



EUROPA

**Regionalkomitee für Europa
Achtundfünfzigste Tagung**

Tiflis, Georgien, 15.–18. September 2008

Punkt 7 a) der vorläufigen Tagesordnung

EUR/RC58/8 Add. 1
+EUR/RC58/Conf.Doc./3
28. Juli 2008
80806
ORIGINAL: ENGLISCH

**Programmhauhaltsentwurf 2010–2011 –
Die Perspektive der Europäischen Region der WHO**

Dieses Papier soll die Perspektiven der Europäischen Region für ihre Arbeit zum Erreichen der Ziele des Mittelfristigen Strategieplans (MTSP) im Zweijahreszeitraum 2010–2011 beleuchten. Gleichzeitig werden darin auch der Programmhauhaltsentwurf für das Regionalbüro begründet und gegenwärtige und künftige Finanzierungsprobleme sowie mögliche Strategien zu ihrer Überwindung genannt. Der Text sollte in Verbindung mit dem Dokument für die globale Ebene (EUR/RC58/8) gelesen werden.

Das 58. Regionalkomitee wird um Stellungnahmen und Kommentare zu den dargestellten strategischen Orientierungslinien, dem vorgeschlagenen Haushalt sowie den Finanzierungsfragen gebeten.

Dem Regionalkomitee liegt ein Resolutionsentwurf zur Prüfung vor.

Inhalt

	<i>Seite</i>
Einführung	1
Veränderung an Prozess und Turnus	1
Entstehungsprozess des MTSP und des daraus resultierenden Programmhaushalts – ein integrierter globaler Prozess	1
Veränderungen in diesem Zweijahreszeitraum.....	1
Ausrichtung für die Region im Zeitraum 2010–2011	2
Übertragbare Krankheiten (SO 1 und 2).....	2
Nichtübertragbare Krankheiten und die Umwelt (SO 3, 6, 8 und 9)	4
Gesundheitssysteme, einschließlich soziale Determinanten von Gesundheit (SO 4, 5, 7, 10 und 11)	7
Organisationsführung und Vorreiterrolle, einschließlich Länderpräsenz (SO 12 und 13)	12
Allgemeine Erwägungen zum Programmhaushaltsentwurf 2010–2011	14
Überblick über den Haushalt der Region.....	14
Finanzierungsmechanismen – Probleme und Herausforderungen.....	17
Anhang	

Einführung

Veränderung an Prozess und Turnus

1. Der mit dem Mittelfristigen Strategieplan (MTSP) und dem Programmhaushalt (in Tabellen mit „PH“ abgekürzt) verbundene Prozess ist ein maßgeblicher Schalthebel zur Durchsetzung der Arbeitsinhalte der WHO. Er dient einer Verbesserung von Leistung und Rechenschaftsablage und der Präsentation der Arbeitsergebnisse aller Organisationsebenen. Der Hauptgrund für die Einführung des MTSP war also der Wunsch nach mehr Leistung und besserer Rechenschaftsablage durch:

- eine größere Kontinuität über die Zweijahreszeiträume hinaus als Voraussetzung für langfristige Ergebnisse;
- eine Ausweitung der Planungsspanne von einem Zweijahreszeitraum auf sechs Jahre gemäß dem strategischen Charakter der Arbeit der WHO;
- eine Beseitigung der vertikal angelegten Struktur der Arbeitsbereiche, die der teamübergreifenden Zusammenarbeit für gemeinsame Ziele nicht dienlich war, auf Ebene der Länder wie auch der Regionen nur spärliche Ergebnisse brachte und den Erwartungen der Mitgliedstaaten nicht entsprach;
- einen Abbau der erheblichen Zusatzarbeit durch sich überschneidende Prozesse.

Entstehungsprozess des MTSP und des daraus resultierenden Programmhaushalts – ein integrierter globaler Prozess

2. Der MTSP und der Programmhaushalt werden gemeinsam in einem Dokument vorgestellt. Der MTSP stellt die erwarteten messbaren Veränderungen in Bezug auf gesundheitliche Zugewinne, Gesundheitssysteme und Determinanten von Gesundheit in Form von dreizehn Strategischen Zielen (SO) vor. Zu jedem dieser Ziele enthält er:

- eine **Situationsanalyse**, bei der die Herausforderungen und Chancen sowie die erkannten Probleme erörtert werden, und eine Begründung und Rechtfertigung der Wahl der jeweils geeignetsten strategischen Ansätze für die Mitgliedstaaten und das WHO-Sekretariat;
- eine Erläuterung der **strategischen Ansätze** für das gemeinsame Erreichen der vereinbarten Ziele durch Mitgliedstaaten und WHO-Sekretariat;
- eine Festlegung der **organisationsweit erwarteten Ergebnisse**, d. h. der vom WHO-Sekretariat als direkte Folge seines Handelns während des Sechsjahreszeitraums erwarteten Erfolge und Veränderungen;
- **Leistungsindikatoren** (soweit möglich mit den Millenniums-Entwicklungszielen abgestimmt), jeweils mit Ausgangslagen und Einzelzielen als Maßstäben für die Leistungsmessung.

Veränderungen in diesem Zweijahreszeitraum

3. Aus Gründen, die im globalen Dokument ausführlicher erläutert sind, ist der Programmhaushaltsentwurf diesmal in drei Sektionen unterteilt: WHO-Programme, Partnerschaften und Kooperationen (PCO) sowie Gegenmaßnahmen bei Krankheitsausbrüchen und Krisen (OCR). Anhang 1 enthält eine Darstellung der Haushalte des Regionalbüros für Europa von 2004–2005 bis 2010–2011 in diesem überarbeiteten Format. Zur Stärkung der Umsetzungskapazität und zur Konsolidierung des Wachstums wurde für die Sektion „WHO-Programme“ im Programmhaushaltsentwurf 2010–2011 eingangs der gleiche Nennwert angesetzt wie im revidierten Programmhaushalt 2008–2009.

4. Um sinnvolle Vergleiche zwischen den Zweijahreszeiträumen zu ermöglichen, hat das Regionalbüro eine kombinierte Form der Darstellung gewählt. Die Haushalts- und Ausgabendaten früherer Zweijahreszeiträume mit ihrer Unterteilung in 36 Arbeitsbereiche werden hier im Rahmen der 13 Strategischen Ziele aus dem MTSP präsentiert.

5. Im aktuellen Zweijahreszeitraum wurde das Strategische Ziel 8 nach den Diskussionen zum Thema Klimawandel auf der 61. Weltgesundheitsversammlung um ein weiteres organisationsweit erwartetes Ergebnis ergänzt. Dass auch der Bereich der Patientensicherheit größere Aufmerksamkeit verdient, wurde mit der Ergänzung eines neuen organisationsweit erwarteten Ergebnisses unter SO 10 anerkannt.

Ausrichtung für die Region im Zeitraum 2010–2011

6. Die Arbeit des Regionalbüros wird sich im kommenden Zweijahreszeitraum auf vier Hauptbereiche konzentrieren:

- Übertragbare Krankheiten (SO 1 und 2)
- Nichtübertragbare Krankheiten und die Umwelt (SO 3, 6, 8 und 9)
- Gesundheitssysteme, einschließlich soziale Determinanten von Gesundheit (SO 4, 5, 7, 10 und 11)
- Organisationsführung und Vorreiterrolle, einschließlich Länderpräsenz (SO 12 und 13)

7. Das Regionalbüro hat im gegenwärtigen Zweijahreszeitraum beträchtliche organisatorische Anpassungen vorgenommen, seine Struktur an die neu definierten Strategischen Zielen der WHO angepasst und damit die Umsetzung des MTSP in den vier genannten Hauptbereichen erleichtert. Nachstehend wird das Vorgehen des Regionalbüros zum Erreichen der Ziele in jedem dieser Bereiche zusammen mit den geänderten Arbeitsschwerpunkten und dem für 2010–2011 erwarteten Mittelbedarf sowie einem Vergleich mit früheren Zweijahreszeiträumen vorgestellt. Der Zweijahresbericht des Regionaldirektors über die Arbeit der WHO in der Region (EUR/RC58/4) und ein Informationspapier zur Umsetzung der Länderstrategie durch das Regionalbüro im Zeitraum 2006–2007 (Kopenhagen, Regionalbüro für Europa, 2008) ermöglichen in diesem Kontext nähere Einblicke in die Tätigkeit und die Erfolge des Regionalbüros.

Übertragbare Krankheiten (SO 1 und 2)

SO 1: Verringerung der gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Belastung durch übertragbare Krankheiten

SO 2: Bekämpfung von HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria

8. Die Arbeit auf dem Gebiet der übertragbaren Krankheiten betrifft hauptsächlich die Strategischen Ziele 1 und 2, doch werden einige wichtige bereichsübergreifende oder anderweitig mit übertragbaren Krankheiten in Verbindung stehende Aktivitäten mit Maßnahmen im Rahmen der übrigen Ziele abgestimmt oder weiterentwickelt, wie bei folgenden Zielen: SO 3 (z. B. psychische Gesundheit und Substanzmissbrauch), SO 4 (z. B. neonatale, reproduktive und sexuelle Gesundheit), SO 5 (z. B. Katastrophenschutz), SO 6 (z. B. Risikofaktoren und Folgen ungeschützten Geschlechtsverkehrs), SO 7 (z. B. Chancengleichheit im Gesundheitsbereich und Menschenrechte), SO 8 (z. B. Umwelt, Klimawandel und Gesundheit), SO 9 (z. B. Lebensmittelsicherheit und Versorgungssicherheit) und SO 10 und 11 (z. B. Stärkung der Gesundheitssysteme, Blutsicherheit, Arzneimittel).

9. Zwar zählen übertragbare Krankheiten in der Europäischen Region der WHO nicht zu den Hauptursachen von Mortalität und Morbidität, doch bedrohen sie die menschliche Gesundheit und die internationale Sicherheit immer noch erheblich. Durch Impfung vermeidbare Krankheiten, durch Lebensmittel übertragene Krankheiten, Zoonosen, Erkrankungen als Folge der Gesundheitsversorgung und chronische übertragbare Erkrankungen tragen wesentlich zur Erhöhung der Kosten für das Gesundheitswesen bei. Durch sie werden erhebliche und nachhaltige Ressourcen zur Aufrechterhaltung einer angemessenen Bereitschaft und einer Reaktionskapazität zur Bekämpfung von Krankheitsausbrüchen erforderlich. Auch neu bzw. erneut auftretende Infektionen mit Epidemienpotenzial sind ein erhebliches gesundheitspolitisches Problem, und daher bleibt die Fähigkeit der Mitgliedstaaten und der Region insgesamt zu ihrer Bekämpfung ein grundlegendes Ziel für die Gesundheitssysteme.

10. Alle 53 Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO sind auch zum Erreichen der Millenniums-Entwicklungsziele 4 und 6 verpflichtet, die konkret den Abbau der Kindersterblichkeit infolge von durch Impfung vermeidbaren Krankheiten, eine Eindämmung und Trendwende in Bezug auf HIV/Aids, Tuberkulose, Malaria und andere wichtige Krankheiten sowie den allgemeinen Zugang zur Prävention von HIV/Aids bzw. zur Therapie und Versorgung der betroffenen Patienten vorsehen. In Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung und des Regionalkomitees wurden krankheitsspezifische Einzelziele aufgestellt. Der WHO fällt auch bei der Durchführung der 2007 in Kraft getretenen Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) eine besondere Rolle zu.

11. Insgesamt wird der Einsatz in diesem Bereich ein mit 2008–2009 vergleichbares Niveau erreichen und so das Erreichte sichern; der Fokus wird dabei aber auf die Stärkung der Bereitschaftsplanung und Reaktionsfähigkeit der Mitgliedstaaten zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten im weit gesteckten Rahmen der Internationalen Gesundheitsvorschriften verlagert. Die Mitgliedstaaten werden außerdem bei der Bewertung und Stärkung ihrer Kernkapazitäten für eine rechtzeitige Feststellung von Gesundheitsgefahren sowie eine angemessene Reaktion darauf fachlich unterstützt, wie es die Internationalen Gesundheitsvorschriften verlangen. Eine weitere Akzentverschiebung erfolgt in Richtung einer verstärkten Gewinnung von einschlägigen Gesundheitserkenntnissen durch Erhebung, Untersuchung und Verbreitung von epidemiologischen Daten wie auch von Informationen über Gesundheitsrisiken und über Maßnahmen der Gesundheitssysteme gegen übertragbare Krankheiten, aber auch durch gezielte Verfahrensforschung, wie sie für die Beratungstätigkeit der WHO und die Politikgestaltung in den Mitgliedstaaten erforderlich ist. Der Ausbau der Synergieeffekte und der langfristigen Kooperation mit dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten bleibt weiterhin eine Priorität.

12. Das Regionalbüro wird die Mitgliedstaaten in ihren Bemühungen unterstützen, gesundheitliche, wirtschaftliche und gesellschaftliche Belastungen durch übertragbare Krankheiten in der Europäischen Region zu vermindern oder zu verhindern, indem es alte wie neue erkenntnisgestützte Verfahren und Maßnahmen einführt, ausweitet bzw. aufrechterhält, etwa den Kondomgebrauch, die Schadensminderung beim Konsum von Injektionsdrogen, Impfungen (auch mit neuen und zu wenig genutzten Impfstoffen), frühe und rasche Diagnosen und Therapien für akute und chronische Infektionen und den rationellen Gebrauch von Arzneimitteln. Aufbauend auf dem politischen Engagement der Mitgliedstaaten wird das Regionalbüro handlungsrelevante Erkenntnisse, seine länderspezifische Beratungstätigkeit und seine normative Orientierungsarbeit vertiefen, die Stärkung der institutionellen Infrastruktur und die Einführung von Reformen für eine nachhaltige Finanzierung vorantreiben und Konzepte und Maßnahmen zur Sicherung eines Angebots an kompetenten Arbeitskräften sowie einer rationellen Organisation der Gesundheitsversorgung unterstützen. Dies werden die Schwerpunkte der Arbeit des Regionalbüros im Zeitraum 2010–2011 und darüber hinaus sein.

13. Die Erhaltung des politischen Engagements auf globaler, regionaler und nationaler Ebene ist eine wichtige Aufgabe der WHO, die sie in enger Partnerschaft mit anderen Akteuren erfüllt, darunter Regierungen, Organisationen der Vereinten Nationen und andere internationale Organisationen, Einrichtungen aus dem Hochschul- und Gesundheitsbereich, Privatwirtschaft, Zivilgesellschaft und Patientengruppen. Im Rahmen der Stärkung der Steuerungsfunktion der Gesundheitsministerien wird sich das Regionalbüro weiter aktiv für die Verstärkung bzw. Aufrechterhaltung des politischen Engagements für Maßnahmen gegen übertragbare Krankheiten, die Erhaltung bestehender und die Entwicklung neuer Partnerschaften innerhalb wie außerhalb des Gesundheitssektors und die Bewertung der Leistung der Gesundheitssysteme bei der Verringerung aktueller und künftiger Belastungen durch übertragbare Krankheiten einsetzen. Auch das Eintreten für eine evidenzbasierte Vorsorge sowie eine entsprechende Behandlung und Bekämpfung bekannter wie auch neu auftretender übertragbarer Krankheiten, die für die öffentliche Gesundheit von Belang sind, sind nach wie vor ein wichtiger Bestandteil der Arbeit des Regionalbüros.

14. Im Zeitraum 2010–2011 wird das Regionalbüro auf dem Gebiet der Leistungserbringung die Mitgliedstaaten nachdrücklich bei der Verwirklichung ihrer konkreten Ziele unterstützen, u. a. in folgenden Bereichen: allgemeiner Zugang zur Prävention von HIV/Aids bzw. zur Behandlung und Pflege der betroffenen Patienten bis 2010; Ziele der Partnerschaft „Stopp der Tb“ für die Tuberkulosebekämpfung bis 2013; Eliminierung von Malaria und Masern, Röteln und kongenitaler Syphilis; Erhaltung des Status der

Region als poliofrei; Stärkung nachhaltiger und wirksamer Angebote für die Bevölkerungsgesundheit, u. a. durch Labore. Darüber hinaus sollen die Gesundheitssysteme kontinuierlich gestärkt werden. Das Regionalbüro wird unter besonderer Schwerpunktlegung auf die Stärkung der Gesundheitssysteme die Länder bei der Umsetzung breit gefächerter Strategien von der konzeptionellen Entwicklung bis zu sektorübergreifenden Maßnahmen unterstützen.

15. Im Bereich der Ressourcenerschließung und Gesundheitsfinanzierung wird das Regionalbüro den Mitgliedstaaten dabei helfen, Zugang zu Mitteln internationaler Hilfsfonds wie der GAVI-Allianz und des Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria zu erhalten und diese Mittel wirksam einzusetzen und dabei die Verfügbarkeit und den rationellen Gebrauch alter wie neuer sicherer und bezahlbarer Diagnoseverfahren, Impfstoffe, antimikrobieller Wirkstoffe und anderer Verbrauchsgüter für die Prävention, Behandlung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten sicherzustellen und Konzepte für die nachhaltige Finanzierung von Leistungsangeboten der Gesundheitssysteme gegen übertragbare Krankheiten für die Bevölkerung zu entwickeln. Kompetentes Gesundheitspersonal in ausreichender Zahl ist eine unverzichtbare Voraussetzung für die Prävention wie auch für die Behandlung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten. Für die weitere Förderung einer nachhaltigen Schulung von im Bereich der übertragbaren Krankheiten tätigen Gesundheitsfachkräften am Arbeitsplatz werden Wissenszentren und andere Konzepte des Regionalbüros genutzt.

16. Die Etatposten für SO 1 und 2 wurden im Entwurf für 2010–2011 auf der Grundlage der Arbeit des Regionalbüros in früheren Zweijahreszeiträumen und dabei insbesondere seiner finanziellen Leistungsdaten bemessen (siehe Anhang 1 und 2). In den vergangenen Zweijahreszeiträumen war hier stets ein Zuwachs in absoluten Zahlen zu verzeichnen, doch 2010–2011 gibt es mit insgesamt 69,3 Mio. US-\$. einen leichten Rückgang. Dieser ist eine Konsequenz der veränderten Krankheitstrends in der Europäischen Region sowie der verstärkten Anstrengungen des Regionalbüros im Bereich der Gesundheitssysteme, die zwar eine umfassendere Art der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten ermöglichen, dafür aber, wie bereits erwähnt, teilweise auch unter andere Strategische Ziele fallen. Er ist auch ein Ausdruck von Realismus angesichts der Trends innerhalb des Regionalbüros in Bezug auf die Mobilisierung von Geldern und die Umsetzungskapazitäten in diesem Bereich. Zugleich gab es insbesondere in Gebieten mit hoher Krankheitslast bereits im Zeitraum 2008–2009 eine erhebliche Schwerpunktverlagerung hin zu einer direkten Unterstützung der Länder, indem konkret die Länderpräsenz der WHO für den Bereich übertragbare Krankheiten verstärkt wurde (siehe Anhang 3 zu den Länderprogrammen), wobei im Programmhaushaltsentwurf 2010–2011 in derselben Linie einige Anpassungen vorgeschlagen werden. Es ist darauf hinzuweisen, dass sich die für 2010–2011 geplante Erhöhung des Etats für SO 1 um 8,5% auf den Programmhaushalt insgesamt bezieht, der auch die Partnerschaften mit einschließt. Ein wesentlicher Teil der Mittel des Programmhaushalts für dieses Strategische Ziel entfällt auf Partnerschaften, wie aus Anhang 1 zu ersehen ist.

Nichtübertragbare Krankheiten und die Umwelt (SO 3, 6, 8 und 9)

SO 3: Verhütung und Verringerung von Krankheit, Behinderung und vorzeitigem Tod infolge von chronischen nichtübertragbaren Krankheiten, psychischen Störungen, Gewalt, Verletzungen und Sehstörungen

SO 6: Förderung von Gesundheit und Entwicklung, Prävention und Reduzierung von Risikofaktoren für Erkrankungen, die durch den Konsum von Tabak, Alkohol, Drogen oder anderen psychotropen Substanzen oder durch ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel und unsichere Sexualpraktiken bedingt sind

SO 8: Förderung einer gesundheitsförderlicheren Umwelt, Intensivierung der Primärprävention und Beeinflussung der Politik in allen Bereichen, um umweltbedingte Gesundheitsgefahren an der Wurzel zu bekämpfen

SO 9: Verbesserung von Ernährung, Lebensmittelsicherheit und Ernährungssicherheit während der gesamten Lebensdauer und als Unterstützung für öffentliche Gesundheit und nachhaltige Entwicklung

17. Der Kern der Arbeit in Bezug auf nichtübertragbare Krankheiten und die Umwelt fällt unter die Strategischen Ziele 3, 6, 8 und 9, allerdings werden im Zeitraum 2010–2011 auch andere Strategische Ziele fachübergreifend gemeinsam bearbeitet und konzeptionell weiter entwickelt; insbesondere gilt dies

für die SO 1 und 2 (übertragbare Krankheiten), SO 3 (z. B. Verletzungsprävention), SO 4 (Lebensverlauf, Kindergesundheit, Altern in Gesundheit), SO 5 (z. B. Katastrophenschutz), SO 6 (z. B. Risikofaktoren wie Bewegungsmangel), SO 7 (Chancengleichheit und Menschenrechte, soziale Determinanten), SO 9 (z. B. Lebensmittelsicherheit und Versorgungssicherheit) und SO 10 (Gesundheitssysteme).

18. Die Europäische Region wird durch nichtübertragbare Krankheiten stark belastet, doch steht ihr auch ein überzeugendes Spektrum an zielführenden Maßnahmen zur Verfügung. Im vorangegangenen wie auch im gegenwärtigen Zweijahreszeitraum haben sich die Mitgliedstaaten der Europäischen Region deutlich zu gleichzeitigen Maßnahmen gegen eine Reihe von nichtübertragbaren Krankheiten bekannt und einer diesen Krankheiten gewidmeten Strategie zugestimmt (EUR/RC56/8 *Zugewinn an Gesundheit: Die Europäische Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten*). Die Arbeit des Regionalbüros in diesem Bereich wird durch Strategien und Aktionspläne zu den Themen nichtübertragbare Krankheiten, Verletzungsprävention, Bekämpfung der Adipositasepidemie, Ernährung und Bewegung sowie Tabakkonsum bestimmt und erfolgt in Form konkreter kostenwirksamer Interventionen sowie durch Förderung einer nahtlosen sektorübergreifenden Zusammenarbeit. Außerdem wird länderspezifisch die Stärkung der Kapazitäten und Funktionen des Gesundheitssystems für die Prävention und Bewältigung chronischer Krankheiten mittels integrierter Konzepte unterstützt.

19. Zur Ausweitung und Sicherung seiner Bemühungen auf diesem Gebiet und zur Unterstützung der Entwicklung und Umsetzung von Strategien und Plänen für die Prävention bzw. Bekämpfung und Bewältigung nichtübertragbarer Krankheiten auf allen Ebenen wird das Regionalbüro im Zeitraum 2010–2011 seine Kapazitäten auf Ebene der Region und besonders auf Ebene der Länder verstärken und ausbauen. Das ermöglicht einen stärkeren Fokus auf die Prioritäten und Bedürfnisse der Mitgliedstaaten durch Entwicklung und Anwendung evidenzbasierter Leitlinien für wirksame und kosteneffektive Interventionen in der Länderarbeit, durch Schaffung von Planungs- und Evaluationsverfahren (u. a. Bewertung der wirtschaftlichen Folgen) und ihre Anwendung in den politischen Prozessen unter Führung der Länder, durch Entwicklung und Betreuung von Systemen zur integrierten epidemiologischen Überwachung und Beobachtung, durch Durchführung von Politikanalysen und Dokumentation guter Praktiken und durch Schulung von Personal in integrierten Arbeitsmethoden sowie durch den Aufbau von Einrichtungen für gemeinsames Lernen und Erfahrungsaustausch. Dies macht mehr personelle und finanzielle Mittel für die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten sowie eine stärker verzahnte Leistungserbringung auf Ebene der Länder erforderlich.

20. Die Arbeit wird sich stärker auf Verhaltens- und Lebensweisen ausrichten und es werden in großem Umfang konkrete Maßnahmen zur Prävention und Bewältigung von Krankheiten im Rahmen der Gesundheitssysteme der Länder ergriffen. Das Regionalbüro wird seine Unterstützung für die Mitgliedstaaten bei der Harmonisierung, Koordinierung, Entwicklung und Pflege von Systemen für die Überwachung und Beobachtung von Risikofaktoren für nichtübertragbare Krankheiten, von Informationen über die Auswirkungen von Krankheiten sowie von Konzepten und Strategien zur Prävention und Bewältigung von chronischen Krankheiten, psychischen Erkrankungen, Gewalt und Unfallverletzungen verstärken. Im Zweijahreszeitraum 2010–2011 soll die Bekämpfung des Tabakkonsums durch die Umsetzung des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs in weiteren Ländern ein gutes Stück vorangebracht werden. Die Arbeit zur Förderung gesunder Lebensgewohnheiten und zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten soll durch Interventionen der Gesundheitssysteme sowohl auf der Ebene der primären Gesundheitsversorgung als auch durch bevölkerungsbezogene Leistungen erfolgen. Auch die Arbeit im Bereich der Alkoholpolitik wird wegen der wachsenden Nachfrage aus den Mitgliedstaaten ausgeweitet. Im Bereich Ernährung und Bewegung wird das Regionalbüro weiter die Umsetzung des zweiten Aktionsplans Nahrung und Ernährung vorantreiben und seine Weiterverfolgung auf Länderebene gemäß den Empfehlungen der Ministerkonferenz zur Bekämpfung der Adipositas fördern. Vor dem Hintergrund des Klimawandels und des zugleich weit verbreiteten Phänomens der Mangelernährung, das sich nun durch den rasanten Anstieg der Lebensmittelpreise noch verschärft, werden künftig auch die problematischen Themenbereiche Ernährung und Lebensmittelsicherheit stärker ins Blickfeld rücken.

21. Gesundheitliche Ungleichheiten und die sozialen Determinanten von Gesundheit sowie die besonderen Bedürfnisse anfälliger Gruppen nehmen weiterhin einen hohen Stellenwert ein und werden künftig bei der Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten stärker im Vordergrund stehen.

22. Strukturierte Behandlungsprogramme für chronische Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs und Diabetes sowie psychische Erkrankungen und Verletzungen erfordern eine Neuausrichtung der Gesundheitssysteme und ein Überdenken der verschiedenen Pflege- und Fürsorgeeinrichtungen (Krankenhaus-, Haus-, Palliativversorgung). Dieser Bereich ist von elementarem Interesse für die Mitgliedstaaten und wird im Zeitraum 2010–2011 durch die Auswertung verschiedener Modelle und durch fachlichen und politischen Rat an die Mitgliedstaaten verstärkt Berücksichtigung finden. Im Bereich der Psychiatrie werden folgende Schwerpunkte gesetzt: Abkehr von der Versorgung in Anstalten durch Entwicklung von Alternativen; psychische Gesundheit und Beschäftigung, unter besonderer Berücksichtigung der Belange älterer Menschen; und Psychiatriepolitik und Ausbau der Angebote. Im Bereich Gewalt- und Unfallverletzungen wird für den kommenden Zweijahreszeitraum eine größere Nachfrage nach Kapazitätsaufbau auf Länderebene erwartet.

23. Der gesamte Arbeitsbereich Umwelt und Gesundheit wird im Zeitraum 2010–2011 rationalisiert und es werden enge Verbindungen zu verwandten Themengebieten aufgebaut, z. B. Katastrophen (SO 5), Beherrschung von Risikofaktoren (SO 6), Gesundheitsdeterminanten (SO 7), Lebensmittelsicherheit (SO 9) und Gesundheitssysteme (SO 10).

24. Die unter SO 8 aufgegriffenen umweltbedingten Risiken sind wichtige Gesundheitsdeterminanten und tragen erheblich zur Belastung der Europäischen Region durch nichtübertragbare Krankheiten (wie bei Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen durch Luftverschmutzung) wie auch durch übertragbare Krankheiten (wie bei mikrobiologisch kontaminiertem Essen und Wasser) bei. Neben den hohen Kosten für Konzepte zum Abbau schädlicher Belastungen empfinden die Entscheidungsträger in der Gesundheitspolitik und anderen Politikbereichen auch das hohe Maß an Ungewissheit als Hindernis für Grundsatzentscheidungen zu neu entstehenden Umweltproblemen, wie sie etwa im Zusammenhang mit dem Klimawandel oder der weitreichenden Einführung neuer Technologien auftreten können. Als angemessene Antwort auf diese Herausforderungen für die Mitgliedstaaten möchte das Regionalbüro im kommenden Zweijahreszeitraum ein qualitativ geeignetes System zur Beobachtung und Überwachung der Umwelt aufbauen und betreiben und die Länder weiter beim Aufbau ihrer Kapazitäten zur Bewertung und Beherrschung der Risiken unterstützen, Mechanismen entwickeln, wirksame länderspezifische Maßnahmen gegen Umweltrisiken und -probleme ergreifen und andere Politikbereiche einbeziehen, deren Entscheidungen und Handeln die wichtigsten Determinanten für Umweltbelastungen darstellen. Das Büro wird auch die erforderliche Unterstützung für die Mitgliedstaaten bereitstellen, damit diese die künftigen Verpflichtungen aus der Ende 2009 stattfindenden 5. Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit erfüllen können. Diese Arbeit ist ein wesentlicher Beitrag zur Verwirklichung des Millenniums-Entwicklungsziels 7, das die Sicherung einer nachhaltigen Umwelt und insbesondere die Verringerung des Anteils der Menschen, die keinen Zugang zu sicherem Wasser und einer gesicherten Abwasserentsorgung haben, vorsieht.

25. Die fachliche Unterstützung für die Mitgliedstaaten bei der Entwicklung und Umsetzung nationaler Konzepte, die das Thema Umwelt und Gesundheit aufgreifen, soll im nächsten Zweijahreszeitraum ausgebaut werden, womit der 2008–2009 begonnene Trend konsolidiert wird. Diese Arbeit auf Länderebene wird sich auf die Stärkung nationaler Kapazitäten für die Realisierung von Verfahren und Instrumenten zur Beobachtung und Bekämpfung umweltbedingter Gesundheitsrisiken sowie zur Unterstützung von Entscheidungsprozessen in diesem Bereich (u. a. Informationssysteme, Folgenabschätzung und Einrichtungen für den Wissens- und Erfahrungsaustausch) konzentrieren. Die Fähigkeit der Länder zur Bewältigung von neuen Umweltproblemen, wie sie sich etwa aus dem Klimawandel ergeben, wird durch eine stärkere Beteiligung des Regionalbüros an länderspezifischen Programmen und Maßnahmen erhöht. Die Partnerschaften mit zentralen Akteuren in der Region wie der Europäischen Kommission, der Europäischen Umweltagentur und der Wirtschaftskommission der Vereinten Nationen für Europa werden weiter ausgebaut.

26. Das Regionalbüro wird auch weiter auf den Abbau bzw. die Vermeidung von Belastungen durch umweltbedingte Risikofaktoren hinarbeiten, indem es alte und neue evidenzbasierte Konzepte und Inter-

ventionen einführt, anpasst oder verstärkt, z. B. mit den Umsetzungsmaßnahmen zur Erfüllung der WHO-Leitlinien für Luftgüte, Trinkwasser- und Badegewässerqualität oder der Entwicklung von Plänen für eine Erhöhung der Anpassungsfähigkeit der Gesundheitssysteme an den Klimawandel. Bei den Maßnahmen werden auch allgemeingültige Aspekte wie sozioökonomische und geschlechtsspezifische Ungerechtigkeiten berücksichtigt.

27. In der übergreifenden Arbeit, die die beiden Hauptbereiche „Nichtübertragbare Krankheiten und die Umwelt“ und „Gesundheitssysteme“ miteinander verbindet, wird das Regionalbüro im Zeitraum 2010–2011 die Mitgliedstaaten auf dem Gebiet der Leistungserbringung konzeptionell und fachlich insbesondere dabei unterstützen, die Kapazitäten ihrer Gesundheitssysteme so zu stärken, dass sie wirksame Informationssysteme zur Beobachtung der zentralen Indikatoren im Bereich Umwelt und Gesundheit entwickeln, sicheres Wasser und sichere Lebensmittel gewährleisten können und besser für extreme Wetterereignisse und Klimawandel gerüstet sind. Im Rahmen der Stärkung der Steuerungsfunktion der Gesundheitsministerien wird das Regionalbüro u. a. weiter die Fähigkeit nationaler Gesundheitssysteme zur aktiven Einbeziehung anderer Politikbereiche wie Umwelt, Verkehr, Energie und Landwirtschaft fördern, um das Bewusstsein für die Auswirkungen der Entscheidungen in diesen Bereichen auf die Gesundheit zu schärfen und die Politik in den betreffenden Ressorts in eine gesundheitsförderliche Richtung zu lenken.

28. Der Etat für den Bereich „Nichtübertragbare Krankheiten und die Umwelt“ (SO 3, 6, 8 und 9) im Zeitraum 2010–2011 wurde auf der Grundlage der Arbeit des Regionalbüros in vorangegangenen Zweijahreszeiträumen (einschließlich deren finanziellen Leistungsdaten) veranschlagt (siehe Anhang 2). Als Antwort auf die zunehmende Belastung der Europäischen Region durch nichtübertragbare Krankheiten ist das Haushaltsvolumen für diesen Bereich in den vergangenen Zweijahreszeiträumen, besonders für 2008–2009, auch in absoluten Zahlen erheblich angewachsen (siehe Anhänge 4 und 4a). Derzeit erweitert und festigt das Regionalbüro seine Umsetzungskapazitäten, um angemessen auf diesen steilen Anstieg reagieren und eine angemessene Ressourcenbasis in diesem traditionell nicht so „spendenfreudigen“ Bereich entwickeln zu können. Die Daten hierzu deuten klar darauf hin, dass diese Herausforderungen, insbesondere bei SO 3 und 6, überwunden werden müssen, bevor ein weiterer Anstieg für diesen Bereich des Programmhaushalts vorgeschlagen wird. Gleichzeitig wird aber ein Anstieg im Bereich von SO 8 vorgeschlagen, um die auf den Klimawandel bezogenen Aktivitäten des Regionalbüros neu ordnen und unterbringen zu können. Daher wird vorgeschlagen, den Programmhaushalt im Bereich „Nichtübertragbare Krankheiten und die Umwelt“ mit 47,8 Mio. US-\$ auf nahezu gleichem Niveau wie 2008–2009 zu veranschlagen und Anpassungen lediglich unter den entsprechenden Strategischen Zielen vorzunehmen. Es sollte auch darauf hingewiesen werden, dass – wie schon im Bereich „Übertragbare Krankheiten“ – auch die verstärkte Arbeit des Regionalbüros im Bereich „Gesundheitssysteme“, die auch die Thematisierung der sozialen Determinanten von Gesundheit beinhaltet, im Bereich „Nichtübertragbare Krankheiten und die Umwelt“ zur Problemlösung beiträgt: durch einen umfassenden systemweiten Ansatz und im Einklang mit der vom Regionalkomitee 2006 angenommenen Strategie zur Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten. Gleichzeitig sollte unbedingt sichergestellt werden, dass die Arbeit der WHO in diesem Bereich nicht in erster Linie auf länderübergreifende Aktivitäten abzielt, sondern schrittweise die Länder stärker direkt unterstützt und so eine größere Ausgewogenheit erreicht (u. a. durch verstärkte Länderpräsenz der WHO); dies gilt insbesondere für Mitgliedstaaten mit hohen Anforderungen, die diesen Bereich als vorrangig in der Kooperation mit dem Regionalbüro herausgestellt haben. Dies trifft insbesondere auf SO 8 zu, wo bisher nahezu die gesamte Arbeit länderübergreifend stattfand. Der Programmhaushaltsentwurf wurde im Bereich „Nichtübertragbare Krankheiten und die Umwelt“ entsprechend angepasst.

Gesundheitssysteme, einschließlich soziale Determinanten von Gesundheit (SO 4, 5, 7, 10 und 11)

SO 4: Verringerung von Morbidität und Mortalität und Verwirklichung gesundheitlicher Verbesserungen während der entscheidenden Lebensphasen, darunter Schwangerschaft, Entbindung, Neonatalperiode, Kindheit und Jugend, und Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Förderung eines aktiven und gesunden Alterns für alle Menschen

SO 5: Verringerung der gesundheitlichen Folgen von Notfall-, Katastrophen-, Krisen- und Konfliktsituationen und Minimierung ihrer sozialen und ökonomischen Auswirkungen

SO 7: Ansetzen an den zugrunde liegenden sozialen und ökonomischen Determinanten von Gesundheit durch Konzepte und Programme zur Förderung von gesundheitlicher Chancengleichheit und Einbeziehung von Umverteilungs-, Gleichstellungs- und Menschenrechtsaspekten

SO 10: Verbesserung von Gesundheitsdienstleistungen durch bessere Führung, Finanzierung, personelle Ausstattung und Verwaltung auf der Grundlage verlässlicher und zugänglicher Erkenntnisse und Forschungsergebnisse

SO 11: Verbesserung des Zugangs zu medizinischen Produkten und Technologien sowie ihrer Qualität und Anwendung

29. Im Elften Allgemeinen Arbeitsprogramm wird deutlich und ausführlich auf die zunehmende Anerkennung der zentralen Rolle der Gesundheitssysteme hingewiesen. Die Stärkung der Gesundheitssysteme ist eine Voraussetzung für das Erreichen der Millenniums-Entwicklungsziele. Die größere Gewichtung des Aspektes der Stärkung der Gesundheitssysteme im MSTP steht daher im Einklang mit globalen Initiativen und mit den Prioritäten der Europäischen Region, wie sich in den Reaktionen der Mitgliedstaaten und besonders deutlich auf der Ministerkonferenz zum Thema Gesundheitssysteme im Juni 2008 in Tallinn gezeigt hat. Auf der Konferenz vereinbarten die Mitgliedstaaten eine neue Charta über Gesundheitssysteme, die dem Regionalkomitee im September zur Annahme vorgelegt wird. Die Charta verpflichtet die WHO zur direkten Unterstützung der Mitgliedstaaten der Europäischen Region bei der Gestaltung ihrer Gesundheitssysteme und zur Koordinierung der länderübergreifenden Arbeit in Fragen der Umsetzung, wie der Entwicklung und Anwendung von Maßeinheiten und Verfahren für die Leistungsmessung.

30. Beim Regionalbüro für Europa zählen zu diesem Hauptbereich außer den ausdrücklich mit den Aufgaben der Gesundheitssysteme verknüpften Strategischen Zielen 10 und 11 auch SO 4, das sich nicht mit bestimmten Krankheiten, sondern mit den verschiedenen Lebensphasen der Bevölkerung befasst, und SO 5, das die Bereitschaft der Gesundheitssysteme für Katastrophenfälle betrifft, sowie SO 7, in dem Fragen der Steuerung wie die Bewältigung der sozialen Determinanten von Gesundheit durch sektorübergreifende Zusammenarbeit thematisiert werden. Wie schon angedeutet, wird das Regionalbüro aber seine weit gefassten Gesundheitssystemansätze nicht nur in diese Ziele, sondern auch in die Ausgestaltung von SO 1 bis 9 einfließen lassen, denn das Gesundheitssystem ist das Rückgrat für alle Arbeiten an Gesundheitsprogrammen.

31. Die Arbeit des Regionalbüros zur Verbesserung der reproduktiven Gesundheit und der Gesundheit von Müttern, Kindern und Jugendlichen bleibt auch weiterhin wichtig. Im Zeitraum 2010–2011 soll ein besonderes Gewicht darauf gelegt werden, diejenigen Mitgliedstaaten, die Gefahr laufen, die Vorgaben der Millenniums-Entwicklungsziele 4 und 5 in Bezug auf die Mortalität von Mutter und Kind zu verfehlen, bei der Umsetzung globaler, regionaler und nationaler Strategien und Programme auf diesem Gebiet zu unterstützen; dabei ist die Schaffung effektiver Gesundheitssysteme eine Grundvoraussetzung für das Erreichen der vereinbarten Ziele und Vorgaben. Ein besonderes Gewicht wird auch auf die Entwicklung umfassender Konzepte und Strategien in Bezug auf die Gesundheit von Müttern, Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen sowie auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit und auf ein Altern in Gesundheit gelegt. Diese Arbeit wird eng verknüpft mit anderen Bemühungen zur Stärkung der Gesundheitssysteme, insbesondere den neuerlichen Anstrengungen zur Stärkung der primären Gesundheitsversorgung und zur Verbesserung von Qualität und Zugänglichkeit der Versorgung auf allen Ebenen. Das Regionalbüro wird auch auf den Aufbau nationaler Forschungskapazitäten hinarbeiten und Erkenntnisse aus nationalen und internationalen Untersuchungen dazu nutzen, diese Aspekte der Gesundheit zu verbessern.

32. Mit SO 5 sollen die gesundheitlichen Folgen von Notfall-, Katastrophen-, Krisen- und Konfliktsituationen verringert und ihre sozialen und ökonomischen Auswirkungen minimiert werden. Die Arbeit in diesem Bereich beinhaltet fachliche Bemühungen zur Erhöhung der Gesundheitssicherheit und eine enge Zusammenarbeit mit Sachverständigen über mehrere Strategische Ziele hinweg, wobei die Stärkung der nationalen Kapazitäten der Mitgliedstaaten zur Prävention, Begrenzung und Bewältigung der gesundheitlichen Folgen von Krisen im Vordergrund steht.

33. Die Umsetzung von SO 5 lässt sich in Kernmaßnahmen einerseits und Maßnahmen für Krisenbewältigung, Wiederaufbau und Übergang andererseits unterteilen. Die zentralen Maßnahmen betreffen die

Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Vorbereitung ihrer Gesundheitssysteme auf Krisen, eine fachliche Unterstützung und Empfehlungen hinsichtlich Maßnahmen zur Begrenzung der Katastrophenfolgen und Minderung der Schäden sowie eine fachliche Beratung und den Aufbau von Kapazitäten zur Analyse der durch Katastrophen bedingten Schäden in den Gesundheitssystemen. Zu den zentralen Maßnahmen zählen auch Schulungen des Regionalbüros, Übungen auf der Grundlage von Erkenntnissen und ein länderübergreifender Wissensaustausch über Vorsorge- und Gegenmaßnahmen der Gesundheitssysteme.

34. Im Falle einer schweren gesundheitlichen oder humanitären Krise in der Europäischen Region würden die Gegenmaßnahmen des Regionalbüros mit Unterstützung des WHO-Hauptbüros durch die Länderbüros der WHO umgesetzt. Alle humanitären Maßnahmen werden eng mit anderen Organisationen der Vereinten Nationen und mit nichtstaatlichen Partnerorganisationen abgestimmt, wie es der vorgesehenen Rolle der WHO als federführender Organisation im Gesundheitsbereich im weiteren Kontext der Reform der Vereinten Nationen auf humanitärem Gebiet entspricht. Im Bedarfsfall wird das Büro die nationalen Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten unterstützen und sich dabei auf die zentralen Aufgaben der WHO in Notsituationen konzentrieren:

- Feststellung von Erkrankungen und Abschätzung der gesundheitlichen Bedürfnisse der von Krisen betroffenen Bevölkerung
- Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Koordinierung gesundheitlicher Maßnahmen
- Schließung entscheidender Lücken
- Aufbau von Kapazitäten in den Gesundheitssystemen vor Ort für Vorsorge- und Gegenmaßnahmen.

35. Im Falle einer Krise in der Europäischen Region werden erforderliche Sondermittel für akute Gesundheitsmaßnahmen durch gemeinsame Spendenaufrufe der Vereinten Nationen aufgebracht. Dies gilt auch für Wiederaufbau- und für Übergangsmaßnahmen. Die vorgeschlagenen strukturellen Änderungen im Programmhaushalt 2010–2011 der WHO spiegeln diese Unterteilung wider und haben Auswirkungen auf die Darstellung der Mittel unter SO 5. Die vorgeschlagene Kürzung der Haushaltsmittel für SO 5 ergibt sich aus der Tatsache, dass es nach den jüngst gebilligten Standardverfahren der WHO für Katastrophenfälle und den damit einhergehenden Regelungen im Haushalt keine Obergrenze für Sondermittel für Krisenbewältigungs-, Wiederaufbau- und Übergangsmaßnahmen gibt. Diese „zusätzlichen“ Aktivitäten tauchen jedoch im Etat nicht auf. Ein weiterer Grund für den Rückgang ist das Auslaufen des Programms Nordkaukasus, das im kommenden Zweijahreszeitraum wesentlich zurückgefahren wird.

36. Die übergeordnete Zielsetzung von SO 7 besteht darin, die Länder in Bezug auf die Steuerungsfunktion, die Umsetzung von Konzepten und die Stärkung institutioneller Kapazitäten zur Bewältigung der sozialen Determinanten von Gesundheit und der mangelnden Chancengleichheit im Gesundheitsbereich zu unterstützen. In der gesamten Europäischen Region muss angesichts zunehmend mangelnder Chancengleichheit im Gesundheitsbereich innerhalb von wie auch unter den Ländern in systematischer und wirksamer Weise gegengesteuert werden. Das Gesamtvolumen der Finanzmittel für dieses Strategische Ziel ist im Vergleich mit anderen Zielen klein, obwohl die hier geleistete Arbeit bereichsübergreifender Natur ist und die im Rahmen anderer Strategischer Ziele (insbesondere SO 10, aber auch 3, 4, 6 und 9) bereitgestellte fachliche Hilfe ergänzt.

37. Das Ansetzen an den sozialen Determinanten von Gesundheit und die Verwirklichung von SO 7 erfordern ein leistungsstarkes Gesundheitssystem. Das Regionalbüro legte daher im Zweijahreszeitraum 2008–2009 einen besonderen Schwerpunkt auf die eigene Vorreiterrolle im Bereich der sektorübergreifenden Maßnahmen durch eine Stärkung von Steuerung und Führung der Gesundheitssysteme. Die Ergebnisse der Europäischen Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme im Jahr 2008 und die im (für August 2008 erwarteten) Bericht der Weltkommission für soziale Determinanten von Gesundheit der WHO enthaltenen Feststellungen werden ebenfalls die Arbeit im kommenden Zweijahreszeitraum beeinflussen. Aufgrund der steigenden Nachfrage nach fachlichem Beistand wird die Arbeit des Regionalbüros im Zeitraum 2010–2011 hier ausgedehnt und stärker auf die direkte Unterstützung der Länder ausgerichtet, indem die Entscheidungsfindungsinstrumente angepasst und die Kapazitäten zur

Steuerung gesellschaftlich bedingter gesundheitlicher Chancenungleichheiten durch die Gesundheitssysteme und zur Thematisierung von Gesundheit in allen Politikbereichen erweitert werden. Die Unterstützung für Länder mit hohem, mittlerem und niedrigem Einkommen fällt dabei sehr unterschiedlich aus; nachgefragt wird sie jedoch grundsätzlich von Ländern aller Kategorien. Daher ist ein gemeinsames Handeln mit den Fachteams im Rahmen der anderen Strategischen Ziele erforderlich.

38. In Bezug auf die SO 10 und 11 werden sich die Maßnahmen des Regionalbüros weiter in erster Linie auf eine direkte Unterstützung der Länder konzentrieren, die aufgrund der Umsetzung der Charta von Tallinn durch die Länder an Umfang zunehmen dürfte. Die Strategischen Ziele 10 und 11 sind sehr weit gefasst und beinhalten Aspekte sämtlicher vier zentralen Funktionen eines Gesundheitssystems: Leistungserbringung (jetzt ausdrücklich auch einschließlich der Arbeit im Bereich Patientensicherheit), Steuerung, Erschließung von Ressourcen/Gesundheitspersonal/Arzneimittel und medizinische Technologien sowie Finanzierung. In ihrer Gesamtheit sollen diese Strategischen Ziele die Organisation, Verwaltung, Qualität und Erbringung der Gesundheitsleistungen verbessern und den Zugang zu ihnen erleichtern, ohne dass ein unhaltbarer Zielkonflikt zwischen dem physischen/psychischen Wohlbefinden und der finanziellen Lage der Menschen entsteht.

39. Im Bereich der Leistungserbringung wird das Regionalbüro die Mitgliedstaaten darin unterstützen, länderspezifische Strategien und Konzepte zu entwickeln, Leistungsmessungssysteme einzurichten, den Erfahrungsaustausch innerhalb der Region zu fördern und Kapazitäten für mehr Zugänglichkeit, bessere Qualität und weniger Benachteiligung aufzubauen. Besonderer Wert wird auf die enge Verzahnung der Angebote sowie auf eine bessere Abstimmung zwischen Gesundheitsangeboten an die Bevölkerung und Leistungen für Einzelpersonen gelegt.

40. Für eine bessere Steuerung der Gesundheitssysteme wird das Regionalbüro mit den Mitgliedstaaten in folgenden Bereichen zusammenarbeiten: Entwicklung wirksamer Konzepte für die Gesundheitssysteme unter Berücksichtigung der aktuellen Probleme sowie der erwarteten Veränderungen; Aufbau von Kapazitäten zur Leistungsbewertung in Gesundheitssystemen; Einführung wirksamerer Regulierungsverfahren; Verbesserung der Wirksamkeit der sektorübergreifenden Zusammenarbeit auf verschiedenen Verwaltungsebenen. Im Bereich Steuerung wird die Analyse von Gleichstellungsaspekten in die Leistungsbewertung einbezogen und dafür gesorgt, dass derartige Belange bei der Durchführung aller Strategien und Programme berücksichtigt werden.

41. Das Regionalbüro strebt auch eine verbesserte Erschließung von Ressourcen an und unterstützt die Mitgliedstaaten darin, ein Angebot an kompetenten, flexiblen und leistungsfähigen Gesundheitsfachkräften zu sichern, um bessere gesundheitliche Ergebnisse zu erreichen. Das Regionalbüro wird die Mitgliedstaaten in ihren Anstrengungen unterstützen, eine geeignete Zusammensetzung des Arbeitskräfteangebots im Gesundheitswesen gemäß den gegenwärtigen und künftigen Bedürfnissen der Bevölkerung zu sichern und die Personalpolitik zu verbessern. Außerdem wird es die Umsetzung, Überwachung und Evaluation neuer Personalförderungsprogramme auf Länderebene unterstützen, um die Abwanderung von Arbeitskräften zu verhindern und stattdessen deren Motivation und Leistungsfähigkeit zu verbessern. Ein besonderer Schwerpunkt wird die Migration von Gesundheitsfachkräften innerhalb der Europäischen Region sein.

42. Das Regionalbüro wird auch horizontale Aspekte der Regulierung und Qualität von medizinischen Produkten und Technologien (einschließlich Impfstoffe) thematisieren. Dazu wird die Stärkung institutioneller Kapazitäten für die Handhabung des Angebots sowie die Regulierung und Verwendung von Arzneimitteln und medizinischen Produkten unterstützt, um einen chancengleichen Zugang zu sicheren und wirkungsfähigen Produkten sowie deren angemessene Nutzung zu gewährleisten. Das bedeutet auch die Optimierung der Impfsicherheit, die Verwendung von Impfstoffen von gesicherter Qualität und die ordnungsgemäße Nutzung klinischer Technologien (Transfusions- und Transplantationsleistungen). Während die Länder im wirtschaftlichen Umbruch in erster Linie auf einen besseren Zugang zu unentbehrlichen Arzneimitteln, den Abbau von Eigenleistungen und eine bessere Regulierung und Qualität der medizinischen Produkte auf ihren Märkten setzen, konzentrieren sich die wohlhabenderen Länder auf Ausgabeneffizienz bei Pharmazeutika, die Art der Nutzung der medizinischen Produkte und die Förderung von For-

schung und Entwicklung im Bereich von vernachlässigten Krankheiten. Das Regionalbüro wird die Mitgliedstaaten in ihrer Politikgestaltung auch dadurch unterstützen, dass es rechtzeitig geeignete Informationen und konkrete fachliche Hilfe in diesen Bereichen anbietet. Seine Arbeit zur Stärkung dieses Aspekts der Gesundheitssysteme der Länder soll eng mit den auf Krankheiten ausgerichteten Programmen (hier besonders HIV/Aids, Tuberkulose, IMCI-Strategie und nichtübertragbare Krankheiten) abgestimmt werden.

43. Das Regionalbüro legt auch weiterhin großen Wert auf den Bereich Gesundheitsfinanzierung, der 2008–2009 aufgrund der Nachfrage aus den Mitgliedstaaten besondere Aufmerksamkeit erhielt. Die Arbeit zielt in erster Linie darauf ab, fachliche Führungskompetenz, Unterstützung und Kapazitätsausbau im Bereich der Gesundheitsfinanzierung zu fördern, aber auch darauf, eine bessere Informationsgrundlage in Bezug auf das globale Gemeingut der nationalen Gesundheitsausgaben zu schaffen, um zu evidenzbasierten politischen Entscheidungen zu gelangen. In Mitgliedstaaten, in denen Geber- und Partnerorganisationen aktiv sind, wird das Regionalbüro weiterhin einerseits die politischen Entscheidungsträger bei der Bewertung der von ihnen erhaltenen Empfehlungen unterstützen, andererseits aber auch eng mit den Partnern zusammenarbeiten, um ein sinnvolles Gesamtkonzept zu erhalten.

44. Seit dem Zweijahreszeitraum 2004–2005 hat das Regionalbüro den finanziellen Rahmen des traditionell unterfinanzierten Bereichs Gesundheitssysteme beträchtlich ausgeweitet und die Zuwendungen für die Sektion „WHO-Programme“ für 2008–2009 auf jetzt 87,7 Mio. US-\$ mehr als verdoppelt (siehe Anhang 1); bei Berücksichtigung des revidierten Gesamthaushalts (Anhang 4) ergibt sich sogar ein Betrag von 95,4 Mio. US-\$. Aus den genannten Gründen wird vorgeschlagen, die Priorität für die Gesundheitssysteme beizubehalten und die Arbeit des Regionalbüros in diesem Bereich mit geplanten Ausgaben in Höhe von 81,5 Mio. US-\$ im Zweijahreszeitraum 2010–2011 zu konsolidieren. Die Beibehaltung der Priorität ermöglicht die erforderliche Kontinuität der Arbeit in den Bereichen Führung und Steuerung von Gesundheitssystemen, Finanzierung von Gesundheitssystemen, Erbringung individueller und bevölkerungsbezogener Gesundheitsleistungen, Gesundheitspersonal sowie Arzneimittel und medizinische Technologien und damit die konzeptionelle Unterstützung von Maßnahmen zur Leistungsverbesserung in den Gesundheitssystemen; dies erfordert Anstrengungen in den Bereichen gesundheitlicher Zugewinn und gesundheitliche Chancengleichheit, finanzielle Absicherung und ausgewogene Verteilung der finanziellen Lasten, sowie Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit des Systems insgesamt; sie sind in der Regel mit entsprechenden Zwischenzielen wie einer Verbesserung des Zugangs zu hochwertiger und sicherer Versorgung, einer gerechten Verteilung der Gesundheitsausgaben oder einer verstärkten Sensibilisierung der Bevölkerung in Bezug auf Gesundheitsförderung verbunden.

45. Hinsichtlich der Strategischen Ziele, die die Gesundheitssysteme betreffen, wird eine Reihe von Entwicklungen vorgeschlagen. Auch wenn das Ziel der Verbesserung der reproduktiven Gesundheit bzw. der Gesundheit von Müttern, Kindern und Jugendlichen nach wie vor denselben Stellenwert einnimmt, ist im Haushalt für das SO 4 eine gewisse Kürzung vorgesehen, was hauptsächlich auf die schon erläuterten Änderungen im Ansatz und auf die in den vergangenen Jahren erworbene Fähigkeit des Regionalbüros zur Mobilisierung und Anwendung von Mitteln zurückzuführen ist. Unter SO 5 bezieht sich der vorgeschlagene Programmhaushalt lediglich auf die Sektion „WHO-Programme“ und erfasst nur die Aktivitäten in den Bereichen Bereitschaftsplanung, Gegenmaßnahmen und Wiederaufbau. Wenn man die Sektion „Gegenmaßnahmen bei Krankheitsausbrüchen und Krisen“ (OCR) hinzuzählt, wird das Niveau der Bemühungen des Regionalbüros voraussichtlich in etwa auf dem Niveau des aktuellen Zweijahreszeitraums liegen. Nach den überarbeiteten Standardverfahren für Katastrophenfälle gibt es, wie schon erwähnt, keine Haushaltsobergrenze für Sondermittel für Krisenbewältigungs-, Wiederaufbau- und Übergangsmaßnahmen. Daher müssen zur Absicherung des Haushalts zusätzlich erforderliche Mittel bei Akutbedarf für Gesundheitsmaßnahmen durch gemeinsame Spendenaufrufe aufgebracht werden. Bei SO 7 und 11 ist eine Erhöhung vorgesehen, weil der Mittelbedarf und die Probleme in diesen Bereichen angewachsen sind und diese Ziele nur einen relativ kleinen Anteil am gesamten Programmhaushalt ausmachen.

Organisationsführung und Vorreiterrolle, einschließlich Länderpräsenz (SO 12 und 13)

SO 12: Wahrnehmung der Führungsrolle, Stärkung der Governance-Funktion und Förderung von Partnerschaft und Kooperation mit den Ländern, um dem Mandat der WHO für die Umsetzung der globalen gesundheitspolitischen Agenda aus dem Elften Allgemeinen Arbeitsprogramm gerecht zu werden

SO 13: Weiterentwicklung und Erhaltung der WHO als flexible, lernende Organisation, die ihr Mandat effizienter und wirksamer erfüllen kann

46. Neben dem Voranbringen der globalen gesundheitspolitischen Agenda unter Führung der WHO liegt der Sinn und Zweck der Strategischen Ziele 12 und 13 darin, die im Rahmen der anderen Ziele geleistete Arbeit zu unterstützen, zu untermauern bzw. überhaupt erst zu ermöglichen.

47. SO 12 richtet sich an die Außenwelt und betrifft Fragen der Führungskompetenz, der Organisationsführung, der Länderpräsenz der WHO und Unterstützung der Länder und umfasst eine Zusammenarbeit mit Partnern und wirksame Bündnisse mit Schwesterorganisationen. Bei der Steuerung, Ausrichtung und Abstimmung seiner Arbeit wird das Regionalbüro im kommenden Zweijahreszeitraum weiter seine strategischen Analysen, den Aufbau von Partnerschaften, seine Außenbeziehungen und seine Öffentlichkeitsarbeit stärken und die Erfolge seiner Länderstrategie konsolidieren. Dazu gehören eine wirksame Präsenz der WHO in den Ländern, enge Beziehungen mit den Gesundheitsministerien, die Zusammenarbeit mit Partnern und das Angebot konkreter und maßgeschneiderter Angebote an die Mitgliedstaaten, die sowohl bedarfsgerecht als auch qualitativ hochwertig sind. Trotz der in den vergangenen Zweijahreszeiträumen erzielten substanziellen Fortschritte (siehe Anhang 3) sind verschiedene Aspekte der Länderpräsenz des Regionalbüros, etwa Personalstärke und Infrastruktur, noch verbesserungsbedürftig, denn das Regionalbüro verfügte in der Vergangenheit nicht über genügend Mittel, um seine Länderbüros fachlich so komplett auszustatten, wie dies teilweise in anderen WHO-Regionen der Fall war. Im Einklang mit seinem Auftrag allen 53 Mitgliedstaaten gegenüber sucht das Regionalbüro weiter nach geeigneten Modalitäten für die Zusammenarbeit mit Mitgliedstaaten, in denen die WHO kein Länderbüro unterhält; dies könnte etwa in Form zweijähriger Kooperationsvereinbarungen oder anderer Vereinbarungen geschehen.

48. Der Ausbau der strategischen, operativen und bereichsspezifischen Zusammenarbeit mit anderen Partnern vor Ort wird fortgesetzt und bleibt eine der wichtigsten strategischen Stoßrichtungen in der Arbeit des Regionalbüros. Wo es angemessen erscheint, wird das Regionalbüro die nationalen Behörden in der Abstimmung der Interventionen der verschiedenen beteiligten Organisationen im Gesundheitswesen des Landes unterstützen. Es wird außerdem seine Konzepte, Strategien und Maßnahmen zum Aufbau von Partnerschaften weiterentwickeln. In Zukunft wird noch mehr Wert auf eine ergebnisorientierte Zusammenarbeit auf Länderebene gelegt und diese wird mit der Stärkung einer auf Werten basierenden Führung der Gesundheitssysteme und der Erhöhung der Wirtschaftlichkeit der Gesundheitssysteme mit dem Ziel besserer gesundheitlicher Ergebnisse verknüpft. Auch die Beziehungen zur Europäischen Union sind für die Europäische Region der WHO weiter von besonderer strategischer Bedeutung.

49. Zu diesem Ziel gehören auch die Orientierung und Führung des Regionalbüros. Das Regionalbüro führt seine Arbeit unter der Anleitung seiner Leitungsgremien durch. Durch regelmäßige und transparente Berichte gewährleistet das Regionalbüro die Rechenschaftsablage bei der Verwirklichung der vereinbarten erwarteten Ergebnisse. Das Regionalbüro wird die Mitgliedstaaten auch weiterhin durch effiziente Kommunikation sowie die Vorbereitung und Durchführung von Tagungen der Leitungsgremien (Tagungen des Regionalkomitees und des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees) bei der Ausübung einer wirksamen Regierungsarbeit unterstützen.

50. SO 13 ist eher nach innen gerichtet. Sein Zweck besteht in der kontinuierlichen Verbesserung einer flexiblen, effizienten und kostenwirksamen Unterstützung der fachlichen und konzeptionellen Arbeit der WHO auf Ebene der Regionen und der Mitgliedstaaten – und damit darin, zu flexiblen und bedarfsge rechten Ergebnissen beizutragen. Es erfasst alle Bereiche der Verwaltung, auch finanzielle Aspekte, Personalverwaltung und strategische und operative Planung, Messung und Evaluation.

51. Die Bemühungen zur Verbesserung der Personalführung und zur Schaffung eines anregenden und stützenden Arbeitsumfeldes bei gleichzeitig hoher Leistung und fachlicher Exzellenz des Personals werden fortgesetzt. Das übergeordnete Ziel ist die Erfüllung der Bedürfnisse und Erwartungen der Mitgliedstaaten durch Mitarbeiter auf allen Ebenen, die über die erforderliche Fach- wie auch Führungskompetenz verfügen.

52. Großer Wert wird darauf gelegt, dass der ergebnisorientierte Managementrahmen den Bedürfnissen der Länder durch klare Formulierung der erwarteten Ergebnisse wie auch der zu ihrer Erreichung erforderlichen Strategien tatsächlich besser gerecht wird. Die Verbesserung der Programmplanung im Zeitraum 2008–2009 durch die Schaffung horizontal angelegter fachübergreifender Teams war eine natürliche Konsequenz des themenübergreifenden Charakters der 13 Strategischen Ziele. Weitere Verbesserungen sind zur Sicherung der Synergieeffekte in Planung und Umsetzung noch erforderlich, u. a. durch wirksame Zusammenarbeit und Abstimmung der Arbeit mit dem Netzwerk der Kooperationszentren der WHO. Die strategischen und analytischen Kapazitäten des Regionalbüros müssen insbesondere vor dem Hintergrund der Umsetzung des Globalen Management-Systems im Zweijahreszeitraum 2008–2009 noch weiterentwickelt werden. Die gegenwärtigen Bemühungen um eine Leistungssteigerung im Regionalbüro durch eine strategischere und verantwortungsbezogener Erbringung der Ergebnisse werden im Zeitraum 2010–2011 durch eine stärkere Beobachtung der fachlichen Qualität sowie der messbaren zentralen Leistungsindikatoren für die Organisation, durch kollegiale Prüfberichte und durch kritische Evaluierung der Arbeit wie auch der Ergebnisse fortgesetzt. Dadurch wird das Büro besser in die Lage versetzt, auf sich wandelnde und neu auftretende Bedürfnisse zu reagieren und Leistungsschwächen zu korrigieren.

53. Entscheidungen über den Gebrauch finanzieller Ressourcen und ihren Einsatz für die wirksame und wirtschaftliche Umsetzung der strategischen und operativen Prioritäten des Regionalbüros werden auch künftig eine bedeutende Rolle in den Entscheidungen der Leitungsebene spielen. Die Einführung des Globalen Management-Systems im Jahr 2009 dürfte die finanzielle Kontrolle und die Entscheidungsprozesse erheblich erleichtern und zu einer Straffung und allgemeinen Verbesserung aller Verwaltungsverfahren führen. Für den Zweijahreszeitraum 2010–2011 wird eine Konsolidierungsphase erwartet, in der das Personal sich schrittweise mit der Bedienung des neuen Systems vertraut macht. In der Verwaltung sind einige Einsparungen zu erwarten, und es wird vorgeschlagen, einen Teil der Ersparnis für die Stärkung der Analysekapazitäten und für die Bereitstellung anderer Mehrwertdienste für die Fachreferate zu verwenden.

54. Die Kosten für die Räumlichkeiten des Regionalbüros und deren Betrieb an allen Standorten fallen ebenfalls unter diese Strategischen Ziele.

55. Die Höhe des Etats für diesen Hauptbereich (SO 12 und 13) im Zeitraum 2010–2011 wurde aufgrund einer gründlichen Analyse der Arbeit des Regionalbüros in den vergangenen Zweijahreszeiträumen, die auch die finanziellen Leistungsdaten einschloss, festgelegt. Ungeachtet substanzieller Einsparungen durch erhöhte Effizienz und im Unterschied zu einigen anderen Zielen haben Mittelbedarf und Mittelzuweisung im Bereich „Organisationsführung und Vorreiterrolle“ zusammen mit der wachsenden Forderung nach Rechenschaftspflicht dazu geführt, dass die veranschlagten Kosten in mehreren Zweijahreszeiträumen überschritten wurden (Anhang 2). Dies war die Folge mehrerer Entwicklungen, u. a. der Stärkung der Länderpräsenz der WHO, des Anstiegs der fixen Kosten und der nicht immer vorhersehbaren Betriebskosten für die Büros der WHO an allen Standorten sowie der erhöhten Investitionen in die Stärkung von Transparenz und Rechenschaftspflicht beim Regionalbüro, aber auch der Intensivierung der Zusammenarbeit mit den Leitungsgremien.

56. Einer der Gründe für die relativ hohen Zuwächse in diesen Bereichen erklärt sich aus der Natur der Arbeit für diese SO, die im Vergleich mit SO 1 bis 11 einen viel höheren Anteil der Personalkosten am gesamten Haushalt aufweist, als dies bei fachlichen Maßnahmen in den Ländern oder bei der länderübergreifenden Zusammenarbeit der Fall wäre. Weitere Erklärungen für den Anstieg der Kosten im Rahmen dieser Strategischen Ziele werden nachstehend gegeben. Die entsprechenden Daten zeigen deutlich, dass die durch unzureichende Schätzungen entstandenen Probleme im Zweijahreszeitraum 2010–2011 und danach überwunden werden müssen. Daher wird vorgeschlagen, im Programmhaushalt den Anstieg für

diesen wichtigen Bereich in Einklang mit den Trends der Vergangenheit zu bringen. Damit würde sich der Anteil von SO 12 und 13 am Haushalt um 6% auf 28,6% des geplanten Gesamthaushalts des Regionalbüros für 2010–2011 erhöhen; diese Zahl läge jedoch immer noch unter der Richtmarke, die für eine effektive Führung vergleichbarer Organisationen angelegt wird.

Allgemeine Erwägungen zum Programmhaushaltsentwurf 2010–2011

Überblick über den Haushalt der Region

57. Wie bereits erwähnt, wird der Programmhaushaltsentwurf jetzt in drei Sektionen unterteilt vorgelegt. Der finanzielle Überblick in Tabelle 2 des globalen Dokuments enthält nicht die Sektion „Gegenmaßnahmen bei Krankheitsausbrüchen und Krisen“; deren Etat wird zeitnäher zur Programmdurchführung festgelegt. Anhang 1 dieses Dokuments enthält einen Überblick über den Haushalt der Region, dargestellt in drei Sektionen, vom Zeitraum 2004–2005 bis zum Programmhaushaltsentwurf 2010–2011, und gibt Aufschluss über die jeweilige prozentuale Veränderung in den Etats der WHO-Programme zwischen den Zweijahreszeiträumen. Die unter „Partnerschaften“ angegebene Zahl für den Zweijahreszeitraum 2010–2011 (10,1 Mio. US-\$ oder 3,6% des gesamten Haushalts der Region) ist nur eine erste Schätzung und kann sich noch ändern. Der Anteil des Regionalbüros an der Sektion „WHO-Programme“ ist mit 268 Mio. US-\$ angesetzt. Allerdings schließt dies auch den Etat für das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik mit ein, das zwar im Rahmen einer Partnerschaft besteht, jedoch beim Regionalbüro angesiedelt ist. Es ist nicht in der beim Hauptbüro geführten Liste über Partnerschaften aufgeführt, die außerhalb der WHO-Programme angesiedelt sind; allerdings wird eine Aufnahme auf diese Liste derzeit geprüft.

58. Die folgende Tabelle 1 basiert auf Tabelle 3 aus dem globalen Dokument und ermöglicht darüber hinaus Vergleiche mittels des im letzten Zweijahreszeitraum eingeführten Validierungsmechanismus für die Mittelzuweisung.¹ Es sollte daran erinnert werden, dass dieser 2006 eingeführte Mechanismus die Maßnahmen der WHO in Katastrophensituationen und im Rahmen der Initiative zur Eradikation der Poliomyelitis nicht einschloss. Wie im globalen Dokument für 2010–2011 erläutert wird, gibt es neben der Initiative zur Eradikation der Poliomyelitis weitere Partnerschaften, die auf globaler Ebene ausgeschlossen werden; im Zeitraum 2010–2011 wird der Anteil des Regionalbüros an der Sektion „WHO-Programme“ 6,9% betragen. Zwar liegt dies innerhalb der nach dem Validierungsmechanismus für das Regionalbüro zulässigen Bandbreite (6,2% – 7,5%), doch ist dieser Mechanismus aus den bereits genannten Gründen nicht direkt auf die neue Struktur des Programmhaushaltsentwurfs 2010–2011 anwendbar. Gemessen am gesamten Programmhaushalt beträgt der Anteil des Regionalbüros für Europa am Programmhaushaltsentwurf im Zweijahreszeitraum 2010–2011 5,6%.

¹ Siehe Dokumente EBSS-EB118/2006/REC/1 und EB118/7. Der Validierungsmechanismus ermöglicht eine objektive und transparente Annäherung an die relative Mittelverteilung (eine Bandbreite), die für das Hauptbüro wie auch für die Regionen und für alle Arten von Mitteln gilt und zur Bewertung und Analyse der Resultate der ergebnisorientierten Budgetierungs- und Planungsverfahren des MTSP und der mit ihm verknüpften Programmhaushalte herangezogen wird. Er beruht auf den Grundsätzen der Chancengleichheit bei der Unterstützung der bedürftigsten Länder und ermöglicht eine Validierung des ergebnisorientierten Mittelbedarfs. Damit ist er zwar eine wichtige und transparente Bezugsgröße, die jedoch keinen Einfluss auf die tatsächliche Mittelzuweisung hat. Das Verfahren besteht aus drei Elementen: eine feste Komponente für die normativen und von der Satzung vorgeschriebenen Aufgaben der Organisation auf ihren verschiedenen Ebenen; eine Einsatz-Komponente für regionale Aufgaben mit je nach Anzahl der versorgten Länder schwankenden Kosten; und eine bedarfsabhängige Komponente , in der die relativen gesundheitlichen und sozioökonomischen Bedingungen zusammen mit einem Bevölkerungsfaktor berücksichtigt werden.

Tabelle 1: Programmhaushaltsentwurf 2010–2011 nach Büro und Haushaltssektion mit Vergleich der Durchschnitts-, Mindest- und Höchstwerte nach dem Validierungsmechanismus für die Mittelzuweisung

Büro	Programmhaushaltsentwurf 2010–2011								Validierungsmechanismus		
	Genehmigter PH 2009–2009 [in Mio. US-\$]		Programmbudget insgesamt		WHO Programme		Partnerschaften und Kooperationen		Mittel	Minimum	Maximum
Hauptbüro	1175,9	27,8%	1530	31,0%	1108	28,5%	422	40,2%	28,0	25,2	30,8
Afrika	1193,9	28,2%	1451	29,4%	1026	26,4%	425	40,5%	28,0	25,2	30,8
Gesamtamerika	278,5	6,6%	277	5,6%	272	7,0%	5	0,5%	7,0	6,3	7,7
Südostasien	491,5	11,6%	568	11,5%	459	11,8%	109	10,4%	12,1	10,9	13,3
Europa	274,8	6,5%	278,1	5,6%	268	6,9%	10,1	1,0%	6,9	6,2	7,5
Östlicher Mittelmeerraum	465	11,0%	485,4	9,8%	433	11,1%	52,4	5,0%	10,2	9,1	11,2
Westpazifik	347,9	8,2%	348,4	7,1%	322	8,3%	26,4	2,5%	7,9	7,1	8,7
	4227,5	100,0%	4937,9	100,0%	3888	100,0%	1049,9	100,0%	100	90	110

Ein schwächelnder US-Dollar

59. Tabelle 4 im globalen Dokument zeigt die geschätzten Auswirkungen des veränderten Wechselkurses auf den Programmhaushaltsentwurf 2010–2011 insgesamt. Die Entscheidung zur separaten Berechnung der potenziellen Folgen des US-Dollarkurses wird vom Ständigen Ausschuss des Regionalkomitees (SCRC) begrüßt, da bei einem solchen Ansatz die Folgen des Wachstums der Organisation von denen des Wechselkurses getrennt werden.

Welche Auswirkungen haben die Wechselkurse auf die Europäische Region?

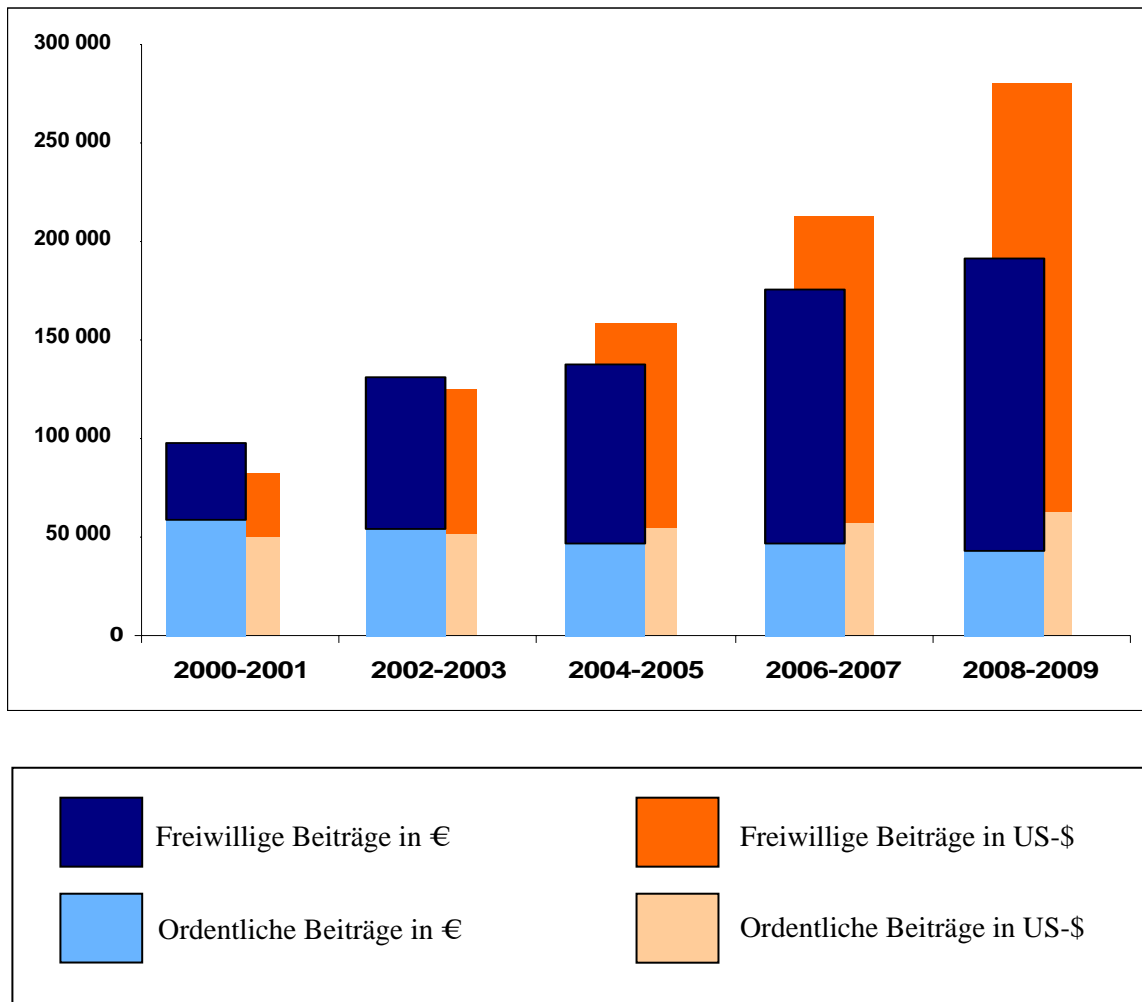
60. Der Programmhaushalt wird zwar in US-Dollar ausgedrückt, doch fallen die Ausgaben in der Region hauptsächlich in Euro oder dänischen Kronen an. Deswegen wurde der 2006 erstellte Haushaltsrahmen 2008–2009 direkt von der ungünstigen Entwicklung des Wechselkurses des US-Dollar zum Euro bzw. zur dänischen Krone beeinflusst. Seit 2006 hat der US-Dollar gegenüber dem Euro 31% und gegenüber der dänischen Krone 24% an Wert verloren. Die Gesamtauswirkung auf den Haushalt des Regionalbüros wird für den aktuellen Zweijahreszeitraum auf eine Größenordnung von 25 Mio. US-\$ beziffert. Außerdem haben die Inflationsraten und der Lohnanstieg an den 35 Standorten der Region, an denen das Regionalbüro über eine Länderpräsenz verfügt, ausgedrückt in US-Dollar zu einem durchschnittlichen Kostenanstieg von 40% bei gleichem Leistungsumfang geführt. Da diese Faktoren bei der Haushaltsplanung 2008–2009 im Jahr 2006 allesamt nicht berücksichtigt wurden, wurde der Programmhaushalt 2008–2009 in der Europäischen Region durch den Wechselkurs natürlich wesentlich beeinträchtigt. Und für einen Ausgleich auf globaler Ebene gibt es kein festgelegtes Verfahren. Unter diesen Umständen ist die Einhaltung der mit dem Programmhaushalt 2008–2009 eingegangenen Verpflichtungen bei unverändertem Haushaltsvolumen eine große Herausforderung. Diese Lage wurde im aktuellen Programmhaushalt 2008–2009 in keiner Weise berücksichtigt, der dann wiederum als Basislinie für den Programmhaushaltsentwurf 2010–2011 diente. Es sollte dazu angemerkt werden, dass die auf Befähigung ausgerichteten SO 12 und 13 von dieser Situation am stärksten in Mitleidenschaft gezogen werden.

61. Abb. 1 zeigt die Wechselkursentwicklung zwischen US-Dollar und Euro von 2000–2001 bis 2008–2009 sowie ihre Auswirkungen auf den Haushalt der Europäischen Region. Die Folge: Zwar ist der Haushalt des Regionalbüros im vergangenen Jahrzehnt nominell in Dollar durchaus dynamisch gewachsen, doch fällt dieses Wachstum, in Euro ausgedrückt, recht bescheiden aus. So stieg der Haushalt in US-Dollar etwa zwischen den Zweijahreszeiträumen 2006–2007 und 2008–2009 um 32%, was in Euro aber lediglich einen Anstieg um 8,5% bedeutete.

62. Die Schwäche des US-Dollar hatte auch tief greifende Auswirkungen auf die Höhe der ordentlichen Beiträge der Mitgliedstaaten der Europäischen Region. So verzeichneten die ordentlichen Beiträge trotz eines Anstiegs von 49 Mio. US-\$ im Zeitraum 2000–2001 auf 63 Mio. US-\$ im Zeitraum 2008–

2009 bei einer Umrechnung in Euro einen Rückgang um 27% in dieser Zeitspanne: von 54,6 Mio. auf 39,8 Mio. €

Abb. 1: Auswirkungen des Wertverlusts des US-Dollar gegenüber dem Euro zwischen 2000–2001 und 2008–2009 auf den Haushalt des Regionalbüros für Europa



63. Im Rahmen der operativen Planung hat das Regionalbüro im November 2007 angesichts der erwarteten beträchtlichen Auswirkungen des Wertverlusts des US-Dollar eine detaillierte Prüfung der geschätzten Haushaltsaufwendungen für Gehälter² und laufende Kosten durchgeführt. Die Analyse der tatsächlichen Ausgaben für Gehälter von Januar bis Juni 2008 zeigt, dass selbst die revidierten vorsichtigen Haushaltsschätzungen nicht ausreichen und die geplanten durchschnittlichen Ausgaben sowohl im gehobenen (P) als auch im allgemeinen (G) Dienst bereits auf mehreren Ebenen überschritten werden.

64. Die Bitte des Regionalbüros um eine Aufstockung im Haushalt 2008–2009 wurde teilweise bewilligt, und der Haushalt für die Europäische Region wurde um 5,3 Mio. US-\$ (1,9%) erhöht. Davon entfallen 1,7 Mio. US-\$ auf Partnerschaften im Rahmen des SO 1 und sind daher für den Bedarf der Region innerhalb der Sektion „WHO-Programme“ nicht verwendbar.

² Haushaltsschätzungen für Gehälter sind Planungsgrößen für die Haushaltsplanung und unterscheiden sich von den tatsächlichen Ausgaben für Gehälter.

65. Vor kurzem führte das Regionalbüro eine weitere umfangreiche Analyse durch.³ Auf dieser Grundlage wurden die Haushaltsobergrenzen für die einzelnen Strategischen Ziele neu festgelegt und an die Sektion „WHO-Programme“ im Haushalt 2008–2009 angepasst. Dabei zeigte sich die Notwendigkeit einer weiteren Anhebung um 12,3 Mio. US-\$, wodurch sich der Programmhaushalt der WHO für die Europäische Region auf 280 Mio. US-\$ und der Gesamthaushalt einschließlich der Partnerschaften auf 292 Mio. US-\$ erhöht, wie aus Anhang 5 hervorgeht.

66. Das Ersuchen des Regionalbüros war bei Redaktionsschluss noch nicht geprüft worden. Sollte die Generaldirektorin der angeforderten Erhöhung zustimmen, so wäre es angemessen, über entsprechende Konsequenzen hinsichtlich der Höhe der Haushaltsmittel für die Sektion „WHO-Programme“ im Zweijahreszeitraum 2010–2011 nachzudenken. Im Falle eines negativen Bescheides muss das Regionalbüro die Reichweite und den Umfang seiner Verpflichtungen und Leistungen nochmals überprüfen.

Finanzierungsmechanismen – Probleme und Herausforderungen

Ungleicher relativer Anteil der ordentlichen Beiträge

67. In Ausübung seiner Lenkungsfunktion hat der SCRC festgestellt, dass die Europäische Region aus einer Reihe historischer Gründe bei der Erfüllung ihrer Mission gegenüber ihren 53 Mitgliedstaaten durch ihren geringen Anteil an den ordentlichen Haushaltsmitteln benachteiligt worden ist. Die Einführung des Validierungsmechanismus für die Mittelzuweisung galt daher in der Region als ein konkreter Fortschritt, da dieser eine objektive Methode zur Bewertung der Bedürfnisse der Regionen und damit eine geeignete Nachfolgeregelung für Resolution WHA51.31 darstellt, die früher bei derartigen Problemen angewandt wurde.

68. Beim Mittelfristigen Strategieplan und dem mit ihm verknüpften Haushalt 2008–2009, die dem Regionalkomitee für Europa auf seiner 56. Tagung im Jahr 2006 vorgelegt wurden (EUR/RC56/10), wurde – wie bisher üblich – der vorgeschlagene Anstieg der ordentlichen Beiträge für die WHO auf globaler Ebene verteilt und damit das erwähnte Ungleichgewicht nicht berichtigt. Im Anschluss an die Debatte über den Programmhaushalt auf der Tagung des Regionalkomitees brachte der SCRC-Vorsitzende in einem Schreiben an den Generaldirektor im Namen der Mitgliedstaaten der Region die starken Bedenken zum Ausdruck, die auf der Tagung vorgetragen worden waren. Der Generaldirektor antwortete nach Abwägung der Lage positiv. In der Folge stieg der prozentuale Anteil des Regionalbüros an den gesamten ordentlichen Beiträgen im reduzierten Programmhaushaltsentwurf, der der Weltgesundheitsversammlung im Mai 2007 vorgelegt wurde, von 6,36% auf 6,6% von einem Zweijahreszeitraum zum nächsten, wie aus Tabelle 2 hervorgeht. Somit stiegen die ordentlichen Beiträge im Haushalt der Region von 58,1 Mio. US-\$ im Zeitraum 2006–2007 um 5,1 Mio. US-\$ auf 63,3 Mio. US-\$⁴ an; von diesem Anstieg gingen 2,3 Mio. US-\$ auf die Intervention des Generaldirektors zurück, die in der Region wärmstens begrüßt wurde.

Tabelle 2: Gegenüberstellung des globalen und regionalen Haushalts für 2006–2007 und 2008–2009 – ordentliche (AC) und freiwillige Beiträge (VC)⁵ [in Tausend US-\$]

2006–2007	AC	VC	Insgesamt
Genehmigt – Global	915 315	2 398 126	3 313 441
Genehmigt – EURO	58 180	142 395	200 575
	6,36%	5,94%	6,05%
2008–2009	AC	VC	INSGESAMT
Genehmigt – Global	958 840	3 268 640	4 227 480
Genehmigt – EURO	63 283	211 480	274 763
	6,60%	6,47%	6,50%
Veränderung [in %]	0,24%	0,53%	0,45%

³ Die Analyse beinhaltete 1) eine Untersuchung der traditionellen Umsetzungsmuster; 2) eine Überprüfung und Repriorisierung von Aktivitäten und Personalbedarf, soweit möglich unter Anpassung an die veränderten Bedürfnisse der Länder sowie unter Einbeziehung der strategischen Vorgaben und Prioritäten; 3) Einnahmeprognozen; und 4) eine Untersuchung der einschneidenden Auswirkungen des Dollarkurses auf den Haushalt des Regionalbüros.

⁴ Vor Notfallrückstellungen in Höhe von 2% durch den Generaldirektor.

⁵ Die gesamten freiwilligen Beiträge in Tabelle 2 schließen Gegenmaßnahmen bei Katastrophen sowie die Initiative zur Eradikation der Poliomyelitis mit ein.

69. Doch selbst diese Erhöhung reichte nicht aus, um den bereits dargestellten negativen Folgen der Dollarschwäche gegenüber dem Euro zu kompensieren. Darüber hinaus bleibt auch, wie aus Tabelle 3 hervorgeht, die bisher übliche Abweichung und Unausgewogenheit hinsichtlich der relativen Verteilung der ordentlichen Haushaltsmittel zwischen den Büros der WHO bestehen; dies gilt insbesondere für Standorte mit einem Programmhaushalt in ähnlicher Größe. Dieses Ungleichgewicht muss weiter im Auge behalten und letztlich überwunden werden.

Tabelle 3: Programmhaushaltsentwurf 2010–2011 nach Büro und Haushaltssektion mit Gegenüberstellung der ordentlichen Beiträge (AC)⁶ [in Mio. US-\$]

Büro	Programmhaushaltsentwurf 2010–2011		Ordentliche Beiträge	
	WHO-Programme		Ordentliche Beiträge insgesamt nach Büro	Prozentualer Anteil an ordentlichen Beiträgen insgesamt
Hauptbüro	1108	28,5%	325	33,9%
Afrika	1026	26,4%	213,3	22,2%
Gesamtamerika	272	7,0%	81,5	8,5%
Südostasien	459	11,8%	10,9	10,8%
Europa	268	6,9%	63,3	6,6%
Östlicher Mittelmeerraum	433	11,1%	91,6	9,6%
Westpazifik	322	8,3%	80,2	8,4%
	3888	100,0%	958,8	100,0%

70. Zwar fordert die Organisation die Geber zu weiteren nicht zweckgebundenen freiwilligen Beiträgen für den Gesamthaushalt auf, doch sind am 1. Januar zu Beginn eines neuen Zweijahreszeitraums nur die ordentlichen Beiträge als zuverlässige Finanzmittel in den Büchern und spielen deshalb weiterhin eine entscheidende Rolle für die Organisation.

Wie kann die Finanzierungssituation des Regionalbüros verbessert werden?

71. Im globalen Dokument zum Programmhaushaltsentwurf wird das neue Finanzierungs- und Verwaltungsverfahren beschrieben: ein Konto für allgemeine freiwillige Kernbeiträge (CVC). Die Aufsicht über dieses Konto führt die Beratungsgruppe für Finanzmittel (AGFR); sie berät auch die Generaldirektorin. Diese Gruppe dürfte, wie der 61. Weltgesundheitsversammlung im Mai diesen Jahres berichtet wurde (Programmhaushalt 2006–2007: Leistungsbewertung, A61/19), künftig für die Überwachung der Verfügbarkeit und Nutzung von Ressourcen und die Erreichung von Ergebnissen nach Maßgabe der Ziele des MSTP sowie für die Empfehlung notwendiger Schritte zur Gewährleistung einer wirksamen Umsetzung und des Erreichens von Ergebnissen auf allen Ebenen der Organisation eine zunehmend wichtige Rolle spielen.

72. In dem erwähnten Bericht wird eingeräumt, dass die Finanzierung des Programmhaushalts der WHO auf globaler Ebene im Zeitraum 2006–2007 zum großen Teil auf zweckgebundenen und ungleich auf Programme und Büros verteilten Mitteln beruht und dass hinsichtlich der Verteilung der Ressourcen innerhalb der Organisation mit dem Ziel einer ausgewogenen Behandlung der finanziellen Erfordernisse und Leistungen sowie der Gewährleistung von Chancengleichheit in Bezug auf Überträge noch Verbesserungsmöglichkeiten bestehen.

73. Wie dem Programm-, Haushalts- und Verwaltungsausschuss (PBAC) auf seiner 8. Tagung im Mai dieses Jahres berichtet wurde, ist der Übertrag von Mitteln aus einem Zweijahreszeitraum in den nächsten

⁶ Wenn die Zuwendung an ordentlichen Beiträgen beibehalten wird.

für eine kontinuierliche Umsetzung im Folgezeitraum und zur Vermeidung unnötiger Unterbrechungen in den Programmen unbedingt erforderlich. Die Finanzordnung schreibt vor, dass die Personalkosten für mindestens sechs Monate gesichert sein müssen, auch wenn angesichts der begrenzten Vorhersagbarkeit der freiwilligen Beiträge 12 Monate sinnvoller wären. Innerhalb eines Programms ist je nach der Relation von ordentlichen zu freiwilligen Beiträgen davon auszugehen, dass ein „komfortabler Übertragsbereich“ für freiwillige Beiträge bei 25–40% der Ausgaben des vorangegangenen Zweijahreszeitraums liegt und dass Fachbereiche, in denen weniger als 25% des vorangegangenen Ausgabenniveaus übertragen werden, als „problematisch“ gelten. Im Zweijahreszeitraum 2008–2009 betrug die Höhe des Übertrags des Regionalbüros 24,5% der Ausgaben im Zeitraum 2006–2007.

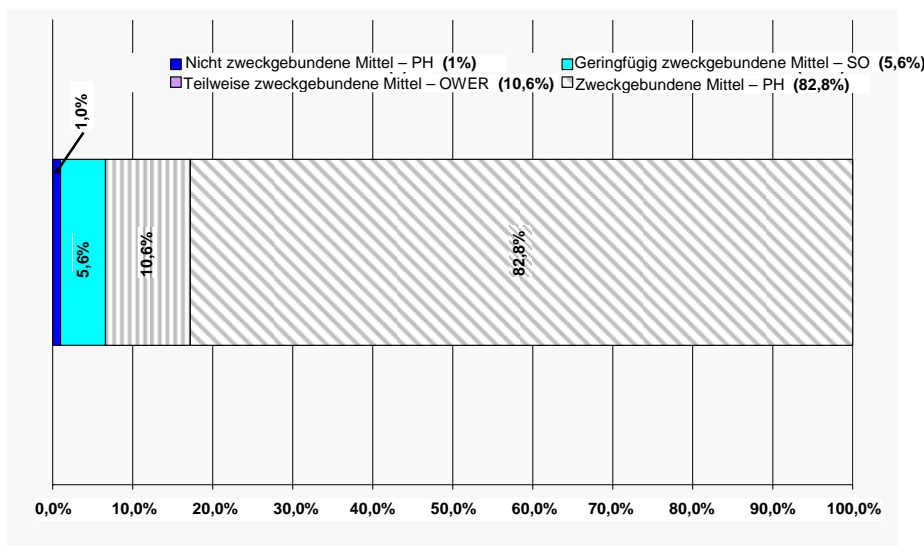
74. Die Fortschritte, die die Beratungsgruppe bei der Kontrolle des Kontos für die allgemeinen freiwilligen Beiträge zwecks Angleichung der Mittel an den Programmhaushalt erzielt hat, sind äußerst bemerkenswert.

75. Das Konto mit den allgemeinen freiwilligen Beiträgen könnte als eine von vielen Möglichkeiten geprüft werden, um das verbleibende Ungleichgewicht in Bezug auf die Zuteilung von Mitteln aus ordentlichen Beiträgen zu beheben, so dass das Regionalbüro vom jetzigen „Tabellenende“ auf eine Ebene mit anderen Regionen rücken könnte.

Flexiblere Finanzierung erforderlich

76. Dies mindert allerdings nicht den insgesamt vorhandenen Bedarf nach einer flexibleren Finanzierung, bei der die Mittel in einem wirksamen Finanzierungsmechanismus an die in den Strategischen Zielen erwarteten Ergebnisse angepasst werden. Die auf der Tagung des Programm-, Haushalts- und Verwaltungsausschusses gezeigte Abb. 2 stellt den Grad der Zweckbindung der auf globaler Ebene eingegangenen freiwilligen Beiträge im Zeitraum 2006–2007 dar.

Abb. 2: Grad der Zweckbindung von freiwilligen Beiträgen im Zeitraum 2006–2007 auf globaler Ebene



77. Wie aus der Abbildung ersichtlich, waren lediglich 1% der eingegangenen Finanzmittel ohne jegliche Zweckbindung, weitere 5% wiesen nur eine geringfügige Zweckbindung auf. Der überwiegende Teil von 82,8% der Mittel war jedoch in hohem Maße zweckgebunden, und dies führt zu Ausgaben, die von der ursprünglichen Absicht und damit eventuell den von den Leitungsgremien gesetzten Prioritäten für die Umsetzung abweichen. Es bleibt deshalb weiterhin äußerst wichtig, Möglichkeiten zur Lockerung der Zweckbindung der Mittel aus freiwilligen Beiträgen näher zu prüfen.

Finanzierung von Organisationsführung und Vorreiterrolle, einschließlich Länderpräsenz (SO 12 und 13)

78. Wie hier schon erwähnt und auch im globalen Dokument ausführlich erläutert, bedeutet die Finanzierung von SO 12 und 13 eine große Herausforderung. Im Programmhaushaltsentwurf 2010–2011 entspricht der Bedarf des Regionalbüros auf der Grundlage nicht korrigierter Höchstgrenzen im Programmhaushalt 2008–2009 für SO 12 und 13 zusammen einem Betrag in Höhe von 79,5 Mio. US-\$. Die Finanzierung durch ordentliche Beiträge reicht hierfür nicht aus, auch dann nicht, wenn die Mittel aus dem Globalhaushalt zur Unterstützung der Programme (PSC) hinzugerechnet werden. Es bleibt eine entscheidende Aufgabe, die zur Finanzierung der beiden Ziele im aktuellen und im kommenden Zweijahreszeitraum zusätzlich erforderlichen Mittel zu identifizieren. Die Leitungsebene des Regionalbüros führt regelmäßige Analysen und Messungen durch, um optimale Lösungen für die Organisation zu finden, welche die Finanzierungslücken in Bezug auf SO 12 und 13, aber auch auf andere SO schließen.

79. Der Rückgang des Wertes der ordentlichen Beiträge in Euro in den letzten Jahren bedeutet, wie bereits erläutert, dass die Mitgliedstaaten in ihren jeweiligen Landeswährungen signifikante „Einsparungen“ erzielt haben, da sie ihre ordentlichen Beiträge in US-Dollar zahlten. Auf globaler Ebene betragen diese Einsparungen nahezu 70 Mio. US-\$ pro Jahr. Hierin könnte eine Chance zur Entschärfung der zunehmend angespannten finanziellen Lage des Regionalbüros liegen, wenn nämlich die Mitgliedstaaten sich bereit erklärten, einen Teil dieser Ersparnis in Form nicht zweckgebundener Beiträge an die WHO zu zahlen.