli vôbec použité. Vedenie centra vysvetlilo, že stredisko nie je v prevádzke, pretože ministerstvo zdravotníctva sa nedokázalo dohodnúť s telefónnym operátorom.

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

Závery a odporúčania

74 Celkovo sme zistili, že Komisia pridelovala finančné prostriedky v súlade so svojimi všeobecnými prioritami, ale metodika pridelovania bola poznačená nedostatkami. Účinnosť intervencií obmedzovali problémy s koordináciou a udržateľnosťou.

75 V hlavných politických dokumentoch EÚ sa stanovili všeobecné parametre pridelovania finančných prostriedkov bez toho, aby sa v nich špecifikovali operačné ciele. Platby na podporu zdravia zostali počas posledných troch programových období pomerne rovnaké. Miera financovania bilaterálnej spolupráce s partnerskými krajinami sa však znížila, zatiaľ čo financovanie podpory globálnych iniciatív v oblasti zdravia sa výrazne zvýšilo, a to aj vplyvom reakcie na pandémiu ochorenia COVID-19 (body 28 – 32).

76 Komisia zoradila partnerské krajiny podľa potrieb ich systémov zdravotnej starostlivosti, ale toto hodnotenie malo len malý vplyv na bilaterálne financovanie, najmä v dôsledku zásad programovania (body 33 – 37).

Odporúčanie 1 – Lepšie zosúladiť pridelovanie finančných prostriedkov na zdravotníctvo s potrebami krajín

Pri príprave ďalšieho VFR by Komisia mala v dialógu s prijímateľskými krajinami preskúmať, ako lepšie zosúladiť poradie potrieb partnerských krajín s geografickým rozdelením pomoci v oblasti zdravotníctva a ak je to možné, podľa právneho základu ďalšieho VFR zmeniť rozdelenie finančných prostriedkov medzi globálne iniciatívy, regionálnu a bilaterálnu podporu krajín.

Cieľový dátum vykonania: s dostatočným predstihom pred ďalším VFR

77 Pri pridelovaní podpory na jednotlivé globálne iniciatívy v oblasti zdravia prostredníctvom tematických programov sa vychádzalo z kvantitatívnych a kvalitatívnych prvkov. Nezakladalo sa to však na formalizovanom vopred vymedzenom súbore konkrétnych a vyčísliteľných kritérií a proces nebol dostatočne zdokumentovaný (body 38 – 39).

Odporúčanie 2 – Stanoviť jasné kritériá financovania globálnych iniciatív v oblasti zdravia a zlepšiť dokumentáciu procesu pridelovania prostriedkov

Komisia by mala stanoviť jasné, konkrétne a prípadne vyčísliteľné kritériá financovania globálnych iniciatív v oblasti zdravia a zlepšiť dokumentáciu tohto procesu vrátane analýzy pridanej hodnoty zapojenia Komisie do týchto iniciatív.

Cieľový dátum vykonania: 2025

78 Preskúmané projekty priniesli celý rad výstupov – od úhrady lekárskeho návštevy cez lieky až po nemocničné budovy. Nedostatočná koordinácia na nižších úrovniach správy však viedla k nedostatkom pri distribúcii vybavenia a liekov (body 40 – 49).

Odporúčanie 3 – Zlepšiť analýzu potrieb a koordináciu distribúcie vybavenia a liekov

Komisia by mala komunikovať s relevantnými aktérmi na príslušnej úrovni s cieľom zlepšiť koordináciu distribúcie vybavenia a liekov. Komisia by mala spolupracovať s partnerskými krajinami s cieľom zvýšiť ich kapacity v oblasti analýzy potrieb, plánovania a koordinácie.

Cieľový dátum vykonania: 2025

79 Náklady na intervencie v sektore zdravotníctva ovplyvnila kaskádová štruktúra vykonávania. Tým sa zvýšili náklady na realizáciu projektov a znížili sa sumy, ktoré boli k dispozícii konečným prijímateľom (body 50 – 52).

Odporúčanie 4 – Analyzovať primeranosť nákladov na riadenie

Komisia by mala posilniť svoju analýzu primeranosti rozpočtovaných nákladov na riadenie, najmä v prípade kaskádovej štruktúry vykonávania projektov.

Cieľový dátum vykonania: 2025

80 Komisia sa zapojila do riadiacich orgánov globálnych iniciatív v oblasti zdravia a do riadenia a vykonávania Lusackého programu. Cieľom je zabezpečiť lepšie zosúladenie týchto iniciatív, ukončiť ich roztrieštenosť a racionalizovať ich štruktúru (body 53 – 55).

Odporúčanie 5 – Predchádzať prekryvaniu a zabezpečiť synergie medzi podporovanými globálnymi iniciatívami v oblasti zdravia

Komisia by mala prijať ďalšie opatrenia s cieľom zabrániť prekryvaniu a zabezpečiť synergie medzi podporovanými globálnymi iniciatívami v oblasti zdravia.

Cieľový dátum vykonania: 2025

81 Viditeľnosť financovania EÚ medzi cieľovými skupinami obyvateľstva bola malá (body 56 – 59). Komisia používa obmedzený počet ukazovateľov na vysokej úrovni týkajúcich sa zdravia. Zistili sme, že tieto ukazovatele poskytujú len čiastočný obraz o viacerých opatreniach EÚ v oblasti zdravia. Okrem toho boli vypočítané takým spôsobom, že sa *de facto* meralo spoločné úsilie rôznych aktérov, a tak sa tieto ukazovatele nedali pripísať výlučne financovaniu EÚ. To Komisii znemožnilo plne zmerať výsledky dosiahnuté financovaním EÚ v sektore zdravotníctva na základe strategických cieľov. Okrem toho delegácie EÚ nedostávali dostatočné informácie o výsledkoch bilaterálnych intervencií realizovaných z fondov s účasťou viacerých darcov. Údaje zozbierané realizátormi projektov na účely podávania správ boli niekedy nedostupné alebo nespoľahlivé (body 60 – 66).

Odporúčanie 6 – Určiť ukazovatele na monitorovanie podpory EÚ pre sektor zdravotníctva uceleným spôsobom

Pri príprave ďalšieho VFR by Komisia mala určiť ukazovatele pre sektor zdravotníctva, ktoré by umožňovali uceleným spôsobom monitorovať účinky intervencií EÚ v súlade so zásadami účinnosti pomoci. Pokiaľ ide o fondy s účasťou viacerých darcov, Komisia by mala posúdiť možnosť uplatnenia proporčionalnej metódy na vykazovanie výsledkov intervencií EÚ.

Cieľový dátum vykonania: s dostatočným predstihom pred ďalším VFR, najneskôr do roku 2027

82 Neexistovali jasné stratégie prechodu a ukončenia podpory po postupnom znižovaní financovania zo strany darcov a ako by vláda pokračovala vo financovaní projektov. To by mohlo ohroziť udržateľnosť systémov po ukončení podpory EÚ (body 67 – 70).

Odporúčanie 7 – Prijat' opatrenia na podporu udržateľnosti systémov zdravotnej starostlivosti

Komisia by mala spolu so všetkými príslušnými aktérmi v podporovaných partnerských krajinách preskúmať, ako zabezpečiť udržateľnosť systémov zdravotnej starostlivosti. Diskusia by sa mala týkať financovania zdravotníctva vrátane mobilizácie domácich príjmov a jasných a realistických stratégií prechodu a ukončenia podpory. Stratégie ukončenia podpory by mali zahŕňať plány na budúce financovanie príslušných častí systémov zdravotnej starostlivosti.

Cieľový dátum vykonania: 2025

83 Udržateľnosť intervencií EÚ je ohrozená aj z dôvodu nedostatočnej údržby poskytnutého vybavenia (body 71 – 73).

Odporúčanie 8 – Zvýšiť význam údržby zariadení

Komisia by mala:

- a) zahrnúť do obstarávania vybavenia aj aspekt údržby, t. j. zohľadniť, či sú potrebné služby, zručnosti a náhradné diely v danej krajine dostupné a ako by sa dali v prípade potreby zabezpečiť;
- b) prijať opatrenia s cieľom prispieť k zvyšovaniu informovanosti a zmene správania v súvislosti s údržbou a pomôcť tak vytvoriť medzi zainteresovanými stranami potrebnú kultúru a zvyklosti v oblasti údržby.

Cieľový dátum vykonania: 2025

Túto správu prijala komora III, ktorej predsedá Bettina Jakobsen, členka Dvora audítorov, v Luxemburgu na svojom zasadnutí dňa 9. júla 2024.

Za Dvor audítorov

Tony Murphy
predseda

Prílohy

Príloha I – Ciele stratégií EÚ v oblasti pomoci pre zdravotníctvo od roku 2005

Strategický dokument	Ciele pomoci pre zdravotníctvo
Európsky konsenzus o rozvoji z roku 2005	<ul style="list-style-type: none"> — Snaha o splnenie miléniových rozvojových cieľov OSN v oblasti zdravia: cieľ č. 4 – zníženie detskej úmrtnosti, cieľ č. 5 – zlepšenie zdravia matiek, cieľ č. 6 – boj proti HIV/AIDS, malárii a iným chorobám. — Riešenie výnimočnej krízy ľudských zdrojov medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. — Spravodlivé financovanie zdravotníctva. — Posilňovanie systémov zdravotnej starostlivosti (HSS) na podporu lepších výsledkov v oblasti zdravia. — Pokračovať v prispievaní ku globálnym iniciatívam; v tejto súvislosti sa v odseku 108 dokumentu 2006/C 46/01 uvádza, že „Komisia vypracuje kritériá účasti Spoločenstva v celosvetových fondoch a jeho príspevkov do nich.“
Oznámenie Komisie z roku 2010 o úlohe EÚ v oblasti globálneho zdravia (a sprievodné pracovné dokumenty útvarov)	<ul style="list-style-type: none"> — Vedúce postavenie EÚ pri koordinácii globálnych iniciatív v oblasti zdravia, zapojenie zainteresovaných strán na úrovni partnerských krajín. — Všeobecne dostupná zdravotná starostlivosť (UHC): <ul style="list-style-type: none"> ○ Uprednostnenie nestabilných krajín prostredníctvom bilaterálnych kanálov (zoznam nestabilných krajín) a prostredníctvom účasti na globálnych iniciatívach v oblasti zdravia (podpora prispôsobenia existujúcich globálnych iniciatív v oblasti zdravia). ○ Zameranie na podporu HSS. ○ Financovanie jedného štátneho rozpočtu v oblasti zdravia a jedného monitorovacieho procesu ako preferovaného rámca pre poskytovanie podpory EÚ. ○ Poskytovať 2/3 oficiálnej rozvojovej pomoci v oblasti zdravia prostredníctvom vlastných rozvojových programov partnerských krajín a 80 % prostredníctvom postupov obstarávania a systémov na riadenie verejného financovania v partnerských krajinách. — Zabezpečenie súladu s ostatnými politikami na podporu UHC. — Investície do výskumu v oblasti zdravia pre všetkých.

Strategický dokument	Ciele pomoci pre zdravotníctvo
Oznámenie Komisie z roku 2011 o programe zmien (závery Rady z roku 2012)	<ul style="list-style-type: none"> — Využívať celý rad nástrojov pomoci, najmä tzv. zmluvy o sektorových reformách. — Rozvíjať a posilňovať systémy zdravotnej starostlivosti (HSS). — Znižovať nerovnosti v prístupe k zdravotníckym službám. — Zvyšovať ochranu pred globálnymi zdravotnými hrozbami. — Podporovať súdržnosť politiky. — Závery Rady „Podpora sociálneho začlenenia a ľudského rozvoja [zdravotníctva, vzdelávania a sociálnej ochrany] bude pokračovať prostredníctvom najmenej 20 % pomoci EÚ“ a “EÚ sa bude naďalej angažovať v nestabilných štátoch...”.
Európsky konsenzus o rozvoji z roku 2017	<ul style="list-style-type: none"> — Snaha o splnenie cieľov OSN v oblasti udržateľného rozvoja týkajúcich sa zdravia. — EÚ a jej členské štáty budú podporovať UHC. — Podpora budovania silných, kvalitných a odolných systémov zdravotnej starostlivosti (t. j. HSS). EÚ a jej členské štáty budú podporovať rozvojové krajiny v oblasti odbornej prípravy zdravotníckych pracovníkov, ich nábora, nasadzovania, ďalšieho odborného rozvoja atď. — Prevencia a boj proti prenosným ochoreniam, ako sú HIV/AIDS, tuberkulóza, malária a hepatitída. — Prijímanie opatrení na riešenie globálnych hrozieb (epidémií alebo antimikrobiálnej rezistencie). — Pracovať na znižovaní úmrtnosti detí a matiek, podporovať duševné zdravie a riešiť narastajúcu záťaž v oblasti neprenosných ochorení v partnerských krajinách. — Podporovať inovácie v oblasti zdravotníckych technológií. — EÚ sa opakovane zaväzuje vyčleniť najmenej 20 % svojej oficiálnej rozvojovej pomoci na sociálne začlenenie a ľudský rozvoj.
Stratégia EÚ v oblasti globálneho zdravia z roku 2022	<ul style="list-style-type: none"> — Zabezpečiť lepšie zdravie a blahobyt ľudí vo všetkých etapách života (ciele udržateľného rozvoja: cieľ č. 3 – život v zdraví, cieľ č. 5 – rodová rovnosť, cieľ č. 10 – znížiť rozdiely v rámci krajín a medzi nimi). Uvádza sa tu HSS, opatrenia na boj proti HIV a podpora globálnych iniciatív v oblasti zdravia. — Posilniť systémy zdravotnej starostlivosti (HSS) a dosiahnuť pokrok v oblasti UHC. Patrí sem tzv. digitalizácia, inovačné technológie a riešenie nedostatku pracovnej sily. — Predchádzať ohrozeniam zdravia vrátane pandémie a bojovať proti nim uplatňovaním prístupu „jedno zdravie“. Vrátane podpory pandemického fondu, výrobných kapacít atď. — Opätovné potvrdenie záväzku EÚ vyčleniť aspoň 20 % svojej ODA na ľudský rozvoj a sociálne začlenenie v rámci nástroja NDICI.

Príloha II – Zoznam kontrolovaných programov a projektov

Burundi

Názov	VFR	Ref. č.	Podpora EÚ (viazané prostriedky v mil. EUR)
Programme d'appui au système de santé (PASS) à travers l'outil du financement basé sur la performance (FBP) – 2. fáza	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

Konžská demokratická republika

Názov	VFR	Ref. č.	Podpora EÚ (viazané prostriedky v mil. EUR)
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

Názov	VFR	Ref. č.	Podpora EÚ (viazané prostriedky v mil. EUR)
Unis pour la santé, 2. fáza	2021 – 2027	NDICI AFRICA/2022/043-891 (CA)	35
Unis pour la santé, 3. fáza	2021 – 2027	NDICI AFRICA/2023/045-313 (EC) (JAD.1258480)	9

Zimbabwe

Názov	VFR	Ref. č.	Podpora EÚ (viazané prostriedky v mil. EUR)
Fond rozvoja zdravia (zlepšenie prístupu k základným zdravotníckym službám pre všetkých obyvateľov Zimbabwe)	2014 – 2020	FED/2015/368-364 (CL)	62,6
Zlepšenie prístupu k základným zdravotníckym službám pre všetkých obyvateľov Zimbabwe II	2014 – 2020	FED/2020/415-680 (EC)	42,5
Fond odolnosti v oblasti zdravia (HRF)	2021 – 2027	NDICI AFRICA/2022/438-583 (EC)	41,0
Zlepšenie prístupu k základným zdravotníckym službám pre všetkých obyvateľov Zimbabwe II_UNICEF	2014 – 2020	FED/2020/415-231 (CA)	35,9
Príspevok do prechodného zdravotného fondu IV	2014 – 2020	FED/2015/356-385 (CA)	12,0

Príloha III – Partnerské krajiny, ktoré majú zdravotníctvo uvedené medzi prioritnými sektormi vo svojich národných indikatívnych programoch (NIP)/viacročných orientačných programoch (VOP)

	VFR 2007 – 2013	VFR 2014 – 2020	VFR 2021 – 2027
Afganistan	•	•	•
Alžírsko	•		
Angola	•		
Bangladéš	•		
Belize		•	
Burkina Faso	•	•	
Burundi	•	•	•
Čad	•		
Dominika	•		
Egypt	•		•
Etiópia		•	•
Filipíny	•		
Ghana	•		
Grenada		•	
Guinea (Konakry)	•	•	•
Guinea-Bissau	•	•	•
India	•		
Irán			•
Jamajka	•		
Jemen	•		
Južná Afrika	•		
Južný Sudán	•	•	•
Keňa			•
Kongo	•		
Konžská demokratická republika	•	•	•
Kuba			•
Laoská ľudovo-demokratická republika			•
Libanon			•
Libéria	•		
Líbya	•	•	•
Madagaskar	•		•
Mali	•		•
Maroko	•	•	•

	VFR 2007 – 2013	VFR 2014 – 2020	VFR 2021 – 2027
Mauritánia	•	•	•
Mjanmarsko	•		
Moldavsko	•		
Mozambik	•		
Namíbia	•		
Niger	•		
Nigéria	•	•	•
Palestína			•
Peru	•		
Pobrežie Slonoviny	•		
Senegal	•		
Sierra Leone	•		
Stredoafrická republika		•	•
Sudán			•
Svazijsko	•		
Svätá Lucia	•		
Svätý Tomáš a Princov ostrov	•		
Svätý Vincent a Grenadíny	•		
Sýria	•		
Tadžikistan	•	•	•
Togo	•		
Tunisko			•
Uganda			•
Uzbekistan	•		
Vietnam	•		
Východný Timor	•		
Zambia	•		•
Zimbabwe	•	•	•
Krajiny SPOLU	48	17	27

Príloha IV – Pridelenie prostriedkov z tematického piliera NDICI-Globálna Európa (január 2024)

Programy v oblasti zdravia	Viazané prostriedky (EUR)
Príspevok do Globálneho fondu	1 064 503 222
Príspevok do GAVI	525 000 000
Príspevok do pandemického fondu	427 000 000
Príspevok do Populačného fondu OSN (UNFPA)	45 000 000
Dohoda o príspevku na program Urýchlenie ľudského rozvoja (HDX) – zložka Detská obrna	275 000 000
Ostatné	12 517 500
Spolu	2 349 020 722

Pozn.: riadky zvýraznené tučným písmom sa týkajú prostriedkov pridelených na globálne iniciatívy v oblasti zdravia (Globálny fond, GAVI vrátane nástroja COVAX pre vakcíny proti ochoreniu COVID-19, UNFPA a pandemického fondu).

Skratky

DCI: Nástroj rozvojovej spolupráce

ERF: Európsky rozvojový fond

GAVI: Globálna aliancia pre vakcíny a imunizáciu

GHI: globálna iniciatíva v oblasti zdravia

GR ECHO: Generálne riaditeľstvo pre civilnú ochranu a operácie humanitárnej pomoci EÚ

GR INTPA: Generálne riaditeľstvo pre medzinárodné partnerstvá

GR NEAR: Generálne riaditeľstvo pre európsku susedskú politiku a rokovania o rozšírení

HDF: Fond rozvoja zdravia

HSS: posilňovanie systémov zdravotnej starostlivosti

IPA: nástroj predvstupovej pomoci

MRC: miléniový rozvojový cieľ

NDICI: Nástroj susedstva a rozvojovej a medzinárodnej spolupráce

NIP: národný indikatívny program

ODA: oficiálna rozvojová pomoc

PASS: *Programme d'appui au système de santé* (Program podpory zdravia v Burundi)

PHEOC: operačné stredisko pre mimoriadne situácie v oblasti verejného zdravia

SDG: cieľ udržateľného rozvoja

UHC: všeobecne dostupná zdravotná starostlivosť

UNFPA: Populačný fond OSN

UNICEF: Detský fond OSN

VFR: viacročný finančný rámec

VOP: viacročný orientačný program

WHO: Svetová zdravotnícka organizácia

Glosár

Ciele udržateľného rozvoja: 17 cieľov stanovených v Agende OSN pre udržateľný rozvoj do roku 2030, ktoré majú stimulovať všetky krajiny v oblastiach s kritickým významom pre ľudstvo a planétu.

Delegácia EÚ: diplomatické zastúpenie EÚ v krajine mimo EÚ alebo v multilaterálnej alebo medzinárodnej organizácii.

Európsky rozvojový fond: fond EÚ, ktorý spravuje Komisia mimo všeobecného rozpočtu a z ktorého poskytuje rozvojovú pomoc africkým, karibským a tichomorským štátom a zámorským krajinám a územiám, ktoré sú pridružené k EÚ prostredníctvom členských štátov.

Miléniové rozvojové ciele: globálne ciele na zníženie chudoby a jej prejavov do roku 2015. Stanovené svetovými lídrami a významnými rozvojovými inštitúciami na miléniovom samite OSN v septembri 2000.

Oficiálna rozvojová pomoc: štátna pomoc určená na podporu hospodárskeho rozvoja a blahobytu rozvojových krajín.

Prístup „jedno zdravie“: integrovaný a zjednocujúci prístup, ktorého cieľom je udržateľne vyvážiť a optimalizovať zdravie ľudí, zvierat a ekosystémov.

Udržateľnosť: schopnosť projektu alebo systému pokračovať tak dlho, ako je potrebné, pretože je dostatočne zavedený a buď finančne sebestačný, alebo dostatočne financovaný.

Ukazovateľ vplyvu: merateľná premenná, ktorá poskytuje informácie o ľudských, finančných, materiálnych, administratívnych a regulačných prostriedkoch použitých na realizáciu projektu alebo programu.

Ukazovateľ výstupu: merateľná premenná, ktorá poskytuje informácie na posudzovanie produktov alebo výsledkov projektu.

Vplyv: širšie dlhodobé dôsledky dokončeného projektu alebo programu, ako sú sociálno-ekonomické výhody pre obyvateľov ako celok.

Výsledok: okamžitá alebo dlhodobejšia plánovaná alebo neplánovaná zmena spôsobená projektom, napríklad prínosy, ktoré sú výsledkom lepšie odborne pripravenej pracovnej sily.

Výsledok: okamžitý účinok projektu alebo programu po jeho dokončení, napríklad lepšia zamestnateľnosť účastníkov školenia alebo lepšia dostupnosť po vybudovaní novej cesty.

Výstup: to, čo sa v rámci projektu vytvorilo alebo dosiahlo, napríklad zorganizované kurzy odbornej prípravy alebo vybudovanie cesty.

Odpovede Komisie

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

Harmonogram

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

Audítorský tím

V osobitných správach EDA sa predkladajú výsledky jeho auditov, ktoré sa týkajú politik a programov EÚ alebo tém riadenia súvisiacich s konkrétnymi rozpočtovými oblasťami. EDA vyberá a navrhuje tieto audítorské úlohy tak, aby mali maximálny vplyv, pričom sa zohľadňujú riziká z hľadiska výkonnosti či zhody, výška súvisiacich príjmov alebo výdavkov, budúci vývoj a politický a verejný záujem.

Tento audit výkonnosti uskutočnila audítorská komora III – Vonkajšie činnosti, bezpečnosť a spravodlivosť, ktorej predsedá členka EDA Bettina Jakobsen. Tento audit pôvodne viedli členovia EDA Baudilio Tomé Muguruza a Hannu Takkula.

Audit dokončil člen EDA George-Marius Hyzler, podporu mu poskytol hlavný manažér Pietro Puricella, vedúci úlohy Piotr Zych a audítori Alfonso Calles Sánchez a Piotr Senator. Alexandra Damir-Binzaru poskytla grafickú podporu.



George Marius Hyzler



Pietro Puricella



Piotr Zych



Alfonso Calles Sánchez



Piotr Senator

AUTORSKÉ PRÁVA

© Európska únia, 2024

Politika týkajúca sa opakovaného použitia materiálov Európskeho dvora audítorov (EDA) je stanovená v [rozhodnutí EDA 6/2019](#) o politike otvoreného prístupu a opakovanom použití dokumentov.

Pokiaľ sa nestanovuje inak (napr. v osobitnom upozornení o autorských právach), obsah materiálov EDA vo vlastníctve EÚ podlieha licencií [Creative Commons Attribution 4.0 International \(CC BY 4.0\) licence](#). Vo všeobecnosti je preto opakované použitie povolené pod podmienkou, že sa náležite uvedie zdroj a označia prípadné zmeny. Tí, ktorí opakovane používajú obsah EDA, nesmú skresliť pôvodný význam alebo odkaz. EDA nenesie zodpovednosť za žiadne dôsledky opakovaného použitia.

V prípade, že konkrétny materiál zobrazuje alebo opisuje identifikovateľné súkromné osoby, napr. fotografie zamestnancov EDA, alebo ak obsahuje prácu tretej strany, je potrebné získať dodatočné povolenie.

Ak je tento súhlas udelený, ruší a nahrádza sa ním uvedené všeobecné povolenie a jasne sa vymedzí každé prípadné obmedzenie týkajúce sa použitia.

V prípade použitia či šírenia obsahu materiálov, ktoré EÚ nevlastní, je potrebné žiadať povolenie priamo od držiteľov autorských práv.

Ilustrácia 1 – ikony o cieľoch udržateľného rozvoja: autorské práva © Organizácia spojených národov. Všetky práva vyhradené. Obsah tejto publikácie nebol schválený Organizáciou spojených národov a neodráža názory Organizácie spojených národov ani jej úradníkov. Ikony v jazykoch, ktoré nie sú úradnými jazykmi OSN, boli stiahnuté z webovej stránky [Trello](#) alebo boli vytvorené Európskym dvorom audítorov. Organizácia Spojených národov nepreberá žiadnu zodpovednosť ani záväzok v súvislosti s prekladom textu ikon cieľov udržateľného rozvoja do jazykov, ktoré nie sú úradnými jazykmi OSN.

Politika EDA týkajúca sa opakovaného použitia materiálov sa nevzťahuje na softvér ani dokumenty, ktoré podliehajú právam priemyselného vlastníctva, ako sú patenty, ochranné známky, zapísané dizajny, logá a názvy.

Webové sídla inštitúcií Európskej únie v rámci domény europa.eu obsahujú odkazy na sídla tretích strán. Keďže sú mimo kontroly EDA, odporúčame vám oboznámiť sa s ich politikami ochrany osobných údajov a autorských práv.

Použitie loga EDA

Logo EDA sa nesmie použiť bez predchádzajúceho súhlasu Európskeho dvora audítorov.

HTML	ISBN 978-92-849-2813-2	ISSN 1977-5776	doi:10.2865/393546	QJ-AB-24-017-SK-Q
PDF	ISBN 978-92-849-2823-1	ISSN 1977-5776	doi:10.2865/31650	QJ-AB-24-017-SK-N

Kontrolovali sme finančnú podporu EÚ na systémy zdravotnej starostlivosti v partnerských krajinách počas troch programových období. Vykonali sme analýzu dokumentov a preskúmali sme projekty v Burundi, Konžskej demokratickej republike a Zimbabwe. Dospeli sme k záveru, že Komisia prideliť finančné prostriedky podľa svojich všeobecných priorit. Metodika pridelenia finančných prostriedkov však bola ovplyvnená nedostatkami. Účinnosť projektov obmedzovali problémy s koordináciou, udržateľnosťou a monitorovaním. Kaskádová štruktúra vykonávania zvýšila náklady na projekty, zatiaľ čo viditeľnosť financovania EÚ medzi cieľovými skupinami bola obmedzená. Vydávame odporúčania týkajúce sa pridelenia finančných prostriedkov a kritérií financovania, koordinácie, primeranosti nákladov na riadenie, synergií, monitorovania, udržateľnosti a údržby vybavenia zabezpečeného v rámci projektov.

Osobitná správa EDA podľa článku 287 ods. 4 druhého pododseku ZFEÚ.



EURÓPSKY
DVOR
AUDÍTOROV



Úrad pre vydávanie publikácií
Európskej únie

EURÓPSKY DVOR AUDÍTOROV
12, rue Alcide De Gasperi
1615 Luxembourg
LUXEMBOURG

Tel. +352 4398-1

Otázky: eca.europa.eu/sk/contact

Webová stránka: eca.europa.eu

Twitter: @EUAuditors