

Posebno poročilo

Finančna podpora EU zdravstvenemu sistemu v izbranih partnerskih državah

Skladna s splošnimi strateškimi cilji, vendar sta bila usklajevanje in trajnostnost ukrepov pomanjkljiva



EVROPSKO
RAČUNSKO
SODIŠČE

Vsebina

	Odstavek
Povzetek	I–VIII
Uvod	01–18
Izboljšanje zdravja je pomembno za odpravljanje revščine	01–08
Odziv EU na zdravstvene izzive v partnerskih državah	09–18
Obseg revizije in revizijski pristop	19–25
Opažanja	26–73
EU je opredelila splošne prioritete za pomoč za zdravje, vendar so pri dodeljevanju sredstev prisotne pomanjkljivosti	26–39
V dokumentih o politiki so določeni splošni parametri za dodeljevanje sredstev, ki se skozi programska obdobja niso spremenili	28–32
Razvrstitev partnerskih držav glede na njihove zdravstvene potrebe, ki jo je opravila Komisija, je le malo vplivala na dodeljevanje dvostranskega financiranja	33–37
Metodologija za dodeljevanje sredstev iz tematskega stebra ni formalizirana in ni ustrezno dokumentirana	38–39
Financiranje EU je prispevalo k delovanju zdravstvenih sistemov, vendar zaradi težav z usklajevanjem ni bilo povsem uspešno	40–66
EU je podprla vrsto zdravstvenih ukrepov, ki so bili v skladu s potrebami izbranih držav	41–44
Prizadevanja za usklajevanje in sistemi razdeljevanja na ravni okrožij so neustrezni	45–49
Dolga veriga izvajalcev vpliva na stroške	50–52
Usklajevanje različnih tokov financiranja je zapleteno	53–55
Prepoznavnost ukrepov, ki jih financira EU, na terenu je slaba, zlasti kadar so sredstva združena s sredstvi drugih donatorjev	56–59
Splošni kazalniki smotrnosti in pomanjkljivi podatki ovirajo merjenje dosežkov na področju pomoči EU za zdravje	60–66

Trajnostnost projektov je ogrožena 67–73

Vlade držav upravičenk nimajo strategij za prehod ali izstop niti zavezanosti, njihova proračunska sredstva pa so omejena 68–70

Oprema ni vedno ustrezno vzdrževana 71–73

Zaključki in priporočila 74–83

Priloge

Priloga I – Cilji strategij EU na področju pomoči za zdravje od leta 2005

Priloga II – Seznam revidiranih programov in projektov

Priloga III – Partnerske države, v katerih je zdravje prednostni sektor, opredeljen v njihovih nacionalnih okvirnih programih/večletnih okvirnih programih

Priloga IV – Dodeljevanje sredstev v okviru tematskega stebra instrumenta NDICI – Globalna Evropa (januar 2024)

Kratice in okrajšave

Glosar

Odgovori Komisije

Časovnica

Revizijska ekipa

Povzetek

I Podpora EU zdravstvenemu sektorju v partnerskih državah prispeva k zmanjšanju in v končni fazi izkoreninjenju skrajne revščine, kar je glavni cilj razvojne politike EU. EU v skladu z mednarodnim pristopom k zdravju, zlasti skladno s ciljem trajnostnega razvoja Združenih narodov št. 3, zagotavlja sredstva za zdravstvene sisteme partnerskih držav v okviru dvostranskih in regionalnih programov ter svetovnih zdravstvenih pobud. Ta podpora je v obeh prejšnjih programskih obdobjih (2007–2013 in 2014–2020) znašala več kot 3 milijarde EUR, za sedanje obdobje (2021–2027) pa do začetka leta 2024 že več kot 2 milijardi EUR.

II Cilj Sodišča je bil oceniti finančno podporo EU zdravstvenemu sektorju v partnerskih državah v teh treh programskih obdobjih. Sodišče je prišlo do zaključka, da je Komisija sredstva dodeljevala v skladu s svojimi splošnimi prioritetami, vendar so bile pri tej metodologiji pomanjkljivosti. Projekti so bili manj uspešni zaradi težav z usklajevanjem in trajnostnostjo, dejavnosti Komisije v zdravstvenem sektorju pa se niso v celoti spremljale.

III Sodišče je ugotovilo, da so finančna sredstva EU, namenjena podpori zdravstvenemu sektorju, v revidiranih programskih obdobjih ostala razmeroma stabilna. Vendar se je dvostranska pomoč partnerskim državam zmanjšala, medtem ko se je podpora v okviru svetovnih zdravstvenih pobud znatno povečala. Razvrstitev partnerskih držav glede na potrebe njihovih zdravstvenih sistemov, ki jo je opravila Komisija, je le malo vplivala na dvostransko financiranje, predvsem zaradi načela lastništva, v skladu s katerim mora načrtovanje programov temeljiti na odločitvah politike, dogovorjenih z vladami partnerskih držav. Dodeljevanje podpore posameznim svetovnim zdravstvenim pobudam ni temeljilo na specifičnih in količinsko opredeljivih merilih, postopek pa ni bil ustrezno dokumentiran.

IV Sodišče je preučilo vzorec projektov v izbranih partnerskih državah (Burundi, Demokratična republika Kongo in Zimbabve). Ti so se med drugim nanašali na brezplačno zdravstveno varstvo, usposabljanja zdravstvenih delavcev, zagotavljanje zdravil in opreme ter prenovo zdravstvenih domov. Ugotovilo je, da je EU podprla različne zdravstvene ukrepe, ki so bili v skladu s potrebami držav. Vendar je bilo usklajevanje na ravni okrožij nezadostno, kar je povzročilo pomanjkljivosti pri razdeljevanju opreme in zdravil. Poleg tega so bili stroški ukrepov v zdravstvenem sektorju odvisni od dolge verige izvajalcev, stroški izvajanja projektov pa zato višji. Poleg tega so ciljne skupine le redko vedele, da je ukrepe financirala EU.

V Komisija je pri spremljanju porabe za zdravstvo uporabljala malo splošnih kazalnikov, ki niso prikazovali celovite slike zdravstvenih ukrepov EU in so bili izračunani tako, da rezultatov ni mogoče pripisati izključno financiranju EU. Kar zadeva dvostransko pomoč, rezultati niso bili ustrezno posredovani delegacijam EU v državi, podatki, o katerih so poročali izvajalci projektov, pa včasih niso bili dani na voljo ali pa so se izkazali za nezanesljive.

VI Komisija sodeluje pri upravljanju svetovnih zdravstvenih pobud, da bi bile te bolj usklajene in tako v bodoče nerazdrobljene. Vendar so potrebna nadaljnja prizadevanja, da bi bili ti cilji doseženi in da bi bil optimiziran mednarodni pristop k reševanju svetovnih zdravstvenih izzivov.

VII Trajnostnost zdravstvenih projektov in programov je ogrožena, ker ni jasnih strategij prehoda in izstopa ter se zagotovljena oprema ne vzdržuje ustrezno.

VIII Sodišče na podlagi teh zaključkov Komisiji priporoča, naj:

- bolje usklajuje potrebe držav in dodeljevanje finančnih sredstev na področju zdravja,
- določi jasna merila za financiranje svetovnih zdravstvenih pobud in bolje dokumentira postopek dodeljevanja sredstev,
- izboljša analizo potreb ter usklajevanje razdeljevanja opreme in zdravil,
- analizira upravičenost stroškov upravljanja,
- prepreči prekrivanja in zagotavlja sinergije med podprtimi svetovnimi zdravstvenimi pobudami,
- opredeli kazalnike za celovito spremljanje podpore EU za zdravstveni sektor,
- sprejme ukrepe za spodbujanje trajnostnosti zdravstvenih sistemov,
- poveča pomen vzdrževanja opreme, dobavljene v okviru projektov.

Uvod

Izboljšanje zdravja je pomembno za odpravljanje revščine

01 Podpora EU zdravstvenemu sektorju v partnerskih državah prispeva k zmanjšanju in v končni fazi izkoreninjenju skrajne revščine, kar je glavni [cilj razvojne politike EU](#)¹. Revščina je lahko vzrok in posledica nezadostnega zdravstvenega varstva. V splošnem se z izboljšanjem gospodarstva v državi izboljša tudi zdravje njenih državljanov. Velja pa tudi obratno: izboljšanje zdravja državljanov lahko neposredno vpliva na gospodarsko rast².

02 Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) je zdravje opredelila kot stanje popolnega telesnega, duševnega in socialnega dobrega počutja in ne zgolj kot stanje brez bolezni ali onemoglosti³. Navaja, da je uživanje najvišjega možnega standarda zdravja ena od temeljnih pravic vsakega človeka, neenakomeren razvoj različnih držav na področju spodbujanja zdravja in obvladovanja bolezni, zlasti nalezljivih, pa opredeljuje kot skupno nevarnost. Polovica svetovnega prebivalstva nima dostopa do zdravstvenih storitev, ki jih potrebuje⁴, približno 100 milijonov ljudi pa vsako leto zaradi previsokih zdravstvenih stroškov zapade v skrajno revščino⁵.

03 Združeni narodi so se leta 2000 dogovorili o osmih razvojnih ciljih tisočletja, ki naj bi jih dosegli do leta 2015⁶. Trije od teh ciljev so bili neposredno povezani z zdravjem: zmanjšanje umrljivosti otrok (cilj št. 4), izboljšanje zdravja mater (cilj št. 5) ter boj proti HIV/AIDS, malariji in drugim boleznim (cilj št. 6).

¹ Člen 208(1) Pogodbe o delovanju Evropske unije.

² *Growing importance of health in the economy*, Collins, Francis S., Outlook on the Global Agenda 2015, Svetovni gospodarski forum, 2015.

³ Ustava Svetovne zdravstvene organizacije.


⁴ *Spremljanje splošnega zdravstvenega varstva*, zdravje in demografija, Svetovna zdravstvena organizacija.

⁵ *Zdravje in demografija*, Evropska komisija – GD za mednarodna partnerstva.

⁶ *Razvojni cilji tisočletja za obdobje 2000–2015*, knjižnica Daga Hammarskjölda, Združeni narodi

04 Nato je mednarodna skupnost leta 2015 v okviru agende Združenih narodov za trajnostni razvoj do leta 2030⁷ določila 17 ciljev trajnostnega razvoja, ki jih je treba doseči do leta 2030. Cilj trajnostnega razvoja št. 3 je poskrbeti za zdravo življenje in spodbujati splošno dobro počutje v vseh življenjskih obdobjih. Ima devet podciljev, ki so vsi povezani z zmanjšanjem glavnih zdravstvenih izzivov do leta 2030 (glej [slika 1](#)).

Slika 1 – Podcilji v okviru cilja trajnostnega razvoja št. 3 na področju zdravja in dobrega počutja

	<p>Cilji</p> <ul style="list-style-type: none"> 3.1 Umrljivost mater 3.2 Umrljivost novorojenčkov in otrok 3.3 Nalezljive bolezni 3.4 Nenalezljive bolezni 3.5 Zloraba psihoaktivnih snovi 3.6 Poškodbe v cestnem prometu 3.7 Spolno in reproduktivno zdravje 3.8 Splošno zdravstveno varstvo 3.9 Okoljsko zdravje 	<p>Sredstva za izvajanje</p> <ul style="list-style-type: none"> 3.a Nadzor nad tobakom 3.b Zdravila in cepiva 3.c Financiranje zdravstva in zdravstveno osebje 3.d Pripravljenost na izredne razmere
---	--	---

Vir: Evropsko računsko sodišče na podlagi SZO

05 V posebnem poročilu SZO o ciljih trajnostnega razvoja za leto 2023 so bili pohvaljeni dosežki pri izboljšanju svetovnega zdravja v zadnjih letih, obenem pa poudarjen nezadosten napredek na področjih, kot sta umrljivost mater in razširitev splošnega zdravstvenega varstva. Zaradi pandemije COVID-19 se je napredek pri uresničevanju cilja trajnostnega razvoja št. 3 še upočasnil (glej [okvir 1](#)). SZO je zato pozvala k reševanju dolgotrajnih pomanjkljivosti na področju zdravstvene oskrbe z naložbami v zdravstvene sisteme, kar bi državam pomagalo pri okrevanju in izboljšanju odpornosti proti prihodnjim zdravstvenim grožnjam.

⁷ Spremenimo svet: agenda za trajnostni razvoj do leta 2030, Združeni narodi.

Okvir 1

Posledice pandemije COVID-19 za pomoč za zdravje

V [posebnem poročilu SZO o ciljih trajnostnega razvoja za leto 2023](#) so poudarjeni poslabšanje splošnega zdravstvenega varstva v državah v razvoju ter motnje pri izvajanju osnovnih zdravstvenih storitev (npr. kampanj za cepljenje) zaradi pandemije COVID-19. Ugotovljeno je, da je pandemija upočasnila napredek pri uresničevanju cilja trajnostnega razvoja št. 3.

V poročilu je poleg tega navedeno, da je leta 2021 obvladovanje širjenja pandemije COVID-19 predstavljalo največji delež svetovne uradne razvojne finančne pomoči za osnovno zdravstvo (9,6 milijarde USD, od tega 6,3 milijarde USD za donacije cepiv).

Komisija je v letu 2020 za ukrepe EU za odpravo posledic pandemije COVID-19 namenila več kot 440 milijonov EUR, za programsko obdobje 2021–2027 pa doslej že več kot 1,27 milijarde EUR.

06 Čeprav je mednarodna skupnost vse bolj zaskrbljena zaradi počasnega napredka pri doseganju splošnega zdravstvenega varstva⁸, pa nenehno primanjkuje finančnih, človeških in materialnih virov, s katerimi bi bilo mogoče zadovoljevati zdravstvene potrebe prebivalstva v državah v razvoju, ki stalno narašča. Po zadnjih razpoložljivih podatkih Afriške unije (2021) sta le dve afriški državi, tj. Južna Afrika in Zelenortski otoki, dosegli cilj [deklaracije iz Abudže](#), da se vsako leto vsaj 15 % nacionalnega proračuna nameni za zdravstveni sektor⁹. Namen mednarodne pomoči v državah v razvoju je izboljšati lokalne zdravstvene sisteme in trajnostno okrepiti zdravstvene storitve, da bodo ustrezale lokalnim potrebam in dostopne vsem, zlasti tistim, ki živijo v revščini.

⁸ Splošno zdravstveno varstvo – ključna dejstva, SZO, 2023.

⁹ Seznam kazalnikov za Afriko o domačem financiranju zdravstva, Afriška unija.

07 SZO opredeljuje zdravstveni sistem kot vse organizacije, ljudi in ukrepe, katerih glavni namen je spodbujanje zdravja, zdravljenje ali ohranjanje zdravja¹⁰. To so strukture, ki morajo biti vzpostavljene, da bi se zagotovila podpora ciljem, usmerjenim v izboljšanje zdravja in enakost na področju zdravja, pri tem pa odpravile finančne ovire za zdravstveno varstvo. SZO je določila šest gradnikov, ki sestavljajo zdravstveni sistem: izvajanje storitev, zdravstveno osebje, informacije, zdravila, cepiva in tehnologije, financiranje ter vodenje in upravljanje. Poudarek namenja konceptu krepitve zdravstvenih sistemov, kar v skladu z opredelitvijo pomeni izboljševanje teh gradnikov in upravljanje njihovih medsebojnih vplivov na način, ki omogoča pravičnejše in trajnejše izboljšanje vseh zdravstvenih storitev in izidov. Krepitev zdravstvenih sistemov je odvisna od tehničnega znanja in politične volje¹¹.

08 Tradicionalno so bile dejavnosti na področju krepitve zdravstvenih sistemov v glavnem osredotočene na reševanje težav glede omejenih vložkov: zdravstveni sistemi so se podpirali z materialnimi viri, kot so mreže proti komarjem, kontracepcijska sredstva ali zdravila. Vendar zgolj s temi dejavnostmi ni mogoče doseči celovitih ciljev, kot je izboljšanje politik, zakonodaje, organizacijskih struktur ali sistemov dobave, da bi bila uporaba virov uspešnejša¹².

Odziv EU na zdravstvene izzive v partnerskih državah

09 Podpora EU zdravstvenemu sektorju v partnerskih državah temelji na členu 168(3) [Pogodbe o delovanju Evropske unije](#), v katerem je navedeno, da „Unija in države članice pospešujejo sodelovanje s tretjimi državami in pristojnimi mednarodnimi organizacijami na področju javnega zdravja“.

10 Sedanja politika in cilji EU na področju pomoči za zdravje so bili oblikovani na podlagi več dokumentov o politikah v zadnjih proračunskih ciklih. Ustrezne politike in strategije na svetovni ravni¹³ in ravni EU so prikazane na [sliki 2](#) in v [Prilogi I](#).

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

¹¹ *Krepitev zdravstvenih sistemov*, Unlimit Health.

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

¹³ *Razvojni cilji tisočletja, pariška deklaracija, deklaracija iz Busana in Agenda za trajnostni razvoj do leta 2030*.

Slika 2 – Časovnica: politike in strategije na področju pomoči za zdravje na svetovni ravni in ravni EU

Svetovna razvojna politika

Razvojna politika EU

Zdravstvena politika EU



Vir: Evropsko računsko sodišče na podlagi informacij GD INTPA

11 Evropski parlament, Svet in Komisija so leta 2005 sprejeli [Evropsko soglasje o razvoju](#), v katerem je ponovno navedena zaveza EU uresničevanju mednarodno dogovorjenih razvojnih ciljev (tj. razvojnih ciljev tisočletja). Ta [politika](#) se je leta 2017 začela uporabljati za cilje trajnostnega razvoja.

12 Komisija je leta 2010 sprejela sporočilo o vlogi EU na področju zdravja v svetu¹⁴, v katerem je opredelila politiko EU o pomoči za zdravje, ki je vplivala na zaporedna večletna finančna okvira (za obdobji 2014–2020 in 2021–2027). Svet je v zadevnih sklepih¹⁵ pozval Komisijo in države članice k skupnemu ukrepanju in zagotavljanju prednostne podpore pristopu krepitve zdravstvenih sistemov v partnerskih državah. Komisija je novembra 2022 sprejela novo strategijo za svetovno zdravje¹⁶, v kateri je ponovno potrdila svojo zavezanost ciljem trajnostnega razvoja in Evropskemu soglasju o razvoju.

¹⁴ COM(2010) 128.

¹⁵ Sklepi Sveta z dne 10. maja 2010 o vlogi EU na področju zdravja v svetu.

¹⁶ COM(2022) 675.

13 *Tabela 1* prikazuje, koliko sredstev je bilo v zadnjih treh programskih obdobjih porabljenih za programe pomoči za zdravje, ki jih je upravljala Komisija. To finančno podporo EU večinoma upravlja Generalni direktorat za mednarodna partnerstva (GD INTPA).

Tabela 1 – Pomoč EU za zdravje v različnih obdobjih po službah Komisije (plačila v milijonih EUR)

Pristojna služba Evropske komisije	2007–2013	2014–2020	2021–2027 (januar 2024)	Delež skupnega zneska od leta 2007
GD INTPA (prej DEVCO)	2 887	2 812	2 244	86,5 %
GD NEAR (razen instrumentov IPA)	400	429	193	11,2 %
Drugi (instrumenti Službe za instrumente zunanje politike, GD ECHO, GD SANTE in GD REFORM)	55	153	7	2,3 %
SKUPAJ	3 342	3 394	2 444	100 %

Vir: Evropsko računsko sodišče na podlagi podatkov, ki jih je GD INTPA pridobil iz podatkovne zbirke OPSYS januarja 2024

14 Financiranje EU za pomoč zdravstvenemu sektorju vključuje geografski steber (ukrepi se izvajajo z državnimi in regionalnimi programi) in tematski steber (ukrepi, s katerimi se obravnavajo svetovna vprašanja). Za geografski in tematski steber je treba pripraviti večletne okvirne programe, v katerih so za sedemletno obdobje določeni cilji in prioritete, namenjeni reševanju opredeljenih izzivov.

15 Zakonodaja o ustanovitvi Evropskega razvojnega sklada (ERS), instrumenta za razvojno sodelovanje in Instrumenta za sosedstvo ter razvojno in mednarodno sodelovanje – Globalna Evropa¹⁷ (NDICI – Globalna Evropa) je vključevala „geografski steber“ s finančnimi sredstvi, ki se lahko uporabijo za zagotavljanje dvostranske pomoči EU zdravstvenemu sektorju v posameznih partnerskih državah in regijah. Iz geografskega stebra se financira predvsem izvajanje programov in projektov, ki krepijo zdravstvene sisteme v partnerskih državah. Delegacije EU te projekte izvajajo v glavnem prek nevladnih organizacij, izvajalskih agencij držav članic EU ali mednarodnih organizacij, kot so agencije ZN.

¹⁷ Uredba (EU) 2021/947.

16 Komisija v okviru zgoraj navedenih instrumentov dodeljuje finančna sredstva na področju zdravja tudi iz „tematskega stebra“, in sicer večinoma svetovnim zdravstvenim pobudam. Te združujejo prizadevanja deležnikov po vsem svetu za reševanje svetovnih zdravstvenih izzivov. Svetovne zdravstvene pobude zbirajo, upravljajo in razdeljujejo finančna sredstva za podporo izvajanju zdravstvenih programov v državah z nizkimi in srednjimi dohodki. Največji tovrstni pobudi, ki ju podpira Komisija, sta Globalni sklad za boj proti HIV/AIDS-u, tuberkulozi in malariji ([Globalni sklad](#)) in Svetovna zveza za cepiva in imunizacijo ([GAVI](#)).

17 Tematski steber v okviru instrumenta NDICI – Globalna Evropa sestavljajo štiri tematski programi:

- človekove pravice in demokracija,
- organizacije civilne družbe,
- mir, stabilnost in preprečevanje konfliktov,
- svetovni izzivi.

18 Instrument NDICI – Globalna Evropa ne določa, koliko sredstev je namenjenih za zdravstvo. V okviru večletnega okvirnega programa „[svetovni izzivi](#)“ je za prednostno področje 1 (Ljudje) predviden okvirni proračun v višini 1,835 milijarde EUR (28,8 % celotnega tematskega stebra instrumenta NDICI – Globalna Evropa ali 50 % večletnega okvirnega programa svetovni izzivi), ki med drugimi prioritetami vključuje zdravje.

Obseg revizije in revizijski pristop

19 Sodišče je ocenilo finančno podporo EU zdravstvenemu sektorju v partnerskih državah, da bi odgovorilo na naslednja vprašanja:

- o ali je Komisija določila jasne cilje svoje finančne podpore zdravstvenemu sektorju in izbrala ukrepe, ki so skladni s temi cilji?
- o Ali je finančna podpora EU za krepitev zdravstvenih sistemov dosegla pričakovane rezultate?
- o Ali je Komisija v vseh fazah ukrepov upoštevala trajnostnost?

20 Revizija Sodišča je bila osredotočena na finančno podporo GD INTPA za zdravstveni sektor v partnerskih državah v programskem obdobju 2014–2020. Sodišče je upoštevalo tudi obdobje 2007–2013 (pri oceni trajnostnosti) in začetek programa NDICI 2021–2027 (stanje podatkov januar 2024). Osredotočilo se je na dodelitve svetovnim pobudam in dodelitve posameznim državam.

21 Revizijsko delo je vključevalo analizo dokumentov Komisije (GD INTPA in delegacij EU) o strategijah EU za pomoč za zdravje, opredelitvi ciljev in kazalnikov ter razdeljevanju finančnih sredstev v zadevnih programskih obdobjih.

22 Sodišče je opravilo več sestankov z GD INTPA v Bruslju. Obiskalo je tudi sedež Globalnega sklada v Ženevi, da bi pridobilo podrobne informacije o vlogi in obsegu njegovih ukrepov v partnerskih državah.

23 Za poglobljeno analizo podpore EU za zdravje na terenu je izbralo tri države: Burundi, Demokratično republiko Kongo (DR Kongo) in Zimbabve. Merila za izbor so bila višina finančne podpore, strateške prioritete EU na področju zdravja, finančna podpora v različnih obdobjih in obseg pomoči iz Globalnega sklada. Sodišče je pregledalo nacionalno zdravstveno strategijo in programske dokumente vsake izbrane države ter preučilo vzorec 17 njihovih največjih dvostranskih programov in projektov na področju zdravja, ki jih financira EU (glej *Prilogo II*).

24 Revizorji Sodišča so med obiski v Burundiju in Zimbabveju opravili razgovore z lokalnimi organi, delegacijami EU, drugimi donatorji, izvajalci projektov, nevladnimi organizacijami in končnimi upravičenci. Revizijo programov v DR Kongo je Sodišče opravilo v okviru dokumentacijskega pregleda.

25 Po mnenju Komisije je zdravje postalo prednostni sektor, saj se je iz politike spremenilo v strategijo EU. Sodišče se je za to revizijo odločilo zaradi pomembnosti svetovnega zdravja v razvojni agendi EU in višine finančne podpore EU. Sodišče pričakuje, da bo to poročilo prispevalo k izboljšanju načina upravljanja podpore EU zdravstvenemu sektorju in k razpravi o prihodnjem dodeljevanju podpore EU na tem področju.

Opažanja

EU je opredelila splošne prioritete za pomoč za zdravje, vendar so pri dodeljevanju sredstev prisotne pomanjkljivosti

26 Sodišče je analiziralo prioritete strategij EU za pomoč za zdravje in financiranje zdravstvenih programov, ki ga zagotavlja GD INTPA. Ocenilo je, ali sta celotno financiranje in vzorec ukrepov, izbranih za revizijo, usklajena z zgoraj navedenimi strateškimi cilji.

27 V skladu z [Evropskim soglasjem o razvoju](#) iz leta 2005 je morala Komisija pripraviti merila za sodelovanje v svetovnih zdravstvenih pobudah in prispevke zanje. Sodišče je zato preučilo postopek za dodeljevanje sredstev svetovnim zdravstvenim pobudam.

V dokumentih o politiki so določeni splošni parametri za dodeljevanje sredstev, ki se skozi programska obdobja niso spremenili

28 V [sporočilu Komisije iz leta 2010](#) o vlogi EU na področju zdravja v svetu in [ustreznih sklepih Sveta](#) (sklep št. 5) je navedeno, da morajo EU in njene države članice podporo usmeriti v krepitev zdravstvenih sistemov v partnerskih državah. S podporo naj bi se zagotavljalo, da so glavni elementi sistemov – zdravstveno osebje, dostop do zdravil, infrastruktura in logistika ter decentralizirano upravljanje – dovolj uspešni, da bodo lahko zagotavljali osnovno pravično in kakovostno zdravstveno varstvo za vse, zlasti v nestabilnih državah (glej [Prilogo I](#)). Ta cilj naj bi bil dosežen z dvostranskim sodelovanjem ter sodelovanjem v svetovnih pobudah in na mednarodnih forumih. V sporočilu je predlagano tudi, da bi morala EU podpirati okrepljeno vodstvo s strani SZO, povečati uspešnost sistema ZN, zagotoviti skladnost med zadevnimi politikami EU ter podpirati raziskave, izmenjavo informacij in skupno strokovno znanje na področju zdravja v svetu.

29 Globalna zdravstvena strategija EU iz leta 2022 je osredotočena na tri medsebojno povezane prioritete (glej *Prilogo I*):

- zagotavljanje boljšega zdravja in dobrega počutja ljudi v vseh življenjskih obdobjih,
- krepitev zdravstvenih sistemov in spodbujanje splošnega zdravstvenega varstva,
- preprečevanje groženj za zdravje, vključno s pandemijami, in boj proti njim z uporabo pristopa „eno zdravje“.

30 Komisija je v glavnih dokumentih o politikah določila splošni okvir za zagotavljanje finančne podpore zdravstvenemu sektorju, vendar ni opredelila nobenih operativnih ciljev. Podpora Komisije za zdravje je ustrezala navedenim prioritetam. Prispevala je k doseganju razvojnih ciljev tisočletja št. 4, 5 in 6, pozneje pa k cilju trajnostnega razvoja št. 3, večinoma z dvostranskimi programi in podporo za svetovne zdravstvene pobude, kot je Globalni sklad, GAVI ali partnerstvo za oskrbo v okviru Sklada Združenih narodov za prebivalstvo (UNFPA). Vendar se je finančna podpora za ključno prioriteto, tj. krepitev zdravstvenih sistemov (glej odstavek **28**), ki se večinoma financira iz geografskega stebra (glej odstavek **15**), sčasoma zmanjšala.

31 Komisija je do leta 2020 za pomoč zdravstvenemu sektorju dodeljevala sredstva predvsem iz ERS in instrumenta za razvojno sodelovanje. Od leta 2021 se razvojno sodelovanje izvaja prek instrumenta NDICI – Globalna Evropa.

32 Podrobnosti o financiranju GD INTPA so navedene v *tabeli 2*. Skupni zneski so ostali razmeroma nespremenjeni, vendar so se realno znižali.

Tabela 2 – Plačila GD INTPA za pomoč za zdravje po instrumentih financiranja v različnih obdobjih (v milijonih EUR)

Instrument financiranja EU	2007–2013	2014–2020	2021–2027 (januar 2024)
Instrument za sosedstvo ter razvojno in mednarodno sodelovanje – Globalna Evropa (NDICI)			2 244
Evropski razvojni sklad (ERS)	1 256	1 850	
Instrument za razvojno sodelovanje	1 566	943	
Drugo	65	19	
Skupaj	2 887	2 812	2 244

Vir: Evropsko računsko sodišče na podlagi podatkov GD INTPA

Razvrstitev partnerskih držav glede na njihove zdravstvene potrebe, ki jo je opravila Komisija, je le malo vplivala na dodeljevanje dvostranskega financiranja

33 Ker je bilo sporočilo iz leta 2010 o vlogi EU na področju zdravja v svetu osredotočeno na usmerjanje in povečanje podpore nestabilnim državam (glej odstavek **28**), je GD INTPA pripravil seznam držav, ki najbolj potrebujejo pomoč, na podlagi katerega so bile sprejete odločitve o dodelitvi sredstev. Leta 2020 je sledil nov seznam.

34 Komisija je leta 2010 razvrstila partnerske države na podlagi petih kazalnikov: potreba držav po zdravstveni pomoči, javnofinančna zmogljivost, pripravljenost za ustrezno porabo pomoči zdravstvenemu sektorju, znesek prejete pomoči in pretekli rezultati v zdravstvenem sektorju. Seznam za leto 2020 je bil sestavljen na podlagi nove metodologije, ki temelji na treh mednarodnih indeksih: [indeksu človekovega razvoja](#), [indeksu človeškega kapitala](#) in [napredku pri doseganju cilja trajnostnega razvoja št. 3](#). Zaradi te metodološke spremembe in spreminjajočih se razmer na terenu se razvrstitve držav na obeh seznamih precej razlikujejo (glej [tabelo 3](#)).

Tabela 3 – Seznam partnerskih držav, ki so v letu 2010 najbolj potrebovale pomoč: njihovo prednostno razvrščanje in financiranje na področju zdravja v različnih obdobjih

Razvrstitev INTPA		Partnerska država	Zdravje kot prioriteta v nacionalnem okvirnem programu					
2010	2020		2007–2013		2014–2020		2021–2027	
		Obveznosti 2007–2013 (v mio. EUR)		Obveznosti 2014–2020 (v mio. EUR)		Obveznosti 2021–2027 (v mio. EUR)		
1	26	Tanzanija	0,018	✗	0	✗	0	✗
2	32	Zambija	68	✓	2,3	✗	12,3	✓
3	13	Afganistan	198	✓	172,5	✓	65,3	✓
4	5	Mozambik	24	✓	0	✗	4	✗(*)
5	33	Srednjeafriška republika	0	✗	7,4	✓	34	✓
6	2	Sierra Leone	24,2	✓	0	✗	0	✗
7	3	Niger	0	✓	11,8	✓	1	✗
8	6	Liberija	63,5	✓	0	✗	0	✗
9	28	Sudan	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	Senegal	0	✓	0	✗	22,3	✗(*)
14	9	Nigerija	85	✓	78,5	✓	52,2	✓
15	43	Ruanda	0	✗	0	✗	30,1	✗(*)
16	20	Gambija	0	✗	2,8	✗	0	✗
17	7	Gvineja	29,5	✓	23	✓	10,3	✓
18	18	Madagaskar	31,9	✓	0	✗	32,5	✓
19	1	Čad	10	✓	1,2	✗	0	✗
20	38	Komori	0	✗	0	✗	0	✗

Vijoličasti kvadrati = države, v katerih zdravje v nacionalnem okvirnem programu za obdobje 2014–2020 ni eden od prednostnih sektorjev.

Rumeni kvadrati = države, v katerih zdravje v večletnem okvirnem programu za obdobje 2021–2027 ni eden od prednostnih sektorjev.

(*) V večletnih okvirnih programih Senegala, Ruande, Mozambika in Nigra za obdobje 2021–2027 zdravje ni opredeljeno kot prednostno področje, vendar te države prejemajo sredstva iz regionalnega večletnega okvirnega programa za podsaharsko Afriko.

Vir: Evropsko računsko sodišče na podlagi podatkov GD INTPA

35 Med razvrstitvijo partnerskih držav in dvostranskimi finančnimi sredstvi, namenjenimi zdravstvenemu sektorju, ni bilo pomembne povezave (glej [tabela 3](#)). Tanzanija, ki je na seznamu iz leta 2010 na prvem mestu, je v obdobju 2007–2013 prejela zelo malo podpore. Sierra Leone je bila visoko uvrščena na obeh seznamih, vendar je prejela podporo le v obdobju 2007–2013. Tudi Mozambik je prejel malo podpore kljub visoki uvrstitvi na obeh seznamih. V vseh treh državah zdravje ni bilo ena od prioritet pri financiranju EU. Zdravstveni sektorji so prejeli določeno podporo iz regionalnih sredstev. Po drugi strani pa sta Zimbabve in Burundi prejela razmeroma veliko pomoči za zdravje, čeprav sta bila na obeh prednostnih seznamih razvrščena nižje od drugih. Države, ki so v obdobju 2014–2020 prejele največ sredstev, so bile DR Kongo, Afganistan, Zimbabve, Etiopija in Burundi. Države, ki so v sedanjem programskem obdobju (2021–2027) prejele največ sredstev, ki jih je Komisija dodelila zdravstvenemu sektorju, so DR Kongo, Afganistan, Burundi, Nigerija in Etiopija.

36 Razlogi za te razlike so predvsem v „načelih programskega načrtovanja“¹⁸, in zlasti v načelu lastništva iz člena 13(1), točka (a), [Uredbe \(EU\) 2021/947](#), ki zahteva, da načrtovanje temelji na političnem dialogu z vladami partnerskih držav. Zato bi morala biti podpora za posamezne sektorje odvisna od prednostnih nalog vsake partnerske države. Drugi razlogi so bili omejitve števila prednostnih področij, ki jih je treba vključiti v nacionalne okvirne programe (največ tri prednostna področja od sprejetja večletnega finančnega okvira za obdobje 2014–2020). Prednostno obravnavo zdravstvenih potreb lahko ovirajo druge nujne potrebe, predvsem gospodarske, na primer, večletne prioritete v Čadu, ki je na vrhu seznama za leto 2020 (glej [tabela 3](#)), vključujejo upravljanje, človekov razvoj (razen zdravja) in zeleni dogovor. Z analizo, ki jo je opravila Komisija, so bile torej začrtane smernice za začetek pogajanj o načrtovanju programov, vendar ta analiza ni bila odločilna za dodeljevanje sredstev.

37 Iz teh razlogov se je število večletnih okvirnih programov držav, v katerih je zdravje prednostni sektor, zmanjšalo z 48 v programskem obdobju 2007–2013 na 17 v obdobju 2014–2020. V okviru instrumenta NDICI – Globalna Evropa (2021–2027) je zdravje prednostno področje v 27 od skupaj 86 večletnih okvirnih programov držav (tj. zdravje v 59 večletnih okvirnih programih držav ni bilo opredeljeno kot prednostni sektor). Vse države, ki so v zadnjih treh večletnih finančnih okvirih prednostno obravnavale zdravje, so navedene v [Prilogi III](#).

¹⁸ Posebno poročilo 14/2023.

Metodologija za dodeljevanje sredstev iz tematskega stebra ni formalizirana in ni ustrezno dokumentirana

38 Poleg geografskega dodeljevanja (po državah ali regijah) EU podpira zdravje tudi z dodeljevanjem sredstev v okviru tematskega stebra (odstavek [16](#)), iz katerega se financirajo svetovne zdravstvene pobude. V treh revidiranih večletnih finančnih okvirih se je poraba EU za svetovne zdravstvene pobude znatno povečala (glej [tabela 4](#)). Ta trend se je v zadnjih letih okrepil zaradi pandemije COVID-19. Poleg tega je EU začela od večletnega finančnega okvira za obdobje 2014–2020 več podpore namenjati svetovnim zdravstvenim pobudam kot pa neposredno partnerskim državam v obliki dvostranske pomoči. Dve glavni pobudi, ki ju podpira Komisija, sta [Globalni sklad](#) in [GAVI](#) (glej odstavek [16](#) in [Prilogo IV](#)). Evropska komisija podpira Globalni sklad od njegove ustanovitve leta 2002, GAVI pa od leta 2003, torej tri leta po njegovi ustanovitvi v letu 2000.

Tabela 4 – Plačila Komisije za svetovne zdravstvene pobude v različnih obdobjih (v milijonih EUR)

Svetovna zdravstvena pobuda	2007–2013	2014–2020	2021–2027 (do januarja 2024)	Skupaj (2007–januar 2024)
Globalni sklad	585	853	1 017	2 455
GAVI	20	285	510	815
SZO – partnerstvo za splošno zdravstveno varstvo	22	150	37	209
Sklad za pandemije			227	227
UNFPA (<i>Supplies Partnership</i> , tj. program za izboljšanje spolnega in reproduktivnega zdravja)	48	50	45	143
Globalni finančni mehanizem (Mednarodna banka za obnovo in razvoj)		24		24
UNAIDS – Skupni program Združenih narodov za boj proti aidsu	2			2
Svetovne zdravstvene pobude skupaj	677	1 362	1 836	3 875
Dvostranska pomoč skupaj (države, navedene v Prilogi III)	1 308	990	136	2 435
Pomoč GD INTPA za zdravje skupaj	2 887	2 812	2 244	7 944
Delež skupnega zneska za svetovne zdravstvene pobude v skupni pomoči GD INTPA za zdravje (v %)	23,4 %	48,4 %	81,8 %	48,7 %
Delež skupne dvostranske pomoči v skupni pomoči GD INTPA za zdravje (v %)	45,3 %	35,2 %	6,1 %	30,7 %

Vir: preglednica GD INTPA in podatki, pridobljeni iz podatkovne zbirke CRIS/OPSYs, na podlagi kod DAC

39 Niti uredba o instrumentu NDICI – Globalna Evropa niti ustrezen tematski večletni okvirni program ne določata financiranja EU za vsako svetovno zdravstveno pobudo. Po navedbah Komisije so bile svetovne zdravstvene pobude izbrane za financiranje po pregledu ocen, vrzeli v financiranju, razpoložljivosti proračunskih sredstev, napredka pri doseganju ciljev trajnostnega razvoja in kazalnikov, o katerih so poročale svetovne zdravstvene pobude, ter po oceni vpliva GD INTPA v organih upravljanja svetovnih zdravstvenih pobud in strateških vidikov. Vendar je Sodišče ugotovilo, da postopek ni bil ustrezno dokumentiran. Čeprav je Komisija uporabila kvantitativne in kvalitativne

elemente, metodologija ni temeljila na formalnem vnaprej določenem nizu specifičnih in količinsko opredeljivih meril.

Financiranje EU je prispevalo k delovanju zdravstvenih sistemov, vendar zaradi težav z usklajevanjem ni bilo povsem uspešno

40 Sodišče je preučilo ustreznost in uspešnost ukrepov EU za pomoč za zdravje v treh partnerskih državah, izbranih za izvedbo poglobljene analize, usklajevanje med donatorji, izvajalci projektov in vladnimi institucijami, stroške upravljanja ukrepov, prepoznavnost financiranja EU in ureditev spremljanja. Preverilo je, ali je Komisija opredelila in prednostno razvrstila ustrezne ukrepe, da bi zagotovila njihovo skladnost z nacionalno zdravstveno politiko in pričakovanji civilne družbe ter usklajenost z dodeljenimi sredstvi. Preverilo je, ali so ukrepi usklajeni z drugimi donatorji in prispevajo k izvajanju strategije in ciljev ter ali je mogoče preveriti rezultate ukrepov.

EU je podprla vrsto zdravstvenih ukrepov, ki so bili v skladu s potrebami izbranih držav

41 Sodišče je v treh državah, izbranih za poglobljeno analizo, ugotovilo nekaj razlik v vrsti ukrepov, ki jih je financirala EU. V Burundiju se je v obdobju 2014–2020 podpora EU med drugim uporabljala za brezplačno zdravstveno varstvo nosečnic in otrok, mlajših od pet let. V okviru dodatnih projektov, ki naj bi okrepili zdravstveni sistem na področju kirurških zmogljivosti na ravni okrožij, digitalizacije ali duševnega zdravja, je bil tem dejavnostim namenjen le majhen odstotek sredstev. V pokrajinah Bururi, Makamba in Gitega je bilo od skoraj 9 milijonov EUR, ki jih je dodelila EU, 28 % namenjenih za tekoče stroške in človeške vire.

42 Komisija je podprla zdravstveni sistem v Zimbabveju prek zaporednih skladov z več donatorji. Več kot tretjina sredstev iz sklada za razvoj zdravstva, ki je bil na voljo v obdobju 2016–2022, je bila porabljena za nabavo osnovnih zdravil in prehranskih proizvodov (glej [sliko 3](#)).

43 Podpora zdravstvenemu sektorju je bila ena od prioritet dvostranske pomoči EU za DR Kongo v zadnjih treh programskih obdobjih, v katerih je bila država ena največjih upravičenk do pomoči EU za zdravje. Dvostranski programi in projekti, ki jih je EU izvedla v DR Kongo, so bili osredotočeni na:

- o obnovo bolnišnic in zdravstvenih domov,
- o ustanovitev agencij za upravljanje operativnih stroškov in stroškov oskrbe v zdravstvenih strukturah,
- o izboljšanje oskrbe s kakovostnimi zdravili,
- o krepitev zdravstvenih organov.

44 Sodišče meni, da so bili vsi ti posegi v glavnem ustrezni glede na potrebe države.

Prizadevanja za usklajevanje in sistemi razdeljevanja na ravni okrožij so neustrezni

45 Izbrane države so si prizadevale za izboljšanje usklajevanja in krepitev sistemov razdeljevanja. Sodišče je med analizo ugotovilo, da se nacionalna prizadevanja za usklajevanje pogosto osredotočajo le na strategije na ravni države in dodeljevanje sredstev po regijah. Vendar je usklajevanje potrebno tudi na nižji ravni okrožij in klinik, da bi bilo mogoče zagotoviti, da bodo dobili tisto, kar resnično potrebujejo. Med obiski Sodišča na podeželskih klinikah se je pokazalo, kako pomembno je izboljšati analizo potreb po zdravilih in njihovo razdeljevanje, saj so bile zaloge v večini lekarn znotraj klinik prazne (glej odstavek [47](#)).

46 V Zimbabveju so ocenjevalci¹⁹ ugotovili, da projekti ne zagotavljajo izčrpnega reševanja osnovnih problemov, kar je povzročilo podvajanje ukrepov. Sodišče je v Burundiju in Zimbabveju odkrilo primere, v katerih se je financirala oprema, ki se nato ni dovolj koristila (glej [okvir 2](#)).

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

Okvir 2

Nezadostno uporabljena oprema v Burundiju in Zimbabveju

Sodišče je v Burundiju obiskalo bolnišnico in ugotovilo, da sta dva nova inkubatorja, ki ju je financirala EU, v uporabi, trije drugi novi inkubatorji (ki jih je dobavil drug donator) pa ne. Novi inkubatorji, ki jih je financirala EU, ne bi bili potrebni, če bi tisti, predhodno prejeti od drugih donatorjev, delovali.

Sodišče je v okrožni bolnišnici v Zimbabveju ugotovilo, da dve škatli s povsem novima ultra zamrzovalnikoma že več kot pol leta stojita na hodniku, ker ju bolnišnica ne potrebuje. Upravičenec ni mogel pojasniti izvora teh zamrzovalnikov, vira financiranja te opreme pa ni bilo mogoče ugotoviti. Če bi bile potrebe bolnišnice bolje analizirane, bi se lahko sredstva skupnosti donatorjev porabila učinkoviteje.

47 Največja proračunska postavka za projekt v Zimbabveju, ki se izvaja v okviru sklada za razvoj zdravstva, je namenjena za zdravila in cepiva (glej [sliko 3](#)). Kot je Sodišče ugotovilo med obiski na terenu, je bila kljub naložbam, v katere je vključenih več donatorjev, razpoložljivost zdravil slaba (glej [fotografijo 1](#)). Sodišče je ugotovilo, da nekaterih osnovnih zdravil že več mesecev ni na zalogi. Naletelo je tudi na primere zavrženih zdravil, katerih rok uporabnosti še ni potekel.

48 Končna ocena projekta PASS v Burundiju je vključevala priporočilo za povečanje zmogljivosti, povezanih z upravljanjem farmacevtskih izdelkov. V letnem poročilu ministrstva za zdravje za leto 2021 je potrjeno, da so glavne ovire prazne ali pomanjkljive zaloge zdravil.

49 V DR Kongo je bilo v vmesni oceni največjega zdravstvenega projekta PRO DS za obdobje 2014–2020 (objavljeni 17. januarja 2022) ugotovljeno, da so bili trije cilji, povezani z oskrbo z osnovnimi zdravili, le delno doseženi zaradi neučinkovite reorganizacije zveze nabavnih centrov za zdravila in generalnega direktorata za organizacijo in upravljanje zdravstvenega varstva.

Fotografija 1 – Klinika v Zimbabveju, ki jo je obiskalo Sodišče, nekaterih zdravil že dolgo ni imela na zalogi



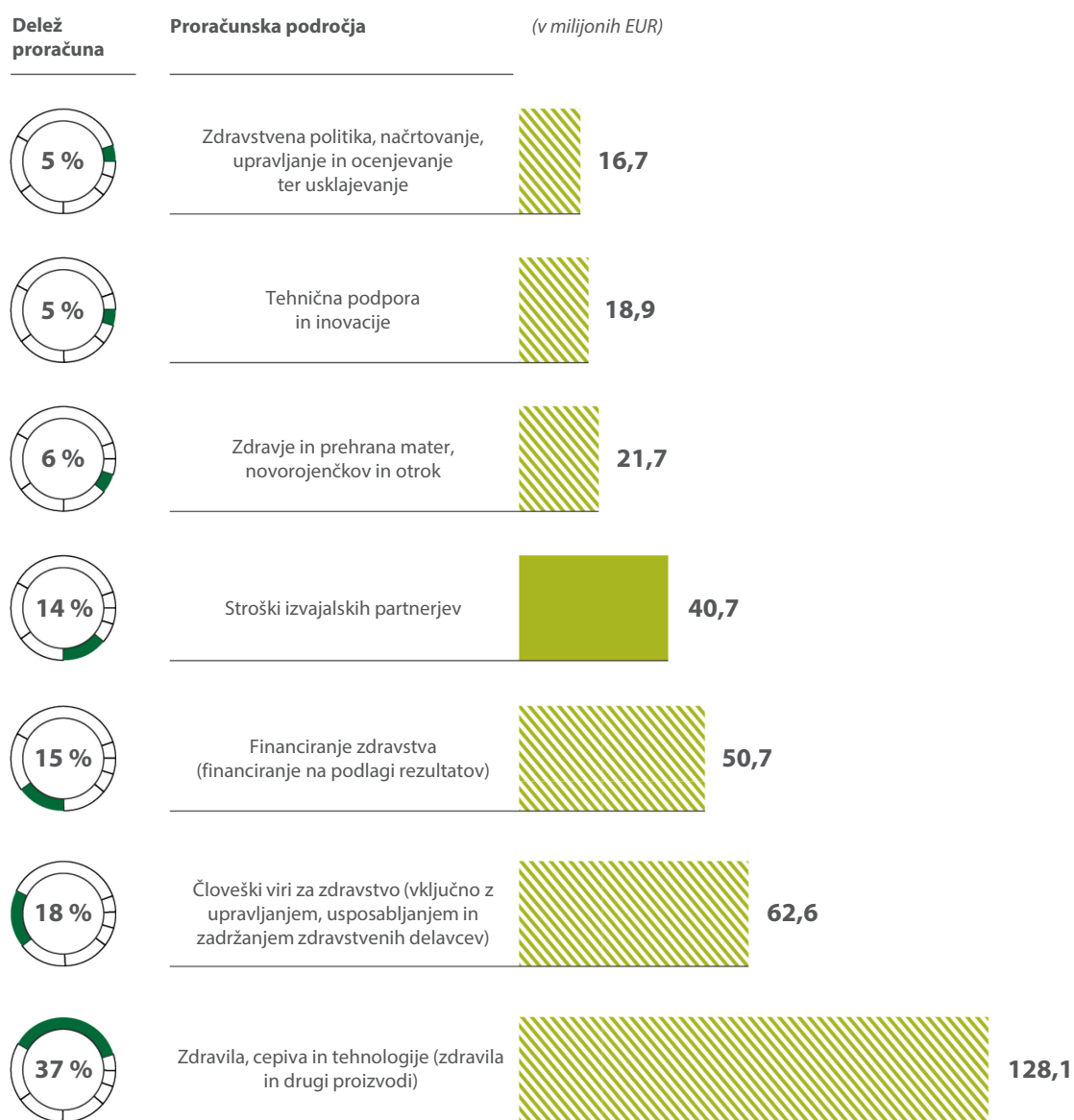
Vir: Evropsko računsko sodišče

Dolga veriga izvajalcev vpliva na stroške

50 Na stroške ukrepov v zdravstvenem sektorju vpliva dolga veriga izvajalcev. Projekte pogosto vodijo izvajalski partnerji, ki najemajo podizvajalce. Vsi ti akterji pobirajo pristojbine za upravljanje, kar zmanjšuje znesek denarja, ki je na voljo končnim upravičencem.

51 V Zimbabveju je Komisija prispevala v sklade z več donatorji. Projekt v okviru sklada za razvoj zdravstva, ki je potekal od leta 2016 do leta 2020, sta izvajala dva izvajalska partnerja. Zaračunala sta 7 % proračuna za stroške upravljanja in dodatnih 7 % za stroške upravljanja sedeža, torej skupaj 14 % celotnega proračuna. To je pomenilo, da so bili skupni stroški upravljanja višji od nekaterih sredstev, dodeljenih za posamezno postavko ukrepov. *Slika 3* kaže, da so bili stroški izvajalskih partnerjev skoraj dvakrat višji od zneska, dodeljenega zdravju in prehrani mater, novorojenčkov in otrok.

Slika 3 – Proračun sklada za razvoj zdravstva (EU in drugi donatorji) v Zimbabveju (2016–2022)



Vir: Evropsko računsko sodišče

52 Sodišče je ugotovilo, da so projekti v Burundiju s skupnim imenom „Twiteho Amagara“, ki jih neposredno financira EU, vključevali več kot 30 % operativnih stroškov. Projekte je izvajalo pet konzorcijev in vseh 18 pokrajin Burundija. Skupni znesek, ki je bil dodeljen konzorcijem, je znašal 45 milijonov EUR, od tega je bila skoraj tretjina (14 milijonov EUR) namenjena operativnim stroškom.

Usklajevanje različnih tokov financiranja je zapleteno

53 Komisija za podporo istim geografskim območjem uporablja dva različna tokova financiranja: financiranje na podlagi geografskega stebra in svetovne pobude. Poleg tega se je v zadnjih letih področje uporabe svetovnih zdravstvenih pobud horizontalno razširilo, tako da vključuje tudi krepitev zdravstvenih sistemov. Zato obstaja tveganje prekrivanja med ukrepi Komisije in svetovnih zdravstvenih pobud ter tveganje, da se sinergije med področji ukrepanja Komisije in svetovnih znanstvenih pobud, kakor tudi med samimi pobudami, ne bodo okrepile.

54 Globalni sklad zahteva, da se v vsaki državi upravičenki vzpostavi jasen mehanizem za usklajevanje skupnih prizadevanj za dostop do financiranja in njegovo uporabo. Zaradi problemov pri zastopanosti deležnikov (zlasti iz lokalnih skupnosti) v nacionalnih ureditvah za usklajevanje je pogosto treba vzpostaviti ločen državni mehanizem za usklajevanje. Sodišče je ugotovilo, da ta mehanizem povečuje upravno breme za partnersko državo. Burundijski uradniki so na primer zaradi te zapletenosti Sodišču povedali, da jih zanima vključitev državnega mehanizma za usklajevanje v splošno strukturo za usklajevanje, tj. partnerski okvir za zdravje in razvoj, ki ga upravlja ministrstvo za zdravje.

55 Komisija sodeluje v organih upravljanja svetovnih zdravstvenih pobud ter pri usmerjanju in izvajanju [agende iz Lusake](#) iz leta 2023, ki pomeni usklajevalni forum o prihodnosti svetovnih zdravstvenih pobud. V agendi iz Lusake je opredeljenih več ključnih zahtev, potrebnih za izboljšanje prispevka svetovnih zdravstvenih pobud k varovanju življenj in izboljšanju zdravja ljudi po vsem svetu. Te vključujejo večji prispevek k primarnemu zdravstvenemu varstvu, spodbujevalno vlogo pri podpori zdravstvenih storitev, ki se financirajo iz domačih virov, skupne pristope k doseganju enakosti na področju zdravja, strateško in operativno skladnost modelov upravljanja svetovnih zdravstvenih pobud ter usklajevanje raziskav in razvoja z regionalno proizvodnjo. Uspešno izvajanje agende bo ključnega pomena pri zagotavljanju usklajenega pristopa donatorjev, svetovnih zdravstvenih pobud in nacionalnih vlad h krepitvi zdravstvenih sistemov v partnerskih državah.

Prepoznavnost ukrepov, ki jih financira EU, na terenu je slaba, zlasti kadar so sredstva združena s sredstvi drugih donatorjev

56 Prepoznavnost ukrepov EU je bistvenega pomena za krepitev vloge EU v svetu. Komisija je pripravila več smernic, ki se osredotočajo zlasti na zunanje delovanje.²⁰ Prejemniki sredstev EU imajo obveznosti, katerih namen je zagotoviti prepoznavnost EU. V pravilih je določena tudi zahteva, da se emblem EU v večini primerov postavi na vsaj enako vidno mesto kot drugi logotipi (*co-branding*).

57 Med obiski Sodišča se je pokazalo, da so ukrepi, ki jih financira EU, premalo prepoznavni. Najpogostejši problem je, da upravičenci prepoznajo projekt ali izvajalce, vendar se ne zavedajo, da financiranje prispeva EU.

58 Izvajalci projektov so običajno veliko bolj prepoznavni kot donatorji in med upravičenci v splošnem veljajo za tiste, ki financirajo projekte. Sodišče je na primer v Burundiju naletelo na primere, v katerih je zastava EU natisnjena brez kakršnega koli besedila, ki bi označevalo Evropsko unijo (glej [fotografijo 2](#)), kar ni v skladu s smernicami (glej odstavek [56](#)). To je problematično, saj lokalno prebivalstvo zastave ne povezuje vedno z EU. V drugih primerih je bil prikazan samo logotip izvajalca.

²⁰ Komuniciranje in povečevanje prepoznavnosti EU: smernice za zunanje delovanje, Evropska komisija.

Fotografija 2 – Logotip zastave EU brez besedila, ki bi označevalo Evropsko unijo



Vir: Evropsko računsko sodišče

59 V primeru skladov z več donatorji upravičenci običajno ne vedo, kdo so vsi posamezni donatorji, temveč poznajo le ime sklada. Kljub zahtevi, da se podpora EU označuje vsaj tako vidno kot podpora drugih donatorjev, končni upravičenci prepoznajo le izvajalskega partnerja. To škodi cilju, ki si ga je EU zastavila, da bi ozaveščala o svojih zunanjih politikah in ukrepanju na svetovni ravni.

Splošni kazalniki smotrnosti in pomanjkljivi podatki ovirajo merjenje dosežkov na področju pomoči EU za zdravje

60 Okvir rezultatov EU, ki ga uporablja Komisija, vključuje majhno število zdravstvenih kazalnikov, s katerimi se meri doseganje strateških ciljev (pet do leta 2017 in dva po njem). Ti kazalniki (glej [tabelo 5](#)) so namenjeni merjenju posebne podpore EU. Vendar v praksi prikazujejo izide na področju pomoči celotne skupnosti donatorjev in kažejo le delno sliko o ukrepih EU v zdravstvenem sektorju.

Tabela 5 – Zdravstveni kazalniki znotraj okvira rezultatov EU v različnih obdobjih

2015–2017	od leta 2018
število enoletnikov, imuniziranih s podporo EU	število enoletnikov, imuniziranih s podporo EU
število žensk, ki uporabljajo katero koli metodo kontracepcije s podporo EU	število žensk v rodni dobi, ki uporabljajo sodobne metode kontracepcije s podporo EU
število rojstev, pri katerih je s podporo EU sodelovalo usposobljeno zdravstveno osebje	-
število ljudi v napredni fazi okužbe z virusom HIV, ki s podporo EU prejema protiretrovirusno terapijo	-
število posteljnih mrež, obdelanih z insekticidi, razdeljenih s podporo EU	-

Vir: okvir EU za rezultate pri mednarodnem sodelovanju in razvoju iz leta 2015, revidirani okvir iz leta 2018 in sistem za spremljanje uspešnosti instrumenta NDICI – Globalna Evropa, ki vsebuje revidirani okvir za rezultate NDICI – Globalna Evropa iz leta 2022

61 Podobno tudi kazalnikov smotrnosti, ki se uporabljajo v okviru svetovnih zdravstvenih pobud, pogosto ni mogoče pripisati samo njihovim ukrepom, temveč odražajo skupno delovanje vseh donatorjev in vlad držav upravičenk (npr. ključni kazalnik smotrnosti Globalnega sklada v zvezi s stopnjami umrljivosti).

62 Delegacije EU niso dovolj obveščene o rezultatih, ki jih ustvarjajo združeni skladi. Delegacija v Zimbabveju na primer ni prejela četrletnih poročil o izvajanju, temveč le letna poročila o napredku, ki pa niso vsebovala dovolj informacij o porabi sredstev.

63 Kot je pojasnjeno zgoraj (glej odstavka **60** in **61**), je težko ločiti vpliv ukrepa EU od podpore drugih donatorjev in drugih zunanjih dejavnikov. V Burundiju je v razpoložljivih ocenah navedeno, da so izidi in rezultati delno doseženi²¹.

64 V skladu s končno oceno je bil sklad za razvoj zdravstva v Zimbabveju usmerjen v 24 izidov in 69 izločkov. Kazalniki kažejo, da je bila dosežena večina izločkov, vendar se je poročalo, da je bil napredek pri doseganju rezultatov manjši (glej [slika 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, in druge ocene, ki niso javne.

Slika 4 – Izloški in izidi sklada za razvoj zdravstva v Zimbabveju



Vir: Evropsko računsko sodišče na podlagi končne ocene sklada za razvoj zdravstva v Zimbabveju

65 V DR Kongo je vmesna ocena največjega zdravstvenega projekta PRO DS za obdobje 2014–2020 pokazala, da so bili trije od desetih pričakovanih rezultatov v bistvu doseženi v celoti (npr. racionalizacija delovanja referenčne bolnišnice in zdravstvenih domov), pet rezultatov pa je bilo delno doseženih (npr. krepitev regulativne vloge osrednje zdravstvene uprave). Pri dveh rezultatih so bili dosežki precej slabši, kot je bilo pričakovano (npr. zagotavljanje človeških virov, prilagojenih operativnim ravnam in upravnim funkcijam).

66 Sodišče je med revizijskimi obiski ugotovilo, da nekateri podatki, zbrani za poročanje, niso na voljo ali so nezanesljivi. V Burundiju se je za spremljanje zdravja mater uporabljalo več kazalnikov. Vendar so bile nekatere sporočene vrednosti takšne, da jih več kot očitno ni bilo mogoče doseči. Na primer, kazalnik porodov s pomočjo je bil včasih celo 125-odstoten. Komisija je pojasnila, da so razlog za to zastareli statistični podatki o prebivalstvu.

Trajnostnost projektov je ogrožena

67 Pri projektih razvojne pomoči v splošnem obstaja tveganje, da ti ne bodo trajnostni. Pomoč je začasna, časovni okvir za ukrepe je kratek, razpoložljivost sredstev pa niha: vse to pa lahko negativno vpliva na nadaljevanje projektov v državah prejemnicah. Sodišče je analiziralo, ali se trajnostnost upošteva v vseh fazah ukrepov, tj. od načrtovanja in izvajanja do spremljanja.

Vlade držav upravičenk nimajo strategij za prehod ali izstop niti zavezanosti, njihova proračunska sredstva pa so omejena

68 Financirani projekti so časovno omejeni, po koncu financiranja pa so le redki samozadostni. Zato morajo donatorji sodelovati z lokalnimi organi in vladami, da se rezultati ne bi izgubili. Hkrati je pomembno, da so sredstva donatorjev usklajena z ustrezno absorpcijsko zmogljivostjo in da vlade z njimi ne nadomestijo nacionalne porabe. Pomembno je tudi, da imajo države prejemnice strategije za financiranje zdravstva, s katerimi bodo ublažile učinke prenehanja izplačevanja donatorskih prispevkov.

69 V treh državah, ki jih je Sodišče podrobno analiziralo, ni našlo nobene jasne prehodne in izstopne strategije (glej [okvir 3](#)). Zato in zaradi omejenih proračunskih sredstev držav lahko pride do tega, da dejavnosti po koncu podpore EU morda ne bodo trajnostne.

Okvir 3

Zdravstveni sistemi so še vedno odvisni od mednarodne pomoči

V Burundiju je bilo ukrepanje EU v zdravstvenem sektorju sprva prehodno, da bi se olajšal prehod s podpore v izrednih razmerah na redne zdravstvene storitve. Burundi je še vedno zelo odvisen od zunanjih donatorjev, obstoječi sistem pa se s pomočjo komaj vzdržuje. Komisija priznava, da so kljub političnemu in sektorskemu dialogu ter tehnični pomoči vladi potrebna večja prizadevanja za pripravo strategije prehoda/izstopa. Zaenkrat za to ni konkretnih načrtov, čeprav pogovori med donatorji še potekajo.

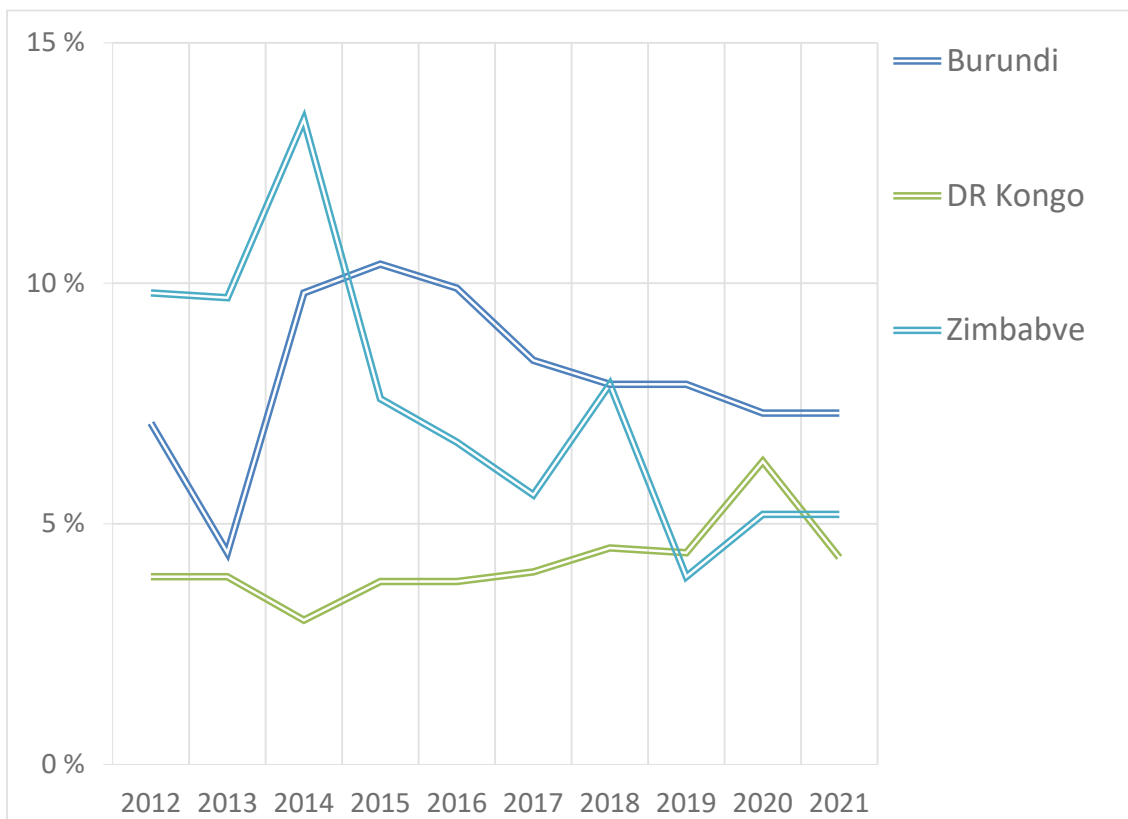
Pri projektu v Zimbabveju, ki se izvaja v okviru sklada za razvoj zdravstva, je bilo precej sredstev namenjenih potrebam po človeških virih, tudi plačilom dodatkov za ohranitev kadra, dodatkov za uspešnost in drugih stroškov dela. Partnerji so domnevali, da bo vlada ob koncu izvajanja sklada za razvoj zdravstva prevzela financiranje zdravstvenega osebja v skupnosti, potem ko se je financiranje donatorjev zmanjšalo v okviru nadaljnjega sklada za odpornost zdravstva, vendar se vladna podpora za plače in s tem povezane stroške ni uresničila.

V vmesni oceni največjega programa EU za zdravje v DR Kongo za obdobje 2014–2020 so poudarjeni izzivi v zvezi s trajnostjo in zavzemanje za razvoj izstopne strategije, ki bi vključevala vse deležnike.

70 Za izstopne strategije je pogosto treba ustvariti fiskalni prostor, da se omogoči zadostno nacionalno financiranje zdravstva. Zdravstveni proračuni treh obravnavanih držav še niso dosegli praga 15 % skupnega proračuna, določenega v [deklaraciji iz Abudže](#) iz leta 2001 (glej odstavek **06** in [sliko 5](#))²².

²² Preglednica podatkov o nacionalnem financiranju za Afriko, Afriška unija.

Slika 5 – Proračun za zdravstvo kot odstotek BDP v revidiranih državah



Vir: Evropsko računsko sodišče na podlagi preglednice [Africa Scorecard on Home Financing for Health](#)

Oprema ni vedno ustrezno vzdrževana

71 Ko donatorji financirajo ali dobavijo opremo, pogosto domnevajo, da bodo prejemniki zanj dobro skrbeli ter zagotovili potrebno vzdrževanje in potrošni material. Vendar to pogosto pomeni dodatne stroške: za telefone je potrebna naročnina, za avtomobile redno vzdrževanje in rezervni deli, za tiskalnike pa papir in kartuše. Ti dodatni stroški so lahko le majhen del vrednosti opreme, vendar lahko včasih postanejo nepremostljiva ovira za njeno uspešno uporabo.

72 Vprašanje vzdrževanja je bilo obravnavano v številnih ocenah, Sodišče pa je ugotovilo tudi, da se pri izbiri in vzdrževanju opreme ni ustrezno upoštevalo, ali so v državi prejemniki na voljo potrebne storitve, spretnosti in rezervni deli. V [skupni oceni](#) prvih dveh projektov financiranja na podlagi smotrnosti v Burundiju so bile ugotovljene težave z vzdrževanjem opreme.

73 Sodišče je med obiski projektov odkrilo primere neuporabljene (glej [okvir 4](#)), poškodovane (glej [fotografijo 3](#)) ali nezadostno uporabljene opreme, neposredno ali posredno financirane s sredstvi EU. Sodišče meni, da so bili vzroki za to povezani s pomanjkljivo ali nezadostno oceno potreb in slabo izbiro opreme.

Fotografija 3 – Hematološki analizator v laboratoriju v Burundiju, ki je bil pokvarjen več kot 16 mesecev



Vir: Evropsko računsko sodišče

Okvir 4

Nedelujoč javnozdravstveni center za ukrepanje v izrednih razmerah v Burundiju

Javnozdravstveni centri za ukrepanje v izrednih razmerah usklajujejo vse dejavnosti v zvezi z izrednimi razmerami na področju javnega zdravja. Za vzpostavitev takega centra v Burundiju so bila porabljeni sredstva EU v višini 800 000 EUR, odprt pa je bil 20. aprila 2021.²³ V času revizijskega obiska Sodišča, več kot dve leti pozneje, računalniki še vedno niso bili fizično priključeni, telefoni niso delovali, druga oprema IT pa ni bila nikoli uporabljena. Vodstvo centra je pojasnilo, da center ne deluje, ker se ministrstvo za zdravje ni moglo dogovoriti s telefonskim podjetjem.

²³ Poročilo SZO *Inauguration officielle du Centre des Opérations d'Urgences de Santé Publique*.

Zaključki in priporočila

74 Sodišče je na splošno ugotovilo, da je Komisija dodeljevala sredstva v skladu s svojimi splošnimi prioritetami, vendar je bila metodologija dodeljevanja pomanjkljiva. Ker so bile pri usklajevanju in trajnostnosti težave, so bili ukrepi manj uspešni.

75 V glavnih dokumentih o politikah EU so določene splošne smernice za dodeljevanje sredstev, operativni cilji pa niso opredeljeni. V zadnjih treh programskih obdobjih so bila plačila za podporo zdravstvu razmeroma stabilna. Vendar se je financiranje dvostranskega sodelovanja s partnerskimi državami zmanjšalo, medtem ko se je financiranje podpore za svetovne zdravstvene pobude znatno povečalo, tudi zaradi odziva na pandemijo COVID-19 (odstavki [28–32](#)).

76 Komisija je partnerske države razvrstila glede na potrebe njihovih zdravstvenih sistemov, vendar je ta ocena le malo vplivala na dvostransko financiranje, predvsem zaradi načel programskega načrtovanja (odstavki [33–37](#)).

Priporočilo 1 – Bolje uskladiti potrebe držav z dodeljenimi sredstvi za zdravstvo

Komisija naj pri pripravi naslednjega večletnega finančnega okvira v dialogu z državami upravičenkami preuči, kako bolje uskladiti razvrstitev partnerskih držav (ki temelji na njihovih potrebah) s pomočjo, ki se iz geografskega stebra dodeli za zdravstvo. Poleg tega naj po možnosti ponovno uravnoteži dodelitev sredstev med svetovnimi pobudami ter regionalno in dvostransko podporo državam (v skladu s pravno podlago za naslednji večletni finančni okvir).

Ciljni rok za izvedbo: pravočasno pred naslednjim večletnim finančnim okvirom.

77 Dodelitev podpore za posamezne svetovne zdravstvene pobude prek tematskih programov je temeljila na kvantitativnih in kvalitativnih elementih. Vendar ni temeljila na formaliziranem vnaprej določenem nizu specifičnih in količinsko opredeljivih meril, postopek pa ni bil ustrezno dokumentiran (odstavka [38](#) in [39](#)).

Priporočilo 2 – Določiti jasna merila za financiranje svetovnih zdravstvenih pobud in izboljšati dokumentiranje postopka dodeljevanja sredstev

Komisija naj določi jasna, specifična in po možnosti količinsko opredeljiva merila za financiranje svetovnih zdravstvenih pobud ter izboljša dokumentiranje postopka, tudi analizo dodane vrednosti sodelovanja Komisije pri teh pobudah.

Ciljni rok za izvedbo: leto 2025.

78 Pri pregledanih projektih so bili zagotovljeni številni izločki: od povračila stroškov za zdravniške preglede do zdravil in bolnišničnih stavb. Vendar je zaradi nezadostnega usklajevanja na ravni okrožij prišlo do pomanjkljivosti pri razdeljevanju opreme in zdravil (odstavki [40–49](#)).

Priporočilo 3 – Izboljšati analizo potreb ter bolje usklajevati razdeljevanje opreme in zdravil

Komisija naj se poveže z zadevnimi akterji na ustrezni ravni, da bi se bolje usklajevalo razdeljevanje opreme. Sodeluje naj s partnerskimi državami, da bi povečala njihove zmogljivosti za analizo potreb, načrtovanje in usklajevanje.

Ciljni rok za izvedbo: leto 2025.

79 Na stroške ukrepov v zdravstvenem sektorju je vplivala dolga veriga izvajalcev. To je povečalo stroške izvajanja projektov in zmanjšalo zneske, ki so bili na voljo končnim upravičencem (odstavki [50–52](#)).

Priporočilo 4 – Analizirati upravičenost stroškov upravljanja

Komisija naj temeljiteje analizira upravičenost stroškov upravljanja, predvidenih v proračunu, zlasti v primeru dolge verige izvajalcev projekta.

Ciljni rok za izvedbo: leto 2025.

80 Komisija sodeluje v organih upravljanja svetovnih zdravstvenih pobud ter pri usmerjanju in izvajanju agende iz Lusake. S tem naj bi zagotovila boljšo usklajenost med temi pobudami, odpravila razdrobljenost in racionalizirala njihovo strukturo (odstavki [53–55](#)).

Priporočilo 5 – Preprečevati prekrivanja in zagotavljati sinergije med podprtimi svetovnimi zdravstvenimi pobudami

Komisija naj sprejeme nadaljnje ukrepe za preprečevanje prekrivanja in zagotavljanje sinergij med podprtimi svetovnimi zdravstvenimi pobudami.

Ciljni rok za izvedbo: leto 2025.

81 Prepoznavnost financiranja EU med ciljnimi skupinami je bila slaba (odstavki 56–59). Komisija uporablja malo splošnih kazalnikov, povezanih z zdravjem. Sodišče je ugotovilo, da ti kazalniki zagotavljajo le delno sliko o številnih ukrepih EU na področju zdravja. Poleg tega so bili izračunani tako, da so dejansko merili skupna prizadevanja različnih akterjev in jih ni bilo mogoče pripisati samo financiranju EU. To je Komisiji preprečilo, da bi v celoti izmerila rezultate, dosežene s financiranjem EU v zdravstvenem sektorju, glede na strateške cilje. Poleg tega delegacije EU niso bile ustrezno obveščene o rezultatih dvostranskih ukrepov, ki so se izvajali s pomočjo skladov z več donatorji. Podatki, ki so jih izvajalci projektov zbrali za poročanje, včasih niso bili na voljo ali so bili nezanesljivi (odstavki 60–66).

Priporočilo 6 – Opredeliti kazalnike za celovito spremljanje podpore EU zdravstvenemu sektorju

Komisija naj pri pripravi naslednjega večletnega finančnega okvira opredeli kazalnike za zdravstveni sektor, s katerimi bi v skladu z načeli učinkovitosti pomoči celovito spremljala učinke ukrepov EU. V zvezi s skladi z več donatorji naj oceni izvedljivost uporabe sorazmerne metode za poročanje o rezultatih ukrepov EU.

Ciljni rok za izvedbo: pravočasno pred naslednjim večletnim finančnim okvirom, najpozneje do leta 2027.

82 Ni bilo jasnih prehodnih in izstopnih strategij, v skladu s katerimi bi financiranje po zmanjšanju sredstev donatorjev prevzela vlada. Zaradi tega so lahko sistemi po koncu podpore EU manj trajnostni (odstavki 67–70).

Priporočilo 7 – Sprejeti ukrepe za spodbujanje trajnostnosti zdravstvenih sistemov

Komisija naj skupaj z vsemi ustreznimi akterji, ki sodelujejo v podprtih partnerskih državah, nadalje preuči, kako zagotoviti trajnostnost zdravstvenih sistemov. Pri tem naj razpravljajo o tem, kako dodatno reševati vprašanje financiranja zdravstva, tudi z uporabo nacionalnih prihodkov ter jasnimi in realnimi prehodnimi in izstopnimi strategijami. Izstopne strategije naj zajemajo načrte za financiranje ustreznih delov zdravstvenih sistemov v prihodnosti.

Ciljni rok za izvedbo: leto 2025.

83 Ukrepi EU so lahko manj trajnostni tudi zaradi tega, ker se zagotovljena oprema ne vzdržuje ustrezno (odstavki [71–73](#)).

Priporočilo 8 – Povečati pomen vzdrževanja opreme

Komisija naj:

- (a) v javna naročila opreme vključi vidik vzdrževanja, tj. upošteva naj, ali so potrebne storitve, spretnosti ter rezervni deli na voljo v državi in kako bi bilo to mogoče po potrebi doseči;
- (b) sprejme ukrepe, s katerimi bo prispevala k ozaveščanju in drugačnemu odnosu do vzdrževanja, da bi pomagala vzpostaviti kulturo in rutino vzdrževanja med deležniki.

Ciljni rok za izvedbo: leto 2025

To poročilo je sprejel senat III, ki ga vodi članica Evropskega računskega sodišča Bettina Jakobsen, v Luxembourgju na zasedanju 9. julija 2024.

Za Evropsko računsko sodišče

Tony Murphy
predsednik

Priloge

Priloga I – Cilji strategij EU na področju pomoči za zdravje od leta 2005

Strateški dokument	Cilji pomoči za zdravje
Evropsko soglasje o razvoju iz leta 2005	<ul style="list-style-type: none"> — prizadevanje za doseganje razvojnih ciljev tisočletja ZN na področju zdravja: razvojni cilj tisočletja št. 4 o zmanjšanju umrljivosti otrok, razvojni cilj tisočletja št. 5 o izboljšanju zdravja mater in razvojni cilj tisočletja št. 6 o boju proti virusu HIV/AIDS-u, malariji in drugim boleznim, — obravnavanje izjemne krize na področju človeških virov pri izvajalcih zdravstvenih storitev, — pravično financiranje zdravstva, — krepitev zdravstvenih sistemov za spodbujanje boljših zdravstvenih izidov, — nadaljnje prispevanje k svetovnim pobudam; v zvezi s tem je v odstavku 108 dokumenta 2006/C 46/01 navedeno naslednje: „Komisija bo sestavila merila za sodelovanje Skupnosti pri globalnih skladih in za njene prispevke v te sklade“,
Sporočilo Komisije iz leta 2010 o vlogi EU na področju zdravja v svetu (in spremni delovni dokumenti služb Komisije)	<ul style="list-style-type: none"> — vodilna vloga EU pri usklajevanju svetovnih zdravstvenih pobud, vključevanje deležnikov na ravni partnerskih držav, — splošno zdravstveno varstvo: <ul style="list-style-type: none"> ○ prednostna obravnava nestabilnih držav z dvostranskim sodelovanjem (seznam nestabilnih držav) in s sodelovanjem v svetovnih zdravstvenih pobudah (spodbujanje prilagajanja obstoječih pobud), ○ poudarek na podpori za krepitev zdravstvenih sistemov, ○ financiranje enega nacionalnega zdravstvenega proračuna in enega postopka spremljanja kot prednostni okvir za zagotavljanje podpore EU, ○ usmerjanje dveh tretjin uradne razvojne pomoči na področju zdravja v lastne razvojne programe partnerskih držav, za 80 % pa uporaba sistemov partnerskih držav za javna naročila in upravljanje javnega financiranja, — zagotavljanje skladnosti z drugimi politikami za spodbujanje splošnega zdravstvenega varstva, — vlaganje v zdravstvene raziskave za vse,

Strateški dokument	Cilji pomoči za zdravje
Sporočilo Komisije iz leta 2011 o agendi za spremembe (sklepi Sveta iz leta 2012)	<ul style="list-style-type: none"> — uporaba celotnega nabora instrumentov pomoči, predvsem „pogodbe o sektorskih reformah“, — razvoj in krepitev zdravstvenih sistemov, — zmanjševanje neenakosti pri dostopu do zdravstvenih storitev, — povečanje zaščite pred globalnimi grožnjami za zdravje, — spodbujanje usklajenosti politike, — v sklepih Sveta sta navedena nadaljnje zagotavljanje vsaj 20 % pomoči EU za podporo socialni vključenosti in človekovemu razvoju [zdravje, izobraževanje in socialna zaščita] in nadaljnje sodelovanje EU v nestabilnih državah,
Evropsko soglasje o razvoju iz leta 2017	<ul style="list-style-type: none"> — prizadevanje za izpolnitev ciljev trajnostnega razvoja ZN na področju zdravja, — EU in njene države članice bodo spodbujale splošno zdravstveno varstvo, — podpora vzpostavljanju močnih, kakovostnih in odpornih zdravstvenih sistemov (tj. krepitev zdravstvenih sistemov). EU in njene države članice bodo podpirale države v razvoju pri usposabljanju, zaposlovanju, razporejanju in stalnem strokovnem razvoju zdravstvenih delavcev itd., — preprečevanje nalezljivih bolezni, kot so HIV/AIDS, tuberkuloza, malarija in hepatitis, ter boj proti njim, — ukrepanje za odpravljanje globalnih groženj (epidemije ali protimikrobna odpornost), — prizadevanje za zmanjšanje umrljivosti otrok in mater, spodbujanje duševnega zdravja in obravnavanje vse večjega bremena nenalezljivih bolezni v partnerskih državah, — spodbujanje inovacij na področju zdravstvene tehnologije, — EU ponovno poudarja svojo zavezo, da bo vsaj 20 % svoje uradne razvojne pomoči namenila socialni vključenosti in človekovemu razvoju,

Strateški dokument	Cilji pomoči za zdravje
Globalna zdravstvena strategija EU iz leta 2022	<ul style="list-style-type: none"> — zagotavljanje boljšega zdravja in dobrega počutja ljudi v vseh življenjskih obdobjih (cilj trajnostnega razvoja št. 3 o zdravem življenju, cilj trajnostnega razvoja št. 5 o enakosti spolov in cilj trajnostnega razvoja št. 10 o zmanjšanju neenakosti znotraj držav in med njimi). Pri tem so omenjeni krepitev zdravstvenih sistemov, boj proti virusu HIV in podpora za svetovne zdravstvene pobude, — krepitev zdravstvenih sistemov in doseganje napredka pri splošnem zdravstvenem varstvu. To vključuje „digitalizacijo“, inovacijsko tehnologijo in odpravo pomanjkanja delovne sile, — preprečevanje groženj za zdravje, vključno s pandemijami, in boj proti njim z uporabo pristopa „eno zdravje“. Vključno s podporo za sklad za pandemije, proizvodne zmogljivosti itd., — ponovno poudarjanje zaveze EU, da bo v okviru instrumenta NDICI – Globalna Evropa namenila vsaj 20 % svoje uradne razvojne pomoči za človekov razvoj in socialno vključenost.

Priloga II – Seznam revidiranih programov in projektov

Burundi

Ime	Večletni finančni okvir	Sklic	Podpora EU (obveznosti v milijonih EUR)
Programme d'appui au système de santé (PASS) à travers l'outil du financement basé sur la performance (FBP) – faza 2	2014–2020	FED/2019/413-660 (kratkoročne obveznosti)	27,8
TWITEHO AMAGARA – Bujumbura Mairie, Bujumbura rural, Muramvya, Rumonge et Kirundo	2014–2020	FED/2019/405-241 (Evropska komisija)	9,4
TWITEHO AMAGARA – Cankuzo, Ruyigi, Rutana, Mwaro	2014–2020	FED/2019/405-314 (Evropska komisija)	9,3
TWITEHO AMAGARA – Ngozi, Kayanza, Cibitoke	2014–2020	FED/2019/405-306 (Evropska komisija)	8,9
TWITEHO AMAGARA – Bururi, Makamba, Gitega	2014–2020	FED/2019/405-304 (kratkoročne obveznosti)	8,1
TWITEHO AMAGARA – Karuzi, Muyinga, Bubanza et santé mentale à Ngozi	2014–2020	FED/2019/405-311 (kratkoročne obveznosti)	7,5

Demokratska republika Kongo

Ime	Večletni finančni okvir	Sklic	Podpora EU (obveznosti v milijonih 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 (Evropska komisija)	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 (Evropska komisija)	217
Unis pour la santé et l'éducation	2021–2027	NDICI AFRICA/2021/043-305 (Evropska komisija)	30

Ime	Večletni finančni okvir	Sklic	Podpora EU (obveznosti v milijonih EUR)
Unis pour la santé, faza 2	2021–2027	NDICI AFRICA/2022/043-891 (kratkoročna sredstva)	35
Unis pour la santé, faza 3	2021–2027	NDICI AFRICA/2023/045-313 (Evropska komisija) (JAD.1258480)	9

Zimbabve

Ime	Večletni finančni okvir	Sklic	Podpora EU (obveznosti v milijonih EUR)
Sklad za razvoj zdravstva (izboljšanje dostopa do osnovnih zdravstvenih storitev za vse prebivalce Zimbabveja)	2014–2020	FED/2015/368-364 (kratkoročne obveznosti)	62,6
Izboljšanje dostopa do osnovnih zdravstvenih storitev za vse prebivalce Zimbabveja II	2014–2020	FED/2020/415-680 (Evropska komisija)	42,5
Sklad za odpornost zdravstva	2021–2027	NDICI AFRICA/2022/438- 583 (Evropska komisija)	41,0
Izboljšanje dostopa do osnovnih zdravstvenih storitev za vse prebivalce Zimbabveja II_UNICEF	2014–2020	FED/2020/415-231 (kratkoročna sredstva)	35,9
Prispevek za prehodni zdravstveni sklad IV	2014–2020	FED/2015/356-385 (kratkoročna sredstva)	12,0

Priloga III – Partnerske države, v katerih je zdravje prednostni sektor, opredeljen v njihovih nacionalnih okvirnih programih/večletnih okvirnih programih

	Večletni finančni okvir (2007–2013)	Večletni finančni okvir (2014–2020)	Večletni finančni okvir (2021–2027)
Afganistan	•	•	•
Alžirija	•		
Angola	•		
Bangladeš	•		
Belize		•	
Burkina Faso	•	•	
Burundi	•	•	•
Čad	•		
Dominika	•		
DR Kongo	•	•	•
Egipt	•		•
Esvatini	•		
Etiopija		•	•
Filipini	•		
Gana	•		
Grenada		•	
Gvineja Bissau	•	•	•
Gvineja-Conakry	•	•	•
Indija	•		
Iran			•
Jamajka	•		
Jemen	•		
Južna Afrika	•		
Južni Sudan	•	•	•
Kenija			•
Kuba			•
Laoška ljudska demokratična republika			•
Libanon			•
Liberija	•		
Libija	•	•	•
Madagaskar	•		•
Mali	•		•
Maroko	•	•	•

	Večletni finančni okvir (2007–2013)	Večletni finančni okvir (2014–2020)	Večletni finančni okvir (2021–2027)
Mavretanija	•	•	•
Mjanmar	•		
Moldavija	•		
Mozambik	•		
Namibija	•		
Niger	•		
Nigerija	•	•	•
Palestina			•
Peru	•		
Republika Kongo	•		
Senegal	•		
Sierra Leone	•		
Sirija	•		
Slonokoščena obala	•		
Srednjeafriška republika		•	•
Sudan			•
Sveta Lucija	•		
Sveti Tomaž in Princ	•		
Sveti Vincencij in Grenadine	•		
Tadžikistan	•	•	•
Togo	•		
Tunizija			•
Uganda			•
Uzbekistan	•		
Vzhodni Timor	•		
Zambija	•		•
Združeni arabski emirati	•		
Zimbabve	•	•	•
Države SKUPAJ	48	17	27

Priloga IV – Dodeljevanje sredstev v okviru tematskega stebra instrumenta NDICI – Globalna Evropa (januar 2024)

Programi za zdravje	Obveznosti (v EUR)
Prispevek h Globalnemu skladu	1 064 503 222
Prispevek h GAVI	525 000 000
Prispevek k skladu za pandemije	427 000 000
Prispevek k Skladu Združenih narodov za prebivalstvo (UNFPA)	45 000 000
Sporazum o prispevku za program pospeševanja človekovega razvoja – otroška paraliza	275 000 000
Drugo	12 517 500
Skupaj	2 349 020 722

Opomba: vrstice v krepkem tisku se nanašajo na dodeljena sredstva za svetovne zdravstvene pobude (Globalni sklad, GAVI, vključno z instrumentom COVAX za globalni dostop do cepiva proti COVID-19, UNFPA in sklad za pandemije).

Kratice in okrajšave

ERS: Evropski razvojni sklad

GAVI: Svetovna zveza za cepivo in imunizacijo

GD ECHO: Generalni direktorat za evropsko civilno zaščito in evropske operacije humanitarne pomoči

GD INTPA: Generalni direktorat za mednarodna partnerstva

GD NEAR: Generalni direktorat za sosedstvo in širitvena pogajanja

HDF: sklad za razvoj zdravstva

IPA: instrument za predpristopno pomoč

NDICI – Globalna Evropa: Instrument za sosedstvo ter razvojno in mednarodno sodelovanje – Globalna Evropa

PASS: *Programme d'appui au système de santé* (program za podporo zdravju za Burundi)

SZO: Svetovna zdravstvena organizacija

UNFPA: Sklad Združenih narodov za prebivalstvo

UNICEF: Sklad Združenih narodov za otroke

Glosar

Cilji trajnostnega razvoja: 17 ciljev agende Združenih narodov za trajnostni razvoj do leta 2030, namenjeni spodbujanju ukrepanja vseh držav na področjih, ki so ključnega pomena za človeštvo in planet.

Delegacija EU: diplomatsko predstavništvo EU v tretji državi ali pri večstranski ali mednarodni organizaciji.

Evropski razvojni sklad: sklad EU, ki ga upravlja Evropska komisija zunaj splošnega proračuna in s katerim se zagotavlja razvojna pomoč afriškim, karibskim in pacifiškim državam ter čezmorskim državam in ozemljem, ki so EU pridružene prek držav članic.

Izid: takojšnja ali dolgoročnejša, načrtovana ali nenačrtovana sprememba, ki jo prinese projekt, kot so koristi, ki so posledica boljše usposobljene delovne sile.

Izložek: nekaj, kar je bilo proizvedeno ali doseženo s projektom, na primer izvedba tečaja usposabljanja ali gradnja ceste.

Kazalnik izložkov: merljiva spremenljivka, ki zagotavlja informacije za ocenjevanje produktov ali dosežkov projekta.

Kazalnik učinkov: merljiva spremenljivka, s katero se zagotavljajo informacije o kadrovske, finančne, fizične, upravne ali regulativne sredstvih, uporabljenih za izvedbo projekta ali programa.

Pristop „eno zdravje“: celosten in enoten pristop, da bi se trajnostno obravnavalo in izboljšalo zdravje ljudi, živali in ekosistemov.

Razvojni cilji tisočletja: svetovne ciljne vrednosti za zmanjšanje revščine in njenih pojavnih oblik do leta 2015, ki so jih na milenijskem vrhu ZN septembra 2000 določili svetovni voditelji in velike razvojne institucije.

Rezultat: takojšnji učinek projekta ali programa po njegovem zaključku, kot sta izboljšana zaposljivost udeležencev tečaja ali boljši dostop po izgradnji nove ceste.

Trajnostnost: sposobnost projekta ali sistema, da se nadaljuje tako dolgo, kot je potrebno, ker je ustrezno uveljavljen in finančno samozadosten ali ustrezno financiran.

Učinek: širše dolgoročne posledice zaključenega projekta ali programa, kot so socialno-ekonomske koristi za celotno prebivalstvo.

Uradna razvojna pomoč: državna pomoč, namenjena spodbujanju gospodarskega razvoja in blaginje držav v razvoju.

Odgovori Komisije

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

Časovnica

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

Revizijska ekipa

Sodišče v posebnih poročilih predstavlja rezultate svojih revizij politik in programov EU ali tem upravljanja, ki se nanašajo na posamezna področja proračuna. Te revizijske naloge izbere in oblikuje tako, da imajo kar največji možni učinek, pri čemer upošteva tveganja za smotrnost poslovanja ali skladnost, višino zadevnih prihodkov ali porabe, pričakovan razvoj dogodkov ter politični in javni interes.

To revizijo smotrnosti je opravil revizijski senat III – zunanji ukrepi, varnost in pravica –, ki ga vodi članica Sodišča Bettina Jakobsen. Revizijo sta sprva vodila člana Sodišča Baudilio Tomé Muguruza in Hannu Takkula.

Revizijo je dokončal član Sodišča George-Marius Hyzler, pri njej pa so sodelovali vodilni upravni uslužbenec Pietro Puricella, vodja naloge Piotr Zych ter revizorja Alfonso Calles Sánchez in Piotr Senator. Grafično podporo je zagotovila Alexandra Damir-Binzaru.



George-Marius Hyzler



Pietro Puricella



Piotr Zych



Alfonso Calles Sánchez



Piotr Senator

AVTORSKE PRAVICE

© Evropska unija, 2024

Politika Evropskega računskega sodišča (Sodišča) glede ponovne uporabe je določena v njegovem sklepu o politiki odprtih podatkov in ponovni uporabi dokumentov [ECA Decision No 6-2019](#).

Če ni drugače navedeno (npr. v posameznih obvestilih o avtorskih pravicah), so vsebine Sodišča, ki so v lasti EU, pod licenco [Creative Commons Attribution 4.0 International \(CC BY 4.0\)](#). Praviloma je zato ponovna uporaba dovoljena, če se ustrezno navede vir in označijo morebitne spremembe. Kdor ponovno uporabi vsebine Sodišča, ne sme potvoriti prvotnega pomena ali sporočila. Sodišče ni odgovorno za morebitne posledice ponovne uporabe.

Če so na gradivu prikazane fizične osebe, ki jih je mogoče prepoznati, npr. na fotografijah uslužbencev Sodišča, ali če gradivo vsebuje dela tretjih oseb, je treba pridobiti dodatne pravice.

Kadar je pridobljeno tako dovoljenje, se z njim razveljavi in nadomesti zgoraj omenjeno splošno dovoljenje, zato morajo biti v njem jasno navedene morebitne omejitve glede uporabe.

Za uporabo in prikazovanje vsebin, katerih lastnica ni EU, je morda treba pridobiti dovoljenje neposredno od imetnikov avtorskih pravic.

Slika 1 – ikone ciljev trajnostnega razvoja: avtorske pravice © United Nations. Vse pravice pridržane. Organizacija združenih narodov ni potrdila vsebine te publikacije, ki ne odraža njenih stališč ali stališč njenih uradnikov. Ikone za jezike, ki niso uradni jeziki ZN, so bile bodisi prenesene s spletišča [Trello](#) ali pa jih je ustvarilo Evropsko računsko sodišče. Združeni narodi ne prevzemajo nobene odgovornosti, ki izhaja iz prevoda besedila ikon ciljev trajnostnega razvoja v jezike, ki niso uradni jeziki ZN.

Programska oprema ali dokumenti, za katere veljajo pravice industrijske lastnine, kot so patenti, blagovne znamke, registrirani modeli, logotipi in imena, niso vključeni v politiko Sodišča glede ponovne uporabe.

Na spletiščih institucij Evropske unije znotraj domene europa.eu so povezave do spletišč tretjih oseb. Ker Sodišče na ta spletišča ne more vplivati, vas poziva, da preberete njihove dokumente o politiki glede varstva osebnih podatkov in avtorskih pravic.

Uporaba logotipa Sodišča

Logotip Sodišča se ne sme uporabljati brez predhodnega soglasja Sodišča.

HTML	ISBN 978-92-849-2807-1	ISSN 1977-5784	doi:10.2865/088472	QJ-AB-24-017-SL-Q
PDF	ISBN 978-92-849-2842-2	ISSN 1977-5784	doi:10.2865/760447	QJ-AB-24-017-SL-N

Sodišče je revidiralo finančno podporo EU za zdravstvene sisteme v partnerskih državah, ki se je zagotavljala v treh programskih obdobjih. Analiziralo je dokumente in pregledalo projekte v Burundiju, Demokratični republiki Kongo in Zimbabveju. Prišlo je do zaključka, da je Komisija sredstva dodeljevala v skladu s svojimi splošnimi prioritetami, vendar so bile pri tej metodologiji pomanjkljivosti. Ker so bile pri usklajevanju, trajnostnosti in spremljanju težave, so bili projekti manj uspešni. Zaradi dolge verige izvajalcev so se povečali stroški projektov, ciljne skupine pa so le redko vedele, da je ukrepe financirala EU. Sodišče je izreklo priporočila o dodelitvi in merilih financiranja, usklajevanju, razumnosti stroškov upravljanja, sinergijah, spremljanju, trajnostnosti in vzdrževanju opreme, ki je bila zagotovljena s projekti.

Posebno poročilo Sodišča v skladu z drugim pododstavkom člena 287(4) PDEU.



EVROPSKO
RAČUNSKO
SODIŠČE



Urad za publikacije
Evropske unije

EVROPSKO RAČUNSKO SODIŠČE
12, rue Alcide De Gasperi
1615 Luxembourg
LUKSEMBURG

Tel.: +352 4398-1

Vprašanja: eca.europa.eu/sl/contact

Spletišče: eca.europa.eu

Twitter: @EUAuditors