

Särskild rapport

EU:s ekonomiska stöd till hälso- och sjukvårdssystemen i utvalda partnerländer

Insatser i linje med de övergripande strategiska målen men problem med samordning och hållbarhet



EUROPEISKA
REVISIONSRÄTTEN

Innehållsförteckning

	Punkt
Sammanfattning	I–VIII
Inledning	01–18
Vikten av att förbättra hälso- och sjukvården för att bekämpa fattigdom	01–08
EU:s hantering av hälsoutmaningar i partnerländerna	09–18
Revisionens inriktning och omfattning samt revisionsmetod	19–25
Iakttagelser	26–73
EU har fastställt övergripande prioriteringar för hälso- och sjukvårdsbistånd men tilldelningen av medel har brister	26–39
I policydokumenten fastställs övergripande parametrar för tilldelningen av medel som har legat kvar på samma nivå under de olika programperioderna	28–32
Kommissionens rangordning av partnerländerna efter deras behov av hälso- och sjukvård har haft liten effekt på tilldelningen av bilateral finansiering	33–37
Den metod som används för tilldelningarna från den tematiska pelaren är inte formaliserad och dokumenteras inte tillräckligt	38–39
EU:s finansiering bidrog till att hälso- och sjukvårdssystemen fungerade, men dess ändamålsenlighet har begränsats av samordningsproblem	40–66
EU gav stöd till en rad olika hälso- och sjukvårdsinsatser som svarade mot de utvalda ländernas behov	41–44
Samordningsinsatser och distributionssystem på distriktsnivå är otillräckliga	45–49
Uppdelningen av ansvaret för genomförandet på flera olika nivåer påverkar kostnaderna	50–52
Samordningen av olika finansieringsflöden är komplex	53–55
De EU-finansierade åtgärderna syns knappt på fältet, särskilt inte när medel slås samman med medel från andra givare	56–59
Allmänna prestationsindikatorer och bristfälliga uppgifter gör det svårt att mäta vad EU:s hälso- och sjukvårdsbistånd har uppnått	60–66

Risk för att projekten inte blir hållbara 67–73

Stödmottagande regeringar saknar omställnings- eller exitstrategier och engagemang och har begränsade budgetmedel 68–70

Underhållet av utrustningen är inte alltid tillräckligt 71–73

Slutsatser och rekommendationer 74–83

Bilagor

Bilaga I – Mål för EU:s strategier för hälso- och sjukvårdsbistånd sedan 2005

Bilaga II – Förteckning över granskade projekt

Bilaga III – Partnerländer där hälso- och sjukvård är en prioriterad sektor som fastställs i de nationella vägledande programmen/ fleråriga vägledande programmen

Bilaga IV – Anslag från den tematiska pelaren inom instrumentet Europa i världen (januari 2024)

Förkortningar

Ordlista

Kommissionens svar

Tidslinje

Vi som arbetat med revisionen

Sammanfattning

I EU:s stöd till hälso- och sjukvård i partnerländerna bidrar till EU:s främsta utvecklingspolitiska mål som är att minska och på sikt utrota extrem fattigdom. I enlighet med den internationella strategin för hälso- och sjukvård, särskilt FN:s mål för hållbar utveckling 3, ger EU finansiering till sina partnerländers hälso- och sjukvårdssystem genom bilaterala och regionala program och globala hälsoinitiativ. Stödet uppgick till mer än 3 miljarder euro för var och en av de två föregående programperioderna (2007–2013 och 2014–2020) och mer än 2 miljarder euro fram till början av 2024 för den innevarande perioden (2021–2027).

II Målet med vår revision var att bedöma EU:s ekonomiska stöd till hälso- och sjukvård i partnerländerna under dessa tre programperioder. Vi drog slutsatsen att kommissionen tilldelade medel i enlighet med sina övergripande mål, men att metoden för tilldelning hade en del brister. Projektens ändamålsenlighet begränsades av problem med samordningen och hållbarheten, och övervakningen gav ingen fullständig överblick över kommissionens verksamhet i hälso- och sjukvårdssektorn.

III Vi konstaterade att EU:s finansieringsbelopp för hälso- och sjukvårdsstöd har legat på ungefär samma nivå under de tre senaste programperioderna. Det bilaterala biståndet till partnerländerna har dock minskat medan stödet via globala hälsoinitiativ har ökat kraftigt. Kommissionens rangordning av partnerländerna utifrån behoven i deras hälso- och sjukvårdssystem har haft liten effekt på det bilaterala stödet, främst eftersom det enligt principen om egenansvar krävs att programplaneringen bygger på politiska val som man enats om med partnerregeringarna. Tilldelningen av stöd till enskilda globala hälsoinitiativ byggde inte på en uppsättning specifika och kvantifierbara kriterier, och processen har inte dokumenterats tillräckligt.

IV Vi granskade ett urval av projekt i utvalda partnerländer (Burundi, Demokratiska republiken Kongo och Zimbabwe). Projekten var bland annat inriktade på att tillhandahålla gratis hälso- och sjukvård, anordna utbildning för hälso- och sjukvårdspersonal, tillhandahålla läkemedel och utrustning samt återuppbygga vårdcentraler. Vi konstaterade att EU gav stöd till olika hälso- och sjukvårdsinsatser som svarade mot ländernas behov. Samordningen på distriktsnivå var dock otillräcklig, vilket ledde till brister i distributionen av utrustning och läkemedel. Vidare påverkades kostnaderna för insatser i hälso- och sjukvårdssektorn av att ansvaret för genomförandet var uppdelat på flera olika nivåer, vilket medförde ökade kostnader. Dessutom var EU-finansieringens synlighet låg bland målgrupperna.

V Kommissionen har i övervakningen av sina hälso- och sjukvårdsutgifter använt ett litet antal högnivåindikatorer som gav en ofullständig bild av EU:s hälso- och sjukvårdsåtgärder och som beräknades på ett sätt så att resultaten inte enbart kan tillskrivas EU-finansieringen. Resultaten av det bilaterala biståndet kommunicerades inte på ett tillfredsställande sätt till EU-delegationerna i de berörda länderna, och de uppgifter som de projektansvariga samlade in till rapporteringen gjordes inte alltid tillgängliga eller visade sig vara otillförlitliga.

VI Kommissionen deltar i styrningen av globala hälsoinitiativ för att se till att de samordnas bättre och för att på så sätt få ett slut på fragmenteringen. Det krävs dock mer insatser för att uppnå målen och effektivisera den internationella strategin för globala hälsoutmaningar.

VII Det finns en risk för att hälso- och sjukvårdsinriktade projekt och program inte blir hållbara på grund av att det saknas tydliga omställnings- och exitstrategier och att den tillhandahållna utrustningen inte underhålls tillräckligt.

VIII Utifrån dessa slutsatser rekommenderar vi att kommissionen

- bättre anpassar tilldelningen av finansiering till hälso- och sjukvård efter ländernas behov,
- fastställer tydliga kriterier för finansieringen av globala hälsoinitiativ och förbättrar dokumentationen av tilldelningsprocessen,
- förbättrar behovsanalysen och samordningen av distributionen av utrustning och läkemedel,
- analyserar om förvaltningskostnaderna är rimliga,
- undviker överlappningar och säkerställer synergier mellan de globala hälsoinitiativ som får stöd,
- fastställer indikatorer för en heltäckande övervakning av EU:s stöd till hälso- och sjukvårdssektorn,
- vidtar åtgärder för att främja hälso- och sjukvårdssystemens hållbarhet,
- betonar vikten av att underhålla den utrustning som finansierats genom projekten.

Inledning

Vikten av att förbättra hälso- och sjukvården för att bekämpa fattigdom

01 EU:s stöd till hälso- och sjukvård i partnerländer bidrar till [EU:s främsta utvecklingspolitiska mål](#) som är att minska och på sikt utrota extrem fattigdom¹. Fattigdom kan både vara en orsak till och en konsekvens av en otillräcklig hälso- och sjukvård. I takt med att ett lands ekonomi förbättras, förbättras i allmänhet också medborgarnas hälsa. Men det omvända gäller också – en förbättring av medborgarnas hälsa kan direkt leda till ekonomisk tillväxt².

02 Enligt Världshälsoorganisationens (WHO) definition är hälsa ett tillstånd av totalt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte enbart avsaknad av sjukdom eller funktionshinder³. WHO anser att rätten att åtnjuta bästa möjliga hälsa är en av de grundläggande rättigheterna för varje enskild människa och ser ojämlik utveckling när det gäller att främja hälsa och bekämpa sjukdomar, särskilt smittsamma sjukdomar, som en gemensam risk. Hälften av världens befolkning har inte tillgång till de hälso- och sjukvårdstjänster som den behöver⁴, och cirka 100 miljoner människor hamnar i extrem fattigdom varje år på grund av oskäliga kostnader för hälso- och sjukvård⁵.

03 År 2000 enades Förenta nationerna (FN) om åtta millennieutvecklingsmål som skulle uppnås senast 2015⁶. Tre av målen var direkt kopplade till hälso- och sjukvård: minska barnadödligheten (mål 4), förbättra mödrars hälsa (mål 5) och bekämpa av hiv/aids, malaria och andra sjukdomar (mål 6).

¹ Artikel 208.1 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt.

² *Growing importance of health in the economy*, Collins, Francis S., Outlook on the Global Agenda 2015, World Economic Forum, 2015.

³ Världshälsoorganisationens stadga.


⁴ *Monitoring universal health coverage*, Världshälsoorganisationen.

⁵ *Health and demography*, Europeiska kommissionen – GD Internationella partnerskap.

⁶ 2000–2015, FN:s millennieutvecklingsmål, Dag Hammarskjöldbiblioteket, Förenta nationerna.

04 Därefter, år 2015, fastställde det internationella samfundet 17 mål för hållbar utveckling⁷ som ska uppnås senast 2030 inom ramen för FN:s Agenda 2030 för en hållbar utveckling. Mål 3 handlar om att säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar. Det har nio tillhörande delmål som alla handlar om att minska de stora utmaningar som gäller människors hälsa till 2030 (se [figur 1](#)).

Figur 1 – Delmål inom mål för hållbar utveckling 3 om god hälsa och välbefinnande

 3 HÄLSA OCH VÄLBEFINNANDE	Mål	Metoder för genomförande
	3.1 Mödradödlighet 3.2 Neonatal dödlighet och barnadödlighet 3.3 Infektionssjukdomar 3.4 Icke smittsamma sjukdomar 3.5 Narkotikamissbruk 3.6 Skador i trafikolyckor 3.7 Sexuell och reproduktiv hälsovård 3.8 Allmän hälso- och sjukvård 3.9 Miljöhälsa	3.a Tobakskontroll 3.b Läkemedel och vaccin 3.c Finansiering av hälso- och sjukvård och sjukvårdspersonal 3.d Katastrofberedskap

Källa: Revisionsrätten, på grundval av WHO.

05 I sin [särskilda rapport om målen för hållbar utveckling](#) uttryckte sig WHO positivt om de framsteg som gjorts under de senaste åren för att förbättra den globala hälsan men betonade att det inte görs tillräckliga framsteg på områden som mödradödlighet och utbyggnaden av en allmän hälso- och sjukvård. På grund av covid-19-pandemin saktade framstegen mot att uppnå mål 3 av (se [ruta 1](#)). WHO efterlyste därför åtgärder mot långvariga brister i hälso- och sjukvården genom investeringar i hälso- och sjukvårdssystem som ska hjälpa länderna att återhämta sig och bygga upp motståndskraften mot framtida hälsohot.

⁷ Att förändra vår värld: Agenda 2030 för en hållbar utveckling, Förenta nationerna.

Ruta 1

Covid-19-pandemins effekter på hälso- och sjukvårdsbiståndet

I WHO:s särskilda rapport om målen för hållbar utveckling påtalade man försämringen av den allmänna hälso- och sjukvården i utvecklingsländer och avbrotten i leveranserna av väsentliga hälsotjänster (t.ex. vaccinationskampanjer) på grund av covid-19-pandemin. WHO drog slutsatsen att pandemin hade medfört att framstegen mot att uppnå mål 3 saktade av.

I rapporten angavs vidare att under 2021 stod bekämpningen av covid-19 för den största andelen av det globala offentliga ekonomiska utvecklingsbiståndet för grundläggande hälso- och sjukvård (9,6 miljarder euro, varav 6,3 miljarder euro gällde vaccindonationer).

När det gäller EU:s åtgärder mot effekterna av covid-19 anslag kommissionen mer än 440 miljoner euro 2020, och hittills har den anslagit mer än 1,27 miljarder euro för programperioden 2021–2027.

06 Trots den växande internationella oron över de otillräckliga framstegen mot en allmän hälso- och sjukvård⁸ råder kronisk brist på ekonomiska, mänskliga och materiella resurser för att tillgodose hälso- och sjukvårdsbehoven hos en stadigt ökande befolkning i utvecklingsländerna. Enligt Afrikanska unionens senast tillgängliga uppgifter (2021) uppnådde endast två afrikanska länder – Sydafrika och Kap Verde – Abuja-förklaringens mål att tilldela minst 15 % av sina nationella budgetar varje år till hälso- och sjukvårdssektorn⁹. Målet med det internationella biståndet i utvecklingsländer är att förbättra lokala hälso- och sjukvårdssystem och stärka hälso- och sjukvårdstjänster på ett hållbart sätt så att de tillgodoser lokala behov och är tillgängliga för alla, särskilt för dem som lever i fattigdom.

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

⁹ *Africa Scorecard on Domestic Financing for Health*, Afrikanska unionen.

07 Enligt WHO består ett hälso- och sjukvårdssystem av alla organisationer, människor och åtgärder vilkas främsta syfte är att främja, återställa eller bevara hälsa¹⁰. Detta avser de strukturer som måste finnas på plats för att stödja målen att uppnå en bättre hälsa och jämlikhet på hälsoområdet samtidigt som ekonomiska hinder för hälso- och sjukvård undanröjs. WHO har fastställt sex beståndsdelar som tillsammans utgör ett hälso- och sjukvårdssystem: tjänsteleveranser, anställda inom hälso- och sjukvård, information, medicinska produkter, vaccin och teknik, finansiering samt ledarskap och styrning. WHO framhåller begreppet förstärkning av hälso- och sjukvårdssystemen, som enligt organisationens definition är att förbättra dessa beståndsdelar och hantera samspelet mellan dem på ett sätt så att man uppnår rättvisare och hållbarare förbättringar inom alla hälso- och sjukvårdstjänster och bättre resultat på hälsoområdet. Förstärkningen av hälso- och sjukvårdssystemen är beroende av tekniska kunskaper och politisk vilja¹¹.

08 Traditionellt sett har insatser för att stärka hälso- och sjukvårdssystemen i stor utsträckning varit inriktade på att avhjälpa materialbrister – och stödja hälso- och sjukvårdssystem genom leveranser av materiella resurser som myggnät, preventivmedel och läkemedel. Insatserna kan dock inte i sig uppnå så omfattande mål som att stärka politiken, lagstiftningen, organisatoriska strukturer eller försörjningssystem som leder till att resurserna används effektivare¹².

EU:s hantering av hälsoutmaningar i partnerländerna

09 EU:s stöd till hälso- och sjukvård i partnerländerna bygger på artikel 168.3 i [fördraget om Europeiska unionens funktionssätt](#) som fastställer att "[u]nionen och medlemsstaterna ska främja samarbetet med tredjeland och behöriga internationella organisationer på folkhälsans område".

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

¹¹ *Health systems strengthening*, Unlimit Health.

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

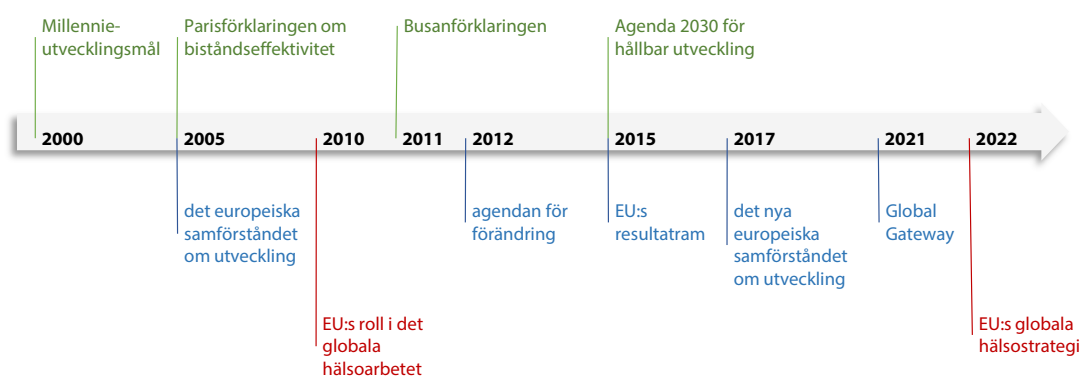
10 EU:s aktuella politik och mål för hälso- och sjukvårdsbistånd har tagits fram genom många olika policydokument under de senaste budgetcyklerna. De aktuella globala¹³ och europeiska politikområdena och strategierna visas i *figur 2* och i *bilaga I*.

Figur 2 – Tidsplan: globala och europeiska strategier för hälso- och sjukvårdsbistånd

Global utvecklingspolitik

EU:s utvecklingspolitik

EU:s hälso- och sjukvårdspolitik



Källa: Revisionsrätten, på grundval av information från GD Internationella partnerskap.

11 År 2005 antog Europaparlamentet, rådet och kommissionen **det europeiska samförståndet om utveckling** där de upprepade EU:s åtagande om att uppnå internationellt överenskomna utvecklingsmål (dvs. millennieutvecklingsmålen). Denna politik gjordes 2017 tillämplig på målen för hållbar utveckling.

¹³ Millennieutvecklingsmålen, Parisförklaringen, Busan-förklaringen och Agenda 2030 för hållbar utveckling.

12 År 2010 antog kommissionen ett meddelande om EU:s roll i det globala hälsoarbetet¹⁴, som var ett uttalande om EU:s politik för hälso- och sjukvårdsbistånd. Det har påverkat två fleråriga budgetramar efter varandra (2014–2020 och 2021–2027). I rådets tillhörande slutsatser¹⁵ uppmanades kommissionen och medlemsstaterna att agera tillsammans för att prioritera stöd till förstärkningen av hälso- och sjukvårdssystemen i partnerländerna. I november 2022 antog kommissionen en ny strategi för global hälsa¹⁶ där den återigen slog fast åtagandet att uppnå målen för hållbar utveckling och det europeiska samförståndet om utveckling.

13 I *tabell 1* visas hur mycket pengar som har gått till stödprogram för hälso- och sjukvård som kommissionen förvaltat under de tre senaste programperioderna. Detta område av EU:s ekonomiska stöd förvaltas huvudsakligen av generaldirektoratet för internationella partnerskap (GD Internationella partnerskap).

Tabell 1 – Utveckling av EU:s hälso- och sjukvårdsbistånd per kommissionsavdelning (betalningar i miljoner euro)

Ansvarig avdelning vid Europeiska kommissionen	2007–2013	2014–2020	2021–2027 (januari 2024)	% av totalsumman sedan 2007
GD Internationella partnerskap (tidigare GD Internationellt samarbete och utveckling)	2 887	2 812	2 244	86,5 %
GD Grannskapspolitik och utvidgningsförhandlingar (exklusive föranslutningsinstrument)	400	429	193	11,2 %
Övriga (tjänsten för utrikespolitiska instrument, Echo, GD Hälsa och livsmedelssäkerhet och GD Reform)	55	153	7	2,3 %
TOTALT	3 342	3 394	2 444	100 %

Källa: Revisionsrätten, på grundval av uppgifter som GD Internationella partnerskap hämtade från Opsys i januari 2024.

¹⁴ COM(2010) 128.

¹⁵ Rådets slutsatser av den 10 maj 2010 om EU:s roll i det globala hälsoarbetet.

¹⁶ COM(2022) 675.

14 EU:s finansiering till hälso- och sjukvårdsbistånd består av en geografisk pelare (åtgärder som genomförs inom ramen för landsprogram och regionala program) och en tematisk pelare (åtgärder som hanterar globala problem). Den geografiska och den tematiska pelaren ställer krav på att det utarbetas fleråriga vägledande program där man fastställer prioriteringar och mål för en sjuårsperiod för att hantera de utmaningar som identifierats.

15 Den lagstiftning som inrättar Europeiska utvecklingsfonden (EUF), instrumentet för utvecklingssamarbete och instrumentet för grannskapet, utvecklingssamarbete och internationellt samarbete – Europa i världen¹⁷ (*instrumentet Europa i världen*) innehöll en ”geografisk pelare” med finansieringsramar som kan användas för att ge EU:s bilaterala hälso- och sjukvårdsbistånd till specifika partnerländer och regioner. Den geografiska pelaren finansierar i första hand genomförandet av program och projekt som förstärker hälso- och sjukvårdssystemen i partnerländerna. EU-delegationerna genomför projekten främst via icke-statliga organisationer, genomförandeorgan i EU:s medlemsstater eller internationella organisationer, till exempel FN-organ.

16 Kommissionen använder samma instrument också när den fördelar hälso- och sjukvårdsfinansiering via den tematiska pelaren, huvudsakligen till globala hälsoinitiativ. I initiativen kombineras insatser som intressenter runtom i världen genomför för att hantera globala utmaningar på hälsoområdet. Globala hälsoinitiativ mobiliserar, förvaltar och fördelar medel för att stödja genomförandet av hälso- och sjukvårdsprogram i låg- och medelinkomstländer. De två största globala hälsoinitiativen som får stöd av kommissionen är den globala fonden för bekämpning av aids, tuberkulos och malaria (*den globala fonden*) och den globala alliansen för vacciner och immunisering (*Gavi-alliansen*).

17 Den tematiska pelaren inom instrumentet Europa i världen består av fyra tematiska program:

- Mänskliga rättigheter och demokrati.
- Civilsamhällets organisationer.
- Fred, stabilitet och förebyggande av konflikter.
- Globala utmaningar.

¹⁷ Förordning (EU) 2021/947.

18 I instrumentet Europa i världen specificeras inte hur mycket som är öronmärkt för hälso- och sjukvård. Inom det fleråriga vägledande programmet [globala utmaningar](#) har prioriterat område 1 (människor) en vägledande budget på 1 835 miljoner euro (28,8 % av hela den tematiska pelaren inom instrumentet eller 50 % av det vägledande programmet globala utmaningar) och har hälso- och sjukvård som en av sina prioriteringar.

Revisionens inriktning och omfattning samt revisionsmetod

19 Vi granskade EU:s ekonomiska stöd till hälso- och sjukvårdssystem i partnerländerna för att få svar på följande frågor:

- Fastställde kommissionen tydliga mål för sitt ekonomiska stöd till hälso- och sjukvård och valde den insatser som stämmer överens med målen?
- Har EU:s ekonomiska stöd till förstärkningen av hälso- och sjukvårdssystemen uppnått förväntade resultat?
- Har kommissionen tagit hänsyn till hållbarhetsfrågor i alla stadier av sina insatser?

20 Revisionen var inriktad på GD Internationella partnerskaps ekonomiska stöd till hälso- och sjukvårdssektorn i partnerländerna under programperioden 2014–2020. Vi tittade även på perioden 2007–2013 (för vår bedömning av hållbarhet) och inledningen på programmet inom instrumentet Europa i världen för perioden 2021–2027 (uppgifter hämtades fram till januari 2024). Vi koncentrerade oss på globala och landsspecifika anslag.

21 Vi analyserade dokument som överlämnades av kommissionen (GD Internationella partnerskap och EU-delegationer) om EU:s strategier för hälso- och sjukvård, definitionen av mål och indikatorer samt fördelningen av finansiering under de respektive programperioderna.

22 Vi hade flera möten med GD Internationella partnerskap i Bryssel. Vi besökte även den globala fondens huvudkontor i Genève för att få veta mer om insatsernas roll, inriktning och omfattning i partnerländerna.

23 Dessutom valde vi ut tre länder – Burundi, Demokratiska republiken Kongo och Zimbabwe – där vi gjorde en fördjupad analys av EU:s hälso- och sjukvårdsstöd på fältet. Våra urvalskriterier var omfattningen på det ekonomiska stödet till hälso- och sjukvård, EU:s strategiska prioriteringar på hälsoområdet, utvecklingen av det ekonomiska stödet över tid och storleken på biståndet från den globala fonden. Vi gick igenom varje utvalt lands nationella strategi på hälsoområdet och programplaneringsdokument och granskade ett urval om 17 av de största EU-finansierade bilaterala programmen och projekten på hälsoområdet (se [bilaga II](#)).

24 Vid besöken i Burundi och Zimbabwe intervjuade vi lokala myndigheter, EU-delegationerna, andra givare, projektansvariga, icke-statliga organisationer och slutliga stödmottagare. Vi granskade programmen i Demokratiska republiken Kongo genom en skrivbordsgranskning.

25 Enligt kommissionen har hälso- och sjukvård blivit en prioriterad sektor och gått från att vara en policy till att bli en EU-strategi. Vi beslutade att genomföra revisionen med tanke på den globala hälsans betydelse i EU:s utvecklingsagenda och omfattningen av EU:s ekonomiska stöd. Vi hoppas att rapporten ska bidra till att förbättra förvaltningen av EU:s stöd till hälso- och sjukvård och bilda underlag för debatten om tilldelningen av EU:s stöd på detta område i framtiden.

Iakttagelser

EU har fastställt övergripande prioriteringar för hälso- och sjukvårdsbistånd men tilldelningen av medel har brister

26 Vi analyserade prioriteringarna i EU:s strategier för hälso- och sjukvårdsbistånd och GD Internationella partnerskaps finansiering av hälso- och sjukvårdsprogram. Vi bedömde huruvida den övergripande finansieringen och de insatser som valdes ut för granskning var anpassade till de ovannämnda strategiska målen.

27 Enligt [det europeiska samförståndet om utveckling](#) från 2005 ska kommissionen ta fram kriterier för deltagande i och bidrag till globala hälsoinitiativ. Således granskade vi processen för att fördela medel till globala hälsoinitiativ.

I policydokumenten fastställs övergripande parametrar för tilldelningen av medel som har legat kvar på samma nivå under de olika programperioderna

28 I [kommissionens meddelande från 2010](#) om EU:s roll i det globala hälsoarbetet och [rådets tillhörande slutsatser](#) (slutsats 5) angavs att EU och medlemsstaterna behöver prioritera sitt stöd för att stärka hälso- och sjukvårdssystemen i partnerländerna. Syftet med denna inriktning var att se till att de viktigaste beståndsdelarna i systemen – anställda inom hälso- och sjukvård, tillgång till läkemedel, infrastruktur och logistik samt decentraliserad förvaltning – är tillräckligt effektiva för att tillhandahålla grundläggande rättvis hälso- och sjukvård av god kvalitet till alla, särskilt i utsatta länder (se [bilaga I](#)). Tanken var att målet skulle uppnås via bilaterala kanaler och genom deltagande i globala initiativ och internationella forum. I meddelandet föreslås också att EU bör stödja ett kraftfullare ledarskap från WHO:s sida, arbeta för att öka effektiviteten i FN-systemet, säkerställa samstämmighet mellan relevanta EU-politikområden och stödja forskning, informationsutbyte och ett kollektivt expertkunnande med anknytning till global hälsa.

29 EU:s strategi för global hälsa 2022 är inriktad på tre prioriteringar som hänger samman med varandra (se [bilaga 1](#)):

- Tillhandahålla bättre hälsa och välbefinnande för människor under hela livet.
- Stärka hälso- och sjukvårdssystemen och främja allmän hälso- och sjukvård.
- Förhindra och bekämpa hälsohot, inklusive pandemier, [genom att tillämpa en One Health-modell](#)

30 Kommissionens viktigaste policydokument innehöll en allmän ram för att tillhandahålla ekonomiskt stöd till hälso- och sjukvård, men inga operativa mål. Kommissionens hälso- och sjukvårdsstöd motsvarade de fastställda prioriteringarna. Det bidrog till millennieutvecklingsmålen 4, 5 och 6 och senare till mål för hållbar utveckling 3 – främst genom bilaterala program och stöd till globala hälsoinitiativ, såsom den globala fonden, Gavi-alliansen eller FN:s befolkningsfonds (UNFPA) försörjningspartnerskap. Det ekonomiska stödet till den centrala prioriteringen att förstärka hälso- och sjukvårdssystemen (se punkt **28**), som kommer från den geografiska pelaren (se punkt **15**), har dock minskat med tiden.

31 Fram till 2020 ingick kommissionen åtaganden för medel till hälso- och sjukvårdsstöd främst via EUF och instrumentet för utvecklingssamarbete. Sedan 2021 har utvecklingssamarbetet genomförts via instrumentet Europa i världen.

32 Närmare information om GD Internationella partnerskaps finansiering finns i [tabell 2](#). De totala beloppen har fortsatt vara relativt konstanta, men de har minskat i reala termer.

Tabell 2 – Utveckling av GD Internationella partnerskaps betalningar av hälso- och sjukvårdsbistånd per finansieringsinstrument, i miljoner euro

EU:s finansieringsinstrument	2007–2013	2014–2020	2021–2027 (januari 2024)
Instrumentet för grannskapet, utvecklingssamarbete och internationellt samarbete – Europa i världen (<i>instrumentet Europa i världen</i>)			2 244
Europeiska utvecklingsfonden (EUF)	1 256	1 850	
Instrumentet för utvecklingssamarbete	1 566	943	
Övriga	65	19	
Totalsumma	2 887	2 812	2 244

Källa: Revisionsrätten, på grundval av uppgifter från GD Internationella partnerskap.

Kommissionens rangordning av partnerländerna efter deras behov av hälso- och sjukvård har haft liten effekt på tilldelningen av bilateral finansiering

33 Eftersom meddelandet från 2010 om EU:s roll i det globala hälsoarbetet var inriktat på att prioritera och öka stödet till utsatta länder (se punkt **28**) tog GD Internationella partnerskap fram en förteckning över länderna med störst behov som underlag för besluten om tilldelning. En ny förteckning kom 2020.

34 År 2010 rangordnade kommissionen partnerländerna med hjälp av fem indikatorer: ländernas behov av hälso- och sjukvårdsstöd, offentliga finansiella resurser, beredvillighet att använda hälso- och sjukvårdsbistånd på ett korrekt sätt, mottagna stödbelopp och tidigare prestationer på hälsoområdet. Förteckningen för 2020 togs fram med hjälp av en ny metod som byggde på tre internationella index: [index för mänsklig utveckling](#), [humankapitalindex](#) och [framsteg med avseende på mål 3 för hållbar utveckling](#). Denna nya metod och utvecklingen på fältet gör att rangordningen av länderna på de två förteckningarna skiljer sig kraftigt åt (se [tabell 3](#)).

Tabell 3 – Hur prioriteringen av hälso- och sjukvård och finansieringen till partnerländer med störst behov 2010 har utvecklats

GD Inter-nationella partnerskaps rangordning		Partnerland	Hälso- och sjukvård som en prioritering i det nationella vägledande programmet		
2010	2020		2007–2013	2014–2020	2021–2027
			Åtaganden 2007–2013 (i miljoner euro)	Åtaganden 2014–2020 (i miljoner euro)	Åtaganden 2007–2013 (i miljoner euro)
1	26	Tanzania	0,018	0	0
2	32	Zambia	68	2,3	12,3
3	13	Afghanistan	198	172,5	65,3
4	5	Moçambique	24	0	4
5	33	Central-afrikanska republiken	0	7,4	34
6	2	Sierra Leone	24,2	0	0
7	3	Niger	0	11,8	1
8	6	Liberia	63,5	0	0
9	28	Sudan	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	Nigeria	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	Tchad	10	1,2	0
20	38	Komorererna	0	0	0

Lila celler = länder där hälso- och sjukvård inte är en prioriterad sektor i det nationella vägledande programmet för 2014–2020.

Gula celler = länder där hälso- och sjukvård inte är en prioriterad sektor i det fleråriga vägledande programmet för 2021–2027.

(*) Senegal, Rwanda, Moçambique och Niger har inte hälso- och sjukvård som en prioriterad sektor i sina fleråriga vägledande program för 2021–2027 men får medel från det regionala fleråriga vägledande programmet för Afrika söder om Sahara.

Källa: Revisionsrätten, på grundval av uppgifter från GD Internationella partnerskap.

35 Svagt samband mellan rangordningen av partnerländerna och de bilaterala finansiella anslagen till hälso- och sjukvårdssektorn (se [tabell 3](#)). Tanzania, som rangordnades högst på förteckningen 2010, fick mycket lite stöd 2007–2013. Sierra Leone rangordnades högt på båda förteckningarna men fick endast stöd under perioden 2007–2013. Moçambique fick också endast lite stöd trots att landet befann sig högt upp på båda förteckningarna. Inte i något av de tre länderna var hälso- och sjukvård en av prioriteringarna för EU-finansiering. Hälso- och sjukvårdssektorerna fick visst regionalt stöd. Å andra sidan fick Zimbabwe och Burundi relativt höga biståndsbelopp till hälso- och sjukvård trots att länderna befann sig längre ner på båda förteckningarna. De länder som fick störst finansiering under perioden 2014–2020 var Demokratiska republiken Kongo, Afghanistan, Zimbabwe, Etiopien och Burundi. Under den innevarande programperioden (2021–2027) har de fem länder som fått störst finansiering från kommissionen till hälso- och sjukvårdssektorn varit Demokratiska republiken Kongo, Afghanistan, Burundi, Nigeria och Etiopien.

36 Orsakerna till dessa skillnader har främst att göra med ”programplaneringsprinciperna”¹⁸, särskilt principen om egenansvar som fastställs i artikel 13.1 a i [förordning \(EU\) 2021/947](#), som föreskriver att programplaneringen ska grundas på en politisk dialog med berörda myndigheter i partnerländerna. Det sektorsspecifika stödet ska därmed hänga på varje partnerlands prioriteringar. Andra orsaker var att endast ett begränsat antal prioriterade områden fick ingå i de nationella vägledande programmen (högst tre prioriterade områden från och med den fleråriga budgetramen 2014–2020). Andra brådskande behov – främst ekonomiska – kan ställa sig i vägen för behoven av hälso- och sjukvård: Tchad till exempel, som låg högst upp på förteckningen 2020 (se [tabell 3](#)), har styrning, mänsklig utveckling (utöver hälso- och sjukvård) och den gröna given som fleråriga prioriteringar. Kommissionens analys gav därför vägledning inför programplaneringsförhandlingarna men var inte en avgörande faktor för tilldelningen av medel.

37 Av samma skäl minskade antalet fleråriga vägledande program där hälso- och sjukvård var en prioriterad sektor från 48 under programperioden 2007–2013 till 17 under 2014–2020. Inom instrumentet Europa i världen (2021–2027) är hälso- och sjukvård ett prioriterat område i 27 av totalt 86 nationella fleråriga vägledande program (vilket betyder att hälso- och sjukvård inte prioriteras i 59 länders fleråriga vägledande program). En fullständig förteckning över de länder som har prioriterat hälso- och sjukvård under de tre senaste programperioderna finns i [bilaga III](#).

¹⁸ Särskild rapport 14/2023.

Den metod som används för tilldelningarna från den tematiska pelaren är inte formaliserad och dokumenteras inte tillräckligt

38 Utöver geografiska tilldelningar (per land eller region) ger EU stöd till hälso- och sjukvård genom tematisk finansiering (se punkt [16](#)) som finansierar globala hälsoinitiativ. EU:s utgifter för globala hälsoinitiativ i de tre granskade fleråriga budgetramarna har ökat kraftigt (se [tabell 4](#)). Under de senaste åren har denna trend förstärkts på grund av covid-19-pandemin. Sedan den senaste fleråriga ramen 2014–2020 har dessutom mer stöd getts via globala hälsoinitiativ än direkt till partnerländerna i form av bilateralt bistånd. De två huvudsakliga initiativ som får stöd från kommissionen är [den globala fonden](#) och [Gavi-alliansen](#) (se punkt [16](#) och [bilaga IV](#)). Europeiska kommissionen har gett stöd till den globala fonden sedan den infördes 2002 och till Gavi-alliansen sedan 2003, tre år efter det att den bildades 2000.

Tabell 4 – Utvecklingen av kommissionens betalningar till globala hälsoinitiativ, i miljoner euro

Globala hälsoinitiativ	2007–2013	2014–2020	2021–2027 (fram till januari 2024)	Totalsumma (2007– januari 2024)
Den globala fonden	585	853	1 017	2 455
Gavi-alliansen	20	285	510	815
WHO:s partnerskap för allmän hälso- och sjukvård	22	150	37	209
Pandemifonden			227	227
FN:s befolkningsfonds (UNFPA) försörjningspartnerskap	48	50	45	143
global finansieringsmekanism		24		24
Unaid – FN:s samlade program för hiv/aids-insatser	2			2
Globala hälsoinitiativ totalt	677	1 362	1 836	3 875
Totalt bilateralt bistånd (länder förtecknade i bilaga III)	1 308	990	136	2 435
GD Internationella partnerskaps totala hälso- och sjukvårdsbistånd	2 887	2 812	2 244	7 944
% av de globala hälsoinitiativen totalt/GD Internationella partnerskaps totala hälso- och sjukvårdsbistånd	23,4 %	48,4 %	81,8 %	48,7 %
% av det totala bilaterala biståndet/GD Internationella partnerskaps totala hälso- och sjukvårdsbistånd	45,3 %	35,2 %	6,1 %	30,7 %

Källa: GD Internationella partnerskaps resultattavla och extrahering av data från Cris/Opsys-databasen, på grundval av DAC-koder för hälsa.

39 Varken i förordningen om instrumentet Europa i världen eller motsvarande tematiska fleråriga vägledande program specificeras den EU-finansiering som tilldelas för varje globalt hälsoinitiativ. Enligt kommissionen valdes globala hälsoinitiativ ut för finansiering efter en genomgång av utvärderingar, finansieringsunderskott, tillgänglig budget, framsteg med avseende på målen för hållbar utveckling och indikatorer som rapporterats av de globala hälsoinitiativen samt en bedömning av GD Internationella partnerskaps inflytande i de globala hälsoinitiativens styrande organ och strategiska överväganden. Vi konstaterade dock att processen inte dokumenterades tillräckligt. Även om kommissionen gjorde en del kvantitativa och kvalitativa bedömningar byggde

inte metoden på en formell och på förhand fastställd uppsättning specifika och kvantifierbara kriterier.

EU:s finansiering bidrog till att hälso- och sjukvårdssystemen fungerade, men dess ändamålsenlighet har begränsats av samordningsproblem

40 Vi granskade relevansen och ändamålsenligheten i EU:s hälso- och sjukvårdsbiståndsinsatser i de tre partnerländer som valdes ut för en fördjupad analys, samordningen mellan givare, projektansvariga och statliga institutioner, kostnaderna för att förvalta insatserna, EU-finansieringens synlighet och övervakningsarrangemangen. Vi undersökte om kommissionen har fastställt och prioriterat relevanta insatser för att se till att de stämmer överens med den nationella hälso- och sjukvårdspolitiken och civilsamhällets förväntningar och är i linje med budgetanslagen. Vi undersökte om insatser samordnas med andra givare och bidrar till att strategin och målen kan genomföras och uppnås samt om insatsernas resultat kan kontrolleras.

EU gav stöd till en rad olika hälso- och sjukvårdsinsatser som svarade mot de utvalda ländernas behov

41 Vi konstaterade en viss skillnad i den typ av insatser som finansierades av EU i de tre länder som vi valde ut för en fördjupad analys. Under perioden 2014–2020 användes EU-stödet i Burundi bland annat till gratis sjukvård för gravida kvinnor och barn under fem år. I andra projekt som skulle stärka hälso- och sjukvårdssystemet på områden som kirurgisk kapacitet på distriktsnivå, digitalisering eller psykisk hälsa har endast en liten procentandel av medlen gått till dessa verksamheter. Av de nära 9 miljoner euro som fördelades av EU fördelades 28 % till löpande kostnader och personalresurser i provinserna Burundi, Makamba och Gitega.

42 Kommissionen har gett stöd till hälso- och sjukvårdssystemet i Zimbabwe via en rad på varandra följande fonder med flera givare. Den hälsoutvecklingsfond som fanns under perioden 2016–2022 använde mer än en tredjedel av sin budget till upphandling av väsentliga läkemedel och nutritionsprodukter (se [figur 3](#)).

43 Stöd till hälso- och sjukvårdssektorn har varit en prioritering i EU:s bilaterala bistånd till Demokratiska republiken Kongo de senaste tre programperioderna, då landet har varit den största mottagaren av EU:s hälso- och sjukvårdsbistånd. De bilaterala program och projekt som EU har genomfört i Demokratiska republiken Kongo har varit inriktade på att

- återuppbygga sjukhus och vårdcentraler,
- inrätta byråer för förvaltningen av hälsoinrättningarnas drifts- och vårdkostnader,
- ge bättre tillgång till läkemedel av god kvalitet,
- förstärka hälso- och sjukvårdsmyndigheter.

44 Vi anser att alla dessa insatser i stort sett var relevanta för ländernas behov.

Samordningsinsatser och distributionssystem på distriktsnivå är otillräckliga

45 I de utvalda länderna gjordes insatser för att förbättra samordningen och stärka distributionssystemen. Under vår analys kunde vi se att de nationella samordningsinsatserna ofta endast är koncentrerade till landsomfattande strategier och fördelning per region. Men samordning behövs även på den lägre distrikts- och kliniknivån så att det säkerställs att de får det de verkligen behöver. Våra besök på hälso- och sjukvårdskliniker på landsbygden visade hur viktigt det är att förbättra behovsanalysen och distributionen av läkemedel, eftersom vi hittade tomma hyllor i de flesta klinikers apotek (se punkt [47](#)).

46 I Zimbabwe har utvärderarna¹⁹ konstaterat att projekten inte åtgärdade de underliggande problemen på ett tillräckligt uttömmande sätt, vilket ledde till dubbelarbete. I både Burundi och Zimbabwe upptäckte vi själva fall där medel gick till underutnyttjad utrustning (se [ruta 2](#)).

¹⁹ Slututvärdering av hälsoutvecklingsfondens program, AAN Associates, 2021.

Ruta 2

Underutnyttjad utrustning i Burundi och Zimbabwe

I Burundi besökte vi ett sjukhus där vi kunde konstatera att två nya EU-finansierade inkubatorer visserligen användes, men att tre andra nya inkubatorer (som kom från en annan givare) stod oanvända. De nya EU-finansierade inkubatorerna skulle inte ha behövts om de som tidigare tagits emot från andra givare hade varit i bruk.

På ett distriktssjukhus i Zimbabwe kunde vi konstatera att två lådor som innehöll helt nya frysar hade stått i korridoren i mer än ett halvår därför att sjukhuset inte hade någon användning för dem. Stödmottagaren kunde inte klargöra varifrån de kom, och det gick inte att fastställa finansieringskällan till utrustningen. Om sjukhusets behov hade analyserats bättre skulle givarsamfundets pengar ha kunnat användas mer ändamålsenligt.

47 I Zimbabwes hälsoutvecklingsfondsprojekt avser den största budgetposten medicinska produkter och vaccin (se [figur 3](#)). Trots investeringar från flera givare har tillgången till läkemedel varit begränsad, vilket vi också kunde se under våra besök på plats (se [bild 1](#)). Vi konstaterade att vissa basala läkemedel hade varit slut i lagren i flera månader. Vi stötte även på fall där läkemedel som ännu inte hade passerat utgångsdatum hade slängts.

48 I slututvärderingen av PASS-projektet i Burundi rekommenderade man att kapaciteten för hantering av farmaceutiska produkter behövde bli bättre. I hälsoministeriets årliga rapport för 2021 bekräftas att lagerbrist eller brist på läkemedel utgör de största hindren.

49 Slutligen, när det gäller Demokratiska republiken Kongo, konstaterade man i halvtidsutvärderingen av PRO DS (som offentliggjordes den 17 januari 2022), som var det största hälso- och sjukvårdsprojektet för perioden 2014–2022, att tre mål som gällde tillgången till viktiga läkemedel endast hade uppnåtts delvis på grund av den misslyckade omorganisationen av Federation of Purchasing Centres of Medicines och Directorate General of Health Care Organization and Management (sammanslutning av inköpscentraler för läkemedel och generaldirektoratet för organisation och förvaltning av hälso- och sjukvård).

Bild 1 – Vissa läkemedel på en klinik i Zimbabwe som vi besökte var permanent slut i lager



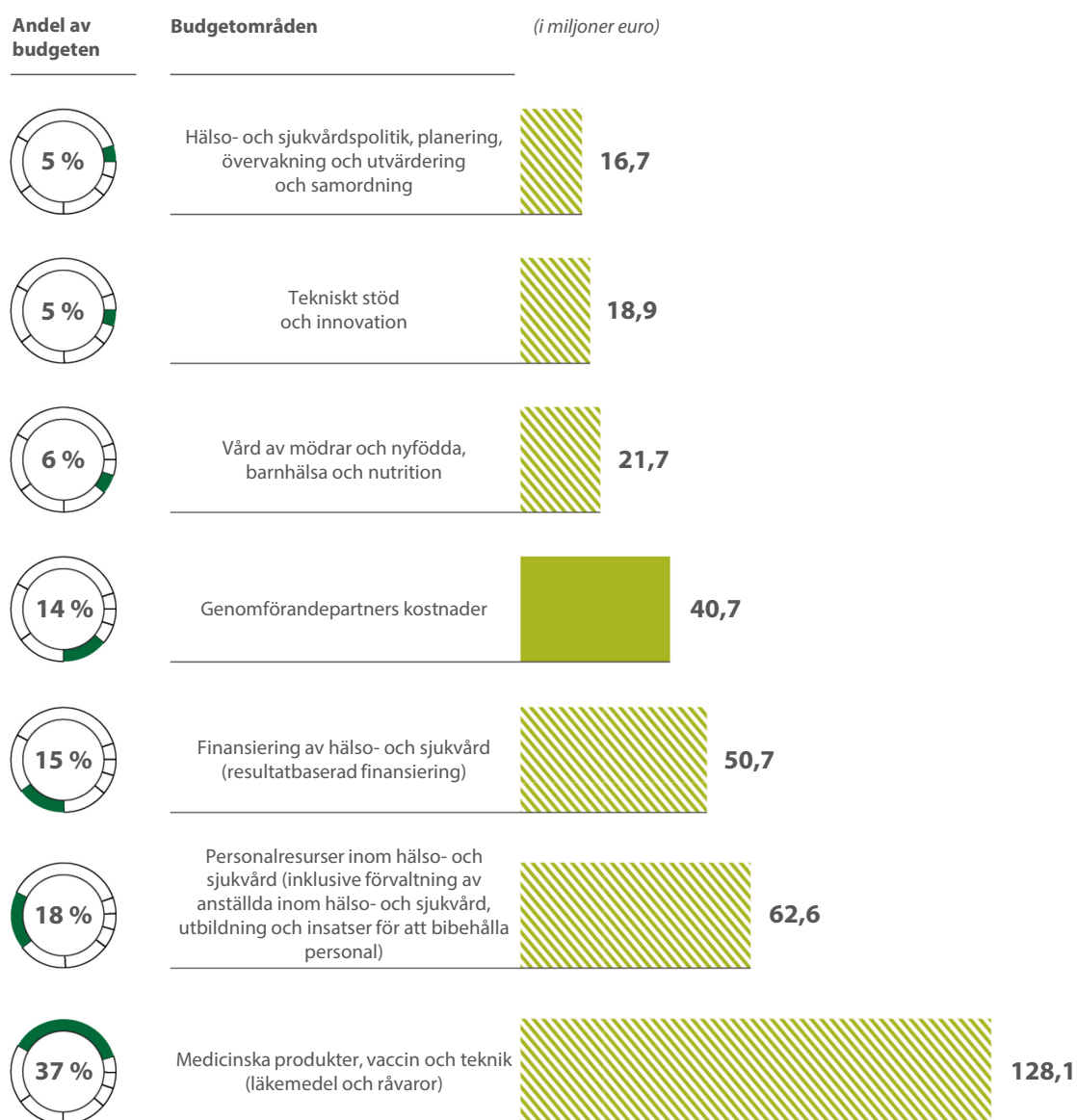
Källa: Revisionsrätten.

Uppdelningen av ansvaret för genomförandet på flera olika nivåer påverkar kostnaderna

50 Kostnaderna för insatser i hälso- och sjukvårdssektorn påverkas av att ansvaret för genomförandet ligger på flera olika nivåer. Projekten leds ofta av genomförandepartner som anlitar underleverantörer. Alla dessa aktörer tar ut förvaltningsavgifter, vilket minskar de belopp som finns tillgängliga för de slutliga stödmottagarna.

51 I Zimbabwe bidrog kommissionen till fonder med flera givare. Hälsoutvecklingsfondsprojektet, som genomfördes från 2016 till 2020, hade två genomförandepartner. Dessa debiterade 7 % av budgeten för förvaltningskostnader och ytterligare 7 % för huvudkontorets förvaltningskostnader – totalt 14 % av hela budgeten. Det innebär att de totala förvaltningskostnaderna var högre än anslagen för vissa insatsrubriker. Av [figur 3](#) framgår att genomförandepartnerernas kostnader var nästan dubbelt så stora som det belopp som tilldelades mödravård, vård av nyfödda, barnavård och nutrition.

Figur 3 – Hälsoutvecklingsfondens budget (EU + andra givare) i Zimbabwe (2016–2022)



Källa: Revisionsrätten.

52 Vi upptäckte att projekt i Burundi, som gick under det gemensamma namnet "Twiteho Amagara", som finansierades direkt av EU, hade driftskostnader på över 30 %. Projekten genomfördes av fem konsortier i Burundis samtliga 18 provinser. Det totala belopp som gavs till konsortierna uppgick till 45 miljoner euro, varav nästan en tredjedel (14 miljoner euro) täckte driftskostnaderna.

Samordningen av olika finansieringsflöden är komplex

53 Kommissionen använder två separata finansieringsflöden – geografisk finansiering och globala initiativ – för att stödja samma geografiska områden. På senare år har de globala hälsoinitiativen dessutom utökat sitt sektorsövergripande tillämpningsområde så att de även inbegriper hälso- och sjukvårdssystem. Därför finns det en risk för överlappning mellan kommissionens och de globala hälsoinitiativens åtgärder och en risk för att synergier, både mellan kommissionens och de globala hälsoinitiativens insatsområden samt mellan de globala hälsoinitiativerna själva, inte stärks.

54 Enligt den globala fonden ska det finnas en tydlig mekanism i varje stödmottagarland för samordningen av gemensamma insatser så att landet får tillgång till och kan använda finansiering. På grund av problem med intressenters representation (särskilt från lokalsamhällena) i de nationella samordningssystemen krävs det ofta att en separat mekanism för landssamordningen inrättas. Vi konstaterade att denna mekanism ökar partnerlandets administrativa börda. På grund av denna komplexitet berättade till exempel burundiska tjänstemän att de ville slå ihop mekanismen för landssamordningen med partnerskapsramen för hälsa och utveckling, som är den övergripande samordningsstrukturen som förvaltas av hälsoministeriet.

55 Kommissionen deltar i de globala hälsoinitiativens styrningsorgan och även i styrningen och genomförandet av 2023 års [Lusaka-agenda](#), som erbjuder ett samordningsforum om de globala hälsoinitiativens framtid. I Lusaka-agendan fastställdes flera centrala krav som ska förbättra de globala hälsoinitiativens bidrag till att skydda liv och förbättra människors hälsa i världen. Kraven inbegriper stärkta bidrag till primärvården, en roll som katalysator som ger stöd till inhemskt finansierade hälso- och sjukvårdstjänster, gemensamma strategier för att uppnå jämlikhet på hälsoområdet, strategisk och operativ samstämmighet i de globala hälsoinitiativens styrningsmodeller och samordning av forskning och utveckling med regional tillverkning. Att genomföra agendan på ett ändamålsenligt sätt kommer att bli avgörande för att säkerställa att givarna, de globala hälsoinitiativen och de nationella myndigheterna har en samordnad strategi för att stärka hälso- och sjukvårdstjänsterna i partnerländerna.

De EU-finansierade åtgärderna syns knappt på fältet, särskilt inte när medel slås samman med medel från andra givare

56 Att EU-åtgärderna syns är centralt om EU:s roll i världen ska främjas. Kommissionen har tagit fram flera riktlinjer med ett särskilt fokus på yttre åtgärder²⁰. Mottagare av EU-finansiering har skyldigheter som är avsedda att säkerställa EU:s synlighet. Reglerna omfattar även co-branding – i de flesta fall är det ett krav att visa upp EU:s emblem minst lika tydligt som andra logotyper.

57 Vid våra besök kunde vi konstatera att det inte framgår tillräckligt tydligt att åtgärderna finansieras av EU. Det vanligaste problemet är att stödmottagare är medvetna om projektet eller de projektansvariga men inte om att finansieringen kommer från EU.

58 De som ansvarar för att genomföra projekt är vanligtvis mycket synligare än givarna, vilket i regel gör att stödmottagarna tror att det är de som står för finansieringen. I Burundi till exempel påträffade vi fall där EU-flaggan visades men det fanns ingen åtföljande text där det framgick att det är Europeiska unionens flagga (se [bild 2](#)), vilket strider mot riktlinjerna (se punkt [56](#)). Detta är problematiskt eftersom lokalbefolkningarna inte alltid associerar flaggan med EU. I andra fall var det endast den projektansvarigas logotyp som visades.

²⁰ *Communicating and raising EU visibility: Guidance for external actions*, Europeiska kommissionen.

Bild 2 – EU-flaggan utan någon text där det framgår att den tillhör Europeiska unionen



Källa: Revisionsrätten.

59 När det gäller fonder med flera givare vet stödmottagarna oftast inte vilka alla givare är utan bara vad fonden heter. Trots kravet att EU:s stöd ska synas minst lika tydligt som andra bidragsgivares är det endast genomförandepartnern som de slutliga stödmottagarna känner igen. Det motverkar målet att öka medvetenheten om EU:s externa politik och globala åtgärder.

Allmänna prestationsindikatorer och bristfälliga uppgifter gör det svårt att mäta vad EU:s hälso- och sjukvårdsbistånd har uppnått

60 EU:s resultatram, som används av kommissionen, innehåller ett litet antal hälso- och sjukvårdsindikatorer som mäter uppfyllelsen av de strategiska målen (fem indikatorer fram till 2017 och två sedan dess). Tanken är att indikatorerna (se [tabell 5](#)) ska mäta specifikt EU-stöd. I praktiken visar de dock resultatet av stödet från hela givarsamfundet och ger inte någon samlad bild av EU:s insatser i hälso- och sjukvårdssektorn.

Tabell 5 – Utvecklingen av hälso- och sjukvårdsindikatorer i EU:s resultatram

2015–2017	från 2018
Antal ettåringar som är immuniserade med stöd från EU	Antal ettåringar som är immuniserade med stöd från EU
Antal kvinnor som med stöd från EU använder preventivmedel	Antal kvinnor i fertil ålder som med stöd från EU använder moderna preventivmedel
Antal födselar i närvaro av kvalificerad personal med stöd från EU	-
Antal personer med långt gången hivinfektion som med stöd från EU får antiretrovirala läkemedel	-
Antal insektsnät för sängar som behandlats med insektsmedel som distribuerats med stöd från EU	-

Källa: EU:s internationella resultatram för samarbete och utveckling (*EU:s resultatram*) från 2015, EU:s reviderade resultatram (2018) och prestationsövervakningssystemet för instrumentet Europa i världen som innehöll en reviderad resultatram för Europa i världen (2022)).

61 På samma sätt hänförs de prestationsindikatorer som används av globala hälsoinitiativ sällan enbart till deras åtgärder utan speglar den gemensamma insatsen från samtliga givare och regeringar i de stödmottagande länderna (t.ex. den globala fondens kritiska prestationsindikator för dödlighet).

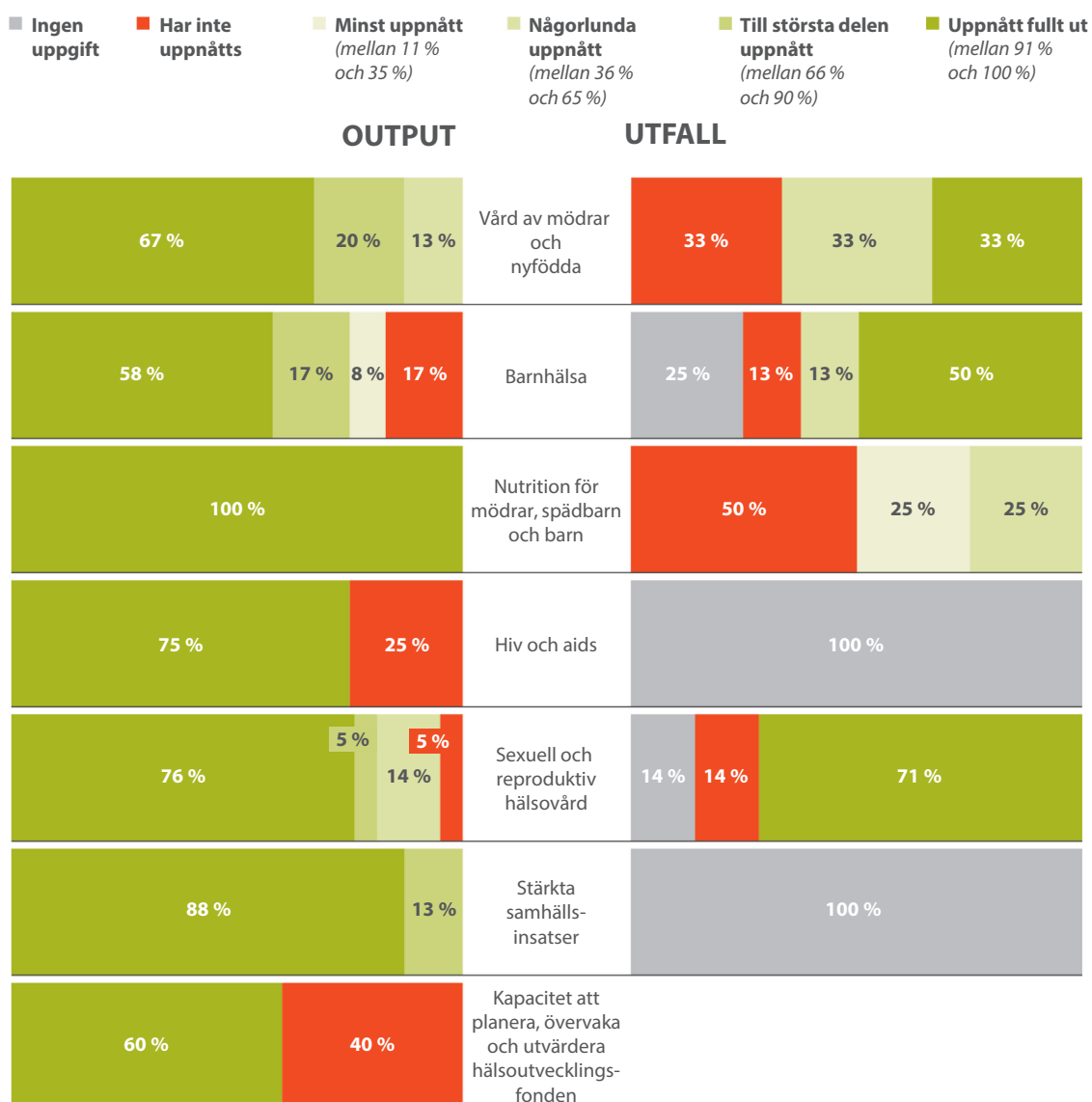
62 Den output som genererades av de sammanslagna medlen kommuniceras inte tillräckligt till EU-delegationerna. Delegationen i Zimbabwe fick till exempel inga kvartalsvisa genomföranderapporter utan enbart årliga lägesrapporter med otillräcklig information om hur medlen hade använts.

63 Som förklaras ovan (se punkterna **60** och **61**) är det svårt att isolera effekterna av EU:s insatser från andra givares stöd och andra yttre faktorer. I Burundi uppskattar man i de utvärderingar som finns tillgängliga att utfall och resultat delvis uppnåddes²¹.

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, och andra utvärderingar som inte är offentliga.

64 Enligt den slutliga utvärderingen hade hälsoutvecklingsfonden i Zimbabwe 24 utfall och 69 output som mål. Indikatorerna visar att merparten av outputen uppnåddes, men att färre framsteg rapporterades när det gällde att uppnå utfall (se [figur 4](#)).

Figur 4 – Hälsoutvecklingsfonden i Zimbabwe: output och utfall



Källa: Revisionsrätten, på grundval av slututvärderingen av hälsoutvecklingsfonden i Zimbabwe.

65 I Demokratiska republiken Kongo visade halvtidsutvärderingen av det största hälso- och sjukvårdsprojektet för perioden 2014–2020, PRO DS, att tre av de tio förväntade resultaten i huvudsak hade uppnåtts fullt ut (t.ex. effektivisering av driften av ett referenssjukhus och av vårdcentraler) och att fem delvis hade uppnåtts (t.ex. förstärkning av den centrala hälso- och sjukvårdsförvaltningens reglerande roll). Framstegen mot två resultat låg långt under förväntan (t.ex. personalresurser som var anpassade till operativa nivåer och administrativa funktioner).

66 Under granskningsbesöken konstaterade vi att vissa uppgifter som hade samlats in till rapporteringen inte gick att få tag i eller inte var tillförlitliga. I Burundi användes flera indikatorer för att övervaka mödrahälsan. En del rapporterade värden var dock uppenbarligen omöjliga att uppnå. Till exempel var indikatorn för assisterade födselar ibland så hög som 125 %. Kommissionen har förklarat att det beror på inaktuell befolkningsstatistik.

Risk för att projekten inte blir hållbara

67 Dålig hållbarhet är en inneboende risk i utvecklingsbiståndsprojekt. Biståndet är tillfälligt, tidshorizonten för insatser är kort och tillgången till medel varierar – allt detta kan ha en negativ effekt på projektens kontinuitet i mottagarländerna. Vi undersökte om hållbarhet beaktades i alla stadier av insatserna, det vill säga från planeringen via genomförandet till övervakningen.

Stödmottagande regeringar saknar omställnings- eller exitstrategier och engagemang och har begränsade budgetmedel

68 De finansierade projekten är tidsbundna och sällan självförsörjande efter det att finansieringen har upphört. Givarna behöver därför arbeta med lokala och nationella myndigheter för att se till att resultat inte går förlorade. Samtidigt är det viktigt att givarnas finansiering motsvaras av en tillräcklig förmåga hos landet att utnyttja medlen och att regeringarna inte använder den till nationella utgifter. Det är också viktigt att mottagarländerna har finansieringsstrategier för hälso- och sjukvården för att mildra effekterna av att givarnas bidrag upphör.

69 Vi hittade ingen tydlig omställnings- och exitstrategi i de tre länder där vi gjorde en fördjupad analys (se [ruta 3](#)), vilket innebär utmaningar för insatsernas hållbarhet när EU-stödet upphör, också med tanke på ländernas begränsade budgetmedel.

Ruta 3

Hälso- och sjukvårdssystemen är fortfarande beroende av internationellt bistånd

I Burundi var EU:s insatser inom hälso- och sjukvårdssektorn till en början övergående för att underlätta övergången från bistånd i nödsituationer till reguljära hälso- och sjukvårdstjänster. Burundi är fortfarande starkt beroende av externa givare och biståndet håller knappt systemet uppe. Kommissionen medger att trots att arbete som inbegriper politisk och sektoriell dialog samt tekniskt stöd till regeringen pågår behövs större insatser för att ta fram en omställnings- och exitstrategi. Hittills finns det inga konkreta planer på det även om samtal förs mellan givarna.

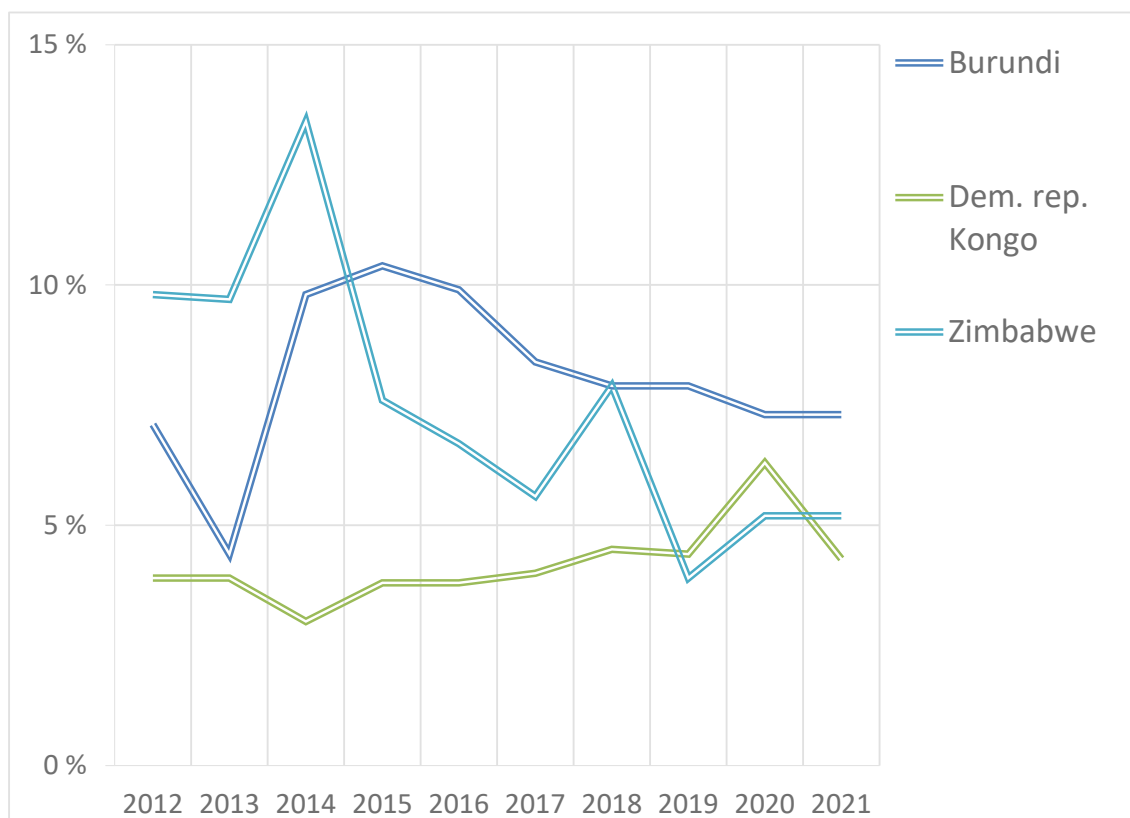
I Zimbabwe anslog hälsoutvecklingsfondsprojektet en betydande del av finansieringen till personalbehov, till exempel utbetalning av bidrag för att behålla personal, prestationsbonusar och andra personalkostnader. Parterna utgick från att regeringen skulle ta över finansieringen av lokalanställda inom hälso- och sjukvården när hälsoutvecklingsfonden hade avslutats och givarnas finansiering minskades i den uppföljande fonden för hälsoresiliens, men inget statligt stöd har betalats ut till löner och motsvarande kostnader.

I halvtidsutvärderingen av det största EU-programmet för hälso- och sjukvård i Demokratiska republiken Kongo för perioden 2014–2020 pekade man på hållbarhetsutmaningarna och förespråkade att en exitstrategi skulle tas fram som involverade samtliga aktörer.

70 Exitstrategier kräver ofta ett finanspolitiskt utrymme som kan säkerställa tillräcklig nationell finansiering till hälso- och sjukvård. Hälso- och sjukvårdsbudgetarna i de tre utvalda länderna har ännu inte nått tröskeln på 15 % av den totala budgeten som utlovades i [Abuja-förklaringen](#) från 2001 (se punkt [06](#) och [figur 5](#))²².

²² *Africa Scorecard on Domestic Financing*, Afrikanska unionen.

Figur 5 – Hälsa- och sjukvårdsbudget i % av BNP i de granskade länderna



Källa: Revisionsrätten, på grundval av [Africa Scorecard on Domestic Financing for Health](#).

Underhållet av utrustningen är inte alltid tillräckligt

71 När givare finansierar eller tillhandahåller utrustning utgår de ofta från att mottagarna kommer att ta väl hand om den, utföra nödvändigt underhållsarbete och tillhandahålla de förbrukningsartiklar som krävs. Det medför dock ofta extra kostnader: för telefoner krävs ett fast abonnemang, för bilar krävs regelbundet underhåll och reservdelar och för skrivare papper och bläckpatroner. Dessa extra kostnader utgör kanske bara en liten del av värdet på utrustningen men kan ibland bli ett oöverstigligt hinder för att utrustningen ska kunna användas på ett ändamålsenligt sätt.

72 Problemet med underhåll har konstaterats i många utvärderingar. Vi kunde se att man i processen för valet av utrustning och underhållet av den inte tog tillräcklig hänsyn till huruvida nödvändiga tjänster, färdigheter och reservdelar fanns tillgängliga i mottagarlandet. I den [gemensamma utvärderingen](#) av de två första prestationsbaserade finansieringsprojekten i Burundi noterades problem med underhållet av utrustning.

73 Under våra besök hos projekt påträffade vi fall där utrustningen, som finansierades direkt eller indirekt med EU-medel, var oanvänd (se [ruta 4](#)), skadad (se [bild 3](#)) eller underutnyttjad. Orsakerna till detta var, enligt vår uppfattning, att det antingen saknades en behovsbedömning eller att den var otillräcklig och att valet av utrustning var bristfälligt.

Bild 3 – Hematologisk analysator i ett laboratorium i Burundi var trasig i mer än 16 månader



Källa: Revisionsrätten.

Ruta 4

Centrumet för insatser vid hot mot folkhälsan var inte i drift i Burundi

Centrum för insatser vid hot mot folkhälsan samordnar all verksamhet som gäller hot mot folkhälsan. EU:s finansiering på 800 000 euro användes till att inrätta ett sådant centrum i Burundi, och det invigdes den 20 april 2021²³. När vi gjorde vårt granskningsbesök mer än två år senare var datorerna fortfarande inte anslutna, telefonerna fungerade inte och annan it-utrustning hade aldrig använts. Centrumets ledning förklarade att centrumet inte hade tagits i drift på grund av att hälsoministeriet inte hade lyckats nå en överenskommelse med ett telefonbolag.

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

Slutsatser och rekommendationer

74 Sammantaget konstaterade vi att kommissionen tilldelade finansiering i enlighet med sina övergripande prioriteringar, men att tilldelningsmetoden hade brister. Insatsernas ändamålsenlighet begränsades av samordnings- och hållbarhetsproblem.

75 I EU:s viktigaste policydokument fastställs de övergripande parametrarna för hur medlen ska tilldelas, men inga operativa mål specificeras. Betalningarna till hälso- och sjukvårdsstöd har varit relativt konstanta under de tre senaste programperioderna. Finansieringen av bilateralt samarbete med partnerländerna har dock minskat medan finansieringen av stöd till globala hälsoinitiativ har ökat kraftigt, delvis med anledning av insatserna mot covid-19 (punkterna [28–32](#)).

76 Kommissionen har rangordnat partnerländerna efter deras behov av hälso- och sjukvårdssystem, men denna bedömning har haft liten effekt på den bilaterala finansieringen, främst på grund av principerna för programplanering (punkterna [33–37](#)).

Rekommendation 1 – Se till att fördelningen av medel till hälso- och sjukvård svarar bättre mot ländernas behov

Vid utarbetandet av nästa fleråriga budgetram bör kommissionen, i dialog med de stödmottagande länderna, utforska hur man bättre anpassar den geografiska fördelningen av EU:s hälso- och sjukvårdsbistånd till rangordningen av partnerländernas behov och, om möjligt, baserat på nästa fleråriga budgetrams rättsliga grund, återställa balansen när det gäller fördelningen av medel mellan globala initiativ och bilateralt stöd till länderna.

Måldatum för genomförande: I tid till nästa fleråriga budgetram.

77 Fördelningen av stöd till enskilda globala hälsoinitiativ via tematiska program byggde på kvantitativa och kvalitativa bedömningar. Dessa gjordes dock inte utifrån en formaliserad och på förhand fastställd uppsättning specifika och kvantifierbara kriterier, och processen dokumenterades inte tillräckligt (punkterna [38–39](#)).

Rekommendation 2 – Fastställ tydliga kriterier för finansieringen av globala hälsoinitiativ och förbättra dokumentationen av tilldelningsprocessen

Kommissionen bör fastställa tydliga, specifika och i förekommande fall kvantifierbara kriterier för finansiering av globala hälsoinitiativ och dokumentera processen bättre, inbegripet en analys av mervärdet av kommissionens medverkan i dessa initiativ.

Måldatum för genomförande: 2025.

78 De granskade projekten levererade en mängd olika output – från ersättning av kostnaderna för läkarbesök, via läkemedel till sjukhusbyggnader. Samordningen på distriktsnivå var dock otillräcklig, vilket ledde till brister i distributionen av utrustning och läkemedel (punkterna [40–49](#)).

Rekommendation 3 – Förbättra behovsanalysen och samordningen av distributionen av utrustning och läkemedel

Kommissionen bör samarbeta med relevanta aktörer på lämplig nivå för att förbättra samordningen av distributionen av utrustning och läkemedel. Kommissionen bör arbeta tillsammans med partnerländerna för att stärka deras kapacitet när det gäller behovsanalys, planering och samordning.

Måldatum för genomförande: 2025.

79 Kostnaderna för insatser i hälso- och sjukvårdssektorn påverkades av att ansvaret för genomförandet låg på flera olika nivåer. Det ledde till ökade kostnader för att genomföra projekt och minskade de belopp som fanns tillgängliga för de slutliga stödmottagarna (punkterna [50–52](#)).

Rekommendation 4 – Analysera förvaltningskostnadernas rimlighet

Kommissionen bör skärpa sin analys av om de budgeterade förvaltningskostnaderna är rimliga, särskilt kostnaderna för uppdelningen av genomförandansvaret på flera olika nivåer.

Måldatum för genomförande: 2025.

80 Kommissionen deltar i de styrande organen för globala hälsoinitiativ och i styrningen och genomförandet av Lusaka-agendan. Den gör det för att se till att initiativen samordnas bättre, få ett slut på fragmenteringen och effektivisera deras struktur (punkterna [53–55](#)).

Rekommendation 5 – Undvik överlappningar och säkerställ synergier mellan de globala hälsoinitiativ som får stöd

Kommissionen bör vidta ytterligare åtgärder för att undvika överlappningar och säkerställa synergier mellan de globala hälsoinitiativ som får stöd.

Måldatum för genomförande: 2025.

81 EU-finansieringen var inte särskilt synlig bland målgrupperna (punkterna [56–59](#)). Kommissionen använde ett litet antal högnivåindikatorer kopplade till hälso- och sjukvård. Vi konstaterade att indikatorerna gav en ofullständig bild av EU:s många olika åtgärder på hälso- och sjukvårdsområdet. Vidare beräknades de på ett sätt som i praktiken innebar att de mätte de olika aktörernas gemensamma insats, och därmed kunde insatsen inte enbart hänföras till EU:s finansiering. Det innebar att kommissionen inte fullt ut kunde mäta de resultat som uppnåtts genom EU:s finansiering i hälso- och sjukvårdssektorn i förhållande till de strategiska målen. Vidare kommunicerades inte resultaten av bilaterala insatser som genomfördes av fonder med flera givare tillräckligt till EU-delegationerna. De uppgifter som projektansvariga samlade in för rapportering gick ibland inte att få tag i eller var inte tillförlitliga (punkterna [60–66](#)).

Rekommendation 6 – Fastställ indikatorer för att övervaka EU-stöd till hälso- och sjukvårdssektorn på ett heltäckande sätt

Vid utarbetandet av nästa fleråriga budgetram bör kommissionen fastställa indikatorer för hälso- och sjukvårdssektorn som övervakar EU-insatsernas effekter på ett heltäckande sätt, i linje med principerna för biståndseffektivitet. När det gäller fonder med flera givare bör kommissionen bedöma om det går att tillämpa en proportionell metod för rapporteringen av EU-insatsernas resultat.

Måldatum för genomförande: I tid till nästa fleråriga budgetram, senast 2027.

82 Det finns inga tydliga omställnings- och exitstrategier efter det att givarfinansieringen minskar för att regeringen ska kunna fortsätta finansieringen av projekt. Detta kan äventyra systemens hållbarhet när EU-stödet väl upphör (punkterna **67–70**).

Rekommendation 7 – Vidta åtgärder för att främja hälso- och sjukvårdssystemens hållbarhet

Kommissionen bör tillsammans med alla aktörer som ger stöd till partnerländerna ytterligare undersöka hur man kan säkerställa hälso- och sjukvårdssystemens hållbarhet. Diskussionerna bör behandla finansieringen av hälso- och sjukvård, bland annat mobiliseringen av inhemska intäkter samt tydliga och realistiska omställnings- och exitstrategier. Exitstrategierna bör omfatta den framtida planerade finansieringen av relevanta delar av hälso- och sjukvårdssystemen.

Måldatum för genomförande: 2025.

83 EU-insatsernas hållbarhet står på spel på grund av otillräckligt underhåll av den utrustning som tillhandahållits (punkterna **71–73**).

Rekommendation 8 – Fäst ökad vikt vid underhåll av utrustning

Kommissionen bör

- a) ta med underhållsaspekten när den upphandlar utrustning, det vill säga beakta om de tjänster, färdigheter och reservdelar som krävs finns tillgängliga i landet och hur detta vid behov skulle kunna fastställas,
- b) vidta åtgärder för att bidra till ökad medvetenhet och beteendeförändringar när det gäller underhåll och därmed bidra till att införa en kultur och rutiner för underhåll bland berörda parter.

Måldatum för genomförande: 2025.

Denna rapport antogs av revisionsrättens avdelning III, med ledamoten Bettina Jakobsen som ordförande, vid dess sammanträde i Luxemburg den 9 juli 2024.

För revisionsrätten

Tony Murphy
ordförande

Bilagor

Bilaga I – Mål för EU:s strategier för hälso- och sjukvårdsbistånd sedan 2005

Strategidokument	Mål för hälso- och sjukvårdsbistånd
<p>Det europeiska samförståndet om utveckling från 2005</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Sträva efter att uppnå FN:s millennieutvecklingsmål på hälsoområdet: Mål 4 om att minska barnadödligheten, mål 5 om att förbättra mödrhälsan och mål 6 om att bekämpa hiv och aids, malaria och andra sjukdomar. — Ta itu med den extraordinära bristen på personalresurser inom hälso- och sjukvård. — Rättvis finansiering av hälso- och sjukvården. — Förstärkning av hälso- och sjukvårdssystemen för att främja bättre hälsoresultat. — Fortsätta bidra till globala initiativ: i det avseendet anges i punkt 108 i dokument 2006/C 46/01 att "[k]ommissionen kommer att utarbeta kriterier för gemenskapens deltagande i globala fonder och bidrag till fonderna".
<p>Meddelande från kommissionen från 2010 om EU:s roll i det globala hälsoarbetet (och medföljande arbetsdokument från kommissionens avdelningar).</p>	<ul style="list-style-type: none"> — EU:s ledarskap för att samordna globala hälsoinitiativ, involvera berörda parter på partnerlandsnivå. — Allmän hälso- och sjukvård: <ul style="list-style-type: none"> ○ Prioritera utsatta länder via bilaterala kanaler (förteckning över utsatta länder) och genom deltagande i globala hälsoinitiativ (främja anpassning av befintliga initiativ). ○ Koncentrera stödet till hälso- och sjukvårdssystemen. ○ Finansiera en nationell hälso- och sjukvårdsbudget och en övervakningsprocess, som den ram som föredras för EU-stöd. ○ Kanalisera två tredjedelar av det offentliga utvecklingsbiståndet (ODA) på hälsoområdet via partnerländernas utvecklingsprogram och 80 % via partnerländernas upphandlingssystem och system för förvaltning av offentliga medel. — Säkerställa samstämmighet med andra politikområden för att främja tillgång till hälso- och sjukvård för alla. — Investera i hälsoforskning som gynnar alla.

Strategidokument	Mål för hälso- och sjukvårdsbistånd
Meddelande från kommissionen från 2011 om en agenda för förändring (rådets slutsatser från 2012)	<ul style="list-style-type: none"> — Ta tillvara sina olika verktyg för bistånds- och utvecklingspolitiken, bland annat "sektorsreformkontrakt". — Bygga upp och förstärka sjukvårdssystem. — Minska orättvisor i fråga om tillgång till sjukvård — Stärka skyddet mot globala hot mot folkhälsan. — Stödja en väl sammanhållen politik. — Enligt rådets slutsatser kommer stödet till social delaktighet och mänsklig utveckling [hälso- och sjukvård, utbildning och socialt skydd] att fortsätta genom minst 20 % av EU-biståndet.
Det europeiska samförståndet om utveckling från 2017	<ul style="list-style-type: none"> — Försöka uppnå FN:s hälsorelaterade mål för hållbar utveckling. — EU och medlemsstaterna kommer att främja tillgång till hälso- och sjukvård för alla. — Stöd till uppbyggnaden av starka och motståndskraftiga hälso- och sjukvårdssystem av god kvalitet. EU och medlemsstaterna kommer att stödja utvecklingsländerna i utbildningen, rekryteringen, utplaceringen, den fortlöpande fortbildningen av hälso- och sjukvårdspersonal och så vidare. — Förebygga och bekämpa smittsamma sjukdomar som hiv och aids, tuberkulos, malaria och hepatit. — Vidta åtgärder mot globala hot (epidemier eller antimikrobiell resistens). — Arbeta för att minska barna- och mödradödligheten, främja psykisk hälsa och angripa det ökande problemet med icke-smittsamma sjukdomar i partnerländerna. — Främja innovation inom hälso- och sjukvårdsteknik. — EU upprepar sitt åtagande om att lägga minst 20 % av sitt offentliga utvecklingsbistånd (ODA) på social delaktighet och människors utveckling.

Strategidokument	Mål för hälso- och sjukvårdsbistånd
EU:s globala strategi 2022	<ul style="list-style-type: none"> — Tillhandahålla bättre hälsa och välbefinnande för människor under hela livet (mål för hållbar utveckling 3 om hälsosamma liv, mål 5 om jämställdhet och mål 10 om att minska ojämlikheten inom och mellan länder). Här nämns hälso- och sjukvårdssystem, åtgärder för att bekämpa hiv och stöd till globala hälsoinitiativ. — Stärka hälso- och sjukvårdssystemen och främja allmän hälso- och sjukvård. Här ingår digitalisering, innovationsteknik och åtgärdande av personalbrist. — Förhindra och bekämpa hälsohot, inklusive pandemier, genom att tillämpa en One Health-modell. Inbegripa stöd till pandemifonden, tillverkningskapaciteten och så vidare. — EU upprepar sitt åtagande om att lägga minst 20 % av sitt offentliga utvecklingsbistånd (ODA) på social delaktighet och människors utveckling inom ramen för instrumentet för grannskapet, utvecklingssamarbete och internationellt samarbete – Europa i världen.

Bilaga II – Förteckning över granskade projekt

Burundi

Namn	FBR	Referens	EU-stöd (åtaganden i miljoner euro)
Programme d'appui au système de santé (PASS) (program för stöd till hälso- och sjukvårdssystem) genom finansieringsverktyget som baseras på prestation – fas 2	2014–2020	FED/2019/413-660 (CL)	27,8
TWITEHO AMAGARA – Bujumbura Mairie, Bujumbura rural, Muramvya, Rumonge et Kirundo	2014–2020	FED/2019/405-241 (EC)	9,4
TWITEHO AMAGARA – Cankuzo, Ruyigi, Rutana, Mwaro	2014–2020	FED/2019/405-314 (EC)	9,3
TWITEHO AMAGARA – Ngozi, Kayanza, Cibitoke	2014–2020	FED/2019/405-306 (EC)	8,9
TWITEHO AMAGARA –Bururi, Makamba, Gitega	2014–2020	FED/2019/405-304 (CL)	8,1
TWITEHO AMAGARA –Karuzi, Muyinga, Bubanza och psykisk hälsa i Ngozi	2014–2020	FED/2019/405-311 (CL)	7,5

Demokratiska republiken Kongo

Namn	FBR	Referens	EU-stöd (åtaganden i miljoner euro)
Programme d'appui au plan national de développement sanitaire (PA PNDS) (program för stöd till den nationella utvecklingsplanen).	2007–2013	FED/ 2009/21511	53,8
Projet d'accélération des progrès vers les OMD 4 et 5 (PAP OMD 4 -5) (projekt för att påskynda framsteg mot millennieutvecklingsmålen 4 och 5)	2007–2013	FED/2012/023-801 (EC)	40

Namn	FBR	Referens	EU-stöd (åtaganden i miljoner euro)
Programme de renforcement de l'Offre et Développement de l'accès aux Soins de Santé en RDC (PRODS) (program för att stärka utbud och utveckling av tillgång till hälso- och sjukvård i Demokratiska republiken Kongo)	2014–2020	FED/2016/038-165 (EC)	217
Unis pour la santé et l'éducation (enade för hälsa och utbildning)	2021–2027	NDICI AFRICA/2021/043-305 (EC)	30
Unis pour la santé, fas 2	2021–2027	NDICI AFRICA/2022/043-891 (CA)	35
Unis pour la santé, fas 3	2021–2027	NDICI AFRICA/2023/045-313 (EC) (JAD.1258480)	9

Zimbabwe

Namn	FBR	Referens	EU-stöd (åtaganden i miljoner euro)
Health Development Fund (förbättra tillgången till grundläggande hälso- och sjukvårdstjänster för hela Zimbabwes befolkning)	2014–2020	FED/2015/368-364 (CL)	62,6
Improving access to basic health services to all Zimbabweans II	2014–2020	FED/2020/415-680 (EC)	42,5
Health Resilience Fund (HRF)	2021–2027	NDICI AFRICA/2022/438- 583 (EC)	41,0
Improving access to basic health services to all Zimbabweans II_Unicef	2014–2020	FED/2020/415-231 (CA)	35,9
Contribution to Health Transition Fund IV	2014–2020	FED/2015/356-385 (CA)	12,0

Bilaga III – Partnerländer där hälso- och sjukvård är en prioriterad sektor som fastställs i de nationella vägledande programmen/fleråriga vägledande programmen

	Fleråriga budget-ramen 2007–2013	Fleråriga budget-ramen 2014–2020	Fleråriga budget-ramen 2021–2027
Afghanistan	•	•	•
Algeriet	•		
Angola	•		
Bangladesh	•		
Belize		•	
Burkina Faso	•	•	
Burundi	•	•	•
Central-afrikanska republiken		•	•
Dem. rep. Kongo	•	•	•
Dominica	•		
Egypten	•		•
Elfenbenskusten	•		
Etiopien		•	•
Filippinerna	•		
Ghana	•		
Grenada		•	
Guinea	•	•	•
Guinea-Bissau	•	•	•
Indien	•		
Iran			•
Jamaica	•		
Jemen	•		
Kenya			•
Kongo	•		
Kuba			•
Laos			•
Libanon			•
Liberia	•		
Libyen	•	•	•
Madagaskar	•		•
Mali	•		•
Marocko	•	•	•

	Fleråriga budget-ramen 2007–2013	Fleråriga budget-ramen 2014–2020	Fleråriga budget-ramen 2021–2027
Mauretanien	•	•	•
Moçambique	•		
Moldavien	•		
Myanmar/Burma	•		
Namibia	•		
Niger	•		
Nigeria	•	•	•
Palestina			•
Peru	•		
Saint Lucia	•		
Saint Vincent och Grenadinerna	•		
São Tomé och Príncipe	•		
Senegal	•		
Sierra Leone	•		
Sudan			•
Swaziland	•		
Sydafrika	•		
Sydsudan	•	•	•
Syrien	•		
Tadzjikistan	•	•	•
Tchad	•		
Togo	•		
Tunisien			•
Uganda			•
Uzbekistan	•		
Vietnam	•		
Zambia	•		•
Zimbabwe	•	•	•
Östtimor	•		
Länder TOTALT	48	17	27

Bilaga IV – Anslag från den tematiska pelaren inom instrumentet Europa i världen (januari 2024)

Program för hälso- och sjukvård	Åtaganden (euro)
Bidrag till den globala fonden	1 064 503 222
Bidrag till Gavi-alliansen	525 000 000
Bidrag till pandemifonden	427 000 000
Bidrag till Förenta nationernas befolkningsfond (UNFPA)	45 000 000
Överenskommelse om medverkan i programmet för påskyndande av mänsklig utveckling (Acceleration Human Development, HDX) Program – poliokomponenten	275 000 000
Övriga	12 517 500
Totalsumma	2 349 020 722

Anm.: Rader i fetstil avser anslag till globala hälsoinitiativ (den globala fonden, Gavi-alliansen, inbegripet Covax-mekanismen för covid-19-vaccin, UNFPA och pandemifonden).

Förkortningar

Echo: kommissionens generaldirektorat för europeiskt civilskydd och humanitära biståndsåtgärder.

EUf: Europeiska utvecklingsfonden.

Gavi-alliansen: den globala alliansen för vacciner och immunisering.

GD Grannskapspolitik och utvidgningsförhandlingar: kommissionens generaldirektorat för grannskapspolitik och utvidgningsförhandlingar.

GD Internationella partnerskap: kommissionens generaldirektorat för internationella partnerskap.

IPA: instrumentet för stöd inför anslutningen

UNFPA: FN:s befolkningsfond.

Unicef: FN:s barnfond.

WHO: Världshälsoorganisationen.

Ordlista

effekt: de vidare långsiktiga konsekvenserna av ett avslutat projekt eller program, såsom socioekonomiska fördelar för befolkningen som helhet.

effektindikator: en mätbar variabel som ger information om de mänskliga, ekonomiska, fysiska och administrativa medel och den lagstiftning som används för att genomföra ett projekt eller ett program.

EU-delegation: EU:s diplomatiska representation i ett land utanför EU eller vid en multilateral eller internationell organisation.

Europeiska utvecklingsfonden: EU-fond, förvaltd av kommissionen utanför den allmänna budgeten, som ger utvecklingsbistånd till staterna i Afrika, Karibien och Stillahavsområdet och till utomeuropeiska länder och territorier som är associerade med EU genom medlemsstaterna.

FN:s millennieutvecklingsmål: globala mål om att minska fattigdomen och dess effekter fram till 2015 som fastställdes av världens ledare och större utvecklingsinstitutioner vid FN:s millennietoppmöte i september 2000.

hållbarhet: ett utvecklingsprojekts förmåga att upprätthålla sina resultat så länge som krävs, det vill säga är tillräckligt väl etablerat och antingen ekonomiskt självförsörjande eller har tillräcklig finansiering.

mål för hållbar utveckling: 17 mål i FN:s Agenda 2030 för hållbar utveckling som ska stimulera insatser från alla länder på områden som är avgörande för mänskligheten och planeten.

offentligt utvecklingsbistånd: statligt bistånd som är utformat för att främja utvecklingsländernas ekonomiska utveckling och välfärd.

One Health-modell: en integrerad, enhetlig modell som syftar till att på ett hållbart sätt balansera och optimera människors, djurs, växters och ekosystems hälsa.

output: det som produceras eller uppnås genom ett projekt, till exempel en utbildningskurs som hålls eller en väg som byggs.

outputindikator: mätbar variabel som ger information för bedömning av ett projekts produkter eller resultat.

resultat: den omedelbara effekten av ett projekt eller program sedan det avslutats, till exempel förbättrad anställbarhet för kursdeltagare eller förbättrad tillgänglighet efter bygget av en ny väg.

utfall: en omedelbar eller mer långsiktig, avsedd eller oavsiktlig, förändring till följd av ett projekt, såsom fördelarna med bättre utbildad arbetskraft.

Kommissionens svar

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

Tidslinje

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

Vi som arbetat med revisionen

I revisionsrättens särskilda rapporter redovisar vi resultatet av våra revisioner av EU:s politik och program eller av förvaltningsteman som är kopplade till specifika budgetområden. För att uppnå så stor effekt som möjligt väljer vi ut och utformar granskningsuppgifterna med hänsyn till riskerna när det gäller prestation eller regelbrottsnivå, storleken på de aktuella intäkterna eller kostnaderna, framtida utveckling och politiskt intresse och allmänintresse.

Denna effektivitetsrevision utfördes av revisionsrättens avdelning III yttre åtgärder, säkerhet och rättvisa, där ledamoten Bettina Jakobsen är ordförande. Revisionsarbetet leddes till en början av ledamöterna Baudilio Tomé Muguruza och Hannu Takkula.

Revisionsarbetet slutfördes av ledamoten George-Marius Hyzler, med stöd av Pietro Puricella (förstachef), Piotr Zych (uppgiftsansvarig) och Alfonso Calles Sánchez och Piotr Senator (revisorer). Alexandra Damir-Binzaru bidrog med grafiskt stöd.



George-Marius Hyzler



Pietro Puricella



Piotr Zych



Alfonso Calles Sánchez



Piotr Senator

UPPHOVSRÄTT

© Europeiska unionen, 2024

Europeiska revisionsrättens policy för vidareutnyttjande fastställs i [beslut nr 6-2019](#) om revisionsrättens policy för öppna data och återanvändning av handlingar.

Om inget annat anges (t.ex. i enskilda meddelanden om upphovsrätt) omfattas revisionsrättens innehåll som ägs av EU av den internationella [licensen Creative Commons Erkännande 4.0 Internationell \(CC BY 4.0\)](#). Det innebär att det är tillåtet att återanvända innehållet under förutsättning att ursprunget anges korrekt och att det framgår om ändringar har gjorts. Om du återanvänder revisionsrättens innehåll får du inte förvanska den ursprungliga innebörden eller det ursprungliga budskapet. Revisionsrätten ansvarar inte för eventuella konsekvenser av återanvändningen.

När enskilda privatpersoner kan identifieras i ett specifikt sammanhang, exempelvis på bilder av revisionsrättens personal, eller om verk av tredje part används, måste ytterligare tillstånd inhämtas.

Om ett sådant tillstånd beviljas upphävs och ersätts det allmänna godkännande som nämns ovan, och eventuella begränsningar av materialets användning måste tydligt anges.

För användning eller återgivning av innehåll som inte ägs av EU kan tillstånd behöva inhämtas direkt från upphovsrättsinnehavarna.

Figur 1 – Ikonerna för målen för en hållbar utveckling: © Förenta nationerna. Med ensamrätt. Innehållet i denna publikation har inte godkänts av Förenta nationerna och återspeglar inte FN:s eller FN-tjänstemäns ståndpunkter. Ikonerna för språk som inte är officiella FN-språk har antingen laddats ner från [Trello](#) eller skapats av Europeiska revisionsrätten. Förenta nationerna tar inget ansvar för översättningen av texten i ikonerna för hållbarhetsmålen till språk som inte är officiella FN-språk.

Programvara eller handlingar som omfattas av immateriella rättigheter, till exempel patent, varumärkesskydd, mönsterskydd samt upphovsrätt till logotyper eller namn, omfattas inte av revisionsrättens policy för vidareutnyttjande.

EU-institutionernas webbplatser inom domänen europa.eu innehåller länkar till webbplatser utanför den domänen. Eftersom revisionsrätten inte har någon kontroll över dem uppmanas du att ta reda på vilken integritets- och upphovsrättspolicy de tillämpar.

Användning av revisionsrättens logotyp

Revisionsrättens logotyp får inte användas utan revisionsrättens förhandsgodkännande.

HTML	ISBN 978-92-849-2817-0	ISSN 1977-5830	doi:10.2865/139336	QJ-AB-24-017-SV-Q
PDF	ISBN 978-92-849-2824-8	ISSN 1977-5830	doi:10.2865/749208	QJ-AB-24-017-SV-N

Vi har granskat EU:s ekonomiska stöd till hälso- och sjukvårdssystemen i partnerländerna under tre programperioder. Vi gjorde en dokumentanalys och granskade projekt i Burundi, Demokratiska republiken Kongo och Zimbabwe. Vi drar slutsatsen att kommissionen tilldelade medel i enlighet med sina övergripande mål, men att metoden för tilldelning hade en del brister. Projektens ändamålsenlighet begränsades av problem med samordningen, hållbarheten och övervakningen. Projektkostnaderna ökade på grund av att ansvaret för genomförandet låg på flera olika nivåer, och EU-finansieringens synlighet bland målgrupperna var begränsad. Vi lämnar rekommendationer om tilldelning och kriterier när det gäller finansiering samt om samordning, förvaltningskostnadernas rimlighet, synergier, övervakning, hållbarhet och underhåll av utrustning som finansierats genom projekten.

Revisionsrättens särskilda rapport i enlighet med artikel 287.4 andra stycket i EUF-fördraget.



EUROPEISKA
REVISIONSRÄTTEN



Europeiska unionens
publikationsbyrå

EUROPEISKA REVISIONSRÄTTEN
12, rue Alcide De Gasperi
1615 Luxembourg
LUXEMBURG

Tfn +352 4398-1

Frågor: eca.europa.eu/sv/contact

Webbplats: eca.europa.eu

Twitter: @EUAuditors