



EUROPA

**Regionalkomitee für Europa
Sechshundfünfzigste Tagung**

Kopenhagen, 11.–14. September 2006

Punkt 7 b) der vorläufigen Tagesordnung

EUR/RC56/10 Add.1

25. August 2006

61177

ORIGINAL: ENGLISCH

**Mittelfristiger Strategieplan 2008–2013 (Entwurf) und
Programmhaushaltsentwurf 2008–2009 –
die Perspektive der Europäischen Region der WHO**

Dieses Dokument ergänzt das globale Dokument, das den Entwurf des Mittelfristigen Strategieplans der WHO für 2008–2013 und den Programmhaushaltsentwurf für 2008–2009 (EUR/RC56/10) enthält, und erläutert die Perspektive der Europäischen Region. Eine Zusammenschau der beiden Entwürfe wird empfohlen, da das vorliegende Dokument häufig auf den globalen Entwurf und insbesondere die Tabellen im einleitenden Teil Bezug nimmt.

Mit dem vorliegenden Entwurf soll die europäische Perspektive des Mittelfristigen Strategieplans (MTSP) hervorgehoben werden. Außerdem wird der Programmhaushaltsentwurf 2008–2009 für die Europäische Region mit dem für 2006–2007 verabschiedeten Programmhaushalt der Europäischen Region und den Ausgaben der Region für 2004–2005 verglichen.

Das Regionalkomitee wird um eine Stellungnahme zur globalen Perspektive und zum globalen Finanzrahmen sowie um Anmerkungen zu den spezifischen Informationen zur Europäischen Region ersucht. Die Stellungnahmen, Bedenken und Änderungsanträge aller sechs Regionalkomitees werden in das globale Verfahren einbezogen und finden ihren Niederschlag in dem überarbeiteten globalen Dokument, das dem Exekutivrat im Januar 2007 vorgelegt wird.

Inhalt

	<i>Seite</i>
Mittelfristiger Strategieplan 2008–2013 (Entwurf).....	1
Struktur und Periodizität.....	1
Der ergebnisbasierte Managementrahmen der WHO.....	1
Abstimmung der Aktivitäten.....	2
Die Prioritäten der Europäischen Region im Mittelfristigen Strategieplan.....	3
Bereich 1: Unterstützung der Länder bei der Verwirklichung einer flächendeckenden Versorgung mit gesundheitspolitisch wirksamen Interventionen.....	3
Bereich 2: Stärkung der globalen Gesundheitssicherheit.....	4
Bereich 3: Einführung und Fortsetzung sektorübergreifender Maßnahmen zur Veränderung der verhaltensbezogenen, sozialen, ökonomischen und umweltbedingten Gesundheitsdeterminanten.....	4
Bereich 4: Erhöhung der institutionellen Kapazitäten zur Erfüllung der Aufgaben des Gesundheitssystems unter verbesserter Federführung der Gesundheitsministerien.....	5
Bereich 5: Stärkung der Führungsrolle der WHO auf globaler und regionaler Ebene und Unterstützung der staatlichen Arbeit auf Länderebene.....	6
Programmhaushaltsentwurf 2008–2009.....	7
Finanzierungsmechanismen.....	7
Überblick über die Finanzlage der WHO insgesamt.....	7
Überblick über die Finanzlage der Region.....	8
Regionale Zuweisungen.....	8
Verteilung des ordentlichen Haushalts.....	9
Zusammenfassung.....	10
Anhang 1 Vergleich des globalen Programmhaushaltsentwurfs 2008–2009 mit dem Programm- haushaltsentwurf EURO für 2008–2009 und dem verabschiedeten Programmhaushalt EURO für 2006–2007.....	11
Anhang 2 Programmhaushaltsentwurf EURO für 2008–2009 (Vergleich mit Ausgaben 2004–2005 und Haushalt 2006–2007).....	12

Mittelfristiger Strategieplan 2008–2013 (Entwurf)

Struktur und Periodizität

1. Entgegen der bisherigen Praxis der WHO sieht der Mittelfristige Strategieplan für 2008–2013 (MTSP) keine Zweijahreshaushalte mehr vor, die gesondert von den langfristigen Zielen der Organisation betrachtet werden. In den letzten fünf Haushaltsperioden wurden die Zweijahreshaushalte der WHO als Strategiepapiere präsentiert, die in zeitlicher Nähe zur Umsetzung operationalisiert wurden. Allerdings konnten sie aufgrund ihrer begrenzten Ausrichtung auf nur zwei Jahre kaum als Strategiepapiere angesehen werden. Außerdem wurde ihr Aufbau alle zwei Jahre geändert, so dass es nur schwer möglich war, über einen längeren Zeitraum direkte Vergleiche vorzunehmen und die tatsächlichen Erfolge in einem bestimmten Bereich zu bewerten. Die Zahl der Arbeitsbereiche ist im Verlauf der Jahre relativ stabil geblieben, jedoch hat sich ihr Umfang verändert, und die zugrunde liegenden organisationsweit erwarteten Ergebnisse wurden für jeden Zeitraum neu formuliert, was eine echte Bewertung der Ergebnisse erschwert.

2. Vor diesem Hintergrund und zur besseren Abstimmung der WHO-Praxis mit den Aktivitäten anderer VN-Organisationen wurde dazu übergegangen, einen Strategieplan zu entwickeln, der mehrere Haushaltsperioden abdeckt. Im öffentlichen Gesundheitswesen kann die überwiegende Mehrheit der Ergebnisse nicht innerhalb von zwei Jahren erzielt werden, daher erschien es sinnvoller, eindeutige organisationsweite Ergebnisse für einen Sechsjahreszeitraum zu definieren und die Fortschritte schrittweise zu überprüfen. Auf diese Weise können die festgelegten Schwerpunkte besser verfolgt werden. Außerdem erleichtert dieses System eine echte Erfolgskontrolle.

3. Darüber hinaus ist man in internen Analysen zu dem Schluss gekommen, dass die relativ große Anzahl von Arbeitsbereichen (36 für 2006–2007) zu einer Zersplitterung geführt hat und aus diesem Grund horizontale Lösungsansätze bei der Programmumsetzung in einigen Fällen nicht berücksichtigt werden konnten. Dies trifft insbesondere auf die Länderarbeit zu. Lautete etwa das Ziel auf Länderebene „Ausbau der nationalen Überwachung wichtiger übertragbarer Krankheiten“, so konnten die damit verbundenen Maßnahmen ohne weiteres in die Zuständigkeit fünf verschiedener Arbeitsbereiche fallen (Gesundheitssysteme, HIV/Aids, Malaria, Tuberkulose und Impfung). Zur Finanzierung der Maßnahmen mussten dann Haushaltsmittel aus fünf verschiedenen Arbeitsbereichen herangezogen werden und hierfür musste in fünf verschiedenen Arbeitsbereichen Rechenschaft abgelegt werden. Es wird davon ausgegangen, dass die Programmarbeit künftig weniger vertikal orientiert sein wird, da die bisherigen Arbeitsbereiche aufgelöst und durch lediglich 16 Strategische Ziele (SOB, strategic objectives) ersetzt werden. Die Strategischen Ziele sind ihrem Wesen nach interdisziplinärer und ergebnisorientierter ausgerichtet. Darüber hinaus führt die neue Strukturierung in Strategische Ziele dazu, dass die Haushaltsstruktur nicht mehr der Organisationsstruktur des WHO-Hauptbüros entspricht, wie dies bislang der Fall war.

4. Schließlich wird davon ausgegangen, dass die Erstellung der nächsten beiden Haushalte für 2010–2013 weniger arbeitsintensiv sein wird, da der Plan drei Haushaltsperioden erfasst. Dies setzt Kapazitäten frei, die zur Verbesserung der Dienstleistungen und des Überwachungs- und Berichtswesens eingesetzt werden können.

Der ergebnisbasierte Managementrahmen der WHO

5. Die Tatsache, dass die Zeitpunkte des Elften Allgemeinen Arbeitsprogramms (GPW, General Programme of Work) und des MTSP nicht aufeinander abgestimmt wurden, hat im vergangenen Jahr für ausgiebige Diskussionen gesorgt. Das Elfte GPW wurde von der Weltgesundheitsversammlung verabschiedet. Es erfasst und regelt den gesamten Sechsjahreszeitraum des hier vorgestellten MTSP. Es ist daher von äußerster Wichtigkeit, dass das Elfte GPW und der MTSP gut aufeinander abgestimmt sind.

- Das Elfte GPW (A59/25) skizziert die globale Gesundheitsagenda und beschreibt sieben vorrangige Handlungsbereiche, die auch im globalen Dokument enthalten sind (EUR/RC56/10). Bei der Festlegung dieser Prioritäten wurden vergangene Entwicklungen analysiert und unsere Einschätzungen der gegenwärtigen und künftigen Herausforderungen herangezogen. Die Prioritäten gelten für alle Akteure – weltweit.
 - Der MTSP enthält mit seinen 16 Strategischen Zielen die Ergebnisse, die die gesamte WHO (Sekretariat und Mitgliedstaaten) innerhalb eines Sechsjahreszeitraums erreichen möchte. Bei der Festlegung der Strategischen Ziele werden jeweils der Gegenstand und die dazugehörigen Indikatoren und Einzelziele definiert. Der beste Weg zur Verwirklichung der einzelnen Strategischen Ziele wird für jedes Ziel gesondert im jeweiligen Abschnitt *Strategische Ansätze* dargestellt. In den organisationsweit erwarteten Ergebnissen werden die Resultate formuliert, die das WHO-Sekretariat innerhalb des Sechsjahreshorizonts des MTSP erreichen möchte. Im Programmhaushaltsentwurf für 2008–2009 werden die Teilergebnisse, die in der ersten Zweijahresperiode erbracht werden müssen, sowie die für ihre Verwirklichung erforderlichen Mittel aufgeführt.
6. Neben diesem Planungsrahmen werden im Elften GPW außerdem sechs zentrale Funktionen definiert. Die zentralen Funktionen beschreiben die Arbeitsweise der WHO und leiten sich direkt aus dem Satzungsauftrag und einer Analyse des Wettbewerbsvorteils der WHO ab. Die sechs zentralen Aufgaben des Elften GPW unterscheiden sich nicht wesentlich von denen des letzten Vierjahreszeitraums (Zehntes GPW 2002–2005). Sie werden in der gesamten Organisation umgesetzt, ihre relative Bedeutung ist jedoch in den verschiedenen Fachgebieten und Regionen unterschiedlich. Während der letzten beiden Zweijahreszeiträume hat das Regionalbüro für Europa (EURO) die zentralen Funktionen systematisch dazu eingesetzt, die jeweiligen Maßnahmen in den verschiedenen Bereichen intern zu überwachen.

Abstimmung der Aktivitäten

7. Die größte Herausforderung für das Regionalbüro bei der Operationalisierung des MTSP liegt in der Harmonisierung der verschiedenen Ebenen innerhalb der Planungshierarchie sowie der optimalen Berücksichtigung der Bedürfnisse und Prioritäten der Länder.
8. Bei der Anwendung der Vorgaben des MTSP auf die Produkte und Dienstleistungen, die das Regionalbüro tatsächlich innerhalb des Sechsjahreszeitraums und insbesondere innerhalb des nächsten Zweijahreszeitraums des Programmhaushaltsentwurfs für 2008–2009 erbringen wird, werden die strategischen Bewertungen der gesundheitlichen Anforderungen der europäischen Mitgliedstaaten zugrunde gelegt. Die operativen Pläne (EURO-Arbeitspläne) basieren auf den Verpflichtungen, die sich aus den zweijährigen Kooperationsvereinbarungen (BCA, Biennial Collaborative Agreements) und den Resolutionen des Regionalkomitees und der Weltgesundheitsversammlung sowie den daraus folgenden Regelungen ergeben. Bei der Ausarbeitung dieser operativen Pläne ist dafür Sorge zu tragen, dass zwischen den sechs zentralen Aufgaben und den sieben Prioritäten des Elften GPW ein Gleichgewicht herrscht.
9. Der Ständige Ausschuss des Regionalkomitees (SCRC) hat während seiner Debatten die allgemeine Notwendigkeit hervorgehoben, die Zusammenhänge zwischen dem GPW und dem MTSP zu erläutern. Dies wurde auch bei der regionalen Konsultation zum Elften GPW hervorgehoben (Januar 2006, Kopenhagen).
10. Um diesem Anliegen Rechnung zu tragen, wird vorgeschlagen, das Thema in den kommenden Monaten eingehender im Regionalbüro zu erörtern und dabei ausschließlich die Aktivitäten dieser Region zu berücksichtigen. Die Analyse, die mit der Ausarbeitung der Zusammenhänge zwischen dem Elften GPW und dem MTSP verbunden ist, gilt als wichtiger Schritt, der vor der detaillierten operativen Planung für 2008–2009 durchgeführt werden muss. Für diesen Prozess müssen auch andere regionspezifische Initiativen in Betracht gezogen werden (die 11 Entwicklungsprozesse, die Aktualisierung des Rahmenkonzepts „Gesundheit für alle“ der Europäischen Region, die Zukunft des Regionalbüros bis 2020). Nur wenn alle diese Aspekte berücksichtigt werden, ist eine echte Harmonisierung der Aktivitäten des Regionalbüros möglich.

11. Es wird vorgeschlagen, dass die Harmonisierungsmaßnahmen dem SCRC vorgelegt werden, damit dieser Stellungnahmen abgeben und Orientierungshilfe leisten kann.

Die Prioritäten der Europäischen Region im Mittelfristigen Strategieplan

12. Auch wenn sich die Strategischen Ziele jeweils auf verschiedene Bereiche beziehen, so sind sie dennoch alle miteinander verbunden und ergänzen sich gegenseitig. Die Definitionen sowohl der einzelnen Strategischen Ziele als auch der zugrunde liegenden organisationsweit erwarteten Ergebnisse sind relativ weit gefasst. Das Regionalbüro war an der Formulierung und kollegialen Begutachtung der Strategischen Ziele beteiligt. Nach Ansicht des Regionalbüros wird mit diesem Rahmen den regionalen Besonderheiten Rechnung getragen. Die inhaltliche Ausrichtung und die operativen und finanziellen Implikationen der organisationsweit erwarteten Ergebnisse sind bei den einzelnen Zielen unterschiedlich, und nicht an allen organisationsweit erwarteten Ergebnissen wird das Regionalbüro beteiligt sein. Da die Rahmenbedingungen innerhalb der Europäischen Region ausgesprochen vielfältig sind, werden die Aktivitäten, die das Regionalbüro für jedes Ziel vorschlagen wird, genauestens auf die verschiedenen Bedürfnisse der Mitgliedstaaten zugeschnitten. Schwerpunktmäßig werden jedoch weiterhin die osteuropäischen und zentralasiatischen Mitgliedstaaten unterstützt, die den größten Bedarf aufweisen.

13. Das globale Dokument bezieht sich sowohl im Text als auch bei den Finanzdaten auf „fünf Hauptbereiche“. Diese entstehen durch Zusammenlegung der 16 Strategischen Ziele:

- Bereich 1: Gesundheitspolitische Interventionen (Strategische Ziele 1, 2, 3 und 4)
- Bereich 2: Globale Gesundheitssicherheit (Strategisches Ziel 5)
- Bereich 3: Gesundheitsdeterminanten (Strategische Ziele 6, 7, 8 und 9)
- Bereich 4: Gesundheitssysteme (Strategische Ziele 10, 11, 12 und 13)
- Bereich 5: Führungsrolle und Governance (Strategische Ziele 15 und 16)

14. Auch wenn diese Einteilung bei der praktischen Arbeit hilfreich sein kann, so dürfen doch die einzelnen Kategorien nicht isoliert voneinander betrachtet werden. Nur durch bereichsübergreifende Zusammenarbeit können Erfolge erzielt werden. In Bereich 1 liegt z. B. der Schwerpunkt auf der Sicherung des allgemeinen Zugangs zu effektiven gesundheitspolitischen Interventionen, was natürlich eine Wechselwirkung mit den Gesundheitssystemen und eine Unterstützung durch diese erfordert (Bereich 4).

Bereich 1: Unterstützung der Länder bei der Verwirklichung einer flächendeckenden Versorgung mit gesundheitspolitisch wirksamen Interventionen (Strategische Ziele 1, 2, 3 und 4)

15. Zu diesem Bereich gehören der gesamte bisherige Bereich der übertragbaren Krankheiten, die Gesundheit von Müttern, Kindern und Jugendlichen sowie Teilbereiche der nichtübertragbaren Krankheiten. Das Regionalbüro wird den Schwerpunkt seiner Aktivitäten darauf verlagern, strategische Beratung für wichtige Fragen anzubieten, und wird diejenigen Tätigkeiten reduzieren, für deren Umsetzung es selbst zuständig ist. Dies wird sich insbesondere auf die Aktivitäten im Rahmen der Tuberkulose- und HIV/Aids-Programme auswirken. Erfasst sind ferner Aktivitäten, die die Mitgliedstaaten beim Aufbau der Kapazitäten unterstützen, die von den Internationalen Gesundheitsvorschriften vorgeschrieben werden, da diese einen Schwerpunkt der Arbeit des Regionalbüros bilden.

16. Das Strategische Ziel 3 befasst sich mit der integrierten Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten (NCD). Maßnahmen zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten müssen während des gesamten MTSP-Zeitraums mit besonderer Aufmerksamkeit beobachtet werden. Die Ausrichtung der Arbeit des Regionalbüros in diesem Bereich orientiert sich an der NCD-Strategie, die in Resolution EUR/RC56/8 festgelegt wurde. Nicht alle NCD-Maßnahmen sind jedoch von dem Strategischen Ziel 3 erfasst. Viele Aktivitäten aus dem NCD-Bereich werden durch verwandte Strategische Ziele umgesetzt, insbesondere durch das Strategische Ziel 6, das sich mit Risikofaktoren befasst, sowie durch das Strategische Ziel 9, das die Ernährung betrifft. Das Regionalbüro hat vorgeschlagen, allen Strategischen

Zielen, die NCD-Maßnahmen unterstützen, mehr finanzielle Mittel zuzuweisen. Am stärksten wurden die Mittel jedoch für das Strategische Ziel 3 erhöht, da dieses einen besonders integrativen Ansatz verfolgt.

17. Die Arbeit des Regionalbüros für die Gesundheit von Müttern, Kindern und Jugendlichen wird im Strategischen Ziel 4 beschrieben. Hier werden sich die Maßnahmen des Regionalbüros an den Konzepten orientieren, die in der kürzlich verabschiedeten Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen (EUR/RC55/R6) sowie in den Strategien des *Weltgesundheitsberichts 2005 – Jede Mutter und jedes Kind zählen* festgelegt wurden.

18. Eine flächendeckende Versorgung mit effektiven gesundheitspolitischen Interventionen ist abhängig von effektiven Gesundheitssystemen. Die Umsetzung der vier Strategischen Ziele in diesem Bereich macht daher eine intensive Einbeziehung der Gesundheitssysteme erforderlich und steht in engem Zusammenhang mit den Zielen aus Bereich 4.

Bereich 2: Stärkung der globalen Gesundheitssicherheit (Strategisches Ziel 5)

19. Dieser Bereich gründet sich auf ein einzelnes Strategisches Ziel, das den Umgang mit Naturkatastrophen und vom Menschen verursachten Katastrophen betrifft. Bei Notsituationen arbeitet das Regionalbüro eng mit dem WHO-Hauptbüro zusammen, und über das Hauptbüro werden die humanitären Maßnahmen mit den Maßnahmen der anderen VN-Organisationen abgestimmt. Wie im laufenden Zweijahreszeitraum zu beobachten war, umfassen die Maßnahmen des Regionalbüros auch den Einsatz von eigenen Mitarbeitern in anderen Regionen, soweit die jeweilige Situation dies erfordert. Auch wenn die finanziellen Mittel für Notfälle normalerweise im Rahmen konsolidierter Appelle aufgebracht werden, so muss doch die Finanzierung dieses Bereichs ausgebaut werden, damit das Regionalbüro in der Lage ist, die Mitgliedstaaten besser bei der Aktualisierung nationaler Bereitschaftspläne zur Bewältigung unterschiedlicher Gesundheitskrisen zu unterstützen. Das Regionalkomitee wird auf seiner Tagung diskutieren, inwiefern es wichtig ist, dass die Systeme angemessen und integrativ vorbereitet und reaktionsfähig sind. Das Dokument EUR/RC56/9 zur Förderung der Gesundheitssicherheit beschreibt Umfang und Komplexität des Problems, die Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme und die geplante Rolle der WHO.

Bereich 3: Einführung und Fortsetzung sektorübergreifender Maßnahmen zur Veränderung der verhaltensbezogenen, sozialen, ökonomischen und umweltbedingten Gesundheitsdeterminanten (Strategische Ziele 6, 7, 8 und 9)

20. Dieser Bereich befasst sich mit den sozialen Gesundheitsdeterminanten, und auch hier sind die Strategischen Ziele mit den Zielen anderer Bereiche verknüpft. Insbesondere das Strategische Ziel 6, das sich mit Risikofaktoren befasst, muss in Zusammenhang mit dem Strategischen Ziel 3 gesehen werden, welches die Prävention nichtübertragbarer Krankheiten betrifft. Zwar setzt sich das Regionalbüro für integrierte Lösungen ein, doch gleichzeitig müssen auch bestimmte Aspekte individuellen Risikoverhaltens erfasst werden.

21. Das Strategische Ziel 7 konzentriert sich auf soziale Determinanten. Betrachtet man die absoluten finanziellen Beträge, so ist dieses Ziel recht überschaubar, da die damit verbundenen Maßnahmen häufig außerhalb des Gesundheitssektors angesiedelt sind. Das Regionalbüro wird sich vor allem darum bemühen, die Governance zu verbessern und die Aufsichts- und Schutzfunktion auszubauen und so sektorübergreifende Maßnahmen voranzutreiben. Der Bericht der Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit (Veröffentlichung Anfang 2008) wird sich maßgeblich auf die künftigen Aktivitäten auswirken. Das Regionalbüro möchte sich auf eine regionale Auslegung des Berichts konzentrieren und Implementierungsverfahren und Kapazitäten entwickeln, mit denen konkrete Vorschläge für Maßnahmen in den Ländern unterstützt werden können.

22. Das Strategische Ziel 8 befasst sich mit umweltbezogenem Gesundheitsschutz. In diesem Bereich verfügt das Regionalbüro traditionell über ein inhaltliches Programm, einschließlich regelmäßiger Ministerkonferenzen, die alle fünf Jahre stattfinden. Die Maßnahmen im Bereich umweltbezogener

Gesundheitsschutz sollen fortgesetzt und dabei unmittelbare Interventionen in den Ländern stärker in den Vordergrund gerückt werden. Die geplanten Finanzmittel in Höhe von 18 Mio. US-\$ für 2008–2009 entsprechen 6,5% des Gesamthaushalts des Regionalbüros und 3% des globalen Haushalts. Trotz der unveränderten finanziellen Limitierung des Strategischen Ziels 8 werden auch im Zeitraum 2008–2009 weiterhin viele Aufgaben anfallen, die Umweltbelange betreffen, da diese auch im Strategischen Ziel 5 (Notfälle) und im Strategischen Ziel 9 (Lebensmittelsicherheit) berücksichtigt werden.

23. Das Strategische Ziel 9 befasst sich mit Lebensmittelsicherheit und Ernährung. Aus der europäischen Perspektive betrachtet wäre es günstiger gewesen, wenn die erwarteten Ergebnisse dieses Strategischen Ziels in die verbundenen Ziele integriert worden wären, da so übergreifende Lösungsansätze noch besser verfolgt werden könnten. Aufgrund der Wichtigkeit dieser Belange sind die Finanzmittel erhöht worden, insbesondere da erwartet wird, dass die Empfehlungen der Ministerkonferenz zur Bekämpfung der Adipositas auf Länderebene zu intensiven Folgemaßnahmen führen werden.

Bereich 4: Erhöhung der institutionellen Kapazitäten zur Erfüllung der Aufgaben des Gesundheitssystems unter verbesserter Federführung der Gesundheitsministerien (Strategische Ziele 10, 11, 12, 13 und 14)

24. Das Elfte GPW geht ausführlich auf die zunehmende Anerkennung der zentralen Rolle der Gesundheitssysteme ein. Die Stärkung der Gesundheitssysteme ist eine Voraussetzung für die Erreichung der Millenniums-Entwicklungsziele. Daher entspricht die gestiegene Bedeutung, die der Stärkung der Gesundheitssysteme im MTSP beigemessen wird, sowohl den globalen Initiativen als auch den Prioritäten der Europäischen Region. Dies geht aus den Reaktionen der Mitgliedstaaten hervor und ergibt sich aus dem Dokument über die Zukunft des Regionalbüros bis 2020, das auf der Tagung des Regionalkomitees diskutiert wird. Der Weltgesundheitsbericht 2006 hat eindeutig gezeigt, dass die Maßnahmen zum Aufbau eines Bestands an kompetenten Gesundheitsfachkräften intensiviert werden müssen, auch wenn viele Mitgliedstaaten der Europäischen Region Schwierigkeiten haben, nachhaltige Finanzierungsverfahren zu gewährleisten.

25. Das Regionalbüro wird seine allgemeinen Konzepte für die Gesundheitssysteme in die fünf miteinander verknüpften Strategischen Ziele integrieren, und es ist geplant, den gemeinsamen finanziellen Rahmen dieses traditionell unterfinanzierten Bereichs von 40 Mio. US-\$ im Zeitraum 2006–2007 auf 55 Mio. US-\$ im Zeitraum 2008–2009 zu erhöhen. Auf diese Weise können die erforderlichen Maßnahmen zur Verbesserung der Governance und der Aufsichts- und Schutzfunktion von Gesundheitssystemen ergriffen werden. Ziel ist dabei die strategische Unterstützung von Maßnahmen zur Optimierung von Gerechtigkeit, Zugänglichkeit, Qualität, Sicherheit, Finanzierung, Dienstleistungen, Arbeitskräften, Arzneimitteln und Technologien sowie die Förderung bedarfsgerechter Lösungen und verbundener Belange von hoher Priorität.

26. Die Aktivitäten des Regionalbüros werden sich weiterhin vorrangig auf die Länder konzentrieren und gegenwärtigen wie neuen Bitten um Unterstützung Folge leisten. Die Ministerkonferenz zum Thema Gesundheitssysteme wird 2008 stattfinden.

27. Das Strategische Ziel 10 betrifft die Verbesserung von Organisation, Verwaltung und Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen. Das Regionalbüro wird die Mitgliedstaaten dabei unterstützen, länderspezifische Strategien und Konzepte zu entwickeln, Leistungsüberwachungssysteme einzurichten, den regionalen Erfahrungsaustausch zu fördern und nationale Kapazitäten zur Verbesserung von Zugänglichkeit und Qualität und zur Aufhebung von Benachteiligungen aufzubauen. Besondere Schwerpunkte sind die Integration von Diensten und die verbesserte Harmonisierung des Angebots im öffentlichen und im persönlichen Gesundheitsbereich.

28. Das Strategische Ziel 11 befasst sich mit der Stärkung evidenzbasierter Governance und Führung. Im Rahmen dieses Ziels unterstützt das Regionalbüro die Mitgliedstaaten bei den folgenden Aufgaben: Entwicklung wirksamer Strategien für die Gesundheitssysteme, die die gegenwärtigen Herausforderungen und künftig zu erwartende Veränderungen berücksichtigen; Aufbau von Kapazitäten zur Leistungsbewertung von

Gesundheitssystemen; Stärkung der Wirksamkeit der Regelungsaufgaben; Verbesserung der Wirksamkeit der sektorübergreifenden Zusammenarbeit auf verschiedenen Verwaltungsebenen.

29. Das Strategische Ziel 12 zielt auf eine Verbesserung des Zugangs zu medizinischen Produkten und Technologien sowie ihrer Qualität und Anwendung ab. Das Regionalbüro wird sich auf Querschnittsaufgaben konzentrieren, z. B. umfassende Liefersysteme, Arzneimittelauswahl, Preis- und Erstattungs politik und sinnvoller Arzneimittelgebrauch. Einen besonderen Schwerpunkt bilden antiretrovirale Arzneimittel, antimikrobielle Resistenzen, Qualität und Sicherheit.

30. Das Strategische Ziel 13 bezweckt die Verbesserung der Gesundheitsresultate durch Bereitstellung von verfügbarem, kompetentem, flexiblem und leistungsfähigem Gesundheitspersonal. Das Regionalbüro wird die Mitgliedstaaten dabei unterstützen, eine geeignete und vielfältige Zusammensetzung des Gesundheitspersonals sicherzustellen, die den gegenwärtigen und künftigen Bedürfnissen der Bevölkerung entsprechen soll, und die Steuerung der Arbeitskräfte zu verbessern. Außerdem wird es die Umsetzung, Überwachung und Evaluation der neuen Personalentwicklungsprogramme auf Länderebene unterstützen, damit die Arbeitskräfte nicht abwandern, sondern motiviert und leistungsfähig bleiben. Einen besonderen Schwerpunkt bildet die Migration von Gesundheitsfachkräften innerhalb der Europäischen Region.

31. Das Strategische Ziel 14 betrifft die Gesundheitsfinanzierung, mit der sich das Regionalbüro im Rahmen der Initiative zur Stärkung der Gesundheitssysteme besonders engagiert befasst. Die Aktivitäten, die im Rahmen dieses Strategischen Ziels ergriffen werden, sind auf die zentralen Aufgaben der WHO ausgerichtet und beinhalten vor allem die Bereitstellung fachlicher Orientierungshilfe und Unterstützung sowie den Aufbau von Kapazitäten im Bereich der Gesundheitsfinanzierungspolitik und die Zusammenstellung von Informationen zu den Gesundheitsausgaben der Länder. Eine solche Wissensdatenbank fördert die evidenzbasierte Ausarbeitung von Strategien und stellt ein globales öffentliches Gut dar.

Bereich 5: Stärkung der Führungsrolle der WHO auf globaler und regionaler Ebene und Unterstützung der staatlichen Arbeit auf Länderebene (Strategische Ziele 15, 16)

32. Auch diese beiden Strategischen Ziele sind miteinander verknüpft. Sie beziehen sich auf die Präsenz und Führungsrolle, die die Organisation in den Ländern einnimmt, sowie auf die traditionellen Verwaltungsbereiche. Mit diesen beiden Strategischen Zielen werden die Aktivitäten im Rahmen der übrigen Strategischen Ziele unterstützt.

33. WHO-Berichte haben bestätigt, dass das Regionalbüro für Europa hinsichtlich der Präsenz in den Ländern immer noch weit hinter den übrigen Regionen zurückliegt. Dies hat einerseits historische Gründe, ist andererseits aber auch darauf zurückzuführen, dass es bei der WHO keine gemeinsamen Kriterien gibt, die den Umfang der Präsenz in den Ländern festlegen. Die Aufstockung der Länderbüros in der Europäischen Region auf das Niveau der übrigen WHO-Regionen hat hohe Priorität und ist eine notwendige Voraussetzung zur Verwirklichung des derzeitigen übergeordneten Ziels der WHO, die Ressourcen so weit zu dezentralisieren, dass die Maßnahmen möglichst kostenwirksam durchgeführt werden können. Die Erfahrungen des Regionalbüros haben ferner gezeigt, dass der Erfolg der Aktivitäten in den bedürftigsten Ländern eng mit den Zuständigkeiten der Mitarbeiter der dortigen Länderbüros verknüpft ist.

34. Das Strategische Ziel 15 deckt den Bereich Führung, Governance und Partnerschaft ab. Hier liegt der Schwerpunkt der Tätigkeit des Regionalbüros in einer Fortsetzung der engen partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit unseren Leitungsgremien, den Gesundheitsministerien und sonstigen Partnern, damit die Gesundheitsagenda, die durch die Resolutionen der Vereinten Nationen, der Weltgesundheitsversammlung und des Regionalkomitees festgelegt wurde, wirksam umgesetzt wird. Zu diesem Zweck muss sich das Regionalbüro um herausragende fachliche Leistungen bemühen und auf der Grundlage zuverlässiger Daten eine zukunftsweisende Führungsrolle einnehmen. Diese Ausrichtung ist nicht neu, sondern stellt eine Fortsetzung der bisherigen Ausrichtung dar.

35. Die übergreifende Verwaltung und das Tagesgeschäft des Regionalbüros, die geografisch verstreuten Büros und die Länderbüros sind nicht länger auf verschiedene Arbeitsbereiche verteilt, sondern

werden nun im Strategischen Ziel 16 zusammengeführt. Die Arbeit in diesem Bereich wird sich weiterhin auf eine Verschlinkung der Verwaltung und die Schaffung einer mitarbeiterfreundlichen Arbeitsumgebung konzentrieren. Zu diesem Zweck werden besondere Initiativen eingeleitet, mit denen sich die Dienststellen auf globale WHO-Initiativen vorbereiten und entsprechende Harmonisierungsmaßnahmen ergreifen. Zu diesen globalen Initiativen zählt z. B. das Globale Management-System, die Einführung neuer Finanzvorschriften und vor allem die Aufstockung der Präsenz des Regionalbüros in den Ländern. Die Erhöhung der finanziellen Mittel in diesem Bereich ist auf den inflationsbedingten Anstieg der allgemeinen operativen Kosten sowie vor allem auf die Erweiterung der Infrastruktur und die Aufstockung der Personaldecke in den Länderbüros zurückzuführen.

Programmbudgetentwurf 2008–2009

Finanzierungsmechanismen

36. Für diesen Zweijahreszeitraum sind auf zahlreichen komplementären Gebieten Maßnahmen ergriffen worden, die die WHO bei der Mobilisierung finanzieller Ressourcen unterstützen sollen, damit sie ihre Aktivitäten gemäß dem Programmbudget durchführen kann. Übergeordnetes Ziel ist dabei eine erhöhte Transparenz und die Vereinfachung des Entscheidungsprozesses, welcher der Verteilung der aus unterschiedlichsten Quellen stammenden finanziellen Mittel in der gesamten Organisation zugrunde liegt. Außerdem wurden bessere Kontrollsysteme eingeführt, die eine lückenlose Überwachung ermöglichen, so dass die Mittel schnell dorthin geleitet werden können, wo die Finanzierung am dringendsten benötigt wird. Leitprinzipien für die strategische Mittelzuweisung sowie ein Validierungsmechanismus sind ebenfalls vorhanden. Der Programmbudgetentwurf 2008–2009 ist in diesen allgemeinen Rahmen eingebettet. Die Finanzierung soll aus drei verschiedenen Quellen erfolgen:

- Der ordentliche Haushalt besteht aus ordentlichen Beiträgen – die den weitaus größten Anteil ausmachen – und sonstigen Einnahmen.
- Ausgehandelte freiwillige Beiträge. Diese werden idealerweise für mehrere Jahre ausgehandelt und sind nicht zweckgebunden. Sie könnten daher dafür eingesetzt werden, die vorhandenen Ressourcen ausgewogener und bedarfsgerecht in der Organisation zu verteilen.
- Freiwillige Beiträge, die mit Projekten und Programmbereichen verknüpft sind und ihrem Wesen nach einen höheren Spezifizierungsgrad aufweisen. Diese Mittel werden der Organisation zur Verfügung gestellt, um spezifische Ergebnisse herbeizuführen.

Überblick über die Finanzlage der WHO insgesamt

37. Es ist eine Erhöhung des Globalhaushalts auf einen Gesamtbetrag in Höhe von 4,263 Mrd. US-\$ vorgesehen. Dies entspricht einer Erhöhung um 17,2% gegenüber den **für 2006–2007 erwarteten Ausgaben**, die sich laut Schätzung auf 3,636 Mrd. US-\$ belaufen werden. Verglichen mit dem für 2006–2007 verabschiedeten Haushalt, der sich auf 3,313 Mrd. US-\$ beläuft, liegt hier jedoch eine Steigerung um 29% vor.¹

38. Die Erhöhung des Haushalts ist vor allem auf die voraussichtlichen freiwilligen Beiträge zurückzuführen. Es wird davon ausgegangen, dass sich die freiwilligen Beiträge zwischen der Haushaltsperiode 2006–2007 und dem Haushaltszeitraum 2008–2009 um 950 Mio. US-\$ erhöhen werden. Für den ordentlichen Haushalt wird eine Erhöhung um 85 Mio. US-\$ – von 915 Mio. US-\$ auf 1,000 Mrd. US-\$ – vorgeschlagen, was einem Gesamtanstieg von 9,3% entspricht. Die Erhöhung des ordentlichen Haushalts soll aus folgenden Quellen kommen: 77 Mio. US-\$ durch eine Erhöhung der ordentlichen Beiträge und die verbleibenden 8 Mio. US-\$ in Form höherer sonstiger Einnahmen.

¹ EUR/RC56/10, Tabelle 1: Vorgeschlagene Entwicklung für die Finanzierung des Programmbudgets im Zeitraum des Mittelfristigen Strategieplans

Überblick über die Finanzlage der Region

39. Der vorgeschlagene Gesamthaushalt des Regionalbüros soll für 2008–2009 277 Mio. US-\$ betragen – eine Steigerung um 38% verglichen mit dem Haushalt für 2006–2007 in Höhe von 201 Mio. US-\$. Auch wenn die weltweiten Beträge für die Organisation angegeben worden sind, sieht sich das Regionalbüro derzeit nicht in der Lage, die erwarteten Ausgaben für 2006–2007 zu schätzen, da bisher nur Daten für das erste Quartal des Zweijahreszeitraums vorliegen. Die Kalkulation des Betrags von 277 Mio. US-\$ erfolgte anhand von zwei Verfahren: Zunächst haben die Fachreferate, die für die 16 Strategischen Ziele verantwortlich sind, eine bedarfsorientierte und an der Basis ansetzende Kostenkalkulation für die einzelnen Ziele vorgenommen. Anschließend wurden diese Kalkulationen aggregiert, und die resultierende Gesamtprognose wurde unter Zugrundelegung der Prioritäten für die Region überprüft und mit dem übergeordneten globalen Haushaltsrahmen verglichen, und es wurde untersucht, inwieweit wir tatsächlich über die für eine Intensivierung der Haushaltsumsetzung erforderlichen Kapazitäten verfügen.

40. Trotz der strukturellen Veränderungen infolge der Ersetzung der 36 Arbeitsbereiche durch 16 Strategische Ziele hat der SCRC auf seiner Tagung im Frühjahr 2006 den Wunsch geäußert, einen Vergleich zwischen dem Programmhaushaltsentwurf für 2008–2009 und den Zahlen für 2006–2007 vorgelegt zu bekommen.

41. Das Regionalbüro hat sich dieser heiklen Aufgabe angenommen. Die Ergebnisse finden sich in den Anhängen 1 und 2. Bei der Umwandlung von 36 Arbeitsbereichen in 16 Strategische Ziele geht es um mehr als eine Zusammenfassung von Aufgaben. Vielmehr sind die neuen Ziele horizontaler ausgerichtet, so dass Maßnahmen, die bislang nur einen einzigen Arbeitsbereich betrafen, nun unter verschiedenen Zielen angesiedelt sind. In Anhang 2 sind die Ausgaben für 2004–2005, der verabschiedete Haushalt 2006–2007 sowie der Haushaltsentwurf 2008–2009 für die Europäische Region in einer vergleichenden Zusammenschau für die 16 Strategischen Ziele abgebildet. Solche Vergleiche hinken zwar stets ein wenig, doch erscheinen uns die Informationen in Anhang 2 hinreichend aussagekräftig, um einen hilfreichen Gesamtüberblick über die drei Zweijahreszeiträume zuzulassen.

Regionale Zuweisungen

42. Im Laufe der Jahre ist in der Europäischen Region ausgiebig über die regionalen Zuweisungen diskutiert worden. Während mehrerer Zweijahreszeiträume konzentrierte sich die Diskussion auf die Resolution WHA51.31. Die Resolution wurde später durch die Leitprinzipien für die strategische Mittelzuweisung ersetzt. Die Leitprinzipien und die begleitenden Validierungsmechanismen waren ebenfalls Gegenstand von Diskussionen, und ein Konsens konnte erst nach mehreren Anläufen auf der Tagung des Exekutivrats im Mai 2006 erzielt werden. Die endgültige Validierungsspanne und die zugrunde liegende Kalkulationsmethode werden in EB118/7 beschrieben. Durch diesen Mechanismus wurde der Prozentsatz des Gesamthaushalts für das Regionalbüro für Europa für den Sechsjahreszeitraum des MTSP auf einen Mittelwert von 6,9% festgelegt, wobei die Spannweite 6,2%–7,5% betrug.

43. In Tabelle 3 des globalen Dokuments werden für das Regionalbüro für 2006–2007 6,5% angegeben, und für 2008–2009 ist eine Steigerung auf 6,6% vorgesehen. Somit liegt das Regionalbüro insgesamt am unteren Ende der Spanne für den Zweijahreszeitraum 2008–2009. Auch wenn 0,1% nur als geringfügige prozentuale Steigerung wahrgenommen wird, so beträgt die absolute Erhöhung des Haushalts des Regionalbüros zwischen 2006–2007 und 2008–2009 doch 76 Mio. US-\$, wie bereits dargelegt. Der Gesamthaushalt 2008–2009 für das Regionalbüro in Höhe von 277 Mio. US-\$ gilt als vorsichtige und realistische Schätzung. Das Regionalbüro geht davon aus, dass mit diesem Betrag ein ausgewogenes Verhältnis zwischen der Verwirklichung unseres Auftrags und einer kritischen Überprüfung unserer Umsetzungskapazitäten hergestellt werden kann.

44. Sollten die Leitungsgremien die Kürzung des Gesamthaushalts für die gesamte Organisation planen, würde das Regionalbüro dem entgegenhalten, dass der vorgeschlagene Gesamtbetrag für die Region beibehalten werden sollte, da er auf einer zurückhaltenden Schätzung beruht und sich wahrscheinlich auch weiterhin innerhalb der durch den Validierungsmechanismus vorgegebenen Spanne bewegen würde.

45. Beispiel: Selbst bei einer allgemeinen Kürzung des Gesamthaushalts der WHO um 500 Mio. US-\$ (von 4,263 Mrd. US-\$ auf 3,763 Mrd. US-\$) würde sich der Gesamthaushalt des Regionalbüros in Höhe von 277 Mio. US-\$ weiterhin innerhalb der Validierungsspanne bewegen, allerdings mit 7,4% des Gesamthaushalts im oberen Bereich der Spanne.

Verteilung des ordentlichen Haushalts

46. Der Validierungsmechanismus basiert auf der Gesamtheit der finanziellen Mittel; dabei wird das Verhältnis zwischen ordentlichem Haushalt und freiwilligen Beiträgen nicht berücksichtigt. Der SCRC hat hierüber bei verschiedenen Gelegenheiten diskutiert und die Auffassung vertreten, dass der Validierungsmechanismus auch auf die Verteilung des ordentlichen Haushalts angewandt werden sollte, damit diese Finanzierungsquelle in der Organisation transparenter und gerechter eingesetzt werden kann.

47. Die zusätzlich vorgeschlagenen ordentlichen Haushaltsmittel für 2008–2009 sollen jedoch entsprechend der bisherigen Struktur verteilt werden und nicht nach den Prinzipien, die dem Validierungsmechanismus zugrunde liegen. Dies bedeutet, dass die Differenz zwischen dem Schwellenwert für den ordentlichen Haushalt und dem Gesamthaushalt je nach Büro unterschiedlich hoch ist. Dies geht aus Tabelle 2 des globalen Dokuments hervor. Besonders bemerkenswert ist die Tatsache, dass zwei WHO-Standorte mit ähnlichem Gesamthaushalt große Unterschiede in Bezug auf die zugewiesenen ordentlichen Haushaltsmittel aufweisen können. So beträgt etwa der Unterschied zwischen dem Regionalbüro für Europa und dem Regionalbüro für Gesamtamerika (AMRO) über 20 Mio. US-\$.

48. Es gibt viele Möglichkeiten für eine gerechte und transparente Verteilung der ordentlichen Haushaltsmittel. Ein Vorschlag besteht in der Verteilung der vorgeschlagenen ordentlichen Haushaltsmittel für 2008–2009 gemäß den Validierungsprozentsätzen, die in Tabelle 3 des globalen Dokuments aufgeführt sind. Eine derartige Verteilung würde folgende Veränderungen bewirken: In fünf Regionen würde sich der Haushalt erhöhen, während es bei AMRO und dem WHO-Hauptbüro zu einer Kürzung des Haushalts käme. Die nachstehende Tabelle 1 verdeutlicht dies.

Tabelle 1: Verteilung der ordentlichen Haushaltsmittel für 2008–2009 gemäß den Validierungsprozentsätzen (in Mio. US-\$)

Standort	Vorgeschlagener ordentlicher Haushalt	Validierung (in % *)	Anpassung des ordentlichen Haushalts gemäß Validierungsmechanismus	Ungefähre Nettoveränderung
AFRO	222,5	26,0	260	+37,5
AMRO	85,0	6,8	68	- 17,0
SEARO	108,4	11,4	114	+ 5,6
EURO	63,6	6,6	66	+ 2,4
EMRO	95,5	10,6	106	+ 10,5
WPRO	83,6	8,6	86	+ 2,4
Hauptbüro	341,4	29,9	299	- 42,4
Insgesamt	1 000	99,9	999	

* Die Validierungsprozentsätze stammen aus Tabelle 3 des globalen Dokuments und sind gerundet.

49. Da es schwierig ist, mit sehr knapp kalkulierten Schwellenwerten für den ordentlichen Haushalt auszukommen, sollte einerseits der Gesamtbetrag des ordentlichen Haushalts erhöht und andererseits eine größere Ausgewogenheit der Schwellenwerte für die sichere Finanzierung gewährleistet werden.

Zusammenfassung

50. Der Mittelfristige Strategieplan für 2008–2013 ist ein neues Konzept, das nach Auffassung des Regionalbüros zur Bündelung von Maßnahmen und zur Herbeiführung einer Kombination von Ergebnissen, insbesondere auf Länderebene, beitragen wird. Darüber hinaus wird es auch auf lange Sicht die Durchführung vergleichender Analysen erleichtern und die Haushaltsplanung für die letzten beiden Zweijahreszeiträume des Strategieplans vereinfachen.

51. Der erste Zweijahreshaushalt, der gemäß diesem Plan erstellt wurde, ist der vorgelegte Programmhaushaltsentwurf für 2008–2009. Der Haushalt schlägt sowohl auf globaler als auch auf regionaler Ebene eine wesentliche Erhöhung der finanziellen Mittel vor. Der Entwurf sieht vor, dass die Erhöhung des Haushalts sowohl durch eine Erhöhung der ordentlichen Beiträge als auch durch einen deutlichen Anstieg der freiwilligen Beiträge finanziert wird.

52. Das Regionalkomitee wird gebeten, sowohl das globale Dokument (EUR/RC56/10) als auch die Perspektive der Europäischen Region zu kommentieren. Für eine Überarbeitung des globalen Dokuments werden die Stellungnahmen aller Regionalkomitees herangezogen. Das überarbeitete globale Dokument wird dem Exekutivrat im Januar 2007 zur weiteren Beratung vorgelegt. Im Mai 2007 wird das Dokument an die Weltgesundheitsversammlung weitergeleitet.

Anhang 1

Vergleich des globalen Programmhaushaltsentwurfs 2008–2009 mit dem Programmhaushaltsentwurf EURO für 2008–2009 und dem verabschiedeten Programmhaushalt EURO für 2006–2007 im Hinblick auf fünf Hauptbereiche (in Mio. US-\$)

Hauptbereiche	Globaler Programmhaushaltsentwurf 2008–2009		Programmhaushaltsentwurf EURO 2008–2009		Verabschiedeter Programmhaushalt EURO 2006–2007	
	US-\$	%	US-\$	%	US-\$	%
1 Gesundheitspolitische Interventionen (Strategische Ziele 1, 2, 3, 4)	2 129,7	50,0	96,0	34,7	70,5	35,1
2 Globale Gesundheitssicherheit (Strategisches Ziel 5)	219,5	5,1	21,0	7,6	10,7	5,3
3 Gesundheitsdeterminanten (Strategische Ziele 6, 7, 8, 9)	488,2	11,5	40,0	14,4	32,8	16,3
4 Gesundheitssysteme (Strategische Ziele 10, 11, 12, 13, 14)	644,4	15,1	55,0	19,9	40,4	20,1
5 Führungsrolle und Governance (Strategische Ziele 15, 16)	781,2	18,3	65,0	23,5	46,6	23,2
Insgesamt	4 263,0	100	277,0	100	201,0	100

Anhang 2

**Programmhaushaltsentwurf EURO für 2008–2009
(Vergleich mit Ausgaben 2004–2005 und Haushalt 2006–2007)**

SOB	Strategisches Ziel	Ausgaben 2004–2005		Verabschiedeter Programmhaushalt 2006–2007		Programmhaushaltsentwurf 2008–2009	
		(in Mio. US-\$)	%	(in Mio. US-\$)	%	(in Mio. US-\$)	%
1	Verringerung der gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Belastung durch übertragbare Krankheiten	14,0	8,8	20,2	10,0	30,0	10,8
2	Bekämpfung von HIV/Aids, Malaria und Tuberkulose	19,1	11,9	28,4	14,1	36,0	13,0
3	Verhütung und Verringerung von Krankheit, Behinderung und vorzeitigem Tod infolge chronischer nichtübertragbarer Krankheiten, psychischer Störungen sowie von Gewalt und Verletzungen	8,0	5,0	9,6	4,8	16,0	5,8
4	Verringerung von Morbidität und Mortalität und Verwirklichung gesundheitlicher Verbesserungen während der entscheidenden Lebensphasen, insbesondere Schwangerschaft, Entbindung, Neonatalperiode, Kindheit und Jugend, und Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit sowie Förderung eines aktiven und gesunden Alterns für alle durch Verfolgung eines Lebensverlaufansatzes und unter Berücksichtigung von Gerechtigkeitslücken	4,5	2,8	12,4	6,2	14,0	5,1
5	Verringerung der gesundheitlichen Folgen von Notfall-, Katastrophen-, Krisen- und Konfliktsituationen und Minimierung ihrer sozialen und ökonomischen Auswirkungen	8,4	5,3	10,7	5,3	21,0	7,6
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	6,6	4,1	8,3	4,1	10,0	3,6
7	Ansetzen an den zugrunde liegenden sozialen und ökonomischen Determinanten von Gesundheit durch Konzepte und Programme zur Förderung von gesundheitlicher Chancengleichheit und Einbeziehung von Armutsbekämpfungs-, Gleichstellungs- und Menschenrechtsaspekten	1,1	0,7	3,4	1,7	6,0	2,2
8	Förderung einer gesundheitsförderlicheren Umwelt, Intensivierung der Primärprävention und Beeinflussung der Politik in allen Bereichen, um umweltbedingte Gesundheitsgefahren an der Wurzel zu bekämpfen	16,4	10,2	17,8	8,9	18,0	6,5
9	Verbesserung von Ernährung, Lebensmittelsicherheit und Ernährungssicherheit während der gesamten Lebensdauer und als Unterstützung für öffentliche Gesundheit und nachhaltige Entwicklung	1,9	1,2	3,4	1,7	6,0	2,2
10	Verbesserung von Organisation, Verwaltung und Erbringung von Gesundheitsleistungen	5,7	3,6	5,8	2,9	12,0	4,3
11	Verbesserung der Leitung und Verwaltung von Gesundheitssystemen und ihre stärkere Ausrichtung am Erkenntnisstand	23,5	14,7	21,3	10,6	22,0	7,9
12	Verbesserung des Zugangs zu medizinischen Produkten und Technologien sowie ihrer Qualität und Anwendung	3,2	2,0	4,5	2,2	7,0	2,5
13	Sicherung der Verfügbarkeit von kompetenten, flexiblen und leistungsfähigen Gesundheitsfachkräften, um die gesundheitlichen Resultate zu verbessern	1,9	1,2	2,9	1,4	6,0	2,2
14	Sozialer Schutz durch gerechte, ausreichende und nachhaltige Finanzierung	4,1	2,6	5,9	2,9	8,0	2,9
15	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	16,9	10,6	25,0	12,4	25,0	9,0
16	Weiterentwicklung und Erhaltung der WHO als flexible, lernende Organisation, die ihr Mandat effizienter und wirksamer erfüllen kann.	24,6	15,4	21,6	10,7	40,0	14,4
	INSGESAMT	160,0	100,0	201,0	100,0	277,0	100,0