

EUROOPA
KONTROLLIKODA

Eriaruanne nr 10
2008

EÜ ARENGUABI
TERVISHOIUTEENUSTELE
SAHARA-TAGUSES AAFRIKAS



ET



Eriaruanne nr 10 // 2008

EÜ ARENGUABI TERVISHOIUTEENUSTELE SAHARA-TAGUSES AAFRIKAS

(vastavalt EÜ asutamislepingu artikli 248 lõike 4 teisele lõigule)

EUROOPA KONTROLLIKODA
12, rue Alcide De Gasperi
1615 Luxembourg

Telefon [+352 4398-45410](tel:+352439845410)
Faks [+352 4398-46430](tel:+352439846430)
E-post: euraud@eca.europa.eu
Internet: <http://www.eca.europa.eu>

Eriaruanne nr 10 // 2008

Lisateavet Euroopa Liidu kohta saate Internetist Europa serverist (<http://europa.eu>).

Kataloogimisandmed on esitatud väljaande lõpus.
Luxembourg: Euroopa Ühenduste Ametlike Väljaannete Talitus, 2009

ISBN 978-92-9207-093-9
doi: 10.2865/2078

© Euroopa ühendused, 2009
Allikale viitamisel on reprodutseerimine lubatud.

Printed in Belgium

SISUKORD

Punktid

SELETAV SÕNASTIK

I–VI KOMMENTEERITUD KOKKUVÕTE

1–3 SISSEJUHATUS

4–6 AUDITI ULATUS JA LÄHENEMISVIIS

7–29 TÄHELEPANEKUD TERVISHOIUSEKTORILE VAHENDITE ERALDAMISE JA VÄLJAMAKSMISE KOHTA

7–20 KOMISJONI POOLT TERVISHOIUSEKTORILE ERALDATUD VAHENDID

8–17 RAHALISED VAHENDID

18–20 PERSONAL

21–29 EÜ TERVISHOIUSEKTORI RAHASTAMISE TEMPO

22–23 EAFI TERVISHOIUSEKTORI SEKKUMISED

24–25 ÜLDINE EELARVETOETUS

26–29 ÜLEMAAILMNE FOND

30–72 VAHENDITE JUHTIMINE JA TÕHUSUS

31–46 EELARVETOETUS

31–34 EELARVETOETUSE KASUTAMINE KOMISJONIS

35–46 ÜLDISE EELARVETOETUSE MÕJUSUS TERVISHOIUTEENUSTE PARANDAMISEL?

47–55 PROJEKTID

48–49 EAFI PROJEKTID

50 AKV RIIKIDE VAHELISED PROJEKTID

51–55 ÜLDISEST EELARVEST RAHASTATAVAD TERVISHOIUPROJEKTID

56–62 ÜLEMAAILMNE FOND

56–58 KUIDAS KOMISJON HALDAS OMA TOETUST ÜLEMAAILMSELE FONDILE

59–62 ÜLEMAAILMSE FONDI MÕJUSUS?

63–72 VAHENDITE ÜHTNE KASUTAMINE JA INTEGREERIMINE VALDKONDLIKESSE LÄHENEMISVIISIDESSE

64–67 KAS KOMISJON HALDAS VAHENDEID ÜHTSELT?

68–72 SEKKUMISTE INTEGREERIMINE VALDKONDLIKESSE LÄHENEMISVIISIDESSE

73–83 JÄRELDUSED JA SOOVITUSED

73–78 VAHENDID

79–83 VAHENDITE HALDAMINE JA MÕJUSUS

LISA I – AASTATUHANDE ARENGUEESMÄRGID: OLUKORD 2007. AASTAL

LISA II – VÄLJAVÕTE AKV RIIKIDE TERVISHOIUMINISTRITE BRÜSSELI DEKLARATSIOONIST, OKTOOBER 2007

LISA III – KOKKUVÕTTED RIIKIDE KOHTA

LISA IV – KONTROLLITUD PROJEKTIDE NIMEKIRI

KOMISJONI VASTUSED

SELETAV SÕNASTIK

AKV: Aafrika, Kariibi mere ja Vaikse ookeani piirkonna riigid

EÜ: Euroopa Ühendus

EAF: Euroopa Arengufond

Ülemaailmne fond: Ülemaailmne HIV/AIDS, tuberkuloosi ja malaaria vastu võitlemise fond

HIV/AIDS: Immuunpuudulikkuse viirus / Omandatud immuunpuudulikkuse sündroom

Pepfar: USA presidendi AIDSi-vastase võitluse operatiivplaan

ÜRO: Ühendatud Rahvaste Organisatsioon

WHO: Maailma Tervishoiuorganisatsioon

KOMMENTEERITUD KOKKUVÕTE

I.

Auditi eesmärk oli hinnata, kui mõjus on EÜ abi olnud tervishoiuteenuste parandamise toetamisel Sahara-taguses Aafrikas seoses EÜ poolt võetud kohustustega vaesuse vähendamisel ja aastatuhande arengueesmärkide raames. Auditi käigus kontrolliti, kas tervishoiusektorile eraldatud finants- ja inimressursid peegeldasid EÜ poliitilisi kohustusi ja kas komisjon on kiirendanud abi rakendamist. Auditi käigus hinnati ka, kui mõjusalt on komisjon kasutanud erinevaid vahendeid tervishoiusektori abistamiseks, eriti eelarvetoetust, projekte ning ülemaailmne HIVi/AIDSi, tuberkuloosi ja malaaria vastu võitlemise fond (Ülemaailmne Fond).

II.

Üldiselt ei ole EÜ tervishoiusektori rahastamise osa arenguabi kogusummast alates 2000. aastast suurenenud, vaatamata komisjoni aastatuhande arengueesmärkide raames võetud kohustustele ja tervishoiualasele kriisile Sahara-taguses Aafrikas. Komisjon eraldas märkimisväärseid vahendeid ülemaailmse fondi käivitamiseks, aga ei ole osutanud samasugust tähelepanu tervishoiusüsteemide tugevdamisele, kuigi see pidi olema üks komisjoni prioriteetidest (punktid 8–17). Komisjonil ei ole olnud piisavalt tervishoiualast pädevust, et tagada tervishoiu rahastamise kõige tõhusam kasutamine (punktid 18–20).

III.

Komisjon on kiirendanud enda juhitud tervishoiualase abi rakendamist. Ülemaailmse fondi kasutuses on suurel määral vahendeid, aga selle väljamaksete määr on olnud aeglasem kui Euroopa Arengufondidel (EAF). Kõikide rahastamisvahenditega seonduvate rahastamisvoogude prognoositavust saaks parandada, et võimaldada riikidel paremini eelarves ette näha nende tervishoiusektoritele kättesaadavaid vahendeid (punktid 22–29).

KOMMENTEERITUD KOKKUVÕTE

IV.

Komisjon on tervishoiusektoris kasutanud valdkondlikku eelarvetoetust piiratud ulatuses, kuigi selle vahendi abil saaks oluliselt mõjutada tervishoiuteenuste parandamist. Üldist eelarvetoetust on komisjon kasutanud palju laiemalt, aga selle seotus tervishoiusektoriga on kaudsem ja selle komisjoni-poolne kasutus ei ole olnud väga tõhus (punktid 32–46). Üldiselt on projektid osutunud piisavalt mõjusaks, kuigi nende jätkusuutlikkus on sageli küsitav (punktid 47–55). Komisjonil oli keskne roll ülemaailmse fondi käivitamisel, mille väljundid on juba praegu osutunud märkimisväärteteks. Kui komisjon oleks veelgi rohkem panustanud ülemaailmse fondi tegevustesse abisaajariikides, oleks see fondi tegevust veelgi tõhustanud (punktid 56–62).

V.

Komisjon ei ole pööranud piisavalt tähelepanu sellele, et erinevate vahendite samaaegne kasutamine toimuks ühtlustatult. Valides, millist vahendit kasutada, võiks komisjon võtta rohkem arvesse olukorda individuaalsetes riikides, eriti seda, kas neil on hästi väljatöötatud tervishoiupoliitika. Arvestades hästi välja töötatud tervishoiupoliitika olulisust iga vahendi tõhususe seisukohast, peab komisjon panustama rohkem tervishoiupoliitika väljatöötamise ja tagama, et komisjonipoolsed sekkumised on poliitikaga integreeritud (punktid 63–72).

VI.

Aruande peamiste soovitude kohaselt peaks komisjon:

- kaaluma abi suurendamist tervishoiusektorile kümnenda EAFi vahekokkuvõtte ajal, et toetada oma osalust seoses aastatuhande tervishoiu arengueesmärkidega;
- vaatama üle komisjoni abi jagamise tervishoiusektorile, et tagada abi suunamine esmalt poliitika prioriteedile, milleks on tervishoiusüsteemide toetamine;
- tagama, et igal delegatsioonil on piisavalt tervishoiualast pädevust, kas delegatsioonisiselt või teistelt partneritelt saadavate vahendite abil;
- kasutama tervishoiusektoris suuremal määral valdkondlikku eelarvetoetust ja suunama oma üldise eelarvetoetuse senisest enam tervishoiuteenuste parandamisele;
- jätkama projektide kasutamist, eriti selleks, et toetada poliitika väljatöötamist ja suutlikkuse tõstmist, testsekkumisi ja abi vaestele piirkondadele;
- tegema abisaajariikides ülemaailmse fondiga tihedamat koostööd;
- kehtestama selged suunised selle kohta, millises olukorras millist vahendit kasutada ja kuidas erinevaid rahastamisvahendeid parimal viisil üheskoos kasutada;
- teha suuremaid pingutusi, et toetada hästi väljatöötatud tervishoiusektori poliitike arendamist abisaajariikides.

SISSEJUHATUS

1. Hea tervis on majanduskasvu ja arengu seisukohalt olulise tähtsusega, halb tervis on omakorda nii vaesuse põhjus kui tagajärg. Tervis asetatakse vaesuse vähendamisel kesksele kohale ka aastatuhande arengueesmärkides, mis omakorda moodustavad perioodi 2000–2015 rahvusvahelise arengukoostöö keskme. Kaheksast aastatuhande arengueesmärgist kolm seonduvad otseselt tervishoiuga: arengueesmärk 4: vähendada laste suremust; arengueesmärk 5: parandada emade tervislikku olukorda; arengueesmärk 6: võidelda HIV/AIDS-i, malaaria ja teiste haigustega. ÜRO 2007. aasta vahekokkuvõttes arengueesmärkide saavutamise suunas tehtud edusammude kohta¹ teatati siiski, et prognoositud puudused nende saavutamisel on kõige tõsisemad Sahara-taguses Aafrikas (vt *lisa I*). AKV riikide tervishoiuministrid väljendasid oma 2007. aasta tippkohtumisel tõsist muret ka seoses muude tervishoiuküsimustega väljaspool aastatuhande arengueesmärke ja juhtisid tähelepanu suurtele väljakutsetele, mida nende lahendamine esitab tervishoiuasutustele (vt *lisa II*).

¹ *The Millenium Development Goals Report 2007*. ÜRO, New York 2007.

² Nõukogu ja komisjoni 16. novembri 2000. aasta deklaratsioon 13458/00 Euroopa Ühenduse arengupoliitika kohta.

³ „Peamiste nakkushaiguste vastase tegevuse kiirendamine vaesuse vähendamise kontekstis“. Komisjoni teatis nõukogule ja Euroopa Parlamendile, KOM(2000) 585 (lõplik), 20.9.2000.

2. 2000. aastal seadis komisjon vaesuse vähendamise oma arengupoliitika üldeesmärgiks² ja võttis ka kohustuse aidata arengumaadel aastatuhande arengueesmärke saavutada. 2005. aasta Euroopa arengukonsensus jätkas nende prioriteetide rõhutamist. Komisjoni tervishoiupoliitika raames vaesuse vähendamiseks ja aastatuhande arengueesmärkide saavutamiseks on kehtestatud kaks peamist algatust:

- a) 2000. aastal tegi komisjon poliitilise algatuse HIV/AIDS-i, malaaria ja tuberkuloosi vastu suunatud meetmete rakendamise kiirendamiseks³. Komisjon rõhutas, et tema peamine pikaajaline eesmärk tervise parandamisel, sealhulgas nimetatud haigustega tegelemisel, oli tõhustada toetust tervishoiusüsteemide tugevdamiseks, et tagada vaesemate elanikkonnakihtide parem juurdepääs ennetusele ja ravile. Samuti rõhutati, et nimetatud kolme haiguse põhjustatud globaalses ja riiklikus hädaolukorras ei ole aega oodata tervishoiusüsteemide parandamist, vaid samal ajal tuleb võtta meetmeid väljaspool tavalist tervishoiusüsteemi. Seetõttu tegi komisjon ettepaneku uute partnerluste ja kiiremate edastusmehhanismide kohta ning see algatus mõjutas ülemaailmse fondi loomist 2001. aastal.

- b) 2000. aasta algatus keskendus HIV-ile/AIDS-ile, malaariale ja tuberkuloosile; 2002. aastal koostas komisjon uue üldise tervishoiupoliitika, et peegeldada oma arengupoliitika eesmärke seoses vaesuse vähendamisega⁴. Komisjon säilitas riiklikud programmid kui EÜ tervishoiuinvesteeringute peamise elemendi ja asetaskohale tegevused järgmistes valdkondades: rahvatervise edendamine, tervishoiusüsteemide tugevdamine, vaeseid elanikkonnakihte toetavad tervishoiu finantseerimise süsteemid, nakkushaigused, seksuaal- ja reproduktiivtervis ning sellega seonduvad õigused.
- c) need kaks algatust on moodustanud komisjoni tervishoiusektori sekkumiste põhialuse koos 2000. aasta teatisega, mida kaasajastati 2004. aastal, et hõlmata perioodi 2007–2011. Peamine täiendav tervishoiusüsteemi tugevdamiseks suunatud algatus oli ELi strateegia käivitamine 2005. aastal, lahendamaks personalikriisi arengumaade tervishoiusektoris.

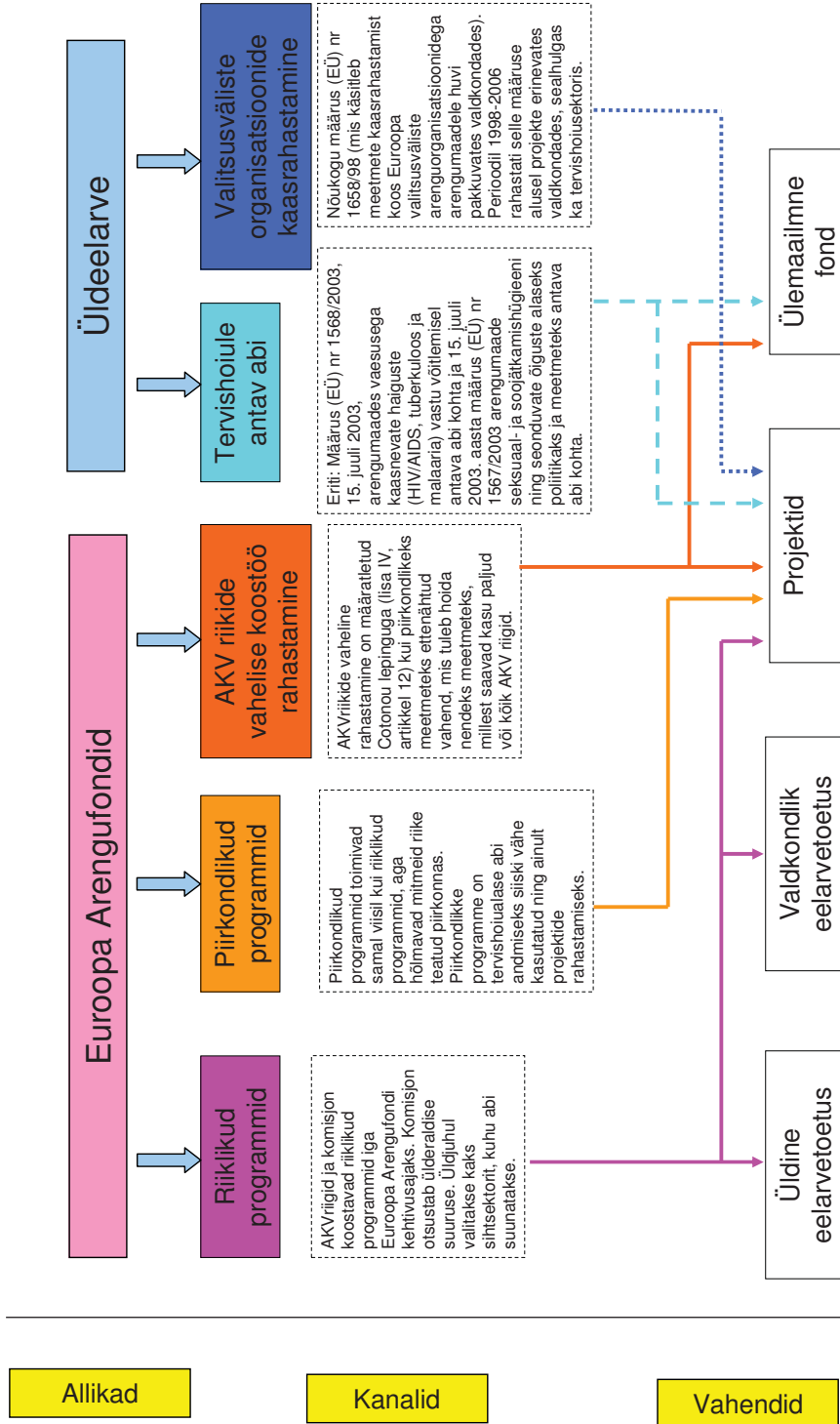
⁴ Komisjoni teatis nõukogule ja Euroopa Parlamendile: „Tervishoid ja vaesuse vähendamine arengumaades“, KOM(2002) 129 (lõplik), 22.3.2002.

3. Peamised EÜ tervishoiuteenuste rahastamise allikad, kanalid ja rakendusvahendid on toodud **tabelis 1**.



Allikas: ECA

ÜLEVAADE EÜ TERVISHOIULE ANTAVA ABI RAHASTAMISMEHHAANISMIDEST



AUDITI ULATUS JA LÄHENEMISVIIS

4. Kontrollikoja auditi eesmärk oli hinnata, kui mõjus on EÜ abi olnud alates 2000. aastast tervishoiuteenuste parandamise toetamisel Sahara-taguses Aafrikas seoses EÜ poolt võetud kohustustega vaesuse vähendamisel. Audit keskendus neljale põhiküsimusele:

- a) Kas komisjoni poolt tervishoiusektorile eraldatud vahendite hulk peegeldab komisjoni poliitilisi kohustusi?
- b) Kas komisjon on kiirendanud oma tervishoiusektorile antava abi rahastamist?
- c) Kas komisjon on kasutanud erinevaid olemasolevaid vahendeid tõhusalt tervishoiuteenuste parandamise toetamiseks?
- d) Kas komisjon on kättesaadavaid vahendeid kasutanud järjepidevalt, et tõhusalt toetada tervishoiuteenuste parandamist?

⁵ Tänu heale komisjonipoolsele koostööle vastas küsimustikele 37 Sahara-tagust delegatsiooni 41st.

5. Neile küsimustele otsiti vastuseid peamiselt järgmiste toimingute abil:

- a) EÜ tervishoiuteenuste poliitika dokumentatsiooni läbivaatamine;
- b) tervishoiusektorit puudutavate EAFi, üldeelarveridadele põhinevate ja ülemaailmse fondi kulukohustuste ja väljamaksete läbivaatamine;
- c) kohapealsed auditikäigud Kenyas, Lesothos, Malawis, Malis ja Svaasimaale;
- d) tervishoiualaste sekkumiste dokumentaalsed hindamised Burundis, Elevantuurannikul ja Etioopias;
- e) kõigi 41 Sahara-taguses Aafrikas asuva EÜ delegatsiooni küsitlus, mis käsitles tervishoiusektorile antavat EÜ abi⁵.

6. Audit piirdus EAFist finantseeritavate Sahara-taguse Aafrika riikidega, kuna need riigid on tervishoiualasest kriisist kõige rohkem mõjutatud. Audit ei hõlmanud kontrolli, kuidas kasutati teisi sektoreid, näiteks vett ja kanalisatsiooni tervishoiu parandamiseks, ega seda, kuidas tervishoiuküsimusi süvalaiendati teistes valdkondades tehtavatesse sekkumistesse. Samuti ei kaasatud auditisse Euroopa Humanitaarabi Ameti tervishoiualaseid sekkumisi.

TÄHELEPANEKUD TERVISHOIUSEKTORILE VAHENDITE ERALDAMISE JA VÄLJAMAKSMISE KOHTA

KOMISJONI POOLT TERVISHOIUSEKTORILE ERALDATUD VAHENDID

7. Käesolevas osas uuritakse, kas komisjoni poolt tervishoiusektorisse suunatud rahalised ja inimressursid vastavad komisjoni poliitilistele kohustustele. Kontrollikoda kontrollis komisjoni tegevusstrateegiat ja Euroopa Parlamendi eesmäärke, tehtud eraldisi ning eraldiste suuruse põhjuseid ja tagajärgi.

RAHALISED VAHENDID

Komisjon on võtnud ulatuslikud tervishoiupoliitilised kohustused

8. Komisjon on tervishoiuteenuste poliitika raames võtnud tervishoiusektoris ulatuslikud kohustused. 2000. aastal koostatud tegevusprogrammis tegevuse kiirendamise poliitika kohta täpsustas komisjon, et arengukoostöö üldeelarves seatakse järgmise viie aasta jooksul (2002–2006) esikohale investeringud tervishoiu, AIDSi-vastasesse võitlusesse ja elanikkonnaga seonduvatesse sekkumistesse⁶. Hiljem viidati 2003. aasta tegevusprogrammi arenguaruandes⁷ eesmärgile eraldada 15% üheksanda EAFi abist tervishoiule. 2002. aasta tervishoiu- ja vaesuse vähendamise poliitikas rõhutati, et rahvusvaheline üldsus peab tegema tervishoiusektori toetamiseks palju suuremaid pingutusi ning et EÜ-l on selles tähtis roll.
9. Näitamaks kui oluline on EÜ abi suunamine tervishoiu ja hariduse aastatuhande arengueesmärkidele, kehtestas Euroopa Parlament 2004. aastal oma eelarveselgitustes kõigi arengukoostöö valdkondade kohta konkreetse toetuste eraldamise eesmärgi, mis puudutas ka Aafrika, Kariibi mere ja Vaikse ookeani (AKV) riike: „selle rubriigi arengukoostöö eesmärk on eelkõige aidata saavutada aastatuhande arengueesmäärke ... vähemalt 20% iga-aastaste kulukohustuste kogusummast eraldatakse esmatasandi tervishoiu- ja haridussektorite tegevustele”⁸. 2006. aastal võttis komisjon ametliku kohustuse nimetatud sektorid uue arengukoostöö rahastamisvahendiga hõlmatud riiklikes programmides esikohale seada ja saavutada 20 protsendi eesmärk⁹, võttes arvesse nende sektoritega seotud eelarvetoetust. Sellist lähenemisi on keeruline rakendada EAFi kontekstis, kus vastupidiselt arengukoostöö rahastamisvahendile antakse suurem osa eelarvetoetusest üldise eelarvetoetuse kaudu, mille puhul puudub tunnustatud meetod sidumaks abi konkreetsete sektoritega. Kuigi komisjon seoses EAFiga sarnast kohustust ei võtnud, ütles parlament siiski, et järjepidevuse tagamiseks peaks komisjoni kohustus hõlmama kogu Euroopa arengupoliitikat, kaasa arvatud EAF¹⁰.

⁶ Tegevusprogramm HIVi/AIDSi-, malaaria- ja tuberkuloosivastase tegevuse kiirendamine vaesuse vähendamise kontekstis, KOM(2001) 96 (lõplik), 21.2.2001.

⁷ Ajakohastatud komisjoni tegevusprogramm HIVi/AIDSi-, malaaria- ja tuberkuloosivastase tegevuse kiirendamiseks ja vaesuse vähendamiseks, KOM(2003) 93, (lõplik), 26.2.2003.

⁸ Euroopa Liidu 2004. eelarveaasta üldeelarve (ELT C 105, 30.4.2004, lk 1169).

⁹ Komisjoni teatis Euroopa Parlamendile, mis käsitleb nõukogu ühist seisukohta Euroopa Parlamendi ja nõukogu määruse (millega luuakse arengukoostöö rahastamisvahend) vastuvõtmise kohta. Artikli 5 lisa arengukoostöö rahastamisvahendi kohta, KOM(2006) 628 (lõplik) 24.10.2006.

¹⁰ Euroopa Parlamendi aruanne 10 EAFi programmitöö rakendamise kohta. A6-0042/2008, veebruar 2008.

Komisjoni tervishoiusektori rahastamine ei vasta üldiselt poliitilistele kohustustele ega kriteeriumitele, vaatamata märkimisväärsele täiendavale toetusele ülemaailmsest fondist

- 10.** Nagu *tabelis 2* näidatakse, moodustas üheksandast EAFist vahetult Sahara-tagusele Aafrika tervishoiusektorile antud abi¹¹ 5,5% EAFi kõigist kulukohustustest, mis on suurel määral allpool 15 protsendi eesmärgi (vt punkt 8). Seda vaatamata kasvule võrreldes kaheksanda EAFiga (4,4 protsenti), mille tingis märkimisväärne AKV riikide vaheliste tervishoiusekkumiste täiendav rahastamine, peamiselt toetusena ülemaailmsesse fondi.

¹¹V.a üldine eelarvetoetus (vt punkt 12).

TABEL 2

KAHEKSANDA JA ÜHEKSANDA EAFI TERVISHOIUSEKTORIGA SEONDUVATE KULUKOHUSTUSTE PROTSENTUAALNE OSA EAFI KULUKOHUSTUSTE KOGUMÄÄRAST SAHARA-TAGUSES AAFRIKAS (MILJONIT EUROT, SEISUGA 31.12.2007)

| | Kaheksas EAF | | Üheksas EAF | |
|---|---|---------------------------------------|---|---------------------------------------|
| | EAFi tervis- hoiu kuluko- hustuste määr | % EAFi kulu- kohustustest kokku | EAFi tervis- hoiu kuluko- hustuste määr | % EAFi kulukohustus- test kokku |
| EAFi kulukohustused kokku | 9 787,0 | | 13 930,7 | |
| Tervishoiule antava toetuse liik | | | | |
| Tervishoiu osa riiklikes programmides | 369,3 | 3,8% | 351,2 | 2,5% |
| Tervishoiu osa piirkondlikes programmides | 13,1 | 0,1% | 19,7 | 0,1% |
| Tervishoiu osa AKV riikide vahelise koostöö raames rahastatud sekkumistes | 47,6 | 0,5% | 399,7 | 2,9% |
| Kokku | 430,0 | 4,4% | 770,6 | 5,5% |

- 11.** Nagu *tabelis 3* näidatakse, on Sahara-taguses Aafrikas riiklike programmide raames otse tervishoiusektorile tehtavate kulukohustuste määr väga madal, võrreldes Euroopa Parlamendi poolt seatud eesmärgiga (vt punkt 9), langesid 5,1%-lt kaheksanda EAFi ajal 3,6%-le, samal ajal kui kümnenda EAFi ajal oli vahendite määraks kavandatud ainult 3,5%-i. Komisjoni poliitika kohaselt oleksid riiklikud programmid pidanud siiski olema komisjoni peamiseks tervishoiusektorile antava abi kanaliks (vt punkt 2). Madalat kulukohustuste määra seoses tervishoiuga ei kompenseerinud suuremad haridusele suunatud kulukohustused: ühendatud tervishoiu ja hariduse kulukohustused riiklike programmide raames langesid 7,5%-lt kaheksanda EAFi ajal 6,2%-le üheksanda EAFi ajal ja pidid püsima samal tasemel kümnenda EAFi ajal.

TABEL 3

TERVISHOIUSEKTORIGA SEONDUVAD KULUKOHUSTUSED KAHEKSANDAST JA ÜHEKSANDAST EAFIST PROTSENDINA EAFI RIIKLIKE PROGRAMMIDE KOGUMÄÄRAST SAHARA-TAGUSES AAFRIKAS (MILJONIT EUROT, SEISUGA 31.12.2007)

| | Kaheksas EAF | | Üheksas EAF | |
|---|--------------|------|-------------|------|
| EAFi riiklikud programmid kokku | 7 268,6 | | 9 793,8 | |
| Tervishoiu osa riiklikes programmides | 369,3 | 5,1% | 351,2 | 3,6% |
| Hariduse osa riiklikes programmides | 175,5 | 2,4% | 255,8 | 2,6% |
| Tervishoiu ja hariduse osa riiklikes programmides kokku | 544,8 | 7,5% | 607 | 6,2% |

- 12.** Lisaks tervishoiusektori otsesele rahastamisele tuleks komisjoni Sahara-taguse Aafrika tervishoiusektorile antava toetuse hinnangus võtta arvesse üldist eelarvetoetust, kuigi seda on tegelikkuses väga raske kvantifitseerida:

¹² *The IMF and Aid to Sub-Saharan Africa*. Rahvusvahelise Valuutafondi sõltumatu hindamisosakond, 2007.

- seitsmenda ja kaheksanda EAFi raames võttis komisjon eelarvetoetuse programmide raames 3240 miljoni euro ulatuses kulukohustusi. Kuni 2000. aastani eraldati programmide käigus tekkivad ekvivalentfondid otseselt riikide tervishoiu ja hariduse eelarvetele; hinnanguliselt eraldati perioodil 1990–1999 tervishoiusektorile 800 miljonit eurot (80 miljonit eurot aastas; 35% ekvivalentfondidest);
- üheksanda EAFi raames ulatusid üldise eelarvetoetuse kulukohustused ligikaudu 2 000 miljoni euroni, aga neid ei seotud enam sihtotstarbeliselt konkreetsete sektoritega. Kuigi ei ole võimalik kindlaks määrata tervishoiusektorile eraldatud vahendite suurus, on see hinnanguliselt madalam kui kahe eelmise EAFi ajal. Kui eeldatakse, et riigid kasutavad neile eraldatud üldist eelarvetoetust vastavalt sektorite osakaalule eelarves, tähendaks see, et tervishoiule kulutati ligikaudu 200 miljonit eurot (33 miljonit eurot aastas), kuna tervishoiueelarve moodustab Sahara-taguste Aafrika riikide kogueelarvest keskmiselt 9–10 protsenti. See protsent on palju väiksem, kui varem komisjoni poolt sihtotstarbeliselt tervishoiule eraldatud 35%. Lisaks, nagu selgub Rahvusvahelise Valuutafondi 2007. aasta hinnangust, mis käsitleb Sahara-tagusele Aafrikale antud eelarvetoetust, säästavad riigid keskmiselt kuni 70% sellisest abist, et vähendada oma eelarvepuudujääki¹². See viitab sellele, et üheksanda EAFi üldine eelarvetoetus, mida tegelikult riiklikes tervishoiueelarvetes kasutati, oli väiksem kui 200 miljonit eurot;
- kümnendale EAFi kavandatud eelarvetoetus on ligikaudu 3 300 miljonit eurot. Kuigi toetus on võrreldes üheksanda EAFiga suurenenud, on ebatõenäoline, et tervishoidu suunatakse sama palju vahendeid kui seitsmenda ja kaheksanda EAFi ajal.

- 13.** Täiendav tervishoiuteenuste rahastamise allikas on üldised eelarveread (vt **tabel 1**). Summad suurenesid märkimisväärselt perioodil 2003–2006, ulatudes keskmiselt 109 miljoni euroni aastas, millest ligikaudu ühe kolmandiku moodustasid otse Sahara-tagusele Aafrikale suunatud kulukohustused. See ületab 22 miljonit eurot aastas, mis eraldati perioodil 1997–2002, kuid perioodi 2007–2013 eelarve on kahanenud 84 miljoni euroni aasta kohta.
- 14.** Võttes arvesse asjaolu, et täpset summat on ülimalt keeruline arvutada, samuti üksnes sisendil põhineva lähenemisi viisi piiranguid, viitab kontrollikoja analüüs ligikaudsele summale vahemikus 1 100 kuni 1 200 miljonit eurot (k.a üldine eelarvetoetus ja üldistel eelarveridadel põhinev toetus), mis eraldati Sahara-taguse Aafrika tervishoiusektorile üheksanda EAFi ajal. See on absoluutarvuna hinnanguliselt kuni 30% suurem kui kaheksanda EAFiga hõlmatud perioodil. Siiski, võttes arvesse, et üheksanda EAFi kulukohustused kokku olid üle 40% suuremad kui kaheksanda EAFi kulukohustused, vähenes Sahara-taguse Aafrika tervishoiusektorile antud EÜ toetuse osakaal. Kui kümnenda EAFi raames on finantseraldised 60% suuremad kui üheksanda EAFi puhul, on Sahara-taguse Aafrika riikide tervishoiule eraldatud vahendite määr hinnanguliselt ligikaudu sama suur kui üheksanda EAFi puhul. See, et riiklike programmide raames eraldatakse vahetult tervishoiusektori sekkumistele Sahara-taguses Aafrikas vähe vahendeid, on teravas kontrastis EÜ eraldistega Aasia riikidele, kus 14% perioodi 2007–2010 mitmeaastase sihtprogrammi vahenditest eraldati esmasandil tervishoiule. Seda vaatamata asjaolule, et Aasia riigid olid tervishoiualaste aastatuhande arengueesmärkide saavutamise suunas palju rohkem edusamme teinud.

¹³ Euroopa Komisjon on üks viiest suuremast Sahara-taguse Aafrika rahastajast Prantsusmaa, Ühendkuningriigi, Ameerika Ühendriikide ja Maailmapanga kõrval.

¹⁴ Euroopa Parlamendi 24. aprilli 2007. aasta resolutsioon koos tähelepanekutega, mis moodustavad kuuenda, seitsmenda, kaheksanda ja üheksanda EAFi 2005. eelarveaasta eelarve täitmist kinnitava otsuse lahutamatu osa. Punkt 29.

Rahvusvaheline abi tervishoiusüsteemide tugevdamisel ei ole piisav

- 15.** Alates üheksandast EAFist on komisjon ja ELi liikmesriigid proovinud jõuda sobivaima omavahelise tööjaotuseni vastavalt traditsioonilistele pädevusvaldkondadele ja suhtelistele eelistele. Tööjaotus rahastajate vahel lähtub usaldusväärse finantsjuhtimise põhimõtetest, kuid ei taga, et Sahara-tagustele Aafrika riikidele eraldatakse asjakohased vahendid tervishoiuteenuste minimaalse taseme saavutamiseks ja tervishoiu aastatuhande eesmärkide suunas oluliste edusammude tegemiseks. Komisjoni, ELi liikmesriikide ja Maailma Tervishoiuorganisatsiooni analüüside abil on määratletud tervishoiu rahastamise üldise taseme ja vahendite jagamise põhilised probleemid, millele rahvusvaheline üldsus peab tähelepanu pöörama (vt 1. selgitus). Nimetatud puudusi on mõjutanud sellise olulise rahastaja, nagu komisjon, suhteliselt väike osalus valdkonnas¹³. Euroopa Parlament on asunud seisukohale, et tööjaotuse põhimõte ei ole piisav põhjus, miks komisjonil ei peaks tervishoiusektoris keskne roll olema¹⁴.

- 16.** 2007. aasta arengupoliitika täiendavust ja tööjaotust käsitlevas ELi tegevusjuhendis¹⁵ rõhutatakse vajadust tegeleda abita jäänud riikide probleemiga; sageli on sellisel juhul tegemist nõrgestatud ja kriisist väljuvate riikidega. EÜ suhteline eelis, mida nimetati 2000. ja 2005. aasta arengupoliitikas, oli positsioon, mis EÜ-l võiks neis riikides olla. Eelis on tingitud sellest, et EÜ on neis riikides sagedamini esindatud kui EÜ liikmesriigid, samuti osalusest taastamis- ja arengumeetmete toetamisel pärast humanitaarabi peadirektoraadi hallatud hädaabiprogrammide lõppu. Kuna oluline osa humanitaarabi peadirektoraadi sekkumistest seondul tervishoiuga, tuleb kindlasti tagada tervishoiusekkumiste järelmeetmed. Kümnenda EAFi raames oli tervishoid valitud sihtsektoriks ainult piiratud arvus sellistes riikides (Angola, Burundi, Elevandiluurannik, Kongo Demokraatlik Vabariik, Libeeria ja Zimbabwe).

¹⁵ Euroopa Liidu Nõukogu teatis 9558/07, Brüssel, 15. mai 2007.

1. SELGITUS

TERVISHOIU RAHASTAMISE ÜLDISE TASEME JA VAHENDITE JAGAMISE PÕHIPROBLEEMID

ELi liikmesriikide ja komisjoni tervishoiuekspertidid otsustasid 2006. aastal, et tervishoiu 6,6%-line osakaal ELi üldises välisarenguabis ei olnud piisav ja et ELi tervishoiualane abi ei vastanud riikide tervishoiualase rahastamisdefitsiidi tõttu tekkinud vajadustele.

Arengu peadirektoraadi hinnangul oleks tervishoiuteenuste minimaalse tasandi tagamiseks¹⁶ 32 Sahara-taguse Aafrika riigi finantsdefitsiit kokku 9 767 miljonit eurot, isegi kui saavutatakse Aafrika riigipeade 2001. aasta Abuja tippkohtumisel kehtestatud eemärk eraldada 15% riiklikust eelarvest tervishoiule.

Maailma Tervishoiuorganisatsiooni tervishoiuteenuste uuringus tõdeti, et mitmed riigid on tervishoiurahastajate abist ilma jäetud ja tehti järeldus, et riigi tervishoiu olukorra ja saadud tervishoiuabi vahel puudus selge seos. Rohkem tervishoiuabi antakse riikidele, kus on kõrge HIVi/AIDSi levimus, isegi kui üldine tervishoiuolukord teistes riikides on kas kehv või kehvem¹⁷.

¹⁶ Vastavalt 2001. aasta makroökonomika ja tervishoiu komitee aruandele on väga minimaalsete tervishoiuteenuste tagamiseks tarvis 30 USA dollarit elaniku kohta aastas. See ei hõlma peamisi elemente, nagu pereplaneerimine, kolmanda taseme haiglad ja esmaabi.

¹⁷ Sahara-taguse riigid, mis Maailma Tervishoiuorganisatsiooni uuringu kohaselt on liigitatud tervishoiuabist ilma jäänud riikideks: Kesk-Aafrika Vabariik, Elevandiluurannik, Kongo DV, Etioopia, Nigeeria, Sudaan, Togo ja Zimbabwe.

- 17.** Komisjonipoolne suhteliselt suur konkreetsetele haigustele keskenduvate sekkumiste rahastamine võrreldes tervishoiusüsteemide rahastamisega (vt punkt 10) kajastas seda, et perioodil 2000–2005 tegi komisjon märkimisväärseid jõupingutusi oma HIVi/AIDSi, malaaria ja tuberkuloosi poliitikaalgatuste koostamisel ja rakendamisel. Teisest küljest on komisjon pööranud vähem tähelepanu laiemale tervishoiupoliitika elluviimisele. Alates 2000. aastast on komisjoni abi riiklikele programmidele vähenenud (vt punkt 11), mis on osa laiemast arengusuunast, kus rahvusvaheline üldsus keskendub tervishoiusüsteemide tugevdamise arvelt konkreetsete haigustega seotud sekkumistele¹⁸. Komisjoni Sahara-taguse Aafrika delegatsioonide hõlmavas kontrollikoja küsitluses hindas 27st delegatsioonist 23 konkreetsete haiguste rahastamise määra liiga kõrgeks. Kontrollikoja hinnangul oli Etioopia ja Mali puhul, vaatamata suhteliselt madalale HIVi esinemissagedusele¹⁹, HIVi/AIDSiga tegelemiseks saadud välisabi suurem kui kogu nende riiklik tervishoiueelarve. ÜRO Arenguprogrammi 2007. aasta aastatuhande arengueesmärkide vahearuandes rõhutatakse, et nõrgad tervishoiusüsteemid on arengueesmärkide saavutamisel tõsine takistus.

¹⁸ 2003. aastal käivitati USA presidendi operatiivplaan (PEPFAR) AIDSi-vastase võitluse toetuseks, et eraldada 15 miljardit USA dollarit AIDSi-vastaseks võitluseks viie aasta jooksul 15 sihtriigis, millest 12 olid Sahara-taguse Aafrika riigid (sh Lõuna-Aafrika Vabariik).

¹⁹ Vastavalt 2005. aastal läbi viidud demograafilisele ja tervishoiualasele uuringule on HIVi esinemissagedus Etioopias 1,4% ja Malis 1,9%.

²⁰ Komisjoni tegevusprogrammi teine arenguaruanne, SEK(2004) 1326 (lõplik), 26.10.2004.

²¹ Neli alalist ametnikku, viis kohapealt palgatud töötajat, seitse lepingulist töötajat ja kaks nooremeksperti.

²² Lisaks töötas tervishoiuküsimustega viis kohapealt palgatud töötajat (kõik täisajaga), seitse lepingulist töötajat (kolm täisajaga, neli osalise tööajaga) ja kaks nooremeksperti (mõlemad osalise tööajaga).

PERSONAL

Komisjonil puudub asjakohane tervishoiualane pädevus

- 18.** Komisjon tunnistas 2004. aastal oma vähest tervishoiualast pädevust, nimetades seda tervishoiusektorile tehtud piiratud finantseraldiste üheks põhjuseks²⁰. Kontrollikoda leidis, et probleemi ei ole likvideeritud ja sellega tegelemiseks vajalikku personalistrateegiat ei ole välja töötatud. 37st kontrollikoja küsitlusele vastanud delegatsioonist Sahara-taguses Aafrikas töötab 13 delegatsioonist kokku 18 töötajat, kellel on kõrghariduse tasemel kvalifikatsioon mõnes tervishoiuga seonduvas valdkonnas²¹. Ainult neli nendest on alalised ametnikud, kellest ainult üks töötab täisajaga tervishoiuküsimustega²². Kontrollikoda leidis oma kohapealse audititöö käigus mitmeid probleeme (vt 2. selgitus). Juurdepääs tervishoiualasele pädevusele peab olema tagatud nii nende riikide delegatsioonides, kus tervishoid on EAFi sihtsektor, kui ka muudes delegatsioonides, selleks et:

- hallata üldise eelarvetoetuse programmide tervishoiuvaldkondi;
- toetada ülemaailmse fondi meetmeid riigis ja nende üle järelevalvet teostada;
- paremini juhtida tervishoiule eraldatud üldise eelarverea koostamist ja AKV riikide vahelisi projekte;
- tagada HIVi/AIDSi küsimuste integreerimine kõikidesse EÜ sekkumistesse.

2. SELGITUS

KONTROLLIKOJA AUDITIKÄIKUDEGA TUVASTATUD PERSONALIPROBLEEMID

Burundis oli tervishoid üheksanda EAFi oluline valdkond ja kümnenda EAFi sihtsektor, aga delegatsioonil puudus tervishoiualane pädevus. Kenyas ei saanud delegatsioon pärast liikmesriigi tervishoiueksperdi lahkumist 2006. aasta augustis asendajat palgata, kuna selleks puudus ametikoht. Svaasimaa delegatsioonist töötas tervishoiualase koolitusega ametnik, aga muudes valdkondades, kuna tervishoid ei olnud Svaasimaal üheksanda EAFi sihtsektor.

- 19.** Komisjoni peakorteril ei ole piisavalt tervishoiualaste eriteadmistega töötajaid, et delegatsioone Sahara-taguses Aafrikas asjakohaselt toetada. Arengu peadirektoraadis töötab kõikide arengumaadega seonduvate tervishoiupoliitika ja AKV riikidega seonduvate programmitöö küsimustega kolm ametnikku (ainult ühel neist on tervishoiualane taust) ja kolm eraldiseisvat riiklikku/mitmepoolset eksperti. EuropeAidis on ainult kaks tervishoiuspetsialisti, kelle ülesandeks on toetada kõiki 41 delegatsiooni Sahara-taguses Aafrikas.
- 20.** Positiivse meetmena tervishoiualase pädevuse tõstmiseks delegatsioonide tasandil võttis komisjon Lõuna-Aafrikas Pretoorias asuvasse delegatsiooni hiljuti tööle piirkondliku HIVi/AIDSi nõustaja, aga tegemist on üksikjuhtumiga. Delegatsioonid peaksid tõhustama koostööd konfliktijärgses olukorras olevate riikide humanitaarabi peadirektoraadi piirkondlike tervishoiunõustajatega. Mõned delegatsioonid on püüdnud tugineda muude rahastajate tervishoiualasele pädevusele, sh ELi liikmesriikide omadele, aga selline koostöö on jätkuvalt piiratud ega toimu üldiselt ametlikul alusel, mistõttu ei ole komisjoni poolt liikmesriikidele antud volitused piisavalt täpselt määratletud ega taga seda, et vastutus jääb komisjonile.

EÜ TERVISHOIUSEKTORI RAHASTAMISE TEMPO

- 21.** Komisjoni tervishoiupoliitika üks olulisi põhimõtteid on alates 2000. aastast olnud kiirendada abi andmist tervishoiusektorile, eriti mis puutub vaesusega kaasnevate haiguste vastu võitlemisse (vt punkt 2). Rahastamise prognoositavus on samuti keske tähtsusega, et abisaajariigid saaksid parandada eelarvestamist ja välisabi rakendamist. Käesolevas osas uuritakse erinevate vahendite väljamaksete määra ja määratletakse asjaolud, mis mõjutavad väljamaksmise kiirust ja prognoositavust.

EAFI TERVISHOIUSEKTORI SEKKUMISED

EAFi abi andmine tervishoiusektorile on üheksanda EAFi ajal kiirenenud

- 22.** Üheksandast EAFist rahastatavate tervishoiusektori sekkumiste rakendamise kiirus Sahara-taguses Aafrikas on kaheksanda EAFiga võrreldes oluliselt kasvanud (vt **tabel 4**). Väljamaksete kiirendamist seletab ennekõike juhtimise üleandmine delegatsioonidele. Vastavalt kontrollikoja küsitlusele oli 77% delegatsioonidest seisukohal, et juhtimise üleandmine on EAFi projektide rakendamise kiirust tõstnud.

TABEL 4

EAFI TERVISHOIUALASTE SEKKUMISTE OSAKAALU VÕRDLUS SAHARA-TAGUSES AAFRIKAS KAHEKSANDA JA ÜHEKSANDA EAFI VIIE ESIMESE AASTA JOOKSUL

| | EAFist esimese viie aasta jooksul välja makstud tervishoiualaste kulukohustuste kumulatiivne osakaal (%) | |
|----------|--|--------------------------|
| | Kaheksas EAF | Üheksas EAF ¹ |
| 1. aasta | 0% | 0% |
| 2. aasta | 1% | 3% |
| 3. aasta | 3% | 13% |
| 4. aasta | 8% | 25% |
| 5. aasta | 18% | 39% |

¹ Välja arvatud ülekanDED ülemaailmsesse fondi (vt punkt 26).

- 23.** Kuna komisjon eraldab vahendeid kogu riigistrateegia dokumentidega hõlmatavaks perioodiks, võimaldab see rahastamist hästi prognoosida. Siiski leidis kontrollikoda, et vaatamata juhtimise üleandmisele delegatsioonidele vähendavad hangete (ehitustööd, teenused, tarned) keerukad menetlused ja tööprogrammide heakskiitmine ja rakendamine nii EAFi tervishoiualaste sekkumiste rahastamisse kiirust kui prognoositavust.

ÜLDINE EELARVETOETUS

Komisjon sooritas väljamaksed kiiresti, kuid prognoositavus valmistab probleeme

- 24.** Seoses üldise eelarvetoetusega tehti nii kaheksanda kui üheksanda EAFi puhul väljamakseid kiiresti, nagu nähtub **tabelist 5**. Toetusmäärade prognoositavust mõjutas ka see, et programmide kestus on üldiselt kolm aastat ja suunav rahajaotus on esitatud riigistrateegia dokumentides kuue aasta kohta.

TABEL 5

KAHEKSANDAST JA ÜHEKSANDAST EAFIST ESIMESE VIIE AASTA JOOKSUL VÄLJA MAKSTUD ÜLDISE EELARVETOETUSE KULUKOHUSTUSED

| | EAFist esimese viie aasta jooksul välja makstud üldise eelarvetoetuse kumulatiivne osakaal (%) | |
|----------|--|-------------|
| | Kaheksas EAF | Üheksas EAF |
| 1. aasta | 12% | 5% |
| 2. aasta | 22% | 18% |
| 3. aasta | 31% | 38% |
| 4. aasta | 55% | 57% |
| 5. aasta | 71% | 74% |

- 25.** Siiski leidis kontrollikoda, et kiirust ja prognoositavust vähendasid järgmised asjaolud:
- a) riigid esitasid abikõlblikud maksetaotlused viivitustega, mida enamasti põhjustasid nende probleemid tulemusnäitajate kohta andmete kogumisel (nt Burundi, Kenya ja Mali);
 - b) mõned riigid kaotasid õiguse üldisele eelarvetoetusele, mille tulemusel toetuse andmine peatati, vähendades seega tervishoiu rahastamist. See juhtus nelja riigi puhul kuuest, mida kontrollikoja kohapealne audit ja dokumentaalne audit hõlmasid (Etioopia, Kenya, Lesotho, Malawi). Siiski leidis kontrollikoda, et Etioopias oli rahvusvaheline üldsus leidnud tõhusa alternatiivse mehhanismi, mille abi tagada vahendite suunamine tervishoiu- ja muudesse peamistesse valdkondadesse (vt 3. selgitus). Üks valdkondliku eelarvetoetuse eelis võrreldes üldise eelarvetoetusega on see, et mõnel juhul saab esimest viimase peatamisel jätkuvalt kasutada.

ÜLEMAAILMNE FOND

Ülemaailmne fond on maksnud välja suurel hulgal rahalisi vahendeid, aga väljamaksete tegemise tempo on olnud madalam kui EAFi puhul

- 26.** Üks ülemaailmse fondi loomise eesmärke oli võtta kasutusele kiirem abi edastamise mehhanism (vt punkt 2). Üheksanda EAFi ajal alanud komisjoni maksed ülemaailmsele fondile on kiirendanud komisjonipoolset üldiste EAFi tervishoiualaste kulukohustuste maksmist (vt **tabel 6**), aga väljamaksed ülemaailmsele fondile on ainult esimene aste abi suunamisel lõplikule abisaajale.

Etioopias peatati üldise eelarvetoetuse andmine 2005. aastal poliitilise olukorra tõttu. Välisabi tagamise säilitamiseks peamistele teenustele, sealhulgas tervishoiule, võttis rahvusvaheline üldsus kasutusele uue mitmeid valdkondi hõlmava peamiste teenuste kaitseprogrammi, mille abil toetatakse piirkondlikke ametiasutusi otse. Sellise lähenemisviisi abil vähendatakse riski, et pikaajalised pingutused tervishoiuteenuste parandamiseks katkestatakse eelarvetoetuse peatamisel.

TABEL 6

ÜLEMAAILMSE FONDI VÄLJAMAKSETE MÕJU EAFI TERVISHOIUALASTE KULUKOHUSTUSTE VÄLJAMAKSETE MÄÄRALE

| | EAFist esimese viie aasta jooksul välja makstud tervishoiualaste kulukohustuste kumulatiivne osakaal (%) | | |
|----------|--|-------------------------|-----------------------|
| | Kaheksas EAF | Üheksas EAF | Üheksas EAF |
| | | (v. a ülemaailmne fond) | (sh ülemaailmne fond) |
| 1. aasta | 0% | 0% | 22% |
| 2. aasta | 1% | 3% | 24% |
| 3. aasta | 3% | 13% | 31% |
| 4. aasta | 8% | 25% | 46% |
| 5. aasta | 18% | 39% | 55% |

- 27.** Ülemaailmne fond on edukalt suurendanud HIVi/AIDSi, malaaria ja tuberkuloosi vastu võitlemiseks suunatud väljamaksete üldist mahtu: fondi väljamaksete summa perioodil 2002–2007 Sahara-tagusele Aafrikale oli 2 931 miljonit USA dollarit. **Tabelis 7** toodud andmete kohaselt on aga ülemaailmse fondi poolt Sahara-taguse Aafrika riikidele väljamaksete tegemise määr siiski väiksem kui EAFi tervishoiualaste sekkumiste määr. 2002. aastal käivitatud esimese etapi toetustest oli nende viieaastase rakendusperioodi lõpuks välja makstud ainult 73%. Kontrollikoja analüüs ei viidanud ülemaailmse fondi järgnevatel aastatel heakskiidetud toetuste väljamaksete määra paranemise võimalusele.

TABEL 7

ÜLEMAAILMSE FONDI JA EAFI SAHARA-TAGUSE AAFRIKA TERVISHOIUALASTE SEKKUMISTEGA SEONDUVATE VÄLJAMAKSETE KUMULATIIVSE MÄÄRA VÕRDLUS

| | Ülemaailmne fond | EAFi tervishoiualased sekkumised |
|----------|------------------|----------------------------------|
| 1. aasta | 2% | 1% |
| 2. aasta | 13% | 25% |
| 3. aasta | 26% | 36% |

- 28.** Ülemaailmne fond keskendub õigustatult tulemuspõhisele rahastamisele, mis tähendab, et vähem tõhusate toetuste väljamakseid vähendatakse. Lisaks sellele on väljamaksete määra mõjutanud kaks järgmist tegurit:
- a) mõnel ülemaailmse fondi abisaajal on olnud raskusi finants-, hanke- ja järelevalvesüsteemide kehtestamisel, mis vastaksid ülemaailmse fondi poolt nõutud standarditele; raskusi on tekkinud ka väljamaksete kiirel jagamisel;
 - b) ülemaailmse fondi abi rakendamise ajal jõudsid riikidesse uued rahastamisallikad (näiteks Pefar), mis vähendas riikide vahendite kasutamise suutlikkust.
- 29.** Erinevalt EAFist kiidetakse ülemaailmse fondi toetused heaks iga-aastaste rahastamisetappidena. Riigid ei tea, kas nende rahastamistaotlused kiidetakse heaks ja kui, siis mis ulatuses. Ülemaailmse fondi kuue esimese tegevusaasta jooksul kiideti tegelikult heaks ainult 39% rahastamistaotlustest.

VAHENDITE JUHTIMINE JA TÕHUSUS

- 30.** Kontrollikoda uuris kolme peamist vahendit, mida kasutatakse tervishoiuteenuste parandamiseks: eelarvetoetus, projektid ja ülemaailmne fond. Käesolevas osas hinnatakse, kui hästi on komisjon neid juhtinud ja kui mõjusad need on olnud ning kas komisjon on kõiki vahendeid ühtsel viisil kasutanud. *Lisas III* esitatakse ülevaade sekkumistest viies kontrollikoja poolt külastatud riigis.

EELARVETOETUS

EELARVETOETUSE KASUTAMINE KOMISJONIS

Eelarvetoetuse abil võib tervishoiuteenuste parandamist oluliselt mõjutada

- 31.** Eelarvetoetuse abil võib tervishoiuteenuseid oluliselt parandada, suurendades valitsuste käsutuses olevaid tervishoiuassigneeringuid, võimaldades neil seega teenuste pakkumist suurendada (vajalik eeldus aastatuhande arengueesmärkide saavutamiseks). Lisaks võib see tugevdada poliitikat ja institutsioonilist raamistikku poliitilise dialoogi ja tehnilise abi kaudu. Komisjon, mis on üks suuremaid eelarvetoetuse andjaid, on selle sõnastanud järgmisel viisil: „väline rahastamisasutus kannab finantsvahendid üle partnerriigi riigikassasse pärast seda kui viimane on täitnud kokkulepitud maksetingimused”²³. Kuigi siinkohal liigitatakse eelarvetoetus üldiseks eelarvetoetuseks ja valdkondlikuks eelarvetoetuseks, ei ole tegelikkuses vahe nii selge:

„Eelarvetoetust saab kõige paremini kirjeldada spektrina. Ühes servas on üldine eelarvetoetus, kuhu lisanduvad makro- ja valdkonnavaheliste küsimustega seonduvad tingimused ja dialoog. Teises servas on valdkondlik eelarvetoetus, mis keskendub ainult valdkonnapõhistele küsimustele. Sinna vahele jääb üldine eelarvetoetus, millega seonduvad valdkondlikud tingimused ja dialoog ning valdkondliku eelarvetoetuse tegevused, mis hõlmavad mõningaid makrotasandi ja valdkonnadevaheliste küsimustega seonduvaid tingimusi ja dialoogi”²⁴.

Valdkondlikku eelarvetoetust kasutatakse vähe ja üldise eelarvetoetuse roll tervishoiuteenuste parandamisel ei ole selge

- 32.** Ühele valdkonnale keskenduv valdkondlik eelarvetoetus on potentsiaalselt tõhus tervishoiusektori toetamise vahend. Kuigi komisjoni poliitika näeb alates 2000. aastast ette valdkondliku eelarvetoetuse suurendamist, on tegelikkuses ainult kaks Sahara-taguse Aafrika riiki (Mosambiik ja Zambia) üheksanda EAFi raames tervishoiusektori eelarvetoetust saanud. Üks põhjus on see, et komisjon on tervishoiusektori eelarvetoetust üldjuhul kasutanud ainult riikides, kus tervishoid on sihtsektor, mis on seda ainult väga vähestes riikides. Teine põhjus on see, et abikõlblikkuskriteeriumite hulka kuulub põhjalikult väljatöötatud tervishoiusektori poliitika olemasolu, milleni mõned riigid ei ole veel jõudnud.

²³ Euroopa Komisjoni üldise eelarvetoetuse suunised 2007 (lk 10).

²⁴ Märkus valdkondliku eelarvetoetuse kohta kahe- ja mitmepoolsete rahastajate rühmade 2005. aasta novembri Dublini kohtumiselt, kus käsitleti strateegilist partnerlust Aafrikaga, grupp kahepoolseid ja mitmepoolseid rahastajaid.

- 33.** Komisjon on üldist eelarvetoetust kasutanud palju laiaulatuslikumalt kui valdkondlikku eelarvetoetust – üheksanda EAFi raames said seda 21 Sahara-taguse Aafrika riiki. See on olnud komisjoni eelistatuim eelarvetoetuse vorm ja vastupidiselt valdkondlikule eelarvetoetusele lubab komisjon selle kasutamist samaaegselt kahele sihtsektorile suunatud toetusega. Lisaks vastab üldise eelarvetoetuse saamise nõuetele rohkem riike, kuna abikõlblikkuskriteeriumiks on üldine riiklik poliitika, mitte konkreetne valdkondlik poliitika, vaatamata sellele, et riikliku poliitika mõjus on sõltub oluliselt valdkondlike poliitikate tugevusest. Üldise eelarvetoetuse eesmärkide ulatus on laiem kui valdkondlikul eelarvetoetusel, mis võib kaasa aidata ka tervishoiuteenuste parandamisele, kui selle ülesehitus hõlmab valdkondlikku mõõdet (vt punkt 31). Nii on tavapäraselt olnud komisjoni üldise eelarvetoetuse programmide puhul, kuna komisjon on asetanud esikohale tervishoiu- ja haridusvaldkonnad ning kaasanud tervishoiusektori tingimused ja sätted valitsustega toimuvasse tervishoiupoliitika alasesse dialoogi.
- 34.** Kontrollikoda leidis siiski, et komisjoni teenistused (eriti makroökonomistid ja tervishoiuspetsialistid) olid eri meelt küsimuses, kui sügav peaks olema üldise eelarvetoetuse valdkondlik mõõde. Kontrollikoja küsitlus näitab, et enamiku delegatsioonide hinnangul oli tervishoiuteenuste parandamine vahendi põhieesmärk (vt **tabel 8** allpool). Teisest küljest, muudetud 2007. aasta üldise eelarvetoetuse käsiraamatus vähendati vahendi valdkondlikku mõõdet võrreldes 2002. aasta käsiraamatauga olulisel määral, pöörates vähem tähelepanu tervishoiuteenuste parandamisele.

TABEL 8

SAHARA-TAGUSE AAFRIKA EÜ DELEGATSIOONIDE HINNANG ÜLDISE EELARVETOETUSE EESMÄRKIDE OLULISUSELE

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | S/P | Keskmine | Üldise eelarvetoetuse eesmärgid |
|----------|----------|----------|----------|-----------|----------|-------------|---|
| 1 | 1 | 1 | 7 | 18 | 2 | 4,43 | Vaesuse vähendamine |
| 1 | 0 | 1 | 10 | 16 | 2 | 4,43 | Riigi rahanduse juhtimise parandamine |
| 1 | 1 | 3 | 11 | 12 | 2 | 4,14 | Makromajanduslik stabiilsus |
| 1 | 2 | 4 | 14 | 7 | 2 | 3,86 | Abimenetluste ühtlustamine |
| 1 | 0 | 8 | 12 | 7 | 2 | 3,86 | Rahastamise prognoositavuse parandamine |
| 1 | 4 | 5 | 8 | 10 | 2 | 3,79 | Tervishoiuteenuste parandamine |
| 1 | 4 | 6 | 8 | 9 | 2 | 3,71 | Haridusteenuste parandamine |
| 3 | 5 | 0 | 9 | 10 | 3 | 3,67 | Abi andmisega seotud kulude vähendamine |

(1 = ei ole oluline, 5 = väga oluline, S/P seisukoht puudub)

ÜLDISE EELARVETOETUSE MÕJUSUS TERVISHOIUTEENUSTE PARANDAMISEL

- 35.** On üldteada, et üldise eelarvetoetuse mõjusust on raske hinnata. Rahastajate ühine 2006. aastal välja antud üldise eelarvetoetuse hindamine oli vahendi hindamisel oluline samm, kuid sellel olid siiski omad puudused ja komisjon töötab jätkuvalt välja asjakohast hindamismetoodikat. Vahendi mõjusust hinnates keskendus kontrollikoda järgmistele küsimustele²⁵:
- kas finantssisendid olid seotud riikide tervishoiu eelarvete suurenenud eraldistega ja väljamaksetega ning kas sisendeid kasutati tõenäoliselt ettenähtud eesmärgil;
 - kas tervishoiusektori poliitika ja institutsiooniline raamistik soodustas mõjusat teenuste pakkumist;
 - kas delegatsioonid olid kaasatud tervishoiusektori poliitika dialoogidesse, mis edendaks üldise eelarvetoetuse mõjusamat kasutamist;
 - kas üldise eelarvetoetuse tingimuste hulka valitud tervishoiu tulemusnäitajate eesmärgid saavutati ja kas need olid asjakohased.

²⁵ Kontrollikoja hinnang põhineb peamiselt üldise eelarvetoetuse programmidel Burundis, Etioopias, Kenyas, Lesothos, Malawis ja Malis. Hinnangus võetakse ka arvesse asjakohast audititööd, mis on läbi viidud muudes riikides EAFi kohta esitatava kinnitava avalduse raames, eriti seoses Ghana, Guinea-Bissau, Madagaskari, Mosambiigi, Nigeri ja Sierra Leonega.

Finantssisendid: enamikus kontrollitud riikides ei seondu üldine eelarvetoetus tervishoiu eelarvevahendite kasvuga

- 36.** Kontrollikoda leidis, et enamikus kontrollitud riikides ei toonud üldine eelarvetoetus kaasa suurema hulga vahendite suunamist riiklikku tervishoiueelarvesse (vt 4. selgitus). Selle üks oluline põhjus on asjaolu, et mõnel juhul otsustavad abisaajariigid mitte suurendada eelarvekulusid antud majandusaastal saadud eelarvetoetuse summa võrra, vaid kasutada vahendeid eelarvepuudujäägi vähendamiseks (vt punkt 12 b)). Lisaks ei ole komisjon innustanud riike järjepidevalt suurendama riiklikke tervishoiueelarveid tulemusnäitajate kasutamise kaudu, võttes sellise suurendamise eesmärgiks üldise eelarvetoetuse rahastamislepingutes. Kontrollitud kaheteistkümnest riigist olid ainult viies tervishoiu eelarveeraldised kaasatud tulemusnäitajana.

Komisjoni üldise eelarvetoetuse abikõlblikkusreeglite „dünaamiline tõlgendus“ seab ohtu tervishoiuteenuste parandamiseks suunatud vahendite tõhusa kasutamise

- 37.** Üldise eelarvetoetuse tõhusus tervishoiuteenuste parandamisel ei sõltu ainult sellest, kui palju vahendeid suunatakse tervishoiule, vaid ka nende kasutamist reguleerivate riiklike rahandussüsteemide usaldusväärsusest. Komisjoni abikõlblikkuse „dünaamilise tõlgenduse“ tulemusel võivad Sahara-taguse Aafrika riigid, mille rahanduse juhtimise suutlikkus on üldiselt tunnustatud väga madalaks, ikkagi saada üldist eelarvetoetust, mis toob kaasa ebatõhusate ja ebaefektiivsete riiklike kulutuste kõrge riski. Tervishoiusektorile eraldatavad vahendid on eriti suures ohus, kuna vahendite suunamine vältimatu abi pakkujatele on keerukas, nõudes mitme haldustasandi läbimist. Kontrollikoda leidis, et riigi kulude jälgimisuuringute või auditite käigus, mida küll harva kasutatakse, on leitud olulisel määral riiklike vahendite lekkeid seoses palgaväliste tervishoiukuludega, millel võivad olla tõsised tagajärjed tervishoiuteenuste pakkumisele²⁶. Lisaks on ravimite hankimine keskladude kaudu laialdaselt tunnustatud kõrge riskiga valdkond.

²⁶Vt näiteks 'Public Expenditure Tracking Surveys – Quantitative Service Delivery Surveys in Sub-Saharan Africa: A Stocktaking Study'. Bernard Gautier. HEC Montréal. September 2006, valminud Maailmapanga tellimusel.

4. SELGITUS

ÜLDINE EELARVETOETUS JA SELLE MÕJU TERVISHOIUEELARVELE

Burundis, kus perioodi 2006–2010 riiklik tervishoiu arenduskava nägi ette riiklikust eelarvest tervishoiule eraldatud osa kasvu 3,6%-lt 15%-ni 2010. aastal, vähenesid eelarveeraldised tervishoiule 2007. aastal koguni 2%-ni.

Etiopias püsisid läbivaadatud perioodil (2002–2007) tervishoiu eelarveeraldised ja kulud madalad, mille tulemusel olid tervishoiuteenused oluliselt alarahastatud. Kui PRBS 2 eesmärk oli kasvatada tervishoiueelarvet 6,8%-lt 2003. aastal 7,3%-ni 2004. aastal, siis tegelikult langes tervishoiu osakaal eelarves 6,5%-ni. Kuigi kokkuvõttes kasvasid vaesusega seonduvad korduvkulud Etiopias oluliselt pärast 2000. aastat, siis tervishoiu puhul see nii ei olnud, kuna tervishoiu osakaal jooksvates kuludes oli ainult 15%.

Malis, kus üldise eelarvetoetuse rahastamisleping nägi ette tervishoiu osakaalu kasvu jooksvas riigieelarves 10,5%-lt 11,5%-le perioodil 2002–2005, seda ei juhtunud ja 2005. aastal langes see 10,2%-le.

Kenyas suurenesid aastatel 2005–2006 tervishoiu eelarve eraldised 9%-ni, võrreldes 7%–7,5%-ga varasematel aastatel. Sama perioodi kulud moodustasid aga ainult 5,7%, olles vähenenud alates perioodist 2001–2002, kus nad moodustasid 9% riigi kogukuludest.

Malawis pidas valitsus esimese kahe aasta jooksul (2005–2007) pärast üldise eelarvetoetuse jätkamist esmatähtsaks sisevõla tasumist ja tervishoiueelarve säilitati ainult 10,7-protsendilisel tasemel, mis on madalam kui mõnel varasemal aastal. Vaatamata sellele kavandati aastateks 2007–2008 olulist eelarve kasvu.

Lesothos püsisid tervishoiukulud varasemal tasemel vaatamata kasvavale tervishoiukriisile.

- 38.** Üldise eelarvetoetuse programmid ei ole nende riskidega asjakohaselt tegelenud. 2002. aasta üldise eelarvetoetuse käsiraamat nägi programmi rakendamise ajal lisaks riigi rahanduse juhtimise kvaliteedi esialgsele hindamisele ette finantsauditite ja vastavuskontrollide läbiviimise, eriti sotsiaalvaldkondades. Sellised kontrollid on eriti vajalikud seal, kus riiklike kõrgeimate kontrolliasutuste suutlikkus on madal, nagu enamikel juhtudel. Tegelikult siiski selliseid kontrole läbi ei viidud ja komisjon loobus oma 2007. aasta käsiraamatus nende kasutamise nõudmisest. Käsiraamatu kohaselt ei kontrolli komisjon vahendite kasutamist pärast nende üleandmist riigikassasse. See on vastuolus komisjoni valdkondliku eelarvetoetuse poliitikaga, mille kohaselt kontrollitakse sisendite kasutamist palju põhjalikumalt, „pöörates tähelepanu sündmuste ahelale, kus „sisendid“ muutuvad „väljundite“ kaudu „tulemusteks“”²⁷. Kontrollikoda jagab Euroopa Parlamendi seisukohta, et võrreldes üldise eelarvetoetusega annab see võimalikku mõjusust arvestades järjekordse eelise valdkondlikule eelarvetoetusele²⁸.

Üldise eelarvetoetuse kasutamisel tervishoiuteenuste parandamiseks ei ole pööratud piisavalt tähelepanu poliitika ja institutsioonilise raamistiku tugevdamisele

- 39.** Kontrollikoda leidis, et kahes külastatud riigis, Malawis ja Malis, suurendas tervishoiusektorisse suunatud üldise eelarvetoetuse mõjusust tõenäoliselt usaldusväärne tervishoiusektori poliitika, mida rahastajad toetasid valdkondliku lähenemisviisi kaudu. Vastavalt auditiküsitlusele, ei olnud aga ligikaudu pooled riikidest, kes said üldist eelarvetoetust üheksanda EAFi raames või pidid seda saama kümnenda EAFi raames, tervishoiusektoris valdkondlikku lähenemisviisi kasutusele võtnud. See näitab, et komisjon on pööranud liiga vähe tähelepanu valdkondlike lähenemisviiside kasutuselevõtu tagamisele, muutmaks üldine eelarvetoetus tervishoiuteenuste parandamisel mõjusaks.
- 40.** Tervishoiuministeeriumid on tavaliselt ühed nõrgemad ministeeriumid, eriti piirkondlikul ja kohalikul tasandil, kus mõnes riigis on leidnud aset ulatuslik detsentraliseerimine. Selline piiratud institutsionaalne suutlikkus takistab nii usaldusväärse tervishoiupoliitika arendamist kui rakendamist. Komisjoni poliitika näeb ette tehnilise abi andmist prioriteetse valdkondade ministeeriumitele, samuti finantsministeeriumile; selleks eesmärgiks on reserveeritud ligikaudu 10% üldise eelarvetoetuse vahenditest²⁹. 12-s üldist eelarvetoetust saanud riigis, mida kontrollikoda kontrollis, eraldati aga ainult ühel juhul (Niger) tervishoiuministeeriumile vahendeid tehniliseks eriabiks. 2007. aasta üldise eelarvetoetuse käsiraamat ei näe enam ette tehnilise abi jagamist valdkondade ministeeriumidele.

²⁷ Euroopa Komisjoni valdkondliku toetuse projektide suunised, juuli 2007.

²⁸ Euroopa Parlamendi 22. aprilli 2008. aasta resolutsioon, mis sisaldab tähelepanekuid, mis moodustavad eelarve täitmist kinnitava otsuse lahutamatu osa seoses Euroopa Liidu 2006. eelarveaasta üldeelarve täitmisele heakskiidu andmisega, III jagu – komisjon, punkt 225.

²⁹ Ühenduse toetus majanduse reformiprogrammidele ja struktuurikohandustele: ülevaade ja väljavaated. KOM(2000) 58, (lõplik). Brüssel, 4.2.2000.

Komisjon ei ole üldise eelarvetoetuse mõjususe parandamiseks kasutanud tervishoiusektori dialoogi kõiki võimalusi

- 41.** Üks eelarvetoetuse potentsiaalsetest eelistest on võimalus parandada mõjusust rahastajate ja abisaajariikide valitsuste vahelise poliitilise dialoogi kaudu. Kontrollikoja küsitluse kohaselt osales suur enamik delegatsioonidest vahetult tervishoiusektori dialoogis, kuid kontrollikoda leidis siiski puudusi dialoogi kvaliteedis ja põhjalikkuses:
- a) delegatsioonide puudulik tervishoiualane pädevus (vt punkt 18) ei aita kaasa kõrgekvaliteedilisele dialoogile. Komisjon on otsinud majanduseksperthe üldise eelarvetoetuse käsitlemiseks, aga ei ole selliste programmide jaoks moodustanud suuremaid töörühmi, mis hõlmaksid ka tervishoiu- (ja haridus)eksperthe. Mõnes olukorras on võimalik kasutada ka muude rahastajate esindajaid, kuid seda tehti ainult kahes delegatsioonis ning ilma kirjaliku volitusest (vt punkt 20);
 - b) on ebaselge, kui põhjalikku valdkondlikku dialoogi delegatsioonidelt üldise eelarvetoetuse raames eeldatakse (vt punkt 34);
 - c) tulemusnäitajate eesmärkide saavutamise alaste arutelude abil tuleks saavutada laiem tervishoiusektori dialoog. Kontrollikoda leidis, et dialoogis kalduti keskendumale konkreetsetele näitajatele, mitte laiematele tervishoiuküsimustele, samuti iga näitaja eest makstava muutuvsummaga osamakse suurusele, selle asemel et keskenduda tulemuslikkust mõjutavatele teguritele.

Tulemusnäitajate eesmärkidest saavutati ainult pooled ja nende kasutamismehhanismides esineb puudusi

- 42.** Komisjoni üldise eelarvetoetuse poliitika on alates 2000. aastast keskendunud tulemustele. Seega makstakse ligikaudu 30% üldisest eelarvetoetusest välja nn muutuvsummaga osamaksetena, sõltuvalt sellest, kas tulemusnäitajate eesmärgid saavutati. Näitajad valitakse järjest enam abisaajariikide vaesuse vähendamise strateegiadokumentidest, et parandada nende asjakohasust ja riigi omanikutunnet. Tulemuste mõõtmise vajadus on samuti viinud märkimisväärsete jõupingutusteni riiklike statistikasüsteemide tugevdamisel.
- 43.** Kontrollikoda kontrollis, mis ulatuses saavutati komisjoni rahastamislepingutes sisalduvad tervishoiusektori tulemusnäitajate eesmärgid. Kontrollikoda leidis, et kokkuvõttes saavutati tervishoiunäitajate eesmärgid ainult 50% ulatuses. See muudab küsitavaks üldise eelarvetoetuse programmide mõjususe tervishoiuteenuste parandamisel.

- 44.** Kontrollikoda leidis mitmeid tervishoiu tulemusnäitajate kasutusviisi puudutavaid tegureid, mis ühtlasi vähendasid üldise eelarvetoetuse mõjusust tervishoiuteenuste parandamisel:
- a) tulemusnäitajate ergutav mõju võib väheneda nii iga näitajaga seonduvate suhteliselt väikeste summade tõttu, kui komisjoni poliitika tõttu suunata kasutamata summad riigile antavasse muud liiki EAFi abisse. Eelnev puudutab juhtusid, kus muutuvsummaga osamakseid välja ei makstud, kuna eesmärgi ei saavutatud;
 - b) näitajate valimine, mille üle valitsustel ei olnud piisavalt kontrolli, mõjutas negatiivselt valitsuste motiveeritust ning seotus üldise eelarvetoetusega vähenes;
 - c) kasutatud andmed ei olnud sageli usaldusväärsed, seega ei olnud eesmärgi saavutamist alati võimalik välja selgitada, eriti kui näitajaid mõõdeti suhteliselt lühikese 12-kuulise perioodi jooksul, mis tähendas, et muutusi oli vahel raske tuvastada;
 - d) kehtestatud eesmärgid ei olnud mõnikord kas piisavalt ambitsioonikad või olid seda liigselt;
 - e) näitajad ei olnud piisaval määral seotud tervishoiu kvalitatiivsete aspektidega.
- 45.** Kontrollikoda kontrollis ka üldise eelarvetoetuse mõjusust eelkõige vaesematele elanikkonnakihtidele suunatud tervishoiuteenuste parandamisel. WHO analüüs vaesuse vähendamise strateegiadokumentides toodud tervishoiupoliitikate kohta näitas riikide tervishoiupoliitikate üldist vähest keskendumist vaesuse probleemidele. Seda vaatenurka kinnitas ka kontrollikoja poolt kogutud ulatuslikum tõendusmaterjal, mis näitas tervishoiupersonali ja tervishoiuteenuste koondumist linnapiirkondadesse. Lisaks hõlmasid komisjoni tervishoiu tulemusnäitajad harva vaesuse tasandit, mille abil oleks saanud keskenduda vaesematele elanikkonnakihtidele ja/või riigi vaesematele piirkondadele suunatud tervishoiuteenuste parandamisele.
- 46.** Kontrollikoja küsitluses küsiti delegatsioonidelt, milline oli nende hinnangul üldise eelarvetoetuse mõjusust tervishoiuteenuste parandamisel ja teiste eesmärkide saavutamisel. Vastused kinnitasid kontrollikoja oletusi, et üldise eelarvetoetuse praegusel kujul rakendamise mõjusust tervishoiuteenuste parandamise seisukohalt on küsitav. Skaalal ühest (madal) viieni (kõrge) hindasid delegatsioonid tervishoiuteenuste parandamise mõjususe 2,77-le, mis oli kõige madalam mõjususe hinnang kaheksa üldise eelarvetoetuse eesmärgi hulgas (vt **tabel 9**).

TABEL 9

KOMISJONI SAHARA-TAGUSE AAFRIKA DELEGATSIOONIDE HINNANG ÜLDISE EELARVETOETUSEMÖJUSUSELE TERVISHOIUTEENUSTE PARANDAMISEL

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | S/P | Keskmine | Üldise eelarvetoetusega seonduvad eesmärgid |
|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------|---|
| 1 | 1 | 5 | 8 | 9 | 5 | 3,96 | Makromajanduslik stabiilsus |
| 0 | 0 | 6 | 15 | 3 | 5 | 3,88 | Riigi rahanduse juhtimise parandamine |
| 1 | 1 | 5 | 13 | 5 | 4 | 3,80 | Abimenetluste ühtlustamine |
| 2 | 1 | 6 | 10 | 5 | 5 | 3,63 | Abi andmisega seotud kulude vähendamine |
| 1 | 5 | 7 | 9 | 3 | 4 | 3,32 | Rahastamise prognoositavuse parandamine |
| 1 | 7 | 6 | 6 | 2 | 7 | 3,05 | Vaesuse vähendamine |
| 1 | 7 | 8 | 4 | 2 | 7 | 2,95 | Haridusteenuste parandamine |
| 3 | 8 | 4 | 5 | 2 | 7 | 2,77 | Tervishoiuteenuste parandamine |

(1 = ei ole oluline, 5 = väga oluline, S/P seisukoht puudub)

PROJEKTID

- 47.** Traditsiooniliselt on komisjon oma arenguabi rakendamiseks kasutanud peamiselt projekte. Alates 2000. aastast on komisjon siiski eelistanud abi rakendada eelarvetoetuse kaudu. Seetõttu on komisjon abi andmist käsitlevates käsiraamatutes võtnud seisukoha, et projekte kasutatakse *de facto* viimase võimaluse vahendina, kui muude vahendite kasutamine ei ole võimalik. Kontrollikoda kontrollis projektide valimit, et hinnata nende mõjusust eesmärkide saavutamisel või selle tõenäosust. Projektide tõhusus liigitati rahuldavaks, kui nad saavutasid või tõenäoliselt saavutavad oma eesmärgid; osaliselt rahuldavaks, kui projekti käigus oli ette tulnud probleeme ja eesmärgid saavutati osaliselt; ning ebarahuldavaks, kui projekti käigus oli ette tulnud olulisi probleeme ja kui saavutati või tõenäoliselt saavutatakse vaid mõned planeeritud eesmärkidest. *Lisas III* tutvustatakse lühidalt kohapealsete auditikäikude raames kontrollitud projekte ning *lisas IV* tuuakse ära auditeeritud projektide täielik nimekiri.

EAFI PROJEKTID

Üldiselt on EAFi projektid olnud piisavalt mõjusad, aga enamikul juhtudel on nende jätkusuutlikkus kaheldav

- 48.** EAFi projektid võivad ühendada tehnilise abi, infrastruktuuri ja seadmete varustuse pakkumist. Kontrollikoda uuris 12 EAFi tervishoiualase projekti mõjusust 12 riigis. Projektide mõjusust hinnati kas rahuldavaks või osaliselt rahuldavaks kahes kolmandikus riikides vaatamata tervishoiusektori sekkumiste suhtelisel keerulisele iseloomule. Kontrollikoja hinnang EAFi projektide mõjususele vastas suurel määral komisjoni delegatsioonide seisukohale. Kontrollikoja küsitluses hindasid delegatsioonid projektide mõjusust 3,11-le skaalal ühest (madal) viieni (kõrge). EAFi projektide positiivne külg oli nende osalus poliitika ja teenuste osutamise kvaliteedi parandami-

ses. Teisest küljest, kontrollikoja kontrollitud projektid ei olnud enamikul juhtudel suunatud vaesematele elanikkonnakihtidele, kuigi nende abil oleks saanud mõjutada piirkondlikku ja kohalikku tasandit. Samuti ei olnud enamikul projektidel häid jätkusuutlikkuse väljavaateid.

49. Peamised kontrollikoja auditi käigus tuvastatud EAFi tervishoiuprojekte negatiivselt mõjutanud asjaolud (mõned neist on omased ka EAFi projektidele muudes valdkondades) on esitatud allpool:

- a) projektid olid tihti liiga ambitsioonikad, eriti konfliktijärgsetes olukordades, seda nii paljude erinevate tegevuste ja laiaulatusliku geograafilise katvuse tõttu mõne projekti puhul kui liiga kõrgete ootuste tõttu selle suhtes, mida projektide abil võiks saavutada ilma teisi vahendeid kasutamata;
- b) projektide rakendamise aeg oli üldiselt liiga lühike, esiteks aeganõudvate hanke- ja heakskiidumenetluste tõttu (vt punkt 23), ja teiseks seetõttu, et projektidega juurutatud muudatuste rakendamine abisaajaorganisatsioonides ja jätkusuutlikkuse saavutamine võttis aega;
- c) projektide tehnilise abi kvaliteet varieerus suurel määral ja see mõjutas oluliselt projektitulemusi;
- d) suutlikkus osutada samaaegselt tervishoiuteenuseid ja töötada EAFi projektidega varieerus samuti, eriti regionaalsel ja kohalikul tasandil;
- e) usaldusväärse riikliku tervishoiupoliitika puudumine vähendas projektide mõjusust ja eriti jätkusuutlikkuse saavutamise väljavaateid;
- f) delegatsioonidel ei olnud sageli tervishoiualast pädevust, ja neil oli tihti liiga suur koormus seoses projekti õnnestumise väljavaadete suurendamiseks vajaliku järelevalve tagamisega.

AKV RIIKIDE VAHELISED PROJEKTID

Keerulise ülesehituse ja keeruliste rakendamismenetluste tõttu ei ole AKV riikide vahelised projektid sama tõhusad kui muud liiki projektid

50. Iga AKV riikide vaheline projekt hõlmab Sahara-taguse Aafrika erinevate piirkondade paljusid riike, ja üheksanda EAFi ajal rakendati neid kõige sagedamini ÜRO agentuuride kaudu. Viie auditeeritud projektist hinnati mõjusust ühel juhul rahuldavaks, kahel juhul osaliselt rahuldavaks ja kahel juhul ebarahuldavaks. Seda liiki projektide juhtimisel tagasihoidlikke tulemusi põhjustanud asjaolud olid järgmised:

- a) projektide ülesehitus, mis üldiselt hõlmas suurt arvu riike, kes kõik said suhteliselt väikseid eraldi märkimisväärselt paljude tegevuste jaoks. See vähendas nende potentsiaalset mõju;
- b) komisjoni delegatsioonide vähene osalus kesktasandil juhitud projektides ja asjaolu, et komisjoni peakorteril oli keerukas sageli paljusid riike hõlmanud projektide üle nõuetekohast järelevalvet teostada;
- c) komisjonil ja ÜRO agentuuridel oli raskusi kavandamis- ja aruandluskorra üle kokkuleppimisel, millest tulenevalt oli ÜRO agentuuridel probleeme kokkulepitud korra järgimisega.

ÜLDISEST EELARVEST RAHASTATAVAD TERVISHOIUPROJEKTID

Üldisest eelarvest rahastatavad projektid on enamasti olnud mõjusad, välja arvatud keskselt juhitud projektid, kuid jätkusuutlikkuse tagamine on sageli küsitav

- 51.** Üldisest eelarvest rahastatud tervishoiuprojekte rakendatakse peamiselt valitsusväliste organisatsioonide ja muude valitsusväliste osalejate kaudu. Kontrollikoda kontrollis üheksat sellist projekti Kenyas, Malawis ja Malis. Kolme projekti mõjususe hinnati rahuldavaks ja ülejäänud kuue oma osaliselt rahuldavaks. Komisjoni delegatsioonidel oli projektidest suhteliselt positiivne arvamus, kuna kontrollikoja küsitluses hindasid nad mõjususe 3,52-le skaalal ühest (madal) viieni (kõrge). Nelja valitsusvälise organisatsiooni kaasrahastatud projekti Lesothos, Malawis, Malis ja Svaasimaal, mida samuti kontrolliti, hinnati sama mõjusaks: ühel juhul hinnati projekti mõjususe rahuldavaks, kolmel ülejäänud juhul osaliselt rahuldavaks.
- 52.** Seda liiki projektide eriti positiivsed küljed on järgmised:
- nad olid suunatud vaesusega seotud küsimustele ja nende abil osutati sageli põhiteenuseid äärepoolsemates piirkondades, kus riigi poolt pakutavad teenused olid vähem kättesaadavad;
 - tundlike teemade puhul, nagu HIV/AIDS, eelistasid paljud inimesed, eriti noored pöörduda valitsusväliste organisatsioonide poole, mitte kasutada riigi poolt pakutud tervishoiuteenuseid;
 - nende projektide üle oli komisjonil lihtsam järelevalvet teostada kui suurte EAFi projektide üle, seetõttu esines vähem viivitusi, kuna kõiki projektitegevusi hallati ühe valitsusvälise organisatsiooni lepingu alusel;
 - projektide nähtavus oli suhteliselt madala rahastamistaseme juures kõrge.
- 53.** Nagu märgitud tervishoiu eelarvejaotise hiljutises hindamises³⁰, on selliste projektide nõrk koht üldjuhul nende jätkusuutlikkus ja laiem mõju, kuna:
- kuigi tervishoiu eelarvejaotist käsitlevate määruste otstarve on edendada uuenduslikke projekte, vähendas asjaolu, et komisjoni menetlused ei näe ette riiklike tervishoiuametnike kaasamist, projektide riiklikku poliitikasse lülitamise tõenäosust;
 - komisjon ei ole kasutusele võtnud süsteemi, mis tagaks, et edukatest projektidest saadud kogemusi levitatakse süstemaatiliselt;
 - kuigi edukate projektide arvu oleks saanud EAFi rahastamise abil suurendada, sõltus see sellest, kas tervishoid valitakse sihtsektoriks ja kas delegatsioonid ja riigi ametnikud on programmitöö ajal projektist hästi informeeritud, mis tavaliselt nii ei olnud.
- 54.** Lisaks tekitab probleeme ka see, et projektid keskenduvad küll vaesusele, aga projektide heakskiitmisel ei arvestata piisavalt vaesuse tasemega erinevates riikides. Valitsusväliste organisatsioonide kaasrahastamise määrusega on järjest suuremal määral püütud seda küsimust lahendada, vähendades abikõlblike riikide arvu.

³⁰ *Appraisal of the Two Legal Bases on Health, AIDS and Population*, Ecorys Research and Consulting, november 2006.

- 55.** Kontrollikoda kontrollis ka viit keskselt juhitud üldisest eelarvejaotisest rahastatud tervishoiuprojekti. Projektid hõlmasid vähemalt kahte, tavaliselt aga enamat riiki, mis ei piirnenud üksteisega. Sarnaselt AKV riikide vaheliste projektidega hinnati ka nende tulemusi nõrgemateks kui ühes ja samas riigis läbi viidud projektide omi. Projekte mõjutasid negatiivselt raskused, mida valitsusvälised organisatsioonid kogesid sageli keerukate projektide rakendamisel erinevate piirkondade paljudes eri riikides, ja raskused, mis komisjonil olid seoses nende projektide järelevalvega.

ÜLEMAAILMNE FOND

KUIDAS KOMISJON HALDAS OMA TOETUST ÜLEMAAILMSELE FONDILE

Komisjoni osatähtsus ülemaailmse fondi käivitamisel oli suur, kuid panus fondi riiklikul tasemel toetamise ja järelevalvesse ei olnud piisav

- 56.** Oma tegevuse kiirendamise poliitika raames (vt punkt 2) andis komisjon märkimisväärse panuse ülemaailmse fondi loomisse. Komisjon on juhatuses esindatud ja tal on püsivalt võimalus mõjutada fondi toimimise peamisi üldpõhimõtteid (vt 5. selgitus). Ülemaailmsest fondist on kiiresti kujunenud üks peamisi HIVi/AIDSi, tuberkuloosi ja malaaria vastu võitlejaid ning 2007. aastaks oli fond heaks kiitnud 8 947 miljoni USA dollari ulatuses toetusi 136 riigile; toetustest ligikaudu 60% oli suunatud Sahara-tagusele Aafrikale.

5. SELGITUS

ÜLEMAAILMSE FONDI TÖÖPÕHIMÕTTED

- Toimida finantsvahendina, mitte rakendusüksusena.
- Teha kättesaadavaks ja võimendada täiendavaid finantsvahendeid.
- Toetada programme, mis aitavad suurendada riigi omanikutunnet.
- Toetada tasakaalustatult erinevaid piirkondi, haiguste ravi ja sekkumisi.
- Kasutada ennetusel ja ravil ühtset ja tasakaalustatud lähenemisviisi.
- Hinnata taotlusi sõltumatute menetluste abil.
- Võtta kasutusele lihtsustatud, kiire ja uuenduslik toetuste andmise kord ja tegutseda läbipaistvalt, täites aruandluskohustust.

57. Perioodil 2001–2007 maksis komisjon EAFi AKV riikide vaheliseks koostööks ettenähtud vahenditest (330 miljonit eurot) ja tervishoidu puudutavatest üldistest eelarveridadest (292,5 miljonit eurot) ülemaailmsesse fondi kokku 622,5 miljonit eurot. See moodustas 8,1% kõigist ülemaailmsesse fondi tehtud maksetest, tehes komisjoni suuruselt neljandaks rahastajaks. Siiski märgitakse ülemaailmse fondi hiljutises hindamises, et fondil võib olla raskusi rahastajate eraldatud suurenenud toetussummade kasutamisega³¹. See peegeldab nii mõnede riikide puudulikku suutlikkust esitada oma abivajadused nõuetekohaste toetusetaotluste vormis ja ka nende edasist suutmatust saadud toetused välja maksta.

³¹ *Evaluation of the Organisational Effectiveness and Efficiency of the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria.* Oktoober 2007 (Macro Consultancy).

58. Komisjoni peakorteri oluline roll ülemaailmse fondi loomisel ja märkimisväärsed vahendid, mis komisjon fondile eraldas, on vastuolus enamiku komisjoni delegatsioonide piiratud ülesannetega seoses ülemaailmse fondiga. Komisjoni peakorteri väljastatud suunistes ainult innustati delegatsioone toetama ülemaailmse fondi tegevusi, mitte ei antud neile sellekohaseid juhiseid. Delegatsioonidel ei ole olnud aktiivset rolli mitte üheski kolmest komisjoni peakorteri poolt delegatsioonidele osalemiseks ette nähtud põhivaldkonnast:

- a) *aktiivne osalemine ülemaailmse fondi riikide kooskõlastusmehhanismides ja nende tugevdamisele kaasaaitamine:* vastavalt kontrollikoja küsitlusele osales ainult 35% delegatsioonidest riikide kooskõlastusmehhanismides. Mitteosalemise põhjusena esitati kõige sagedamini ebapiisav töötajate arv delegatsioonides ja asjaolu, et tervishoiusektor ei kuulunud komisjoni sihtsektorite hulka;
- b) *aruandmine ülemaailmse fondi toimimise aspektide kohta riigis:* vastavalt kontrollikoja küsitlusele esitas ainult 8% delegatsioonidest korrapäraseid aruandeid komisjoni peakontorile, 59% esitas aruandeid vahel ja üks kolmandik ei esitanud aruandeid kunagi. Kuigi komisjon on ülemaailmse fondi juhatuses, puudub tal ülemaailmse fondi tegevuse kohta delegatsioonide tagasiside ja see on vähendanud komisjoni suutlikkust juhatuse tasandil tegutseda tegevuse mõjususe parandamise nimel;
- c) *tehnilise abi andmine toetusetaotluste väljatöötamisel ja toetuste rakendamisel:* kuna riiklikel asutustel ei ole piisavat suutlikkust koostada toetusetaotlusi ja toetusi rakendada (vt punkt 57), on ülemaailmne fond eriti rõhutanud, et rahvusvaheline üldsus peab andma Sahara-tagusele Aafrikale selle probleemiga tegelemiseks tehnilist abi, aga komisjon ei ole sellele vajadusele tähelepanu pööranud.

ÜLEMAAILMSE FONDI MÕJUSUS?

Ülemaailmne fond on andnud olulise panuse HIVi/AIDSi, malarria ja tuberkuloosi vastu võitlemisse, aga fondi töö mõjusamaks muutmine sõltub rahastajate täiendavast pikaajalisest toetusest tervishoiusüsteemile

- 59.** Üks peamine ülemaailmse fondi mõjususe moodsupuu on väljundi indikaatorid, mida ülemaailmne fond kasutab programmide puhul, mida ta nimetab „ülemaailmsest fondist toetatavateks programmideks“. Need indikaatorid ei hõlma mitte ainult selliste programmide väljundeid, mida on rahastatud ainult ühtekuuluvusfondist, vaid ka programme, mida ülemaailmne fond rahastab koos valitsuste ja muu välisabiga. Seetõttu on keeruline määratleda, milliseid väljundeid saab konkreetset ülemaailmse fondiga siduda³². Vaatamata sellele on selge, et ülemaailmne fond on andnud olulise panuse **tabelis 10** toodud väljunditesse. Viies külastatud riigis täheldas kontrollikoda eriti ülemaailmse fondi panust retroviirusevastase ravi suurendamise ja HIVi nõustamise ja testimise, aga emalt lapsele kanduvate haiguste leviku ennetamine osutus keeruliseks töötajate vähesuse ja kultuuriliste probleemide tõttu. Mõningate malaariavastaste meetmete puhul esines hangete vallas viivitusi seoses insektitsiidide tõrjumiseks töödeldud voodivõrkude ja artemisiniinil põhineva kombineeritud teraapiaga. Täpsem ülevaade auditi käigus kontrollitud ülemaailmse fondi sekkumistest on esitatud **III lisas**.

³²Samuti on ülemaailmse fondi veebilehel avaldatud toetuste tulemusaruannete põhjal keeruline iga toetuse puhul kindlaks määrata, milline on ülemaailmse fondi toetuse konkreetne panus seoses saavutatud väljunditega.

TABEL 10

ÜLEMAAILMSE FONDI KOLME SAHARA-TAGUSE AAFRIKA PIIRKONNA TULEMUSNÄITAJAD (SEISUGA 31. DETSEMBER 2007)

| HIV/AIDS | % eesmärgist | Meetmed |
|--|--------------|---|
| Retroviirusevastane ravi | 93% | 1 100 000 inimest saab retroviirusevastast ravi |
| HIVI nõustamine ja testimine | 101% | Teenuseid osutati 16 miljonile inimesele |
| Emalt lapsele kanduvate haiguste leviku ennetamine | 64% | 100 000 HIV-positiivset rasedat naist läbisid täispika ennetuskursuse seoses emalt lapsele kanduvate haigustega |
| Toetus orbudele | 116% | Hooldus- ja tugiteenuseid osutatakse 2 miljonile orvule |
| Tuberkuloos | | |
| DOTS-hooldus | 86% | 800 000 inimest saavad ravi |
| Malaaria | | |
| Insektitsiidide tõrjumiseks töödeldud võrgud | 63% | Välja jaotatud 35 miljonit võrku |
| Malaariavastane ravi | 43% | 37 miljonit malaariaravi juhtu |
| Muud näitajad | | |
| Hooldus- ja tugiteenused | 107% | Ravi- ja hooldusteenuseid osutati 1,7 miljonile inimesele |
| Inimeste koolitamine | 105% | 1,8 miljonit inimest koolitati teenuste edastamiseks |

Allikas: ülemaailmne fond.

- 60.** Ülemaailmne fond on pidanud valima, kas järgida oma volituste kitsast tõlgendust ja keskenduda ainult kolmele haigusele või rahastada ka tervishoiusüsteemide toetamist. 2007. aastal võttis ülemaailmne fond kasutusele uue poliitilise lähenemise, mille kohaselt fond toetaks rahaliselt tervishoiusüsteemide tugevdamist, rahastades tehniliselt usaldusväärseid taotlusi, mis keskenduvad kolmele haigusele³³. Siiski ei ole selge, kuidas seda lähenemisviisi tegelikkuses rakendatakse, võttes arvesse, et erinevaid tervishoiusüsteemi osi on keeruline eraldada. Ülemaailmne fond on siiski rõhutanud, et peamine toetus tervishoiusüsteemi tugevdamiseks peaks tulema muudelt rahastajatelt: on tungiv vajadus, et nad kohe asetaksid oma strateegias esikohale oluliste pikaajaliste tervishoiusüsteemide ja infrastruktuuride tugevdamise täiendavate vahendite abil³⁴. Sellised vahendid on olulised nii parema tasakaalu saavutamiseks tervishoiusüsteemide ja haigusepõhiste sekkumiste vahel kui selleks, et tõhustada ülemaailmse fondi toetust, kuna nõrgemad tervishoiusüsteemid võivad olla kitsaskohaks, mis vähendab riikide ülemaailmse fondi toetuste kasutamise võimet.
- 61.** Kuna ülemaailmse fondi ülesanne on tegelda kolme haigusega, peegeldab fondi poolt riikidele antav toetuse summa rohkem nende piirkondade haiguskoormust kui riigi üldist vaesustaset. Siiski on ülemaailmne fond keskendunud vaesusele riikidesiseselt. Eelkõige kasutades laialt ulatuslikult kohalike kogukondade organisatsiooni, on fond toetanud riikide vaesemaid piirkondi, kus riiklikud tervishoiuteenused on halvemini kättesaadavad.
- 62.** Komisjon pole ei juhatuse ega riikide tasandil piisavat tähelepanu pööranud ülemaailmse fondi rollile tervishoiusüsteemide tugevdamisel ja vaesuse vähendamisel. See peegeldab delegatsioonide piiratud kaasatust ülemaailmse fondi tegevusse ja vähest tähtsust, mida komisjoni peakorter on omistanud delegatsioonide kaasatusele (vt punkt 58).

³³ Ülemaailmse fondi juhatuse 2007. aasta novembri koosoleku protokoll.

³⁴ Ülemaailmne fond 'Partners in Impact – Results Report 2007'.

³⁵ Komisjoni teatis nõukogule ja Euroopa Parlamendile: Tervishoid ja vaesuse vähendamine arenguriikides, KOM(2002) 129 (lõplik), 22.3.2002.

VAHENDITE ÜHTNE KASUTAMINE JA INTEGREERIMINE VALDKONDLIKESSE LÄHENEMISVIISIDESSE

- 63.** Komisjoni üldise tervishoiupoliitika raames asetati eelarvetoetus tervishoiusektori toetamise strateegias olulisele kohale, aga rõhutati ka muude vahendite jätkuvat asjakohasust. Esile toodi ka vajadus usaldusväärse riikliku tervishoiupoliitika raamistiku järele ja selle rakendamise olulisus:

„Eelarvetoetus, sotsiaalvaldkonna toetus, programmi- ja projektitoetus võivad olla täiendavad senikaua, kuni nad toetavad riiklikult määratletud poliitikaraamistikku. Kus eelarvetoetuse kasutamine ei ole asjakohane, toetatakse ühenduse rahastamise abil programme ja projekte riikliku raamistiku kontekstis ja keskendutakse suutlikkuse suurendamisele. Kui riiklik raamistik puudub, hõlbustab komisjon arengut valdkondliku lähenemisviisi suunas. Enamikes arenguriikides säilitab ühendus suutlikkuse ja usalduse suurendamise perioodid segaportfelli“³⁵.

KAS KOMISJON HALDAS VAHENEID ÜHTSELT?

Komisjon ei ole välja töötanud suuniseid tervishoiusektori erinevate vahendite ühtseks haldamiseks

- 64.** Komisjon ei ole välja töötanud suuniseid selle kohta, millal oleks sobilikum kasutada üldist eelarvetoetust ja millal valdkondlikku eelarvetoetust või nende kahe kombinatsiooni, et kõige mõjusamalt tegeleda olukorraga antud riigis. Kuigi komisjoni käsiraamatus valdkondliku eelarvetoetuse kohta viidatakse üldise eelarvetoetuse ja valdkondliku eelarvetoetuse koos kasutamise eelistele, on komisjoni poolt finantseeritud tervishoiusektori eelarvetoetusprogrammide väga piiratud arv Sahara-taguses Aafrikas vähendanud üldise eelarvetoetuse mõjusust (vt punktid 36–46).
- 65.** Samuti puuduvad suunised selle kohta, kuidas siduda valdkondlikke projekte üldise eelarvetoetuse projektidega, et komisjoni sekkumisi mõjusamaks muuta. Kontrollikoda leidis juhtumeid, kus EAFi projektid olid tugevdanud üldise eelarvetoetuse programme, isegi kui need kaks sekkumist ei olnud kooskõlastatud, ja ka juhtumeid, kus parem kooskõlastamine EAFi projektidega oleks tulnud kasuks üldise eelarvetoetuse sekkumistele (vt 6. selgitus).
- 66.** 2002. aasta tervishoiupoliitika rõhutas küll erinevate vahendite üksteist täiendavat rolli, aga ei viidanud ülemaailmse fondi ja komisjoni poolt juhitud vahendite vahelisele seosele. Kontrollikoja hinnangul põhjustas delegatsioonide vähene osalus ülemaailmse fondi tegevuses (vt punkt 58) selle, et komisjon rahastas jätkuvalt EAFi HIVi/AIDSi valdkonna projekte. Kui komisjon oleks jätnud selliste projektide rahastamise ülemaailmsele fondile, oleks ta saanud oma toetust eraldada laiematele tervishoiusüsteemi küsimustele, mis on väljaspool ülemaailmse fondi mandaati.
- 67.** Mõned komisjoni üldise eelarvetoetuse ja ülemaailmse fondi huvivaldkonnad kattuvad, eriti seoses tervishoiusektori tulemusnäitajate kasutamise ja kaasnevate järelevalve- ja hindamissüsteemide parandamisega, aga ka seoses finants- ja hankesüsteemidega. Vaatamata sellele ei ole üldise eelarvetoetuse vahendit nendes valdkondades koos ülemaailmse fondiga kasutatud ja vahendiga seotud rahastamislepingutes ülemaailmsele fondile üldiselt ei viidata.

6. SELGITUS

EAFI TERVISHOIUPROJEKTIDE JA ÜLDISE EELARVETOETUSE VAHELINE SEOS

Kontrollikoda leidis, et Malis suurendas kaheksandast EAFist rahastatud tervishoiusektori projekt PASS üldise eelarvetoetuse mõjusust, tugevdades tervishoiuministeeriumi suutlikkust, isegi kui projekti PASS erieesmärk ei olnud üldist eelarvetoetust täiendada. Teisest küljest, kuna kahe vahendi vaheline kooskõlastus oli puudulik, ei pikendanud komisjon tervishoiu juhtimise teabesüsteeme käsitlevat kaheksanda EAFi projekti Lesothos, kuigi puudulikud tervishoiualased andmed olid üks põhjus, miks peatati üldine eelarvetoetus Lesothos kaheksanda ja üheksanda EAFi raames.

SEKKUMISTE INTEGREERIMINE VALDKONDLIKESSE LÄHENEMISVIISIDESSE

Komisjoni sekkumiste integreerimine valdkondlikesse lähenemisviisidesse on nende mõjususe seisukohalt ülioluline, aga komisjon ei ole valdkondlikke lähenemisviise piisavalt toetanud

- 68.** Otsuse tegemisel selle kohta, milline vahendite kombinatsioon konkreetsele riigile sobib, on kõige olulisem see, kas riigis on hästi väljatöötatud valdkondlik poliitika. Kontrollikoja küsitlusega leiti, et olukord erines riigiti olulisel määral: kümnes riigis juba kasutati valdkondlikke lähenemisviise, kümme riiki valmistasid neid ette ja 14 riigis oli tervishoiupoliitika delegatsioonide hinnangul puudulik.
- 69.** Vaatamata valdkondlike lähenemisviiside olulisusele üldise eelarvetoetuse mõjususe parandamisel (vt punkt 39) ja asjaolule, et tegemist on ühe abikõlblikkuskriteeriumiga valdkondliku eelarvetoetuse saamiseks (vt punkt 32), ei ole komisjon pööranud piisavalt tähelepanu abi andmisele nende väljatöötamisel. Vastavalt kontrollikoja küsitlusele oli ainult kaheksa delegatsiooni (22%) kasutanud üheksanda EAFi tehnilise abi projekte tervishoiualaste valdkondlike lähenemisviiside väljatöötamise toetamiseks.
- 70.** Olgugi et riigid, kus kasutatakse tervishoiualaseid valdkondlikke lähenemisviise, on jätkuvalt vähemuses, on nende arv alates 2000. aastast kasvanud. Seega on kümnenda EAFi ajal valdkondlike lähenemisviiside raames rohkem võimalusi anda valdkondlikku eelarvetoetust kui üheksanda EAFi ajal, aga see ei ole kaasa toonud kavandatud valdkondliku eelarvetoetuse osakaalu olulist kasvu antud perioodil.
- 71.** Peamiseks mureks projektipõhise lähenemisviisi puhul on projektide jätkusuutlikkus (vt punktid 48 ja 53). Arvestades, et see sõltub nende integreerimisest hästi väljatöötatud ja asjakohaselt rahastatud valdkondlikesse poliitikatesse, viitab see ka sellele, et komisjon peaks eelistama suutlikkuse tõstmise EAFi projekte, et aidata selliseid poliitikaid välja töötada.
- 72.** Ülemaailmse fondi üks suuri väljakutseid on fondi menetluste kooskõlla viimine riiklike menetlustega, eriti seoses tulemuspõhise rahastamisega. 2007. aasta lõpus osales ülemaailmne fond tervishoiu valdkondlikes lähenemisviisides ainult kahes riigis, Malawis ja Mosambiigis, aga fondi 2007. aasta strateegias viidati kavatsusele pöörata sellist tüüpi rahastamisele rohkem tähelepanu riikides, kus on olemas asjakohane riiklik tervishoiustrateegia. Lähenemisviisi järgimise sagedus sõltub sellest, kuidas „asjakohasust“ määratletakse, ja rahvusvahelise üldsuse, sh komisjoni antavast toetusest, et aidata riikidel tervishoiustrateegiat välja töötada.

JÄRELDUSED JA SOOVITUSED

VAHENDID

TERVISHOIUSEKTORILE ERALDATUD RAHALISTE VAHENDITE TASE JA TASAKAAL EI PEEGELDA ASJAKOHASELT KOMISJONI POLIITILISI KOHUSTUSI JA TERVISHOIUALANE PÄDEVUS EI OLE PIISAV

- 73.** Sahara-taguse Aafrika tervishoiusektorile eraldatud rahaliste vahendite osa kogu arenguabis ei ole alates 2000. aastast kasvanud, vaatamata komisjoni aastatuhande arengueesmärkidele ja tervishoiukriisile Sahara-taguses Aafrikas. Nad ei vasta ka Euroopa Parlamendi võrdlusnäitajale, mille kohaselt tuleks riikidele suunatud programmides eraldada 20% esmatasandi tervishoiule ja alg- ja keskkaridusele.
- 74.** Komisjon on eraldanud märkimisväärseid täiendavaid vahendeid, et toetada ülemaailmset AIDSi, tuberkuloosi ja malaaria vastu võitlemise fondi. Komisjon on keskendunud siiski nende kolme haiguse vastasele võitlusele, mitte oma poliitilisele prioriteedile, milleks on tervishoiusüsteemide toetamine.
- 75.** Komisjonil ei ole piisavalt tervishoiualast pädevust, et oma tervishoiupoliitikat nõuetekohaselt ellu viia ja ta ei ole pädevuse hankimiseks süstemaatiliselt teiste allikate poole pöördunud.

SOOVITUSED VAHENDITE JAGAMISE KOHTA

- 1) Oma aastatuhande arengueesmärkide saavutamise toetamise poliitika kontekstis peaks komisjon kaaluma tervishoiusektori toetuse suurendamist kümnenda EAFi vahekokkuvõtte ajal, eriti:
 - a) nõrgestatud riikides, kuna komisjonil on nendes riikides võrreldav eelis;
 - b) riikides, kus humanitaarabi peadirektoraat on rakendanud meetmeid seose tugevdamiseks hädaabietapi ning taastamis- ja arendustegevuse vahel neis riikides;
 - c) riikides, mida käsitletakse tervishoiualasest abist ilma jäänud riikidena.
- 2) Komisjon peaks vaatama üle oma rahastamise tasakaalu, et tagada selle vastavus oma poliitilise prioriteediga keskenduda tervishoiusüsteemi toetamisele.
- 3) Komisjon peaks tagama piisava tervishoiualase pädevuse, et asjakohaselt rakendada tervishoiusektori poliitikat ja sekkumisi ning osaleda aktiivselt tervishoiusektori dialoogis. Selleks peaks ta vähemalt tagama, et kõikides delegatsioonides, kus tervishoid on sihtsektor, on ametis tervishoiuspetsialistid. Komisjon peaks hindama, millisel määral on järgnevad võimalused teostatavad, et tagada asjakohane toetus muudele delegatsioonidele:
 - a) tagada piirkondlike delegatsioonide tervishoiualane pädevus, et toetada delegatsioone, kus ei ole tervishoiuspetsialiste;
 - b) teha konfliktijärgsetes riikides humanitaarabi peadirektoraadi tervishoiunõustajatega tihedamat koostööd;
 - c) luua tihedam partnerlus WHO riiklike büroodega, et kasutada nende pädevust;
 - d) sõlmida ametlikud lepingud ELi liikmesriikidega, et kasutada nende pädevust; sellised lepingud peavad põhinema mandaadil, mis tagab, et komisjon säilitab vastutuse ja määrab kindlaks selge toimimiskorra.

EAFI TERVISHOIUVAHENDITE RAKENDAMINE ON KIIRENENUD. ÜLEMAAILMNE FOND ON MAKSNUD VÄLJA SUURI SUMMASID, AGA VÄLJAMAKSETE KASUTAMISE TEMPO ON SUHTELISELT AEGLANE. KÕIGI VAHENDITE PUHUL ON VÄLJAKUTSEKS RAHASTAMISE PROGNOOSITAVUS

- 76.** EAFi sekkumiste rakendamismäär on oluliselt paranenud, vähemalt osaliselt juhtimise delegatsioonidele üleandmise tõttu.
- 77.** Ülemaailmne fond on välja maksnud suurel määral vahendeid, aga väljamaksete kasutamise tempo on olnud suhteliselt aeglane, mille peamiseks põhjuseks oli madal toetuse vastuvõtmise suutlikkus enamikes abisaajariikides.
- 78.** Kõigi vahendite puhul on probleemiks rahastamise prognoositavus, sealhulgas üldise eelarvetoetuse puhul, kuna riikidel, mille õigus sellist toetust saada on peatatud, on vähem vahendeid tervishoiu rahastamiseks.

SOOVITUSED KIIRUSE JA PROGNOOSITAVUSE KOHTA

- 4) Komisjon peaks tegema ülemaailmse fondiga tihedamat koostööd, et kiirendada programmide rakendamist, andes abisaajariikidele tehnilist abi nii abitaotluste koostamisel kui abilepingute rakendamisel.
- 5) Komisjon peaks muutma oma tervishoiu eelarvetoetuse prognoositavamaks, tagades valmisoleku sekkuda alternatiivsete vahenditega juhtudel, kus riigid on kaotanud õiguse eelarvetoetusele.

VAHENDITE HALDAMINE JA MÕJUSUS

EELARVETOETUS EI OLE VEEL OSUTUNUD MÕJUSAKS TERVISHOIUTEENUSTE PARANDAMISE VAHENDIKS; PROJEKTIDE ROLL TERVISHOIUSEKTORI TOETAMISEL VÕIB OLLA OLULINE. ÜLEMAAILMSE FONDI PANUS ON OLNUD MÄRKIMISVÄÄRNE

- 79.** Kuigi üldise eelarvetoetuse praegune ülesehitus on seotud tervishoiusektoriga, ei ole fondi rakendamisel neid seoseid piisavalt kasutatud. Üldine eelarvetoetus võiks küll olla oluline tervishoiuteenuste parandamise vahend, kuid käesoleval hetkel ei täida üldine eelarvetoetus seda eesmärki tõhusalt ega keskendu vaesemate elanikkonnakihtide vajadustele. Valdkindlikku eelarvetoetust, mis keskendub tervishoiusektorile, on komisjon Sahara-taguses Aafrikas vähem kasutanud.
- 80.** Kuigi projektides esineb puudusi, eriti seoses jätkusuutlikkusega, on nad tervishoiusektori toetamisel kasulikud olnud. Üldiselt on juhtimisraskuste tõttu problemaatilisemad olnud mitmeid riike hõlmavad projektid.
- 81.** Ülemaailmse fondi panus on olnud AIDSi-, tuberkuloosi- ja malaariavastases võitluses märkimisväärne. Hoolimata komisjoni tähtsast rollist ülemaailmse fondi loomisel, ei ole ta aga piisavalt panustanud fondi mõjususe muutmisse riikide tasandil.

**SOOVITUSED RAHASTAMISVAHENDITE HALDAMISE
JA MÖJUSUSE KOHTA**

- 6) Valdkondlikku eelarvetoetust tuleks rohkem kasutada. Üldnõue, mille kohaselt saab seda kasutada ainult juhul, kui tervishoid on sihtsektor, tuleks üle vaadata. Komisjon peaks üle vaatama oma praeguse vahendite jagamise korra valdkondliku eelarvetoetuse ja üldise eelarvetoetuse vahel.
- 7) Üldise eelarvetoetuse valdkondlikku möödet tuleks tugevdada:
- a) kasutades tulemusnäitajaid ja tervishoiusektori dialoogi, et innustada riike kinni pidama oma kohustusest eraldada 15% oma riigieelarvest tervishoiule ja täielikult täita riiklikku tervishoiu eelarvet;
 - b) viies läbi tehingute ja finantskontrolle, et määrata kindlaks, kas tervishoiu eelarve vahendeid kasutatakse ettenähtud eemärgil;
 - c) rahastades tehnilist abi eelarvetoetusest, selleks et tugevdada tervishoiusektori poliitikat ja institutsioonide suutlikkust ning tegeleda sektorile omaste avaliku rahanduse juhtimise ja hangete probleemidega;
 - d) suurendades oma panust, tervishoiusektori dialoogis, tõstes tervishoiualase pädevuse taset komisjoni teenistustes või kasutades teiste rahastajate eriteadmisi selgete kirjalike volituste alusel;
 - e) pöörates rohkem tähelepanu selle tagamisele, et tulemusnäitajad põhinevad usaldusväärsetel statistilistel süsteemil, peegeldavad valitsuse suutlikkust tulemusi mõjutada ja võtavad arvesse vaesuse vähendamise ja kvaliteedialaseid eesmärgi.
- 8) Komisjon peaks rohkem osalema ülemaailmse fondi tegevuses riikide tasandil. Lisaks abisaajariikide suuremale toetamisele ülemaailmse fondi toetusetaotluste ettevalmistamisel ja toetuse rakendamisel peaksid delegatsioonid andma tagasisidet peakorterile, et võimaldada komisjonil juhatuse tasandil tõhusamalt sekkuda.
- 9) Komisjon peaks suuremal määral kasutama projekte, et pakkuda poliitikaalast ja tehnilist tuge ja nõustamist (EAFi projektid), rahastada esmaseid sekkumisi (tervishoiu üldise eelarverea projektid) ja pakkuda tervishoiuteenuseid vaesemates piirkondades, kus tervishoiuteenused ei ole piisavalt kättesaadavad (VVO eelarverea projektid). Üldisest eelarvereast rahastatavate ja mitmeid riike hõlmavate projektide, samuti AKV riikide vaheliste projektide roll tuleks uuesti üle vaadata.

KOMISJON EI OLE VÄLJA TÖÖTANUD SUUNISEID, MILLE ABIL TAGADA ERINEVATE RAHASTAMISVAHENDITE ÜHTNE KASUTAMINE TERVISHOIUSEKTORI TOETAMISEKS, EGA PIISAVALT INTEGREERINUD OMA SEKKUMISI VALDKONDLIKESSE LÄHENEMISVIISIDESSE

- 82.** Komisjon ei ole asjakohaselt määratlenud iga rahastamisvahendi ülesannet seoses tervishoiusektoriga ega seda, kuidas neid maksimaalse sünergia saavutamiseks kombineerida.
- 83.** Võttes arvesse, et usaldusväärne valdkondlik lähenemisviis mõjutab oluliselt kõikide rahastamisvahendite mõjusust, tuleb tugevdada jõupingutusi toetamaks valdkondlike lähenemisviiside kavandamist ja rakendamist.

SOOVITUSED RAHASTAMISVAHENDITE ÜHTSEKS KASUTAMISEKS

10) Komisjon peaks välja töötama selged juhised selle kohta, millal iga rahastamisvahendit kasutada ja kuidas neid sünergia suurendamiseks üheskoos kasutada, ning neid juhiseid levitama, sealhulgas:

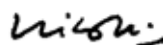
- a) määratlema, millal kasutada üldist eelarvetoetust ja millal valdkondlikku eelarvetoetust ning millal neid kahte vahendit koos kasutada;
- b) kasutama sagedamini ja mõjusamalt projekte, et soodustada eelarvetoetuse kasutamist ja ülemaailmse fondi sekkumisi tervishoiusektoris;
- c) võtma arvesse ülemaailmse fondi tegevust, kui komisjon kavandab tervishoiusektori sekkumisi, sealhulgas üldise eelarvetoetuse kaudu.

11) Kasutatud vahendite valimisel tuleks rohkem arvesse võtta olukorda riigis ja eriti seda, kas valdkondlik poliitika on hästi välja töötatud.

12) Komisjon peaks oma tervishoiusektori sekkumised, sealhulgas ülemaailmse fondi sekkumised, valdkondliku lähenemisviisiga tihedamalt siduma. Komisjon peaks soodustama valdkondlike lähenemisviiside väljatöötamist riikides, kus neid veel ei kasutata.

Kontrollikoda võttis käesoleva aruande vastu 19. novembri 2008. aasta istungil Luxembourgis.

Kontrollikoja nimel



president

Vítor Manuel da Silva Caldeira



Allikas: ECA

AASTATUHANDE ARENGUEESMÄRGID: OLUKORD 2007. AASTAL

| Eesmärgid ja sihid | Aafrika | | Aasia | | | |
|--|--|--|---------------------------------------|--|---------------------------------------|--|
| | Põhja-Aafrika | Sahara-tagune Aafrika | Ida-Aasia | Kagu-Aasia | Lõuna-Aasia | Lääne-Aasia |
| EESMÄRK 1 Kaotada äärmine vaesus ja nälg | | | | | | |
| Vähendada äärmist vaesust poole võrra | madal vaesuse määr | väga kõrge vaesuse määr | keskmine vaesuse määr | keskmine vaesuse määr | väga kõrge vaesuse määr | madal vaesuse määr |
| Vähendada nälga kannatavate inimeste arvu poole võrra | väga madal näljahäda määr | väga kõrge näljahäda määr | keskmine näljahäda määr | keskmine näljahäda määr | kõrge näljahäda määr | keskmine näljahäda määr |
| EESMÄRK 2 Võimaldada kõigile algharidus | | | | | | |
| Tagada kõigile juurdepääs algharidusele | hea juurdepääs | halb juurdepääs | hea juurdepääs | hea juurdepääs | hea juurdepääs | möödukas juurdepääs |
| EESMÄRK 3 Edendada sugudevahelist võrdsust ja naiste õigusi | | | | | | |
| Tagada tüdrukutele poistega samaväärne juurdepääs algharidusele | ligikaudu samaväärne | mitte päris samaväärne | samaväärne | samaväärne | ligikaudu samaväärne | ligikaudu samaväärne |
| Naiste juurdepääs tasustatud tööle | halb juurdepääs | keskmine juurdepääs | hea juurdepääs | keskmine juurdepääs | halb juurdepääs | halb juurdepääs |
| Naiste võrdne esindatus rahvusparlamentides | väga madal esindatus | madal esindatus | keskmine esindatus | madal esindatus | madal esindatus | väga madal esindatus |
| EESMÄRK 4 Vähendada laste suremust | | | | | | |
| Vähendada alla viieaastaste laste suremust kahe kolmandiku võrra | madal suremuse määr | väga kõrge suremuse määr | madal suremuse määr | keskmine suremuse määr | kõrge suremuse määr | keskmine suremuse määr |
| Leetrite vastu vaktsineerimine | suur immuniseerimiste arv | väike immuniseerimiste arv | keskmine immuniseerimiste arv | keskmine immuniseerimiste arv | väike immuniseerimiste arv | suur immuniseerimiste arv |
| EESMÄRK 5 Parandada emade tervist | | | | | | |
| Emade suremuse vähendamine kolme neljandiku võrra | keskmine suremuse määr | väga kõrge suremuse määr | madal suremuse määr | kõrge suremuse määr | väga kõrge suremuse määr | keskmine suremuse määr |
| EESMÄRK 6 Võidelda HIVi/AIDSi, malaaria ja muude haiguste vastu | | | | | | |
| Peatada HIVi/AIDSi levik ja pöörata suundumus ümber | vähene levimus | väga valdav levimus | vähene levimus | vähene levimus | möödukas levimus | vähene levimus |
| Peatada malaaria levik ja pöörata suundumus ümber | madal risk | kõrge risk | möödukas risk | möödukas risk | möödukas risk | madal risk |
| Peatada tuberkuloosi levik ja pöörata suundumus ümber | madal suremuse määr | kõrge suremuse määr | keskmine suremuse määr | keskmine suremuse määr | keskmine suremuse määr | madal suremuse määr |
| EESMÄRK 7 Tagada jätkusuutlik keskkond | | | | | | |
| Peatada metsade hävimine | madal metsaga kaetuse määr | keskmine metsaga kaetuse määr | keskmine metsaga kaetuse määr | kõrge metsaga kaetuse määr | keskmine metsaga kaetuse määr | madal metsaga kaetuse määr |
| Vähendada poole võrra inimeste arvu, kellel ei ole head juurdepääsu joogiveele | probleem on laialtlevinud | probleem on vähelevinud | probleem on keskmise ulatusega | probleem on keskmise ulatusega | probleem on keskmise ulatusega | probleem on laialtlevinud |
| Vähendada poole võrra inimeste arvu, kellel ei ole head juurdepääsu sanitaarsüsteemidele | probleem on keskmise ulatusega | probleem on väga vähelevinud | probleem on väga vähelevinud | probleem on vähelevinud | probleem on väga vähelevinud | probleem on keskmise ulatusega |
| Parandada slummides elavate inimeste elutingimusi | keskmine slummides elavate inimeste määr | väga kõrge slummides elavate inimeste määr | kõrge slummides elavate inimeste määr | keskmine slummides elavate inimeste määr | kõrge slummides elavate inimeste määr | keskmine slummides elavate inimeste määr |
| EESMÄRK 8 Arendada välja ülemaailmne arengupartnerlus | | | | | | |
| Noorte tööpuudus | väga kõrge tööpuudus | kõrge tööpuudus | madal tööpuudus | kõrge tööpuudus | möödukas tööpuudus | väga kõrge tööpuudus |
| Interneti kasutajad | keskmine juurdepääs Internetile | väga madal juurdepääs Internetile | keskmine juurdepääs Internetile | keskmine juurdepääs Internetile | madal juurdepääs Internetile | keskmine juurdepääs Internetile |

Allikas: ÜRO.

| | |
|--|--|
| | Siht on juba saavutatud või saavutatakse varsti. |
| | Siht saavutatakse tõenäoliselt 2015. aastaks valitseva suundumuse püsimisel, või juhul kui probleem, mille lahendamiseks eesmärk kehtestati, ei ole piirkonnas olulise tähtsusega. |
| | Eesmärgi saavutamist 2015. aastaks ei peeta tõenäoliseks. |
| | Edusamme ei ole tehtud, halvenemine või tagasipöördumine. |

| Eesmärgid ja sihid | Ookeania | Ladina-Ameerika ja Kariibi piirkond | Sõltumatute Riikide Ühendus | |
|--|--|--|---------------------------------------|--|
| | | | Euroopa | Aasia |
| EESMÄRK 1 Kaotada äärmine vaesus ja nälg | | | | |
| Vähendada äärmist vaesust poole võrra | --- | keskmine vaesuse määr | madal vaesuse määr | madal vaesuse määr |
| Vähendada nälga kannatavate inimeste arvu poole võrra | keskmine näljahäda määr | keskmine näljahäda määr | väga madal näljahäda määr | kõrge näljahäda määr |
| EESMÄRK 2 Võimaldada kõigile algharidus | | | | |
| Tagada kõigile juurdepääs algharidusele | möödukas juurdepääs | hea juurdepääs | hea juurdepääs | hea juurdepääs |
| EESMÄRK 3 Edendada sugudevahelist võrdsust ja naiste õigusi | | | | |
| Tagada tüdrukutele poistega samaväärne juurdepääs algharidusele | ligikaudu samaväärne | samaväärne | samaväärne | samaväärne |
| Naiste juurdepääs tasustatud tööle | keskmine juurdepääs | hea juurdepääs | hea juurdepääs | hea juurdepääs |
| Naiste võrdne esindatus rahvusparlamentides | väga madal esindatus | keskmine esindatus | keskmine esindatus | madal esindatus |
| EESMÄRK 4 Vähendada laste suremust | | | | |
| Vähendada alla viieaastaste laste suremust kahe kolmandiku võrra | keskmine suremuse määr | madal suremuse määr | madal suremuse määr | keskmine suremuse määr |
| Leetrite vastu vaktsineerimine | väike immuniseerimiste arv | suur immuniseerimiste arv | suur immuniseerimiste arv | suur immuniseerimiste arv |
| EESMÄRK 5 Parandada emade tervist | | | | |
| Emade suremuse vähendamine kolme neljandiku võrra | kõrge suremuse määr | keskmine suremuse määr | madal suremuse määr | madal suremuse määr |
| EESMÄRK 6 Võidelda HIVi/AIDSi, malaaria ja muude haiguste vastu | | | | |
| Peatada HIVi/AIDSi levik ja pöörata suundumus ümber | möödukas levimus | möödukas levimus | möödukas levimus | vähene levimus |
| Peatada malaaria levik ja pöörata suundumus ümber | madal risk | möödukas risk | madal risk | madal risk |
| Peatada tuberkuloosi levik ja pöörata suundumus ümber | keskmine suremuse määr | madal suremuse määr | keskmine suremuse määr | keskmine suremuse määr |
| EESMÄRK 7 Tagada jätkusuutlik keskkond | | | | |
| Peatada metsade hävimine | kõrge metsaga kaetuse määr | kõrge metsaga kaetuse määr | kõrge metsaga kaetuse määr | madal metsaga kaetuse määr |
| Vähendada poole võrra inimeste arvu, kellel ei ole head juurdepääsu joogiveele | probleem on väheulatuslik | probleem on laiaulatuslik | probleem on väheulatuslik | probleem on keskmise ulatusega |
| Vähendada poole võrra inimeste arvu, kellel ei ole head juurdepääsu sanitaarsüsteemidele | probleem on väheulatuslik | probleem on väheulatuslik | probleem on keskmise ulatusega | probleem on keskmise ulatusega |
| Parandada slummides elavate inimeste elutingimusi | keskmine slummides elavate inimeste määr | keskmine slummides elavate inimeste määr | madal slummides elavate inimeste määr | keskmine slummides elavate inimeste määr |
| EESMÄRK 8 Arendada välja ülemaailmne arengupartnerlus | | | | |
| Noorte tööpuudus | madal tööpuudus | kõrge tööpuudus | kõrge tööpuudus | kõrge tööpuudus |
| Interneti kasutajad | madal juurdepääs Internetile | kõrge juurdepääs Internetile | keskmine juurdepääs Internetile | keskmine juurdepääs Internetile |

**VÄLJAVÕTE AKV RIIKIDE TERVISHOIUMINISTRITE
BRÜSSELI DEKLARATSIOONIST, OKTOOBER 2007**

„**N. Tunnistades** praegusi väljakutseid AKV riikide tervishoiujuhtimises, nagu inimressursside nappus, haiguste häire- ja järelevalvesüsteemide puudused, ebapiisavad tervishoiuteabe juhtimissüsteemid otsuste tegemiseks, tervishoiuteenuste, eriti üldiste ennetusmeetmete, vereülekannete ja laboratoorse suutlikkuse puudulik kvaliteet, endemiliste kohalike/operatiivsete teadusuuringute ja arendustöö (teadus- ja arendustegevus) madal tase, ja nakkushaigused nagu HI-viirus ja AIDS, tuberkuloos ja malaaria ning kroonilised haigused nagu diabeet, hüpertoonia, astma ning vägivallast, traumadest ja õnnetustest tingitud haigused, piiratud valmisolek epideemiatega (nt ebola jt) toimetulekuks, ravimite liigkõrged hinnad ja vajadus tervishoiusektorit asjakohaselt aastaeelarvest rahastada.

O. Rõhutades tervishoiusüsteemide tähtsust AKV riikides seoses järgmiste küsimustega: tähelepanuta jäetud troopiliste haiguste, nagu trüpanosomiaas (unitõbi), denguepalavik, leepira, filariaas, onkotserkiaas (jõepimesus), skistosomiaas (kakssuulastõbi), trahhoom jt ennetamine, ravi ja haldamine epidemioloogilises kontekstis; kroonilised ja eluviisist põhjustatud haigused, nagu hüpertoonia, vähktõbi, sirprakaneemia ja diabeet, uued ja taaspuhkeda võivad haigused nagu Buruli haavand, hemorraagiline palavik, ahvirõuged, katk, marutaud, samuti vaimuhaigused, neuroloogilised haigused, aju meningiit, sooleparasiidid, laste kõhulahtisus jt.”

KOKKUVÕTTED RIIKIDE KOHTA

SVAASIMAA

ÜLEVAADE TERVISHOIU OLUKORRAST

Svaasimaal on kõige kõrgem HIVi/AIDSi esinemissagedus maailmas, hõlmates 34% elanikkonnast. Sellega tihedalt seotud on ka Svaasimaa kõige kõrgem tuberkuloosimäär; juhtumite arv on tõusnud 856-lt 100 000 inimese kohta 2000. aastal 1 182-le 100 000 inimese kohta 2006. aastal. Keskmise eluiga on langenud 60 aastalt 1998. aastal ainult 31 aastale 2004. aastal. Elanike ühemiljonilisest koguarvust on seal hinnanguliselt 130 000 orbu ja ohustatud last.

Nii imikute kui alla viieaastaste laste suremus on alates 1997. aastast tõusnud, ulatudes 78st ja 106st 1 000 elussünni kohta 1997. aastal vastavalt 85ni ja 120ni 2006. aastal. HIV/AIDS põhjustab 47% alla viieaastaste laste surmadest. Emade suremus on kiiresti kasvanud 230 surmalt 100 000 elussünni kohta 1999. aastal kuni 370 surmani 2006. aastal, ning peamine põhjus ei ole HIV/AIDS, vaid ka puudulik tervishoiusüsteem. Tervishoiusüsteemi ees seisavad üha suuremad väljakutsed, kuidas uue väga suure haiguste koormaga toime tulla, mida on põhjustanud mittenakkushaiguste kasv, millele pööratakse vähe tähelepanu.

EAFI PROJEKTID

HIVi/AIDSi ennetus- ja hooldustegevuse programm (HAPAC)

HAPAC I (2001–2005; 2,25 miljonit eurot) saavutas suures osas oma eesmärgid järgmistes valdkondades: uute vabatahtlike nõustamis- ja testimisteenuste väljatöötamine, koduhoolduse võrgustiku ülesehitamine ühes Svaasimaa neljast piirkonnast ja meetmete toetamine suguhaiguste ravi tõhustamiseks. HAPAC II (2006–2008; 2 miljonit eurot) peamine tulemus oli HAPAC I ajal käivitatud teenuste säilitamine, aga selleks jätkuprojektiks ette nähtud tagasihoidlik teenuste edasiarendamine saavutati ainult piiratud ulatuses. HAPAC II rahastati, kuna HAPAC I jätkusuutlikkuse kohta ei olnud veel kindlust. Jätkusuutlikkus on aga jätkuvalt oluline probleem ja mõne vabatahtlike nõustamis- ja testimisteenuseid pakkuva keskuse puhul eeldati tegevuse lõpetamist projekti lõppedes 2008. aastal. Parem komisjonipoolne kooskõlastus ülemaailmse fondiga oleks fondil võimaldanud HAPAC I lõppemise ajal käimasolnud projektitegevused üle võtta.

VALITSUSVÄLISTE ORGANISATSIOONIDE KAASFINANTSEERIMINE ÜLDEELARVEST

Integreeritud HIVi/AIDSi ja elatise teenimise projekt

Projekti eesmärk on aidata HIVi/AIDSi põdevaid inimesi, orbe ja ohustatud lapsi koduhoolduse kaudu ja aidata neil suurendada toiduga kindlustatust, kasvatades ise toitu. Projekt oli veel algusjärgus. Kuigi projekti eesmärgid on väga asjakohased, tundusid nad veidi üle kolmeaastase kestusega projekti kohta liiga ambitsioonikad.

ÜLEMAAILMNE FOND

Svaasimaa on siiani ülemaailmsest fondist saanud kõige kõrgemat toetust elaniku kohta maailmas (105 miljonit USD-d, ligikaudu 100 USD-d inimese kohta). Suur osa toetusest on antud HIV/AIDS-i raviks. Tuberkuloosiravile eraldatud madal rahastamissumma ei vasta probleemi ulatusele.

Ülemaailmsest fondist toetatud programmide tulemused on üsna erinevad. Abi ja toetuse andmine HIVist/AIDSist mõjutatud perekondadele ja kogukondadele, vabatahtlikud nõustamis- ja testimis-teenused ja koduhoolduse projektiosad on üldiselt hästi õnnestunud. Teisest küljest, antiretroviirusravi ja selle järelevalve mõningad projektiosad, emalt lapsele kanduvate haiguse leviku ennetamine ja ennetustöö noorte hulgas on olnud vähem tõhus. Ülemaailmse fondi aruandlusnõuded on kiirendanud järelevalve- ja hindamissüsteemide tõhustamist ja andmete usaldusväärsuse tõstmist.

LESOTHO

ÜLEVAADE TERVISHOIU OLUKORRAST

Lesotho 23%-line HIVi/AIDSi esinemissagedus on üks kõrgemaid. Sellega tihedalt seotud on ülimalt kõrge tuberkuloosi esinemissagedus. HIVi/AIDS ja tuberkuloos on peamised põhjused, miks eeldatav eluiga on alates 1990ndate keskpaigast langenud 60-lt ainult 41 aastani. Lesothos on hinnanguliselt 180 000 orbu ja ohustatud last, mis moodustab ligikaudu 10% elanikkonnast. Malaariat Lesothos ei esine, kuid probleemiks on mittenakkushaiguste sagenemine.

Osaliselt HIVi/AIDSi tõttu on imikute suremus märkimisväärselt kasvanud, keskmiselt 75-lt 1 000 elussünni kohta aastatel 1995–1999 91ni aastatel 2000–2004. Samal ajal on emade suremus järsult tõusnud 282-lt 100 000 elussünni kohta 1993. aastal 762ni 2004. aastal. Tervisenäitajate halvenemine peegeldab ka tervishoiuteenuste halvenemist raskuste tõttu suurema haiguskoormusega toimetulemisel. Olukorra lahendamiseks ei ole eelarvevahendeid suurendatud ja neid jaotatakse ebaühtlaselt teise ja kolmanda etapi arstiabile ning linnapiirkondadele. Riik kaotab tervishoiutöötajaid teistele riikidele ning HIVi/AIDSi seonduvate surmade tõttu.

ÜLDINE EELARVETOETUS

Üldine eelarvetoetus ei ole olnud tervishoiualaste teenuste parandamise tõhus vahend. Komisjon peatas kaheksanda EAFi programmi, kuna valitsus ei panustanud riigi rahanduse juhtimise reformi ja programmil oli raskusi tulemusnäitajate kohta usaldusväärsete andmete esitamisel. Seetõttu jäeti vastupidiselt esialgselt kavandatule toetus üheksandast EAFist andmata.

EAFI PROJEKTID

Kaheksas EAFi projekt tervishoiusektori reformi toetuseks (1,8 miljonit eurot) andis olulise panuse tervishoiusektori detsentraliseerimisprotsessi Lesothos, toetades nii protsessi üldist kavandamist kui detsentraliseerimise testimist kolmes piirkonnas, kuigi üheksakuuline testimisetapp oli liiga lühike. Lesotho valitsus on hiljem detsentraliseerimist laiendanud kõigisse kümnesse piirkonda, kuigi seoses suutlikkuse ja vahenditega esineb tõsiseid raskusi.

VALITSUSVÄLISTE ORGANISATSIOONIDE KAASFINANTSEERIMISPROJEKT: KODUNE HOOLDUS HIVDI/AIDSI JA RAVIMATUID HAIGUSI PÕDEVATELE INIMESTELE NING ORBUDELE JA OHUSTATUD LASTELE

Üldiselt osutus projekt edukaks: 600 inimest koolitati tervishoiuteenuste osutajaks, igapähele on keskmiselt kümme klienti, kuigi toetus orbudele ja ohustatud lastele on piiratud. Käivitatud on järelprojekt, mis käsitleb toiduga kindlustatust ja sissetulekuid pakkuvaid tegevusi, et muuta projekt jätkusuutlikuks, aga projekti kolmeaastane kestusaeg võib selle saavutamiseks olla liiga lühike.

ÜLEMAAILMNE FOND

Siiani rakendatud peamise toetuse (HIV/AIDS, 2. etapp) raames saavad rohkem kui 15 000 inimest antiretroviiruste ravi (eesmärk oli 12 500 inimest). Tegemist on ülemaailmse fondi ja valitsuse ligikaudu võrdsetes osades rahastamise tulemusega. Siiski võib järelevalvesüsteem hõlmata inimesi, kes on ravi pooleli jätnud või kes on ravi ajal surnud. Antiretroviiruste ravi on kättesaadav ainult ligikaudu 30%-le abivajajatest. Vabatahtlikku nõustamis- ja testimisteenust pakkujate kohtade arv on suurel määral kasvanud, aga HIVi suhtes testitud inimeste arv on 20% väiksem kui ette nähtud. See peegeldab üldiseid probleeme, mis esinesid Lesothos kampaania „Know Your Status” (tunne oma olukorda) elluviimisel. Seoses orbude ja ohustatud laste hoolduse ja toetusega ei oldud selgelt määratletud, mida toetuspakett peaks sisaldama, ja oli keerukas välja selgitada, millist abi orvud ja ohustatud lapsed olid saanud. Kondoomide levitamise eesmärgid ületati, aga ainult osaliselt tänu ülemaailmse fondi rahastamisele. Oleks tulnud tagada, et noored tegelikkuses said kätte ja kasutasid tervishoiuasutustele jagatud ja seal kättesaadaval olnud kondome. Mõningaid edusamme on tehtud noorte HIVi/AIDSi ennetamise alasel koolitamisel. Emalt lapsele kanduvate haiguste leviku ennetamine oli kõige problemaatilisem valdkond, kus saavutati ainult üks kuuest eesmärgiks seatud näitajast. Osaliselt on selle põhjuseks tervishoiutöötajate puudus.

KENYA

ÜLEVAADE TERVISHOIUOLUKORRAST

Kõik peamised tervisenäitajad alanesid 1990ndatel ja jätkasid alla-poolle liikumist esimese riikliku tervishoiusektori strateegiakava ajal (1999–2004). Seega kasvas alla viieaastaste laste suremus 11,2%-lt 11,5%-le. Kuigi emade suremuse suhtarvu on raske kindlaks määrata, ei väljenda näitajad paranemist. Ainus valdkond, kus toimus selge edasimineku, oli HIVi esinemissagedus, mis langes 13%-lt 1994. aastal 6%-le 2005. aastal.

Peamiste tervisenäitajate halvenemine peegeldab avalike tervishoiuteenuste kasutamise vähenemist, tervishoiutöötajate puudujääki ja nende ebaühtlast jagunemist linna- ja maapiirkondade ning avaliku ja erasektori vahel, samuti seisakut toetuste eraldamisel riigieelarvest tervishoiule. Teise riikliku tervishoiusektori strateegiakava (2005–2010), mida rahastajad toetavad töö ja rahastamise ühise kavandamise programmi kaudu, eesmärk on seda negatiivset trendi muuta.

ÜLDINE EELARVETOETUS

Jätakuvalt suhteliselt madalate tervishoiukulutuste, tervishoiu ja üldise avaliku finantsjuhtimise süsteemide puuduste taustal ja võttes arvesse asjaolu, et saavutati ainult üks neljast eesmärgiks seatud tulemusnäitajast, ei ole üldine eelarvetoetus Keenias tervishoiuteenuste parandamisel väga tõhusaks osutunud.

EAFI PROJEKTID

EAFi kaheksas projekt piirkondlike tervishoiuteenuste ja -süsteemide arendamise programm aitab riigi kesk- ja idaosas oluliselt kaasa avalike ja mitteavalike teenuste juurdepääsu ja kvaliteedi parandamisele, eriti keskenduti inimestele, keda riskid rohkem ohustasid, samuti kogukondadele. Siiski, kui projekti ajaraamistik oleks olnud pikem kui ettenähtud kolm aastat ja see ei oleks viivituste tõttu vähenenud, oleksid tulemused veelgi paremad olnud.

ÜLDEELARVEST RAHASTATUD PROJEKTID

Noorukite seksuaal- ja reproduktiivtervise algatus

Projekt parandas oluliselt HIVi/AIDSi ennetuse ja raviteenuste kättesaadavust kõige ohustatumatele ja marginaliseeritud noortele, kasutades noortesõbraliku mobiilse vabatahtliku nõustamis- ja testimisteenuse pakkumist ja tõstes kogukonna teadlikkust selle algatuse osas.

Kvaliteetsete sünnitusabi üldteenuste kättesaadavus ja kasutamine

Projekti eesmärk on parandada naiste ja laste juurdepääsu sünnitusabile ja vastsündinute eest hoolitsemisele kümnes sihtpiirkonnas. Projektinäitajad viitavad nende vahetute sünnikomplikatsioonide osakaalu kasvule, millega tegeletakse hädaabi korras, samuti ämmaemanda juuresolekul toimuvate sünnituste osakaalu kasvule sihtpiirkondades.

Terviklik lähenemine nendeni jõudmiseks, keda HIV/AIDS kõige rohkem ohustab ja mõjutab

Projekti eesmärk on edendada organisatsiooni Marie Stopes Kenya suutlikkust, et toetada Kenya riiklikku AIDSi strateegiakava (2005–2010). Projekt on esialgu edukaks osutunud.

Uzazi Bora – Teenused emadele ja imikutele – HIV-tegevused

Projekti eesmärk oli vähendada emalt lapsele levivaid haigusi ja parandada sünnituseelseid, sünnitusabi ja sünnitusjärgseid raviteenuseid kahes piirkonnas. Projekti eesmärgid saavutati osaliselt, peamine vajakajäämine oli seostud sünnitusjärgsete teenustega.

ÜLEMAAILMNE FOND

Kuigi Kenya kuulub ülemaailmsest fondist peamiste abisaajate hulka, on toetusi rakendatud tõsiste viivitustega, mille tulemusel jääb enamik eesmärgi täitmata ja toetusi on vähendatud pärast I etappi.

MALAWI

ÜLEVAADE TERVISHOIU OLUKORRAST

Malawi on üks kõige kõrgema HIVi/AIDSi esinemissagedusega (ligikaudu 14%) riike maailmas. Kõrge HIVi/AIDSi esinemissagedus on kaasa toonud tuberkuloosi suure kasvu, juhtumite arv on aastatel 1994–2004 kahekordistunud. Malawis esineb ka väga palju malaariat, mis on kõige sagedasemaks surma põhjuseks nii laste kui täiskasvanute hulgas. Ehkki olukord on alates 2000. aastast paranenud, on Malawis jätkuvalt üks kõrgemaid emade suremuse määrasid maailmas – 984 juhtumit 100 000 elussünni kohta. Kuigi on tehtud teatud edusamme vähendamaks laste suremust, mis on langenud 76-le juhtumile 1 000 elussünni kohta, on see samuti jätkuvalt üks peamisi murettekitavaid valdkondi. Malawi tervishoiuteenused on nende probleemidega toimetulemiseks täiesti alarahastatud, väga piiratud arv tervishoiutöötajaid on koondunud linnapiirkondadesse.

ÜLDINE EELARVETOETUS

Üldisel eelarvetoetusel ei olnud olulist mõju tervishoiuteenuste parandamisele 2007. aasta keskpaigaks. Alates 2005. aastast, kui üldist eelarvetoetust hakati uuesti andma, keskendus valitsus eelarvetoetuse kasutamisele maksuhalduse valdkonnas usaldusväärse teabe kogumise vahendi loomiseks ja mitte vaeste toetamiseks mõeldud eelarvekulutuste laiendamisele. Siiski on komisjon üldise eelarvetoetuse abil aidanud tagada, et valitsus eraldab vähemalt 10,7% riigi üldeelarvest tervishoiule. Nüüd, kui suure võlakoormusega vaeste riikide programm on täidetud, saab võimalikuks suurendada mittekohustuslikke kulutusi, sealhulgas tervishoiule.

EAFI PROJEKTID

Kaheksanda EAFi projekti abil loodi riiklik vereülekandeteenistus, mis kattis kolmandiku kuni poole riigi vajadustest. Kuigi seda oli vähem kui finantseerimislepingus sätestatud, oli siiski tegemist märkimisväärse edasiminekinga, võttes arvesse keerulisi kultuurilisi ja organisatsioonilisi probleeme, mida programm pidi lahendama.

ÜLDEELARVEST RAHASTATUD PROJEKTID

Noortele suunatud seksuaal- ja reproduktiivtervise ning HIVi/AIDSiga seotud teenuste laiendamine

Projekti eesmärk on tõsta noortesõbralike seksuaal- ja reproduktiivtervise teenuste kasutamist ja turvalise seksi tavade omaksvõtmist valitsusväliste organisatsioonide ja noorteklubide kaudu. Võttes arvesse esialgseid viivitusi, ei pruugi olla võimalik kõiki projekti eesmarke saavutada.

Käitumise muutumise soodustamise ning seksuaal- ja reproduktiivtervise teenuste kättesaadavuse parandamine Thyolo piirkonnas

Projekt andis väärtusliku panuse eelkõige juurdepääsu parandamisele järjepidevatele HIVi tugi- ja raviteenustele, emalt lapsele kanduvate haigustega seotud teenustele ja vabatahtlikule nõustamis- ja testimisteenusele selles vaeses Lõuna-Malawi piirkonnas.

Noorte ja laste tervis Malawi kesk- ja lõunaosas asuvates piirkondades

Projekti tulemused olid edukad: kasvas noorte arv, kes kasutasid vabatahtlikku nõustamis- ja testimisteenust sihtotstarbelistes noorte- ja tervisekeskustes, ning koolitüdrukute raseduste arv vähenes.

ÜLEMAAILMNE FOND

Üldiselt on ülemaailmse fondi tulemused märkimisväärsed, eriti anti-retroviiruste raviteenuste pakkumise suurendamisel kõigest mõnest tuhandest 2004. aastal 110 000-ni 2007. aasta keskpaigas. Enamik teisi HIVi/AIDSi projekti esimese etapi osi oli pärast mõningaid viivitusi saavutamata olulisi tulemusi, sealhulgas tervishoiusüsteemide toetamise alal, kus koolitati suur arv personali, eriti kogukondade tervishoiutöötajate tasemel. Peamine problemaatiline valdkond oli emalt lapsele kanduvate haiguste ennetamise komponent.

MALI

ÜLEVAADE TERVISHOIU OLUKORRAST

Malis on väga kõrge emade suremuse suhtarv (1 200 juhtumit 100 000 elussünni kohta) ja laste suremuse määr (219 juhtumit 1 000 kohta 2004. aastal). HIVi/AIDSi esinemissagedus on suhteliselt madal (1,9%), aga tuberkuloos on laialt levinud (578 juhtumit 100 000 elaniku kohta) ja malaaria on jätkuvalt üks peamisi laste surma põhjuseid. Teiste peamiste haiguste hulka kuuluvad ägedad hingamisteede nakkused, kõhulahtisus, Guinea uss, skistosomiaas, samuti kasvavad probleemid krooniliste haigustega, nagu diabeet ja südamehaigus.

Kuigi tervishoiu infrastruktuuri on tehtud olulisi investeeringuid ning üldiselt on juurdepääs tervishoiuteenustele paranenud, esineb jätkuvalt tõsiseid probleeme. Puudub asjakohane personalipoliitika, mistõttu on personali kättesaadavus madal; geograafiline paiknemine on ebasobiv; oskused, motivatsioon ja eetilised standardid on eba-piisavad. Detsentraliseerimisprotsessiga ei ole kaasnenud piisavaid inim- ja finantsressursse. Üldiselt püsib tervishoiuteenuste kvaliteet madal ja teenused ei ole kõige vaesematele kättesaadavad.

ÜLDINE EELARVETOETUS

Vastupidiselt üldise eelarvetoetuse finantseerimislepingus võetud kohustusele ei suurendanud valitsus tervishoiu osa eelarves, samal ajal kui avalikud vahendid jagunevad piirkondade vahel jätkuvalt ebaõiglaselt. Lisaks on riigi rahanduse juhtimine endiselt nõrk, esineb kõrge finantsrisk ja avaliku sektori kulutused on madala tõhususe ja mõjususega.

EAFI PROJEKTID

Kaheksanda arengufondi PASS projekt on aidanud saavutada eesmärki tugevdada tervishoiuministeeriumi suutlikkust, aga mitte teist eesmärki: parandada tervishoiuteenuste kvaliteeti. Projekti abil ei olnud võimalik selliseid parandusi teha, kuna selleks oleks tulnud heaks kiita ulatuslikud struktuurireformid.

ÜLDEELARVEGA SEONDUVAD PROJEKTID

Naiste reproduktiivtervise paranemine Mali põhjaosas

Projekt aitas oluliselt kaasa tervishoiutöötajate koolitamisele ja varustuse soetamisele, kuid oli liiga lühike, et emade suremust tege-
likkuses mõjutada.

Biomali meede

Projekti eesmärk oli parandada HIVi/AIDSi, tuberkuloosi ja malaaria avastamist Malis, mille tulemusel loodi laboratooriumide võrgustik, kuigi esines viivitusi personali väljakoolitamisel soetatud varustuse kasutamiseks. Avastamise määrade suurenemise järelvalve oli problemaatiline.

Osalev lähenemine tuberkuloosipatsientide tervishoiuteenustele juurdepääsu parandamisele

Nimetatud piirkondlik projekt hõlmas ka Benini, Burkina Fasot ja Senegali ning selle abil toetati tuberkuloosijuhtumite avastamise parandamist ja pärastist järelkontrolli.

Kohaliku suutlikkuse tugevdamine HIVi/AIDSi vastu võitlemisel

Varases etapis oleva projekti eesmärk on vähendada seksuaalsel teel ja emalt lapsele nakatumist Mali põhjaosa vaesemates piirkondades tsiviilühiskonna suurema kaasamise ja tervishoiuteenuste kvaliteedi parandamise abil.

ÜLEMAAILMNE FOND

Toetus malaariavastastele meetmetele aitas kaasa voodivõrkude soetamisele ja tervishoiutöötajate koolitamisele. HIVi/AIDSiga seotud toetus aitas tõsta inimeste arvu, kes said antiretroviiruste vastast ravi, perioodil 2005–2007 600-lt 12 800-le. Tuberkuloosiga seotud toetuse puhul oli ravi käsitlev projektiosa edukam kui ennetuse osa. Tervishoiusüsteemide tugevdamise projektiosa elluviimise käigus ilmnis mõningaid raskusi, eriti seoses riikliku laboratooriumi ehitamise ja varustamisega.

KONTROLLITUD PROJEKTIDE NIMEKIRI

| Riik | Projekti nimetus | Projekti summa | Hinnang |
|--|---|----------------|--------------------|
| EAFI PROJEKTID | | | |
| Angoola | Tervishoiusektori tugiprogramm | 25,0 | Mitterahuldav |
| Benin | Tervishoiusektori toetamine | 10,2 | Osaliselt rahuldav |
| Burundi | Üleminekutoetus tervishoiusektorile (Patsbu) | 4,1 | Mitterahuldav |
| Tšaad | Tervishoiupoliitika toetamine | 42,0 | Mitterahuldav |
| Elevandiluurannik | Esmaabi ja taastamisprogramm, 1. etapp | 34,0 | Rahuldav |
| Kenya | Piirkondlike tervishoiuteenuste ja süsteemide arendamine | 15,0 | Rahuldav |
| Lesotho | Tervishoiusektori reformi toetamine | 1,8 | Osaliselt rahuldav |
| Malawi | Vereülekandeteenused Malawis | 9,4 | Osaliselt rahuldav |
| Mali | Tervishoiuvaldkonna tugiprogramm | 10,5 | Osaliselt rahuldav |
| Sierra Leone | Tervishoiuvaldkonna tugiprogramm | 28,0 | Mitterahuldav |
| Svaasimaa | HIV/AIDSi ennetus- ja hooldusprogramm | 4,3 | Osaliselt rahuldav |
| Uganda | Tervishoiusektori personali arendustöö | 17,0 | Rahuldav |
| AKV RIIKIDE VAHELISED PROJEKTID | | | |
| 8 riiki | EÜ/AKV/MTO tervishoiu aastatuhande arengueesmärkide partnerlus | 25,0 | Osaliselt rahuldav |
| 14 riiki | MTO lastehalvatuse kaotamise programm | 26,8 | Osaliselt rahuldav |
| 41 riiki | EÜ/AKV/MTO farmaatsiatoodete poliitikapartnerlus | 24,6 | Mitterahuldav |
| 22 riiki | EÜ/AKV/ÜRO Rahvastikufond/IPPF Seksuaal- ja reproduktiivtervis | 32,0 | Rahuldav |
| 3 riiki | Malaaria vaktsiini väljatöötamine mitmes keskuses toimunud uuringute abil | 7,0 | Mitterahuldav |

| Riik | Projekti nimetus | Projekti summa | Hinnang |
|---|--|----------------|--------------------|
| TERVISHOIU ÜLDEELARVE PROJEKTID | | | |
| Kenya | Noorukite seksuaal- ja reproduktiivtervise algatus | 2,6 | Osaliselt rahuldav |
| Kenya | Juurdepääsu parandamine kvaliteetsetele põhilistele ja terviklikele sünnitusabi teenustele ja nende kasutamise suurendamine | 2,2 | Rahuldav |
| Kenya | Terviklik lähenemisviis HIVist/AIDSist kõige ohustatumate ja mõjutatud inimesteni jõudmiseks | 4,4 | Osaliselt rahuldav |
| Kenya | Uzazi Bora – Emadele ja imikutele suunatud teenused – HIVi meetmed | 1,3 | Osaliselt rahuldav |
| Malawi | Seksuaal- ja reproduktiivtervise ning HIVi/AIDSiteenuste laiendamine noorukitele | 2,25 | Osaliselt rahuldav |
| Malawi | Käitumise muutmise edendamine ja juurdepääsu parandamine seksuaal- ja reproduktiivtervise teenustele | 1,35 | Rahuldav |
| Mali | Reproduktiivtervise teenuste parandamine Põhja-Malis | 1,6 | Rahuldav |
| Mali | BioMali meede | 3,6 | Osaliselt rahuldav |
| Mali | Osalusel põhinev lähenemine tuberkuloosipatsientidele suunatud tervishoiuteenuste kvaliteedi parandamisele ja neile juurdepääsu parandamine | 4,5 | Osaliselt rahuldav |
| Burundi, Kenya, Mosambiik | AIDSi vastase võitluse programm | 2,0 | Mitterahuldav |
| Burundi, Guinea, Haiti | Oluliste era- ja avaliku sektori osalejate vastastikune tugevdamine õiguste kaitse valdkonnas, nakkuste ennetamisel ja terviklike tervishoiuteenuste pakkumisel HIVi/AIDSi põdevatele inimestele | 3,9 | Osaliselt rahuldav |
| Benin, Kongo Demokraatlik Vabariik | Programm integreeritud HIVi hoolduse väljatöötamiseks HIVi/AIDSi põdevatele tuberkuloosipatsientidele | 4,3 | Mitterahuldav |
| Sambia, Lõuna-Aafrika | Kohaliku suutlikkuse ja omanditunde ülesehitamine seoses HIVi vaktsiinidega Aafrika lõunaosas | 3,0 | Mitterahuldav |
| Malawi, Lõuna-Aafrika | Tuberkuloosi ennetamise ja ravi parandamine | 4,5 | Osaliselt rahuldav |
| VALITSUSVÄLISTE ORGANISATSIOONIDE KAASFINANTSEERITUD EELARVEGA TERVISHOIUPROJEKTID | | | |
| Lesotho | HIVi/AIDSi haigete, fataalse haigusega patsientide ja orbude kodune hooldus | 0,7 | Osaliselt rahuldav |
| Mali | Kohaliku suutlikkuse tugevdamine HIVi/AIDSi vastasel võitlusel | 1,0 | Osaliselt rahuldav |
| Malawi | Noorukite ja laste tervis Malawi kesk- ja põhjaosas | 0,75 | Rahuldav |
| Svaasimaa | Integreeritud HIVi/AIDSi ja elatise hankimise projekt | 0,75 | Osaliselt rahuldav |

KOMISJONI VASTUSED

KOMMENTEERITUD KOKKUVÕTE

I.

Komisjon tänab Euroopa Kontrollikoda Sahara-taguses Aafrikas osutatavatele tervishoiuteenustele eraldatava EÜ arenguabi uurimise eest. See on huvipakkuv, märkusi ja kogemusi sisaldav analüüs, mis võimaldab komisjonil lahendada mitu kontrollikoja auditis tõstatatud probleemi.

II.

Lähtudes komisjoni poliitikast, nõuab tervisenäitajate parandamise toetamine laialdast strateegiat, mille abil kaotada senised takistused kõige asjakohasemate vahendite kaudu ja teiste rahastajatega tööd jagades. Seega rakendab ühendus riigi tasandil paljusid täiendavaid sekkumisi, sealhulgas paranenud tervisenäitajatega seotud makromajanduslikku toetust; toetust valdkondadele, millel on suurem mõju tervisenäitajatele ja otsetoetusi tervishoiuvaldkonnale (teatis „Tervishoiust ja vaesuse vähendamisest“).

Kooskõlas oma poliitiliste kohustustega on komisjon jätkanud tähelepanu pööramist tervishoiusüsteemide tugevdamise olulisusele tervishoiu otserahastamise kaudu riigi tasandil, suurendanud üldist eelarvetoetust ja oma panust ülemaailmsetesse algatustesse.

Komisjoni tervishoiualased eriteadmised on vastavuses vahendite eraldamise otsustega. Siiski võivad teatavad mehhanismid, nagu näiteks riigi tasandil tehnilise koostöö fond (*Technical Cooperation Fund*, TCF) või kitsamalt peakorteritase tasandil väline tehniline ekspertabi (*External Technical Expertise*, ETE), mõne ülesande puhul pakkuda komisjoni talitustele tehnilist tuge.

III.

Komisjon jätkab jõupingutusi tervishoiuvaldkonnale suunatud abi andmise kiirendamiseks ja selle prognoositavuse parandamiseks, eelistades sealhulgas valdkondlikku lähenemisi viisi ning valdkondlikku eelarvetoetust, kui tingimused seda võimaldavad, aga samuti prognoositavamalt pikaajalist üldist eelarvetoetust (aastatuhande arengueesmärkide leping) abisaajariikides.

IV.

Komisjon jagab kontrollikoja seisukohta valdkondlike eelarvetoetuste võimaliku rolli suhtes – see on üsna uus abiliik ja komisjon on teadaolevalt selle kõige suurem kasutaja Aafrikas. Komisjon on valdkondlikke eelarvetoetusi kasutanud juba Lõuna-Aafrika Vabariigi, Mosambiigi ja Sambia tervishoiuvaldkonna toetamiseks.

Komisjon peab üldist eelarvetoetust täienduseks sihtotstarbelistele ja mittesihtotstarbelistele sekkumistele tervishoiuvaldkonnas ja kavatseb selle vahendi tõhusust parandada nii üldiselt kui ka koosmõjus valdkondliku tasandiga. Teisalt märgib komisjon, et üldise eelarvetoetuse tõhusust saab paremini hinnata pikema aja jooksul, kuna riigi tasandil nõuab tulemuste paranemine aega, sest tuleb teha parandusi suurtes süsteemides, seetõttu ei ole see võrreldav elanikkonna väiksemate ja selgemate sihtrühmade puhul saavutatavate edusammudega.

V.

Strateegiadokumendis tervishoiuvaldkonna toetusi saava riigi kohta esitab komisjon toetuse eri liigid, mis on komisjoni poliitikas vastavalt asjaomase riigi eripäradele tervisenäitajate parandamiseks ette nähtud. Komisjon jätkab eri sekkumiste sünergia tugevdamist riigi tasandil.

Viimase kümnendi jooksul on tervishoiupoliitika/-strateegia raamistik Sahara-taguse Aafrika riikides tänu Maailma Tervishoiuorganisatsiooni ja kõigi teiste suurte arengupartnerite (sealhulgas komisjoni) toetusele oluliselt paranenud. Siiski tuleb seda poliitikat pidevalt läbi vaadata ja parandada. Näiteks toetavad tervishoiuvaldkonna igaaastased ühishinnangud, mille koostamisse on ka komisjon tihti kaasatud, tervishoiupoliitika arendamist.

VI.

Komisjon kaalub vahendite valdkondlikku jagamist kooskõlas suunistega, mis koostatakse kümnendaks EAFi vahekokkuvõtteks. Nendega rõhutatakse riigi tasandi tegevuse eesmäärke, saavutatud tulemusi ning riigi omavastutuse ja tööjaotuse põhimõtteid. Ühtlasi lähtutakse nende puhul asjaolust, et tervishoiuvaldkonna aastatuhande arengueesmäärke on võimalik saavutada mitmel eri viisil, sealhulgas investeerimisega muudesse valdkondadesse peale tervishoiu (veevarustus ja kanalisatsioon, haridus, maaelu areng, valitsemine jne) ning mitte ainult tervishoiuteenuste otsetoetustega.

Komisjon jätkab tervishoiuteenuste toetamist – võimaluse korral koos valdkondlike programmide toetamisega. Komisjon jälgib hoolikalt tervishoiuvaldkonna inimressurside säilitamist ja parandamist, samuti tervishoiusüsteemide rahastamist, ning aitab sellele kaasa.

- Komisjon nõustub, et nende delegatsioonide puhul, kellel on tervishoiuvaldkonnas aktiivne rahastajaroll, on olulised asjakohased eriteadmised. Kui tervishoid on sihtsektor, otsib komisjon võimalusi tagada delegatsioonile asjakohased eriteadmised. Muudel juhtudel, sealhulgas üldiste eelarvetoetuste puhul, võib töö jaotamist silmas pidades ette näha vaikiva partnerluse või delegeerida ülesandeid teistele rahastajatele. Kaaluda võiks ka muid praktilisi viise, nagu näiteks ELi ekspertide koondamist.
 - Valdkondlik eelarvetoetus suureneb kõikides koostöövaldkondades üheksanda EAFi vahekokkuvõtte ligi 9%-lt 16%-le kümnesanda EAFi vahekokkuvõtte puhul. Kui tingimused on täidetud, on see riikides, kus toimub tervishoiu programmi järgne rahastamine, eelistatud toetusviis. Komisjon püüab jätkuvalt oma üldisi eelarvetoetusi eesmärkide saavutamisel tõhusamaks muuta, kasutades muu hulgas aastatuhande arengueesmärkide lepinguid.
 - Komisjon jätkab tervishoiusüsteemide arendamist ja tugevdamist projektide abil, eriti ebakindlas olukorras olevates riikides.
- Suutlikkuse tõstmine peaks Accra tegevuskava (september 2008) kohaselt toimuma üha enam ühendatud vahendite abil, et tugevdada riikide võimekust, kasutades maksimaalselt ära kohalikke eriteadmisi.
- Kontrollikoja auditist lähtudes loodi talitustevaheline rühm, et määrata kindlaks, mida komisjon peaks ülemaailmse fondi rahaliste vahendite tõhusama kasutamise tagamiseks riigi tasandil tegema.
 - Käesolev juhend eri vahendite konkreetseks kasutamiseks tervishoiuvaldkonnas, sealhulgas nende omavaheliseks kombineerimiseks, vaadatakse läbi tervishoiuprogrammide suuniste raames, mida praegu uuendatakse, et võtta paremini arvesse EÜ vahendite (näiteks aastatuhande arengueesmärkide lepingu) laiemat arengut.
 - Komisjon nõustub ja on veendunud, et tõhusa tervishoiusüsteemi väljatöötamiseks on ülimalt vajalik kindel tervishoiupoliitika ja strateegiline raamistik. Komisjon toetab edaspidigi selge tervishoiupoliitika väljatöötamist ja vastuvõtmist kõigi oma poliitikas ette nähtud täiendavate sekkumiste rakendamisega.

Riikides, kus on olemas valdkondlikuks lähenemisviisiks sobiv keskkond, toetatakse ka tervishoiupoliitika väljatöötamist projektide ning valdkondliku dialoogi kaudu (osaledes konkreetsetes töörühmades ning valitsuste ja rahastajate tervishoiuvaldkonna ühishinnangute koostamises).

SISSEJUHATUS

1. Sahara-tagune Aafrika on maha jäänud enamiku aastatuhande arengueesmärkide saavutamisel ja eeskätt tervishoiu vallas.

Edusammud aastatuhande arengueesmärkide saavutamisel on seotud paranemisega mitmes valdkonnas (haridus, veevarustus ja kanalisatsioon, toiduga kindlustatus jne). Seega nõuab tervisenäitajate parandamise toetamine laialdast strateegiat, mille abil kaotada senised takistused kõige asjakohasemaid vahendeid kasutades ja teiste rahastajatega tööd jagades.

TÄHELEPANEKUD TERVISHOIUVALDKONNALE VAHENDITE ERALDAMISE JA VÄLJAMAKSETE KOHTA

7. Komisjon soovib Sahara-taguses Aafrikas osutatavatele tervishoiuteenustele eraldatava EÜ arenguabi auditit analüüsida oma üldise arenguabi taustal.

Lähtudes komisjoni poliitikast, nõuab tervisenäitajate parandamise toetamine laialdast strateegiat, mille abil kaotada senised takistused kõige asjakohasemate vahendite kaudu ja teiste rahastajatega tööd jagades. Seega rakendab ühendus riigi tasandil paljusid täiendavaid sekkumisi, sealhulgas paranenud tervisenäitajatega seotud makromajanduslikku toetust; toetust valdkondadele, millel on suurem mõju tervisenäitajatele, ja otsetoetusi tervishoiuvaldkonnale (teatis „Tervishoiust ja vaesuse vähendamisest“).

Kuigi komisjon on tervishoiuvaldkonnale tugevalt pühendunud, ei ole senini seatud ametlikku eesmärki EAFi tervishoiuvaldkonnale eraldatavate vahendite määra jaoks. Samuti on komisjon seisukohal, et rahalisel panusel põhinevad eesmärgid sobivad üha vähem kajastama praegusi kohustusi abi tõhustamise raamistikus ja komisjoni tegelekku mõju partnerriikide poliitikale.

Komisjon keskendub arenguabis vaesuse leevendamisele ja sellest lähtuvalt edasiminekule sotsiaalvaldkondades. Seega keskendub komisjon arengutulemuste saavutamisele, mida mõõdetakse tulemusnäitajatega. See, kas need tulemused/näitajad on saavutatud suurema või väiksema, otsese või kaudse rahalise panusega, on teisejärguline.

Komisjon nõustub, et üldise eelarvetoetuse sidumiseks teatava valdkonnaga ei ole tunnustatud meetodit. Vastavalt sellele võtab komisjon teadmiseks auditi metodoloogia ja tulemused. Komisjon soovib siiski rõhutada, et tänu rahaliste vahendite asendatavusele aitab nii sihtotstarbeline kui ka mittesihtotstarbeline eelarvetoetus rahastada kogu eelarvet ja mitte ainult osa sellest. Nende hinnanguline panus tervishoidu peaks seega olema sama. Arvestades, et üldise eelarvetoetuse sidumiseks teatava valdkonnaga ei ole rahvusvaheliselt tunnustatud meetodit, ei käsitle komisjon rahaliste vahenditega seotud üksikleide, vaid kavatseb välja töötada aruandlusmetoodika, milles keskendutakse tulemusnäitajatele ja abi tõhususele kooskõlas Accra tegevuskavaga ja Pariisi deklaratsiooni põhimõtetega (omavastutus, lähendamine, ühtlustamine, tulemustele orienteeritud juhtimine ja vastastikune aruandekohustus).

12.**b)**

Komisjon märgib, et „70%” osalus, mille kontrollikoda Rahvusvaheline Valuutafondi sõltumatu hindamisüksuse uurimusest esile tõi, viitab ainult täiendava abi kasutamisele, kuid mitte toetusviisidele ja sektoritele. Seega ei ole nimetatud osalus seotud eelarvetoetuse kogusummaga või abivoogude kogumahuga. Eelarvetoetust on alati võetud arvesse avaliku sektori kulutuste, sealhulgas tervishoiukulude kindlaksmääramisel ja nende optimaalsel rahastamisel. Kui see nõuab riigivõla vähendamist või reservide suurendamist, siis toetus, mida ei kulutata kohe, tõstab tulevast maksevõimet ka tervishoiuvaldkonnas.

15.

Komisjon märgib, et rahvusvaheline abi arengumaadele, eriti Sahara-tagusele Aafrikale, ei ole piisav. See mõjutab kõiki valdkondi, sealhulgas tervishoiusüsteeme.

Rahastajate valikud programmitöös peegeldavad üha enam rahvusvaheliselt kokkulepitud abi tõhususe põhimõtteid, nagu näiteks riigi omavastutust ja tööjaotust rahastajate vahel. Abi ülemäärane killustamine suurendab halduskulusid, muutes abi haldamise eriti keeruliseks ja kahjustades partnerriigi süsteeme.

Komisjon ja liikmesriigid on võtnud kindla poliitilise kohustuse tööd jagada – see kajastub ka ELi 2007. aasta tegevusjuhendis arengupoliitika vastastikuse täiendavuse ja tööjaotuse kohta.

EAFi programmid töötatakse välja koostöös partnerriigiga ja konsulteerides liikmesriikidega: riigi strateegiad kümnenda EAFi jaoks esitati EAFi komiteele ja liikmesriigid kaalusid neis läbi asjakohased lahendused partnerriikide probleemidele, võttes arvesse teiste arengupartnerite osutatavat abi. Peale selle on EL, arvestades Euroopa Ülemkogu 24. juuni 2008. aasta järeldusi aastatuhande arengueesmärke käsitleva ELi tegevuskava kohta, võtnud ühiselt kohustuse suurendada – vastavalt ELi ametliku arenguabi suurenemisele – ELi toetust tervishoiule (8 miljardit eurot aastaks 2010, sellest 6 miljardit eurot Sahara-taguse Aafrika jaoks). Seoses sellega suureneb EÜ ühendav roll tervishoiualases tööjaotuses.

16.

Komisjon annab kümnenda EAFi raames tervishoiusektorile otsetoetusi 15-le Sahara-taguse Aafrika riigile, millest kaheksa on ebakindlas olukorras olevad riigid. Selliste komisjonilt tervishoiuvaldkonna otsetoetust saavate riikide arv on veidi kasvanud, üheksanda EAFi seitsmelt riigilt kaheksale riigile kümnenda EAFi puhul.

17.

Tänu ülemaailmsetele partnerlustele (näiteks ülemaailmne fond, GAVI – ülemaailmne vaksineerimise ja immuniseerimise liit) on saavutatud märkimisväärne rahastamine, kuid vahel on see toimunud riiklike tervishoiusüsteemide tugevdamise arvel.

Selleligipoolest on see aidanud luua ulatusliku ravimite, vaktsiinide ja muude ennetus-/ravivahendite varu võitluseks AIDSi, samuti sageli esinevate haigustega, nagu näiteks malaaria, tuberkuloos või leetrid.

Peale panuse ülemaailmsesse fondi on komisjon toetanud mitmesuguse tegevusega ka riiklike tervishoiusüsteemide tugevdamist, et vähendada inimressursikriisi, parandada hädavajalike ravimite kättesaadavust ja muuta need taskukohasemaks või suurendada tervishoiu rahastamist. Riikides, kus tervishoidu toetatakse ka riikliku sihtprogrammi kaudu, on EÜ toetuse peamine sihtmärk muidugi riiklike tervishoiusüsteemide tugevdamine, eelistatavalt valdkondliku lähenemisviisi kaudu.

18.

Juhul kui komisjon on tervishoiuvaldkonna rahastamisega seotud kaudselt, eelkõige sotsiaalvaldkondade ja eelarveridadega seotud üldiste eelarvetoetuste ning AKV riikide vahelise koostöö rahastamise kaudu, tuleb kooskõlas arengupoliitika vastastikust täiendavust ja tööjaotust käsitleva ELi tegevusjuhendiga teiste (ELi) rahastajatega kokku leppida vaikivas partnerluses ja tagada eelarvetoetuste rahastajate rühmas koordineerimine.

Delegatsioonid võivad toetada ka peakorter. Välisuhete ja detsentraliseeritud koostöö komisjoni (RELEX) talitused on oma tervishoiuekspertid grupeerinud arengu peadirektoraadi (DEV) ja koostöötalituse EuropeAid (AIDCO) tervishoiurühmade juurde. See on oluliselt parandanud delegatsioonidele antavat tehnilist tuge poliitilises dialoogis partnerriikidega, samuti tervishoiualaste sekkumiste kindlaksmääramisel/formuleerimisel/rakendamisel.

a)

Mitte üksnes toetada ülemaailmse fondi tegevust, vaid ka kannustada fondi integreerima oma tegevust riikide poliitikaga ja tugevdama tervishoiusüsteeme.

d)

Kõrge HIVi nakatumise määraga riikides võivad delegatsioonid meetmeid tagamaks, et mis tahes projekti/programmiga tegelevad töötajad oleksid võimelised HIVi/AIDSi probleemi süvalaiendamiseks oma valdkonnas, isegi kui tegemist ei ole tervishoiuspetsialistiga. Näiteks koostavad komisjoni delegatsioonid Lõuna-Aafrika Vabariigis AIDSi ja HIVi probleemi valdkondades ja programmides süvalaiendamise kohta juhendit. Mitu delegatsiooni (näiteks Botswanas) on juba korraldanud oma töötajatele erikoolituse HIVi/AIDSi probleemi süvalaiendamise teemal.

20.

Komisjon uurib, missuguses ulatuses võimaldab tööjaotus eriteadmisi ühiselt kasutada. Probleem on selles, et ELi liikmesriigid vähendavad ka oma valdkondlike ekspertide arvu ja võivad ametlike ja siduvate lepingute sõlmimisse vastumeelselt suhtuda.

Kuigi soovitakse teha tihedamat koostööd humanitaarabi peadirektoraadi (ECHO) tervishoiuspetsialistidega, saab nende abi poliitika väljatöötamises kasutada üksnes teatavas ulatuses, kuna nende ametikohustused näevad tavaliselt ette humanitaarabi korraldamist eriolukordades, mis erineb tervishoiupoliitika analüütiku ja tervishoiusüsteemide tugevdamise toetuse nõuniku ametikohustustest.

24.

Komisjon tervitab kontrollikoja märkust üldise eelarvetoetuse rahastamise kiiruse ja etteaimatavuse kohta üheksandas EAFis. Komisjon märgib, et kümnenda EAFi raames plaanib ta võimaluse korral aastatuhande arengueesmärkide lepingutega veelgi parandada üldise eelarvetoetuse prognoositavust.

25.**a)**

Komisjon jätkab tervishoiu infosüsteemide tugevdamist partnerriikides (näiteks Sambias), et suurendada nende võimet koguda andmeid tulemuspõhiste väljamaksete kohta.

b)

Abikõlblikkuse tingimused võivad mõjutada eelarvetoetuse prognoositavust, aga olla ka eelarvetoetuste tõhususe põhitagatiseks. Valdcondlike eelarvetoetuste väljamaksmine üldise eelarvetoetuse programmi viibimise või ajutise peatamise korral on võimalik üksnes juhul, kui makromajandusliku raamistiku halvenemine kahjustab üldise eelarvetoetuse abikõlblikkust, aga komisjon ei pea seda valdkonna eesmärke ohtu seadvaks.

Lõpuks olgu märgitud, et viivitused või peatamised mõjutasid 19% 26st üheksanda EAFi raames rahastatud programmist.

29.

Asjaolu, et ülemaailmsele fondile esitatud toetustest valitakse välja üksnes väike osa, ei hõlbusta rahastajate osutatava abi koordineerimist. Nagu kontrollikoda Lesotho puhul märkis, eraldas ülemaailmne fond 7. etapis 33 miljonit USA dollarit orvuks jäänud ja väärkoheldud laste abistamiseks, samas kui Lesotho strateegias oli sellele juba määratud märkimisväärne toetus (siis kui polnud kindel, kas fondile esitatud taotlusele positiivselt vastatakse).

31.

Komisjon tervitab kontrollikoja tõdemust, et eelarvetoetuse abil võib tervishoiuteenuste parandamist oluliselt mõjutada.

Üldise eelarvetoetuse ja valdkondliku eelarvetoetuse erinevused on selgelt määratletud Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsiooni (OECD) / arenguabi komitee (DAC) esitatud rahvusvahelise definitsiooniga. Kuigi see definitsioon ei ole järjepidevalt üldkasutatav,¹ on EÜ suunised ja tavad sellega täielikult kooskõlas.

32.

Valdkondlik eelarvetoetus on suhteliselt uus abiliik, mis sai alguse üheksanda EAFi raames. Esimesed kohustused võeti 2003. aastal – pärast üldiste eelarvetoetuste suuniste (2002) ja valdkondlike toetusprogrammide suuniste (2003) avaldamist. Kuigi on tösi, et siiani antakse tervishoiuvaldkonna eelarvetoetusi vaid vähestele riikidele, näitavad Aafrika kohta kättesaadavad tõendid,² et komisjon on kõigis valdkondades kõige suurem valdkondlike eelarvetoetuste kasutaja.

Arvestades, et valdkondlikud eelarvetoetused nõuavad põhjalikku tehnilist tööd valdkonna poliitika väljatöötamisel ja rakendamisel sihipärasel dialoogis sidusrühmade laia ringiga, usub komisjon, et jõupingutused valdkondlike eelarvetoetuste kasutamiseks tuleb suunata just sihtsektoritele. Kus aga vahendid on saadaval olnud, on valdkondlikku eelarvetoetust juba kasutatud ka sektorite puhul, mis ei ole sihtsektorid (Ghana, Mosambiik).

33.

Üldine eelarvetoetus võib sihtsektoritele pakkuda lisatuge, kuna see annab ainulaadse võimaluse arutada partnerriigi üldisi poliitilisi prioriteete. Valdcondlik eelarvetoetus on üks viis sihtsektorite või mittesihtsektorite toetuse rakendamiseks.

¹ Strateegiline partnerlus Aafrikaga, eelarvetoetuse uuring 2007.

² Vt eelmine joonealune märkus.

34.

Komisjonil on selge seisukoht (ja selle järgi on ka tegutsetud) üldiste eelarvetoetuste ja sotsiaalvaldkonna toetuste seose suhtes. See on selgelt kirjas praegustes suunistes, kus sotsiaalvaldkonna mõõde on tähtsal kohal³. Komisjon toetab töötajate teadlikkuse tõstmist eelarvetoetuste ja sotsiaalteenuste seosest.

35.

Komisjon on osalenud arenguabi komitee ühise hindamise (2006) lähenemisviisi kavandamisel ja rakendamisel ning töötab nüüd koos teiste arenguabi komitees osalivate rahastajatega välja parandatud metoodikat, milles võetakse arvesse ka saadud kogemusi.

³ „Riikliku poliitika ja strateegia toetamiseks välja töötatud üldise eelarvetoetuse programmis on siiski võtmetähtsusega valdkondi või piirkondi, millele pööratakse erilist tähelepanu. Neid valdkondi peetakse eriti oluliseks riikliku strateegia toetamisel. Riikides, kus toetatakse vaesuse vähendamise strateegiat, keskendutakse üldjuhul sellistele sotsiaalvaldkondadele nagu tervishoid või haridus, kuna need on peamised tegurid, mille kaudu vähendada sissetuleku- ja kulutuste vaesust“ (suunised, lk 50 ja 51).

36.

Igal aastal võetakse kogukulutuste, nende valdkondliku paigutuse, puudujäägi suuruse ja rahastamise struktuuri kohta eelarveotsuste tegemisel arvesse olemasolevaid ja tulevase makromajanduslikke piiranguid ning kõigi abivoogude jaotumist ja oodatavat taset. Seega ei ole suurem eelarvetoetus ja suuremad tervishoiukulutused konkreetsel aastal üldjuhul omavahel üksühele seotud ega tohikski olla. Aja jooksul aitavad eelarvetoetused eelarves siiski luua vajaliku ruumi suuremateks kulutusteks. Tänu dialoogile ja tingimuste seadmisele on EÜ eelarvetoetused tihti avaldanud survet ka eelarvest tervishoiule suuremate summade eraldamiseks. Seda ei ole siiski alati kõige tähtsamaks prioriteediks peetud, kuna probleemid eelarve täitmisel kahjustavad suuremate eraldiste mõju. Sellistel põhjustel eelistab komisjon üldiselt keskenduda tulemusnäitajatele, mis kajastavad paranemist abisaajariigi tasandil.

37.

Soodustades riigi rahanduse juhtimise süsteemide tugevdamist, toetab komisjoni n-ö dünaamiline tõlgendus nii üldise eelarvetoetuse kui ka valdkondliku eelarvetoetuse abikõlblikkuse puhul kohalikke jõupingutusi eelarvelise rahastamise tõhusamaks kasutamiseks. Sel moel toetab üldine eelarvetoetus jätkusuutlikku lahendust ebatõhusale ja ebatulemuslikule riiklikule rahastamisele (nii tervishoius kui ka mujal) ning sellest on kasu kõigile partnerriigis kasutatavatele abiliikidele.

Riigikulude jälgimise uuringud on ülimalt näitlikud, aga on selgunud, et neist on riigi ametiasutuste riigi rahanduse juhtimise reformimise programmi kaasamisel vähe kasu.

38.

Üldise eelarvetoetuse programmide käigus käsitletakse kontrollikoja nimetatud riske mitmel viisil.

Esiteks rakendatakse järjekindlalt riiklike kulutuste ja finantsaruandluse programmi (*Public Expenditure and Financial Accountability*, PEFA) hindamismetoodikat, mis hõlmab tervishoiu ja hariduse esmatasandi kulutuste näitajaid (tulemusnäitaja nr 23). Teiseks kasutatakse riigi rahanduse juhtimise reformiprogrammides üha enam detsentraliseeritud ja koondamata kulutusi. Kokkuleppel teiste eelarvetoetuste rahastajatega on komisjon valmis korraldama finantsauditeid ja vastavuskontrolle, kui neid peetakse riigi rahanduse juhtimise reformi kannustamisel kõige kasulikumaks vahendiks.

Igal juhul peab komisjon riskijuhtimisel arvesse võtma, et kui vahendid on üle kantud riigikassasse, segunevad komisjoni vahendid riigi oma rahaga ja neid ei saa eraldi jälgida ega auditeerida. See kehtib nii üldise eelarvetoetuse kui ka valdkondliku eelarvetoetuse puhul, mis mõlemad on määratlemata otstarbega.

Valdkondliku eelarvetoetuse puhul pööratakse tähelepanu kogu tulemuste jadale ning valdkonna eelarveeraldistele ja eelarve täitmisele. Seda võib toetada dialoogi või tingimuste seadmisega kooskõlas konkreetse valdkondliku eelarvetoetusprogrammi tausta ja eesmärkidega.

39.

Üldine eelarvetoetus toetab üldise poliitika ja institutsionaalse raamistiku tugevdamist, mida on vaja tervishoiuteenuste osutamise püsivaks ja ulatuslikuks parandamiseks. Komisjon nõustub, et selge tervishoiupoliitika suurendab kõikide valdkonnale eraldatava abi liikide tõhusust ning on alates 1990ndatest aastatest aktiivselt toetanud tervishoiupoliitika koostamist (Senegalis, Sambias, Ghanas jne).

Valdkondlikke lähenemisviise, riiklikku tervishoiupoliitikat ja nende seost üldise eelarvetoetusega ei tohi aga segi ajada. Valdkondlikud lähenemisviisid on korraldused rahastajate kehtivale tervishoiupoliitikal eraldatavate toetuste ühtlustamiseks. Kuigi valdkondlikud lähenemisviisid ei ole alati riigi süsteemidega täielikult ühtlustatud nagu eelarvetoetused, on see positiivne areng, samas ei tohiks valdkondlik lähenemisviis olla üldise eelarvetoetuse eeltingimuseks. Koos asjakohase poliitilise dialoogiga võib üldise eelarvetoetuse alusel hoopis käivitada valdkondlike lähenemisviiside loomise (nagu näiteks Madagaskaril).

Lõpetuseks, keskendudes vaesuse vähendamise strateegia tasandile, edendab üldine eelarvetoetus aastatuhande arengueesmärkide saavutamist, kuna tekitab vajaduse selgemalt määratletud valdkonnapoliitika järele. 22st Sahara-taguse Aafrika riigist, kus on üheksanda EAFi raames korrapäraselt rakendatud EÜ üldisi eelarvetoetusi, koostavad 14 tervishoiuvaldkonna regulaarseid ühishinnanguid, mille tulemusi võetakse seejärel arvesse üldise eelarvetoetuse iga-aastase ühishinnangu koostamisel. Ka ülejäänud riikides töötatakse neid üha enam välja.

40.

Üldise eelarvetoetuse 2007. aasta suunistes ei keelata kasutada üldise eelarvetoetuse suutlikkuse arendamise vahendeid teatava valdkonna ministeeriumi toetamiseks. Abi ülemäärase killustamise vältimiseks kasutatakse üldise eelarvetoetuse suutlikkuse arendamise vahendeid peamiselt riigi rahanduse juhtimise süsteemide ja vaesuse vähendamise strateegia järelevalveraamistike tugevdamiseks. Tuleb aga märkida, et siia hulka võib arvata riigi rahanduse juhtimise detsentraliseeritud süsteemid, mis paljudes riikides tervishoiuteenuste osutamist otseselt mõjutavad.

Laiemat tehnilist abi tervishoiule eraldavad selles valdkonnas tegutsevad rahastajad valdkondlike programmide raames.

41.

Komisjon tervitab kontrollikoja järeltust, et valdav enamik delegatsioonidest osaleb otseselt tervishoiuvaldkonna dialoogis.

a)

Kui komisjon osaleb tervishoiuvaldkonnas kaudselt, eriti sotsiaalvaldkondadega seotud üldise eelarvetoetuse kaudu, tuleb teiste (ELi) rahastajatega arengupoliitika vastastikust täiendavust ja tööjaotust käsitlevast ELi tegevusjuhendist lähtudes kokku leppida vaikivas partnerluses ning tagada abi koordineerimine eelarvetoetuste rahastajate vahel. Delegatsioonid võivad toetada ka peakorteritervishoiuekspertideid.

b)

Üha enam riike haldab üldist eelarvetoetust tulemuste hindamise raamistikus (2006. aastal 8, 2008. aastal 12). Need ühiselt kokkulepitud kriteeriumid määratlevad selgelt, mille järgi riigi tulemusi hinnata, sealhulgas tervishoiusektoris. Iga delegatsioon otsustab ise, kui põhjalikult ja millises ulatuses valdkonna poliitilises dialoogis osaleda. Vt ka punkti 39 eespool, kus on kirjeldatud üldise eelarvetoetuse ja valdkondlike hindamiste omavahelist seost.

c)

Üldise eelarvetoetuse lisaväärtus on tervishoiualase dialoogi edendamine, et ühendada poliitiline, tehniline ja rahaline panus valdkonnas tulemuste saavutamiseks. Vastavalt sellele jätkab komisjon oma jõupingutusi, et tagada üldise eelarvetoetuse tulemusnäitajate nõuetekohane arvessevõtmine valdkonna dialoogis ja tegevuses. Aruteludes tegelike tulemuste üle tuleb siiski saavutada tasakaal selle eesmärgi ja vajaduse vahel tagada väljamaksetingimuste põhjalik kontroll.

43.

Komisjoni andmed 138 hinnatava tervishoiueesmärgi kohta, mis hõlmavad väljamakseotsuseid aastatel 2003–2007, näitavad, et 83 eesmärki (st 60%) on täielikult saavutatud.

Peale selle on veel 15%-l juhtudest eesmärgid osaliselt saavutatud.

Neid tulemusi on tõenäoliselt mõjutanud ka liialt auahned eesmärgid.

44.**a)**

Eesmärkidega seotud rahalised vahendid on ainult üks viis, mille kaudu püütakse eelarvetoetustega tulemusnäitajaid parandada, muud viisid on järelevalve, poliitiline dialoog ja riigisisene aruandekohustus.

b)

Komisjon kasutab teatavaid sisendinäitajaid (üldjuhul rahalised eraldised ja täitmine), aga peamiselt keskendutakse tulemusnäitajatele (sünnitusabi).

Need ei ole valitsuse otsese kontrolli all, aga kaudselt valitsus siiski kontrollib neid. Eri-nevalt sisendi- või väljundinäitajatest (haiglate arv), kajastavad nad valitsuse poliitilisi eesmärgi ja nende abi saavale elanikkonnale avaldatavat mõju.

c)

Kuigi andmed ei pruugi alati olla usaldusväärsed, edendab ja toetab komisjon kättesaadavaid andmeid kasutades nende parandamist.

d)

On keeruline kindlaks määrata edasipüüdlikke ja realistlikke eesmärke – seda võib rahuldaval tasemel saavutada üksnes pärast aastatepikkust tulemuspõhist praktilist juhtimist, kui valdkonna protsessid on selgeks saanud. Komisjoni eelarvetoetuste üks eesmärke on parandada partnerriikide võimekust juhtida vahendeid arengutulemuste põhjal.

e)

Tehakse jõupingutusi, et pöörata suuremat tähelepanu hoolduse kvaliteedile. Näiteks sünnitusabi näitaja tähistab haiglasünnituste asemel (kusjuures kõigil tervisekeskuste töötajatel ei ole sünnitusabi väljaõpet) üha enam oskuslikku sünnitusabi.

45.

Kuigi kontrollikoja väide, et näitajate sihtühm ei ole otseselt kõige vaesemad elanikkonnarühmad, peab paika, tuleb siiski märkida, et

- mõne näitaja definitsioon kajastab vaesusmõõdet (näiteks sünnitusabi esmatasandi tervishoiu keskustes);
- vaesuse määr eelarvetoetust saavates riikides on 30–60% rahvastikust – enamiku näitajate eesmärgid ületavad mittevaaes elanikkonna osakaalu.

Peale selle kasutatakse üha laialdasemalt kõige vaesemate piirkondade, äärealade või soo alusel rühmitatud näitajaid.

46.

Tuleb märkida, et ka üldise eelarvetoetuse muud eesmärgid võivad tervishoiuvaldkonnale kaudselt positiivset mõju avaldada.

47.

Kuigi projektid (lähenemisviisina või valdkondliku poliitika toetusprogrammi rakendamisel) ei ole EÜ abi rakendamisel eelistatud vorm, on selge, et need jäävad arenguabi osutamisel siiski oluliseks vahendiks.

Näiteks näitavad kümnenda EAFi riiklike näidisprogrammide / Sahara-taguse Aafrika riikide (v.a Lõuna-Aafrika Vabariik) A-rahastamispaketi esialgsete eraldiste esimese hindamise tulemused, et eelarvetoetus (sealhulgas nii üldine kui ka valdkondlik eelarvetoetus) moodustab ligikaudu 48% senistest eraldistest. Ülejäänud 52% on seega kavas kulutada peamiselt projektide kaudu.

48.

Rahastatavate projektide jälgimiseks, nendest järelduste tegemiseks ning lisaks vahe- ja lõppkokkuvõtetele on komisjon loonud tulemustele orienteeritud järelevalvesüsteemi, mis hõlmab kõiki ühenduse toetust saavaid piirkondi ja valdkondi. Kõnealune süsteem keskendub peamiselt projektide ülesehituse kvaliteedile, tõhususele ja tulemuslikkusele kindlal ajal, võimalikele mõjudele ja võimalikule jätkusuutlikkusele. Tulemustele orienteeritud järelevalvesüsteemi abil EAFi 2001.–2007. aasta tervishoiuvaldkonna sekumiste kohta saadud tulemused näitavad ebapiisavat jätkusuutlikkust.

49.**a)**

Olukord on paremusele pöördumas, kuna komisjon püüab parandada sidet hädaabi-etaapi, taastamise ja arengu vahel.

c)

Lähtudes kontrollikoja eriaruandest tehnilise abi mõjususe kohta suutlikkuse arendamise kontekstis (2007), koostab komisjon 2008. aasta novembri lõpuks uued suunised tehnilise koostöö ja programmide rakendamise korra kohta, mille eesmärk on pakkuda kvaliteetset tehnilist koostööd, mis toetab riigi juhitavaid programme, samuti toetada partnerite projektide rakenduskorda, vähendades seejuures oluliselt paralleelsete projekti rakendamise üksuste kasutamist. See võib kaasa aidata tehnilise koostöö kvaliteedi, omavastutuse ja suutlikkuse parandamisele.

e)

Enamik Sahara-taguse Aafrika riike on Maailma Tervishoiuorganisatsiooni ja rahastajate, sealhulgas EÜ abiga välja töötanud riikliku tervishoiupoliitika. Sageli on aga vaja, et poliitika ja ressursid (eelarvest tervishoiule eraldatavad vahendid, tervishoiutöötajad jne) oleksid omavahel rohkem kooskõlas.

Komisjon osaleb kõnealuse tervishoiupoliitika täiustamises projektide (nt Angola tervishoiuvaldkonna abiprogrammile (*Programme de soutien au secteur de la santé*) eraldatud 25 miljonit eurot), valdkondliku poliitika toetusprogrammide (näiteks tervishoiuvaldkonna eelarvetoetus Sambias ja Mosambiigis) või isegi tervishoiuvaldkonna iga-aastaste ühishinnangute koostamises osalemise kaudu (nt Beninis, Madagaskaril, Mosambiigis, Sambias jne).

f)

Vt vastuseid punktidele VI (kolmas lõik) ja 18.

50.

b)

Delegatsioone teavitatakse tsentraliseeritud projektidest, mis nende sihtriiki mõjutavad. See on kasulik EÜ sekkumiste tõhustamise seisukohalt ning vältimaks riigi või piirkonna tasandil rakendatud tegevuse kattumist AKV riikide tasandi tegevusega. Peale selle teavitatakse komisjoni delegatsioone tsentraliseeritult juhitavatest projektidest korrapäraselt piirkondlikel seminaridel. Lisateabe saamiseks on neil ka juurdepääs EuropeAidi infosüsteemile (CRIS) ja EuropeAidi siseveebile.

c)

ÜRO-EÜ ühissuunised aruandluse kohta peaks aitama need probleemid ületada.

53.

a)

Üldjuhul rahastab komisjon neid üldeelarveridade tervishoiuprojekte, mille pakuvad välja ja mida rakendavad mittetulundusühingud või muud valitsusvälised organisatsioonid, ainult juhul, kui need ühilduvad piisaval määral asjaomases riigis rakendatava tervishoiupoliitika ja -kavadega. Need projektid viiakse sageli ellu koostöös kohaliku tervishoiusüsteemiga.

b)

Aastatel 2004 ja 2005 korraldas komisjon lepinguliste abisaajate, kodanikuühiskonna organisatsioonide ja teiste partneritega (nagu näiteks Maailma Tervishoiuorganisatsioon) neli temaatilist seminari (Addis Abebas, Dakaris, Maputos ja Bangkokis), et arutada tervishoiuvaldkonna eelarveridadest rahastatud tegevusi ja vahetada saadud kogemusi.

c)

Uuenduslik laad ja sekkumiste arvu suurendamise potentsiaal ei ole omane mitte üksnes riiklikele tervishoiuprogrammidele ühes konkreetses riigis, vaid ka tervishoiuprogrammidele teistes riikides, kes seisavad silmitsi samasuguste väljakutsetega, ja ülemaailmsetele algatustele tervishoiualaste sekkumiste rahastamiseks nendes piirkondades.

54.

Tervishoiuvaldkonna eelarveridadest rahastatavad projektikonkursid on suunatud kõige vähem arenenud ja muudele madala või keskmisest madalama sissetulekuga riikidele ning kõige ebasoodsamas olukorras olevatele rahvastikurühmadele nendes riikides. Tunnistatakse, et isegi arenenumate arengumaade vaesed ja marginaliseerunud elanikkonnarühmad vajavad toetust; see kehtib eriti HIVi/AIDSi puhul ning teatavate rühmade – näiteks süstivate narkomaanide, sisserännanud töötajate, põgenike, seksitöötajate, homoseksuaalsete meeste jne – reproduktiivtervisega seotud vajaduste puhul. Projektikonkursi hindamisel võetakse arvesse, kui võrd asjakohane on kavandatav tegevus riigi/piirkonna/rahvastiku vajadusi ja sealseid piiranguid silmas pidades.

58.

Kontrollikoja auditist lähtudes on komisjon otsustanud luua talitustevahelise rühma, millel on järgmised ülesanded:

- määrata kindlaks komisjoni delegatsioonide võimalik roll ja ülesanded seoses ülemaailmse fondiga (näiteks osalemine riiklikus kooskõlastusmehhanismis, aruandluses jne). Delegatsioonide eri liigid võib kindlaks teha näiteks selliste kriteeriumide põhjal nagu HIVi levimus riigis, asjaolu, kas tervishoid on riikliku strateegia sihtsektor või mitte, jne;
- välja selgitada, kuidas delegatsioonid oma uute ülesannetega piiratud ressurside tingimustes toime tulevad ja
- kindlaks teha, kuidas peakorter saaks delegatsioone toetada ja kuidas arengu peadirektoraat ja koostöötalitus EuropeAid delegatsioonidele abi osutamiseks koostööd teevad.

c)

Riikide võimekus kvaliteetseid ettepanekuid koostada üldiselt paraneb. Viimases projektikonkursi voorus (kuulutati välja 1. märtsil 2008) esitati taotlusi rekordsummas (6,1 miljardi USA dollari ulatuses), aga seal oli ka läbi aegade suurim hulk ettepanekuid, millel oli tehnilise hindamiskomisjoni soovitus: 54%.

Komisjon uurib praegu koos Unaidisiga võimalusi suurendada riikide suutlikkust võitluses AIDSi vastu (suutlikkuse suurendamise tegevuskava väljatöötamine ja rakendamine).

60.

Tõhusate tervishoiusüsteemidega on ülemaailmse fondi ja Pefpari (USA presidendi AIDSi-vastase võitluse operatiivkava) toetuse kaudu võimalik pakkuda HIVi/AIDSi, tuberkuloosi ja malaariasse nakatumise riskiga elanikkonnarühmadele tervishoiuteenuseid.

Komisjon toetab ka tervishoiusüsteemide põhilisi osi, näiteks eraldatakse tervishoiuvaldkonna inimressursi arengukoostöö rahastamisvahendi / teemaprogrammi „Investeeringid inimestesse“ raames aastatel 2007–2013 tervishoiuvaldkonna inimressursi jaoks 40 miljonit eurot. EAF toetab tervishoiuvaldkonna inimressursiga seotud tegevust ja programme Angolas, Mosambigis, Sambias, Zimbabwes ja Ugandas ning tervishoiuvaldkonna inimressursi näitajaid kasutatakse nüüd üldise eelarvetoetuse ja tervishoiuvaldkonna eelarvetoetuse muutvsummadega osamaksete puhul. Komisjon toetab koostöös Maailma Tervishoiuorganisatsiooniga ka ravimipoliitikat (25 miljoni euroga) ning tervishoiu planeerimise ja eelarve koostamise parandamist (25 miljoni euroga) AKV riikides.

62.

Komisjon on teadlik, et haigustele keskenduvad programmid, nagu näiteks ülemaailmne fond, on tulemuslikud ainult tõhusa tervishoiusüsteemi olemasolul. Selle vahekorra paremaks mõistmiseks töötab arengu peadirektoraat välja strateegilisi ja tehnilisi suuniseid selle kohta, kuidas haigustele keskenduvate programmidega tervishoiusüsteeme tugevdada.

64.

Komisjon märgib, et see küsimus võib esikohal olla olukorras, kus nõutav on üldise eelarvetoetuse ja **tervishoiu sihtvaldkonna** kombinatsioon, ning seejärel olukorras, kus tervishoiu siht- või mittesihthektorile on sobiv vahend valdkondlik eelarvetoetus.

Komisjon leiab, et üldise eelarvetoetuse panuse tõhustamiseks tervishoiunäitajate seisukohalt on nõutav selge tervishoiupoliitika ja rahastajate – mitte tingimata komisjoni rahastatava eelarvetoetuse kaudu – toetatava tervishoiuprogrammi olemasolu.

65.

Komisjon usub vahendite täiendavusse ja nõustub kontrollikojaga, et projektid võivad üldist eelarvetoetust tõhustada, kuid märgib, et see toimib ka vastupidi.

66.

Ülemaailmse fondi puhul ei ole täiendus lihtne. Prognoositavus on väike (kontrollikoja andmete kohaselt said ainult 39% projektikonkursi 1.–7. vooru ettepanekutest ülemaailmse fondi rahastuse). Peale selle on komisjoni ja ülemaailmse fondi planeerimise ja sekkumiste ettevalmistamise ajakava täiesti erinev.

67.

Komisjon nõustub, et nii eelarvetoetuste rahastajad kui ka ülemaailmne fond võiks teatavaid koostoimevõimalusi paremini ära kasutada.

68.

Kui riigis on olemas valdkondlik programm⁴ ja kui komisjon osaleb selle riigi tervishoiuvaldkonnas, toetab komisjon tavaliselt selle programmi rakendamist.

⁴ Valdkondliku lähenemisviisi järgimise tulemusena töötab valitsus järk-järgult välja **valdkondliku programmi**.

Valdkondlik programm koosneb kolmest osast: **valdkonna poliitika ja strateegia**, valdkonna eelarve ja selle väljavaated keskpikas perspektiivis ning valdkondliku kooskõlastamise mehhanism.

Selleks et oma seisukohta veel kord kinnitada, allkirjastas komisjon 2007. aasta septembris rahvusvahelise tervishoiualase partnerlusleppes, millega võeti tervishoius taas kasutusse valdkondlik lähenemisviis. Pärast seda on komisjoni delegatsioonid Etioopias ja Mosambiigis valitsuste ja arengupartneritega allkirjastanud rahvusvahelise tervishoiualase partnerlusleppes kaaslepingu (partnerlusleppes rakendamiseks konkreetses riigis).

69.

Komisjon aitab aktiivselt kaasa valdkondlike programmide väljatöötamisele ja rakendamisele valdkondliku lähenemisviisi kaudu peamiselt neis riikides, kus ta tervishoiusektorit toetab. Senini on komisjon osalenud mitmes valdkondlikus programmis (näiteks Ghana, Mosambiigi, Sambia, Senegali ja Uganda programmides).

70.

Valdkondliku eelarvetoetuse osutamiseks tervishoiuvaldkonnale peavad olema täidetud alljärgnevad tingimused:

1. Tervishoiu toetamise kaasamine riiklikku strateegiasse siht- või mittesihthektorina, pidades silmas riigi omavastutust ja tööjaotust.
2. Valdkondliku eelarvetoetuse abikõlblikkuse tingimused on täidetud (selge valdkonna poliitika, valdkonna kooskõlastusmehhanism, makromajanduslik stabiilsus ja riigi rahanduse juhtimise paranemine).

Paljudes Sahara-taguse Aafrika riikides ei ole need tingimused aga praegu täidetud.

72.

Viimase kümne aasta jooksul on poliitika-/strateegiaraamistikud paljudes Sahara-taguse Aafrika riikides tänu Maailma Tervishoiuorganisatsiooni ja kõigi teiste suuremate arengupartnerite toetusele oluliselt paranenud. Siiski tuleb kõnealust poliitikat pidevalt parandada (näiteks tervishoiuvajaduste ja ressursside tihedam seos). Tervishoiuvaldkonna iga-aastased ühishinnangud, mille koostamisele on komisjon sageli kaasatud, aitavad tihtipeale tervishoiupoliitika/-strateegia raamistikke arendada.

JÄRELDUSED JA SOOVITUSED

73.

Kooskõlas oma poliitiliste kohustustega on komisjon jätkanud tervishoiu otserahastamist riigi tasandil, suurendanud üldist eelarvetoetust ja oma panust ülemaailmsetesse algatustesse.

20% kohustus („Komisjon püüab tagada, et 2009. aastaks pühendatakse 20% abist, mille komisjon eraldab arengukoostöö rahastamisvahendiga hõlmatud riiklike programmide kohaselt, põhi- ja keskharidusele ning esmatasandi tervishoiule **nimetatud sektoritega seotud** projekti-, programmi- või **eelarvetoetuste** kaudu” – arengukoostöö rahastamisvahendi artikkel 5, ei kehti AKV riikide suhtes.

74.

Tõhusate tervishoiusüsteemidega on ülemaailmse fondi ja Pefpári (USA presidendi AIDSi-vastase võitluse operatiivkava) toetuse kaudu võimalik pakkuda HIVi/AIDSi, tuberkuloosi ja malaariasse nakatumise riskiga elanikkonnarühmadele tervishoiuteenuseid.

Komisjon toetab ka tervishoiusüsteemide põhilisi osi, näiteks eraldatakse tervishoiuvaldkonna inimressursi arengukoostöö rahastamisvahendi / teemaprogrammi „Investeeringimine inimestesse” raames aastatel 2007–2013 tervishoiuvaldkonna inimressursi jaoks 40 miljonit eurot. EAF toetab tervishoiuvaldkonna inimressursiga seotud tegevust ja programme Angolas, Mosambiigis, Sambias, Zimbabwes ja Ugandas. Tervishoiuvaldkonna inimressursi näitajaid kasutatakse nüüd üldise eelarvetoetuse ja tervishoiuvaldkonna eelarvetoetuse muutvsummadega osamaksete puhul. Komisjon toetab koostöös Maailma Tervishoiuorganisatsiooniga ka ravimipoliitikat (25 miljoni euroga) ning tervishoiu planeerimise ja eelarve koostamise parandamist (25 miljoni euroga) AKV riikides.

75.

Komisjon on arvesse võtnud kontrollikoja tähelepanekut ja püüab leida lahenduse tervishoiualaste lisateadmiste saamiseks oma võimalusi kasutades või sõlmides kokkulepeid näiteks liikmesriikide abiesindustega asjaomastes riikides.

SOOVITUSED VAHENDITE JAGAMISE KOHTA

Nr 1: Komisjon kaalub vahendite valdkondlikku jagamist kooskõlas suunistega, mis koostatakse kümnendaks EAFi vahekokkuvõtteks. Nendega rõhutatakse tõenäoliselt riigi tasandi tegevuse eesmärke, saavutatud tulemusi ning riigi omavastutuse ja tööjaotuse põhimõtteid. Ühtlasi lähtutakse nende puhul asjaolust, et tervishoiuvaldkonna aastatuhande arengueesmärke on võimalik saavutada mitmel eri viisil, sealhulgas investeerimisega muudesse valdkondadesse peale tervishoiu (veevarustus ja kanalisatsioon, haridus, maaelu areng, valitsemine jne) ning mitte ainult tervishoiuteenuste otsetoetustega.

a) Tunnistades vajadust pöörata rohkem tähelepanu tervishoiule ebakindlas olukorras olevates riikides, mis on tervishoiurahastajate abist tihti ilma jäetud, eraldab komisjon või plaanib eraldada kümnenda EAFi raames otsetoetusi 15-le Sahara-taguse Aafrika riigile, millest kaheksa on ebakindlas olukorras (Burundi, Elevandiluurannik, Guinea, Kongo, Kongo Demokraatlik Vabariik, Libeeria, Zimbabwe ja Tšaad). Ebakindlas olukorras olevate riikide arv, mille tervishoiuvaldkonda komisjon toetab, on tõusnud üheksanda EAFi seitsmelt riigilt kaheksale riigile kümnenda EAFi puhul.

Nr 2: Kümnenda EAFi vahekokkuvõtte käigus vaatab komisjon üle oma rahastamise tasakaalustatuse, et see oleks suurimal võimalikul määral kooskõlas komisjoni poliitikaelistustega tervishoiu- ja ka teistes valdkondades kümnenda EAFi rakendamise esimeste aastate taustal. Eelistuste seas on kindlasti tervishoiusüsteemide tugevdamine.

Nr 3: Tunnistades, et vahendite eraldamist piirab töötajate arv, püüab komisjon leida võimalusi tagada delegatsioonidele parem juurdepääs tervishoiualastele eriteadmistele. Juhul kui komisjon on tervishoiuvaldkonna rahastamisega seotud kaudselt, eelkõige sotsiaalvaldkondade ja eelarveridadega seotud üldiste eelarvetoetuste ning AKV riikide vahelise koostöö rahastamise kaudu, tuleb kooskõlas arengupoliitika vastastikust täiendavust ja tööjaotust käsitleva ELi tegevusjuhendiga teiste (ELi) rahastajatega kokku leppida vaikivas partnerluses ja tagada eelarvetoetuste rahastajate rühmas koordineerimine. Kui tervishoid on sihtsektor, otsib komisjon võimalusi tagada delegatsioonile asjakohased eriteadmised.

a) Tervishoiualaste eriteadmiste kasutusele võtmist regionaalsetes delegatsioonides on kaalutud juba mõnda aega. Komisjon peab enne otsuse tegemist selle soovitusel eelised ja puudused paremini tasakaalu seadma.

c) Koostööd Maailma Tervishoiuorganisatsiooniga, mis on praegugi oluline valdkond, saab edendada võimaluse korral riiklike büroode kaudu.

76.

Komisjon tervitab kontrollikoja tähelepanekut, et EAFi tervishoiualaste sekkumiste rakendamine on üheksanda EAFi ajal kiirenenud, ja nõustub kontrollikoja seisukohaga, et see on osaliselt seotud üleandmisega.

77.

Ülemaailmse fondi esimese viieaastase hindamisperioodi tulemused tehakse kättesaadavaks aasta lõpuks. Need hõlmavad üksikasjalikku teavet ja analüüsi fondi rahastatud ettepanekute tegeliku rakendamise kohta. Komisjon jälgib põhjalikult seda hindamist ja võtab selle oma järeldustes arvesse. Samuti võtab komisjon järeelmeetmeid seoses kontrollikoja auditi järeldustega.

78.

Komisjon nõustub, et rahastamise suurem prognoositavus parandaks abi tõhusust. Seepärast on EÜ alates kümnendast EAFist rakendamiseks välja töötanud aastatuhande arengueesmärkide lepingu, et suurendada eelarvetoetuste prognoositavust partnerriikides. Komisjon märgib aga, et abi volatiilsus on põhjendatud abi tõhususe eeltingimuste puudumisel, näiteks kui eelarvetoetuse abi-kõlblikkuse nõuded pole enam täidetud.

SOOVITUSED KIIRUSE JA PROGNOOSITAVUSE KOHTA

Nr 4: Komisjon uurib praegu koos Unaidisiga võimalusi suurendada riikide suutlikkust võitluses AIDSi vastu (suutlikkuse suurendamise tegevuskava väljatöötamine ja rakendamine).

Nr 5: Kümnennda EAFi raames püüab komisjon teha oma üldised eelarvetoetused prognoositavamaks, sõlmides abisaajariikidega aastatuhande arengueesmärkide lepinguid. Komisjon usub, et väljamaksete peatamise oht on stiimuliks abikõlblikkuse säilitamiseks – seda võib kahjustada, kui alternatiivsete vahendite saamine rahastamisvoogude säilitamiseks oleks automaatne. Komisjoni jaoks on üksikjuhtumite kohta otsuste tegemisel oluline tegur vajadus vältida vaeste elanike ebavajalikku karistamist.

79.

Komisjon tervitab kontrollikoja tõdemust, et üldine eelarvetoetus võib olla oluline vahend tervishoiupoliitika täiustamisel. Komisjon rõhutab sellegipoolest, et üldise eelarvetoetuse tõhusust saab paremini hinnata pikema aja jooksul, kuna riigi tasandil nõuab tulemuste paranemine aega, sest tuleb teha parandusi suurtes süsteemides, seetõttu ei ole see võrreldav elanikkonna väiksemate ja selgemate sihtrühmade puhul saavutatavate edusammudega. Kümnennda EAFi rakendamise käigus loodetakse teha uusi edusamme tänu aastatuhande arengueesmärkide lepingute kehtestamisele ja sellele, et programmitärgse valdkondliku toetuse rakendamisel eelistatakse valdkondlikku eelarvetoetust. Komisjon jätkab jõupingutusi eelarvetoetuse vahendite tõhususe suurendamiseks (kasutades sealhulgas üha enam kõige vaesemate piirkondade, äärealade või soo alusel rühmitatud näitajaid).

80.

Projektid – üksikprojektina või valdkondliku poliitika toetusprogrammide rakendusviisina – mängivad ka edaspidi olulist rolli tervishoiuvaldkonnale eraldatavate EÜ toetuste vallas. Komisjon püüab pidevalt parandada mitut riiki hõlmavate projektide valikut.

81.

Delegatsioonide kaasamine sõltub samuti nende võimekusest valdkondlikes teemades.

Kontrollikoja auditist lähtudes loodi talitusvaheline rühm, et määrata kindlaks, mida komisjon peaks ülemaailmse fondi rahaliste vahendite tõhusama kasutamise tagamiseks riigi tasandil tegema.

SOOVITUSED HALDAMISE JA VAHENDITE TÕHUSUSE KOHTA

Nr 6: Komisjon tegutseb selle nimel, et sihtotstarbeliste ja mittesihtotstarbeliste tervishoiualaste sekkumiste puhul kasutataks võimalikult palju valdkondlikku eelarvetootust, kui tingimused seda võimaldavad. Programmisuuniste kohaselt käsitleb komisjon üldist eelarvetootust täiendusena sihtsektori sekkumistele, muu hulgas juhul, kui neid rakendatakse valdkondlike eelarvetootuste kaudu.

Nr 7 a): Komisjon jätkab jõupingutusi üldise eelarvetootuse tulemusnäitajate ning üldise eelarvetootuse ja tervishoiuvaldkonna dialoogi vahelise seose kasutamiseks (sealhulgas valdkonna ühishinnangud ja valdkondliku lähenemisviisi rakendamise korral pidev dialoog), et julgustada riike saavutama jätkusuutlikul viisil oma aastatuhande arengueesmärgid ja teisi eesmärgid. See tähendaks igas riigis kõige sobivamat tulemus- ja sisendnäitajate (nagu osakaal eelarves ja täitmise määrad) kombinatsiooni. Üldise eelarvetootusega seotud tegevusse võiks kaasata tehnilise abi vahendid, et vastata üldise eelarvetootuse tulemusnäitajatega valdkondadega (näiteks tervishoiu infosüsteemid) seotud konkreetsetele vajadustele.

b) Valdkonna tasandil keskendutakse ühishinnangutes enamasti valdkondliku poliitika rakendamisele ja valdkonna eelarve täitmisele. Arvesse võetakse ka riiklike kulutuste hinnangute ja kulude jälgimise uurinute tulemusi, kui need on kättesaadavad. 22st Sahara-taguse Aafrika riigist, kus on üheksanda EAFi raames korrapäraselt rakendatud EÜ üldisi eelarvetootusi, koostavad 14 tervishoiuvaldkonna regulaarseid ühishinnanguid, mille tulemusi võetakse seejärel arvesse üldise eelarvetootuse iga-aastase ühishinnangu koostamisel. Ka ülejäänud riikides töötatakse neid üha enam välja; neid innustatakse kasutama üldise eelarvetootuse alase dialoogi raames. Komisjon eelistab üldjuhul siiski kasutada üldist eelarvetootust ja mis tahes muud sellega seotud kaitsemeetet partnerriigi rahanduse juhtimise süsteemide

tugevdamiseks ning ühtlasi inimressursside juhtimise suutlikkuse tõstmiseks. Seega eelistab komisjon pigem tugevdada kohalike aruandekohustuslike organite suutlikkust kui ise aruannete koostamises otseselt osaleda. Sellisel viisil on väljavaade üldise eelarvetootuse mõju maksimeerida, ühtlasi vähendab see vahendi ülekoormamise riske ja on palju sobivam üldise eelarvetootuse arvukate eesmärkide saavutamiseks.

c) Vt eespool (käesoleva kasti punkt b).

d) Inimressursside eelarve üldistes piirides ja tööjaotuse arenevate tavade olukorras teeb komisjon kõikvõimaliku, et parandada panust tervishoiuvaldkonna dialoogi, nagu eespool soovitatud.

e) Eelarvetootuse tegevuses kasutatavate tulemusnäitajate parandamine on komisjoni jaoks pidev tööülesanne.

Nr 8: Komisjon on otsustanud luua talitustevahelise rühma, millel on järgmised ülesanded:

1) määrata kindlaks komisjoni delegatsioonide võimalik roll ja ülesanded seoses ülemaailmse fondiga (näiteks osalemine riiklikus koostööstussüsteemis, aruandluses jne). Delegatsioonide eri liigid võib kindlaks teha näiteks selliste kriteeriumide põhjal nagu HIVi levimus riigis, asjaolu, kas tervishoid on riikliku strateegia sihtsektor või mitte, jne;

2) välja selgitada, kuidas delegatsioonid oma uute ülesannetega piiratud ressursside tingimustes toime tulevad; ja

3) kindlaks teha, kuidas peakorter saaks delegatsioone toetada ja kuidas arengu peadirektoraat ja koostöötalitus EuropeAid delegatsioonidele abi osutamiseks koostööd teevad.

Peale selle uurib komisjon praegu koos Unaidisiga võimalusi suurendada riikide suutlikkust võitluses AIDSi vastu (suutlikkuse suurendamise tegevuskava väljatöötamine ja rakendamine).

Nr 9: Kuigi projektid (läheneviisina või valdkondliku poliitika toetusprogrammi rakendamisel) ei ole EÜ abi rakendamisel eelistatud vorm, on selge, et need jäävad arenguabi osutamisel siiski oluliseks vahendiks. Näiteks näitavad kümnenda EAFi riiklike näidisprogrammide / Sahara-taguse Aafrika riikide (v.a Lõuna-Aafrika Vabariik) A-rahastamispaketi esialgsete eraldiste esimese hindamise tulemused, et eelarvetoetus (sealhulgas nii üldine kui ka valdkondlik eelarvetoetus) moodustab ligikaudu 48% senistest eraldistest. Ülejäänud 52% on seega kavas kulutada peamiselt projektide ja sihtotstarbeliste programmide kaudu. Komisjon ei saa siiski nõustuda soovitusel kasutada suuremal määral projekti vahendeid, et pakkuda „tervishoiuteenuseid vaesemates piirkondades, mis ei ole hõlmatud asjakohaste tervishoiuteenustega“, kuna vähemalt 30 arenguriigis on tervishoiuteenuste kättesaadavus piiratud; ent asjakohane lahendus sellele väljakutsele on pigem piisav, prognoositav ja lähendatud tervishoiuvaldkonna ametlik arenguabi kui väljapakutud rahastamine valitsusvälistelt organisatsioonidelt.

82.

Komisjon püüab sekkumiste sünergiaid veelgi paremal viisil ära kasutada, alustades tervishoiuvaldkonna suuniste käimasolevast läbivaatamisest.

83.

Valdkondlike programmide rakendamise toetamiseks täiendas komisjon 2007. aastal 2003. aastal avaldatud valdkondlikele programmidele antava EÜ toetuse suuniseid ning on korraldanud ridamisi koolitusi selle toetusliigi rakendamise teemal. Koostöös Taani ja Madalmaadega on algatatud ka ühine valdkondliku lähenemiseviisi alane õppeprogramm, mida rahastajariikide seas väga hinnatakse. Komisjon jätkab valdkondlike programmide loomise ja rakendamise toetamist – otseselt nendes riikides, kus tervishoid on komisjoni koostööstrateegia osa, ning mujal kaudselt üldise eelarvetoetuse tulemuste hindamise ja ühishinnangu te kaudu.

SOOVITUSED VAHENDITE ÜHTSE KASUTAMISE KOHTA

Nr 10 (a): Komisjon hindab saadud kogemuste põhjal, kas oleks vaja üle vaadata näitajad selle kohta, millal kasutada üldist eelarvetoetust ja millal valdkondlikku eelarvetoetust ning kuidas neid kahte vahendit koos kasutada; need näitajad sisalduvad praegu ka komisjoni suunistes programmide koostamise, üldise eelarvetoetuse ja valdkondliku eelarvetoetuse kohta.

(b) Suunised eri vahendite (sealhulgas projektide) konkreetse kasutamise kohta tervishoiusektoris, samuti nende kombineeritud kasutamise kohta, vaadatakse läbi tervishoiuprogrammide suuniste raames, mida praegu ajakohastatakse, et võtta paremini arvesse EÜ vahendite (näiteks aastatuhande arengueesmärkide lepingu) laiemat arengut.

(c) Komisjoni uus talitustevaheline rühm, mis loodi koostööks ülemaailmse fondiga, otsib võimalusi suurema täiendavuse saavutamiseks ülemaailmse fondiga, võttes arvesse prognoositavust ülemaailmse fondi tegevuses ning komisjoni ja ülemaailmse fondi erinevat ajakava.

Nr 11: Komisjon soovib kasutada valdkondlikku eelarvetoetust tervishoiuvaldkonna sekkumiste eelistatud rakendusviisina, kui tingimused, muu hulgas selge valdkondliku poliitika olemasolu, seda võimaldavad.

Nr 12: Komisjon jätkab valdkondlike programmide koostamise ja rakendamise toetamist, otseselt nendes riikides, kus tervishoid on komisjoni koostööstrateegia osa, ning mujal kaudselt üldise eelarvetoetuse tulemuste hindamise ja ühishinnangu te kaudu.

Euroopa Kontrollikoda

Eriaruanne nr 10/2008

EÜ arenguabi tervishoiuteenustele Sahara-taguses Aafrikas

Luxembourg: Euroopa Ühenduste Ametlike Väljaannete Talitus

2009 – 80 lk – 21 × 29,7 cm

ISBN 978-92-9207-093-9

doi: 10.2865/2078

Euroopa Liidu väljaannete tellimine

Tasulised väljaanded:

- EU Bookshopi kaudu (<http://bookshop.europa.eu>);
- raamatukauplustes, esitades pealkirja, väljaandja ja/või ISBNi numbri;
- võtke otse ühendust meie müügiesindajatega;
- kontaktandmed leiate veebilehelt <http://bookshop.europa.eu> või saatke faks numbrile +352 2929-42758.

Tasuta väljaanded:

- EU Bookshopi kaudu (<http://bookshop.europa.eu>);
- Euroopa Komisjoni esindustes ja delegatsioonides;
- kontaktandmed leiate veebilehelt <http://ec.europa.eu> või saatke faks numbrile +352 2929-42758.

ERIRUANDES „EÜ ARENGUABI TERVISHOIUTEENUSTELE SAHARA-TAGUSES AAFRIKAS“ KONTROLLITAKSE, KAS TERVISHOIUSEKTORILE ERALDATUD FINANTS- JA INIMRESSURSID PEEGELDASID EÜ POLIITILISI KOHUSTUSI JA KAS KOMISJON ON KIIRENDANUD ABI RAKENDAMIST JA KASUTANUD ERINEVAT LIIKI RAHASTAMIST TULEMUSLIKULT. ARUANDES ESITATAKSE MITMEID SOOVITUSI, KUIDAS SUURENDADA EÜ ABI MÕJUSUST TERVISHOIUTEENUSTE PARANDAMISE TOETAMISEL SAHARA-TAGUSES AAFRIKAS.



EUROOPA KONTROLLIKODA



Väljaannete talitus
Publications.europa.eu

ISBN 978-92-9207-093-9



9 789292 070939