



Weltgesundheitsorganisation

REGIONALBÜRO FÜR Europa

REGIONALKOMITEE FÜR EUROPA
65. TAGUNG

Vilnius (Litauen), 14.–17. September 2015



Regionalplan für die Umsetzung des Programmhaushalts 2016–2017 in der Europäischen Region der WHO



Arbeitsdokument



Regionalkomitee für Europa

65. Tagung

EUR/RC65/14

Vilnius (Litauen), 14.–17. September 2015

3. August 2015

150543

Punkt 5 i) der vorläufigen Tagesordnung

ORIGINAL: ENGLISCH

Regionalplan für die Umsetzung des Programmhaushalts 2016–2017 in der Europäischen Region der WHO

Der Programmhaushalt 2016–2017 (PB 2016–2017) wurde im Mai 2015 von der 68. Weltgesundheitsversammlung durch die Resolution WHA68.1 angenommen (siehe Dokument A68/7). Der vorliegende Regionalplan für seine Umsetzung enthält den Beitrag der Europäischen Region der WHO zu den im PB 2016–2017 für die globale Ebene festgelegten Resultaten und Outputs, wobei die Erfüllung auf der Ebene der Region anhand konkreter Indikatoren gemessen wird.

Dieses Dokument ist somit als eine Neuauflage des „Kontraktes“ zwischen den Mitgliedstaaten und dem WHO-Regionalbüro für Europa zu verstehen und stellt damit für das Regionalbüro das wichtigste Instrument für eine programmbezogene und haushaltmäßige Rechenschaftslegung im Zeitraum 2016–2017 dar. Es wird darauf hingewiesen, dass der Plan Ziele auf der Ebene der Resultate (gemeinsame Verantwortung von Mitgliedstaaten und Sekretariat) wie auch der Outputs (ausschließliche Verantwortung des Sekretariats) enthält und dass sich die Mitgliedstaaten durch Zustimmung zu dem Plan dazu verpflichten, auf die Verwirklichung der in diesem Dokument genannten gemeinsamen Ziele hinzuarbeiten.

Der Plan für die Umsetzung des PB 2016–2017 in der Europäischen Region wird dem Regionalkomitee zur Annahme vorgelegt.

Inhalt

	Seite
Zusammenfassung	3
Ausarbeitung des Programmhaushalts der WHO für 2016–2017: Bottom-up-Planung im Kontext der globalen Reform.....	4
Resolutionen	6
Gesundheit 2020	6
Überblick über den Haushalt für die Europäische Region	7
Finanzierung: Aussichten und Herausforderungen	10
Anhang: Programmhaushalt 2016–2017 für die Europäische Region der WHO nach Programmbereich (in Mio. US-\$)	12

Zusammenfassung

1. Der Programmhaushalt 2016–2017 (PB 2016–2017) wurde im Mai 2015 von der 68. Weltgesundheitsversammlung durch die Resolution WHA68.1 angenommen. In dem globalen PB 2016–2017 werden die programmatischen Prioritäten der Weltgesundheitsorganisation für den Zweijahreszeitraum zusammen mit einer detaillierten Ergebniskette mit Indikatoren zur Messung der Erfolge des Sekretariats der WHO präsentiert, und es werden jeweils Haushaltsrahmen nach größeren Büros und Programmbereichen vorgegeben. Der globale PB 2016–2017, der für die Organisation als globalen Akteur das wichtigste Instrument zur Gewährleistung der Rechenschaftslegung darstellt, umfasst auch die Arbeit des Regionalbüros für Europa. Im globalen Programmhaushalt 2016–2017 ist für die Basisprogramme eine Erhöhung der Mittel um 8% gegenüber dem von der Weltgesundheitsversammlung genehmigten PB 2014–2015 vorgesehen (bei Einbeziehung der Bereiche Notlagen und Polio sowie ausgewählter Partnerschaften ergibt sich insgesamt eine Erhöhung um 10,3%). Für die Europäische Region beträgt die Erhöhung 9,2% gegenüber dem von der Weltgesundheitsversammlung genehmigten PB 2014–2015, jedoch ergibt sich gegenüber den tatsächlich zugewiesenen Haushaltsmitteln für den Zeitraum 2014–2015 kaum eine Veränderung.

2. Der Hauptzweck des Regionalplans für die Umsetzung des Programmhaushalts 2016–2017 in der Europäischen Region (RPI), der der 65. Tagung des Regionalkomitees für Europa (RC65) vorgelegt werden soll, besteht darin, den Beitrag der Europäischen Region zur Verwirklichung der in dem globalen PB genannten Ergebnisse zu konkretisieren, namentlich anhand von Leistungsindikatoren. Darüber hinaus enthält der RPI auch auf die Fachprogramme der Region bezogene Überlegungen nach Kategorie und Programmbereich sowie einen Überblick über die Haushaltslage in der Europäischen Region. In diesem Sinne stimmt der RPI mit dem globalen PB überein und stellt für das Regionalbüro das wichtigste Instrument zur Rechenschaftslegung gegenüber den Mitgliedstaaten dar.

3. Das vorliegende Dokument wurde gegenüber dem Entwurf, der im Mai 2015 der vierten Tagung des Zweiundzwanzigsten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees für Europa vorgelegt wurde, umfassend aktualisiert. Die wichtigsten Veränderungen:

- Verfeinerung und Vervollständigung des Beitrags der Europäischen Region zu den im PB 2016–2017 genannten globalen Leistungsindikatoren;
- Konsolidierung und Verbesserung der Textteile zu den Kategorien und Programmbereichen;
- Anpassung an die globalen Haushaltszahlen nach Programmbereich, um die Bottom-up-Planung und die Prioritäten der Regionen zu berücksichtigen.

4. Im RPI werden die aktuell geltenden Resolutionen berücksichtigt, die im Haushalt veranschlagt werden müssen. Dieses wichtige Erfordernis wurde von den Mitgliedstaaten auf Tagungen der leitenden Organe der Europäischen Region thematisiert. „Gesundheit 2020“ gibt der Arbeit in der Europäischen Region eine übergeordnete strategische Ausrichtung und wird deshalb in diesem ersten Dokument untersucht. Die Indikatoren für „Gesundheit 2020“ sind in Dokument EUR/RC65/Inf.Doc./1 aufgeführt.

5. Zum Abschluss dieses Dokuments wird ein Überblick über Haushalt und Haushaltsmittel für die Europäische Region gegeben, der auch einige Vergleiche mit dem

vorigen Zweijahreszeitraum enthält. In dem Überblick werden auch die Anpassungen an den Zahlen des globalen PB 2016–2017 hervorgehoben, die für die Europäische Region auf der Ebene der Programmbereiche vorgenommen wurden. Es sollte darauf hingewiesen werden, dass zwar für die Erstellung des PB 2016–2017 eine Bottom-up-Planung und Beiträge der Regionen erforderlich waren, dass aber für die Höhe der Zuweisungen innerhalb der Organisation letztendlich strategische Überlegungen auf der höchsten Ebene der WHO ausschlaggebend waren. Auch wenn im von der Weltgesundheitsversammlung genehmigten PB 2016–2017 die globalen Zuweisungen nach Kategorie mit den Prioritäten der Regionen und den Ergebnissen der Bottom-up-Planung vereinbar sind, so wurden doch eine Reihe von Anpassungen an den Haushaltszuweisungen nach Programmbereich vorgenommen. Diese Änderungen sind im Rahmen der Befugnisse der Regionaldirektorin möglich und sind auch erforderlich, um die Mittelzuweisungen für die Programmbereiche mit den Prioritäten aus dem Bottom-up-Planungsverfahren sowie mit den strategischen Überlegungen der Europäischen Region in Einklang zu bringen.

6. Der Anhang zu diesem Dokument enthält einen Vergleich zwischen dem von der Weltgesundheitsversammlung genehmigten PB 2016–2017 und den angepassten Zuweisungen nach Kategorie und Programmbereich in US-Dollar.

7. Die Einzelheiten für jede Kategorie und jeden Programmbereich und der jeweilige Beitrag der Europäischen Region zu der im PB 2016–2017 dargestellten globalen Ergebniskette werden im Dokument EUR/RC65/Inf.Doc./1 präsentiert, das in Verbindung mit diesem Dokument gelesen werden sollte. Jede Kategorie enthält einen einführenden Abschnitt mit Erläuterung der zugrunde liegenden strategischen Überlegungen sowie der Haushaltsmittel für die einzelnen Programmbereiche. Darauf folgt jeweils ein Abschnitt über jeden Programmbereich, in dem die Herausforderungen und Chancen für die Europäische Region sowie die Strategien zur Verwirklichung der vorgeschlagenen Ergebnisse (einschließlich Indikatoren) untersucht werden. Der letzte Teil einer jeden Kategorie besteht aus der globalen Ergebniskette und der Erläuterung des Beitrags der Europäischen Region zu den im globalen PB 2016–2017 genannten Indikatoren. Dieser Beitrag steht im Mittelpunkt des RPI und stellt das wichtigste Instrument für eine programmbezogene Rechenschaftslegung innerhalb der Europäischen Region dar.

Ausarbeitung des Programmhaushalts der WHO für 2016–2017: Bottom-up-Planung im Kontext der globalen Reform

8. Der PB 2016–2017 wurde vor dem Hintergrund der WHO-Reform erstellt, was sich in erheblichem Maße auf den Planungsprozess und seine Ergebnisse auswirkte. Die im Zwölften Allgemeinen Arbeitsprogramm festgelegte Ergebniskette wird im PB 2016–2017 erneut verwendet, wobei bestimmte Elemente auf der Grundlage der Lehren aus den Zeiträumen 2012–2013 und 2014–2015 überarbeitet und verbessert wurden. Die Zielsetzung des PB 2016–2017 besteht darin, messbare Ziele zu präsentieren, die die Arbeit des Sekretariats der WHO und ihre Wirkung in den Mitgliedstaaten akkurat widerspiegeln.

9. Eine wesentliche globale Initiative mit Auswirkungen auf den PB 2016–2017 ist die Arbeit im Bereich der strategischen Zuweisung von Haushaltskapazität. Die Suche nach einer rationalen, fairen und ausgewogenen Methode für die Verteilung des

zweijährigen Haushalts zwischen dem Hauptbüro und den sechs WHO-Regionen war bereits 2014 ein zentrales Thema der Reform. Zur Koordinierung und Steuerung des Prozesses setzte der Exekutivrat die Arbeitsgruppe für die strategische Zuweisung von Haushaltskapazität ein.

10. Als Ergebnis nahm der Exekutivrat ein Modell für die fachliche Zusammenarbeit auf der Ebene der Länder an. Das vereinbarte Modell würde zu einer Anhebung des Anteils der Europäischen Region an der globalen Zuweisung für Sektion 1 von 5% auf 6,4% führen.

11. Der Finanzierungsdialog, der für den PB 2014–2015 erstmals als zentrales Instrument zur Mittelbeschaffung zum Einsatz kam, hatte wesentlichen Einfluss auf die Gestaltung des PB 2016–2017 und wird auch dessen künftige Umsetzung maßgeblich prägen. Das Ziel eines vollständig finanzierten Programmhaushalts führt zu einer engeren Abstimmung der tatsächlichen Finanzierung und Umsetzung des Haushalts auf die im genehmigten Programmhaushalt enthaltenen Pläne. Auch wenn der PB 2014–2015 für einen Übergangs-Zweijahreszeitraum gedacht ist, so wird doch davon ausgegangen, dass das bei der Erstellung des PB 2016–2017 gelegte Fundament zu einer deutlich engeren Abstimmung der tatsächlich finanzierten Arbeit auf die Prioritäten der Mitgliedstaaten führen wird.

12. Die Handhabung der Matrix hat sich als Herausforderung für die WHO erwiesen, wie dies auch für viele andere große (öffentliche wie private) Organisationen der Fall ist. Dennoch kann festgestellt werden, dass der jüngste Versuch, bei der Planung im Rahmen der WHO-Reform eine Matrix – in Form der Netzwerke für Kategorien und Programmbereiche – zu verwenden, bei der Erstellung des PB 2016–2017 erfolgreich verlief. Diese Netzwerke, die sich aus designierten Ansprechpersonen auf der Ebene der Länder oder Regionen oder der globalen Ebene zusammensetzen, haben sich als Eckpfeiler bei der Ausarbeitung global kohärenter Ziele erwiesen. Das Regionalbüro für Europa hat sich aktiv an den Netzwerken beteiligt und aufgrund der aufgewerteten Rolle bei der Festlegung globaler Ziele sowie durch die Gelegenheiten zum Wissensaustausch von ihnen profitiert. Es wird erwartet, dass die Netzwerke auch weiterhin eine bedeutende Rolle bei der Umsetzung und Überwachung des PB 2016–2017 sowie in der Berichterstattung darüber spielen werden.

13. Der Prozess der Bottom-up-Planung wurde im April 2014 begonnen und wird 2015 fortgesetzt. Er war in folgende wichtige Phasen unterteilt:

- Festlegung der Prioritäten auf Ebene der Länder: Die Maßnahme wurde durch ein Rundschreiben der Regionaldirektorin an alle Mitgliedstaaten in der Europäischen Region eingeleitet, in der sie um deren Beteiligung und Beiträge zur Festlegung der Prioritäten für die Arbeit der WHO auf der Ebene der Länder im Zeitraum 2016–2017 bat. Die Prioritäten wurden aus den im Zwölften Allgemeinen Arbeitsprogramm enthaltenen Programmbereichen ausgewählt.
- Veranschlagung der erforderlichen personellen und finanziellen Ressourcen: Dies geschah ursprünglich, um die Definition der Prioritäten der Länder zu ergänzen, und wurde später für alle Haushaltszentren (Länderbüros bzw. Abteilungen beim Regionalbüro) verfeinert. Dies ist das erste Mal, dass bei der Ausarbeitung des Programmhaushalts eine detaillierte globale Bottom-up-Kostenkalkulation erfolgte. In der Vergangenheit fand eine so detaillierte Untersuchung erst im Zuge der operativen Planung statt, also erst lange nach der Genehmigung des Programmhaushalts durch die Weltgesundheitsversammlung.

- Erstellung der Entwürfe für die Arbeitspläne der Beschäftigten für den Zeitraum 2016–2017: Diese Pläne wurden Ende 2014 bzw. Anfang 2015 als Instrument für eine vollständige Berechnung des Anteils der Personalkosten im Zeitraum 2016–2017 erstellt. Die Entwürfe der Arbeitspläne wurden nachfolgend im Rahmen der operativen Planung verfeinert, die Mitte 2015 begann.

14. Die Erstellung des PB 2016–2017 war ein repetitiver Prozess, in den der auf der Ebene der Regionen wie auch global durchgeführte Bottom-up-Prozess ebenso einfluss wie richtungweisende globale strategische Beschlüsse und konkrete Haushaltsrahmen, die wiederum eine Neubewertung der Prioritäten auf der Ebene der Regionen und der Länder erforderlich machten. Die endgültigen Etats wurden auch unter realistischer Berücksichtigung der Aussichten für die Finanzierung erstellt.

Resolutionen

15. Im Zuge der Erstellung des PB 2016–2017 wurden auch die bestehenden Verpflichtungen aus Resolutionen, die von den leitenden Organen der WHO auf der globalen Ebene und in den Regionen angenommen wurden, kostenmäßig beziffert. Auf der Ebene der Europäischen Region werden im PB 2016–2017 die finanziellen Konsequenzen der dem RC64 vorgelegten Resolutionsentwürfe (Dokumente EUR/RC64/11 Add.1, EUR/RC64/12 Add.1, EUR/RC64/14 Add.1 und EUR/RC64/15 Add.1; Gesamthöhe: 22,4 Mio. US-\$) sowie der dem RC65 vorzulegenden Resolutionsentwürfe (Dokumente EUR/RC65/9 Add.1, EUR/RC65/10 Add.1, EUR/RC65/13 Add.1 und EUR/RC65/17 Add.1; Gesamthöhe: 41 Mio. US-\$) für das WHO-Regionalbüro für Europa untersucht; Gleiches geschieht mit früheren Verpflichtungen der leitenden Organe. Die Kostenkalkulation für jeden Resolutionsentwurf wird den leitenden Organen zusammen mit dem Arbeitsdokument selbst vorgelegt.

Gesundheit 2020

16. Die Definition der strategischen gesundheitlichen Prioritäten für die Europäische Region im Haushaltszeitraum 2016–2017 orientiert sich an dem Rahmenkonzept der Europäischen Region für Gesundheit und Wohlbefinden, „Gesundheit 2020“, das im September 2012 vom RC62 in der Resolution EUR/RC62/R4 angenommen wurde. „Gesundheit 2020“ wurde als ein auf Werte gestütztes, evidenzgeleitetes Handlungskonzept mit einer Strategie ausgearbeitet, das kontinuierlich auf eine Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen in der Europäischen Region sowie auf den Abbau der gesundheitlichen Ungleichheiten innerhalb der Region abzielt. Die Verwirklichung des Anspruchs und Potenzials, die in der Zukunftsvision und dem Ansatz von „Gesundheit 2020“ liegen, hat Auswirkungen auf die Arbeit des gesamten Regionalbüros auf der fachlichen Ebene wie auch in den Ländern.

17. Sowohl die bilateralen Kooperationsvereinbarungen als auch die Länder-Kooperationsstrategien tragen wesentlich dazu bei, zu verdeutlichen, wie die Länder die Zukunftsvision von „Gesundheit 2020“ im nationalen Rahmen vorantreiben möchten und wie das Regionalbüro diese Bemühungen auf der strategischen Ebene wie auch mit konkreten fachlichen Lösungsansätzen unterstützen kann. Im Zeitraum 2016–2017 wird das Regionalbüro die Mitgliedstaaten weiter bei der Ausarbeitung neuer Gesundheitskonzepte

nach dem Vorbild von „Gesundheit 2020“ bzw. bei der Aktualisierung vorhandener Konzepte unterstützen. Gleichzeitig wird es den Ländern aber auch bei der Entwicklung von Handlungskonzepten in bestimmten Themenbereichen behilflich sein, etwa bei ressortübergreifenden Strategien zur Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten, bei Konzepten oder Strategien für öffentliche Gesundheit oder bei nationalen Plänen zur Stärkung der Gesundheitssysteme. Das Regionalbüro wird die Länder auch beim Aufbau von Kapazitäten für gesamtstaatliche und gesamtgesellschaftliche Ansätze und bei der Einsetzung und Betreuung ressortübergreifender Ausschüsse unterstützen.

18. Im Zeitraum 2014–2015 hat das Regionalbüro für die nächsten Etappen der strategischen Umsetzung von „Gesundheit 2020“ in den einzelnen Ländern jeweils detaillierte Fahrpläne ausgearbeitet. Diese Arbeit wird im Lichte der in diesem Zeitraum gewonnenen Erkenntnisse im Haushaltszeitraum 2016–2017 fortgesetzt. Die Ziele und Indikatoren für „Gesundheit 2020“ werden in dem in Dokument EUR/RC65/Inf.Doc./1 enthaltenen Anhang genannt, da sie sich auf die Indikatoren in der Sektion „Kategorien“ beziehen und diesen Bedeutung geben.

Überblick über den Haushalt für die Europäische Region

19. Der globale Gesamthaushalt für 2016–2017 wird in Bezug auf die Basisprogramme um 8% gegenüber dem von der Weltgesundheitsversammlung genehmigten PB 2014–2015 erhöht. Dies schließt also weder die Bereiche Polio und Gegenmaßnahmen bei Krankheitsausbrüchen und Krisen ein, noch Bereiche mit besonderen Modalitäten, wie etwa die Erforschung von Tropenkrankheiten und die Erforschung der menschlichen Reproduktion. Der Haushalt für das Regionalbüro für Europa wird gegenüber dem von der Weltgesundheitsversammlung genehmigten PB 2014–2015 um 9,2% aufgestockt. Der Anteil des Regionalbüros für Europa an dem globalen Etat für Basisprogramme beträgt 7%.

20. In Tabelle 1 wird der PB 2016–2017 nach Kategorie in Relation zu den von der Weltgesundheitsversammlung genehmigten sowie den aktuell zugewiesenen Haushaltsmitteln im PB 2014–2015 dargestellt. In Übereinstimmung mit den Prioritäten der Länder und mit der Prioritätensetzung für die globale Ebene wird den Kategorien 1, 2, 4 und 5 im Zeitraum 2016–2017 jeweils ein höherer Etat zugewiesen. Diese Erhöhungen tragen den Lehren aus dem jüngsten Ausbruch von Ebola-Fieber Rechnung, aber auch der Absicht, die Arbeit in den Bereichen antimikrobielle Resistenz und Hepatitis zu intensivieren. Die Unterstützung für die Länder durch das Regionalbüro bei der Bekämpfung der sich abzeichnenden epidemieartigen Ausbreitung nichtübertragbarer Krankheiten wird im Zeitraum 2016–2017 eine stärkere Schwerpunktlegung hin zu Kategorie 2 erfordern, was sich in der Erhöhung der Mittel für diese Kategorie bemerkbar macht. Ebenso werden die Bemühungen des Regionalbüros zur Stärkung der institutionellen Kapazitäten für das Risiko- und Krisenmanagement in Notfällen und zur Einrichtung eines ausgelagerten Fachzentrums für Bereitschaftsplanung für gesundheitliche und humanitäre Notlagen in der Türkei eine Aufstockung des Etats in Kategorie 5 erforderlich machen.

21. Mit Blick auf Organisationsführung und Leitungsebene (Kategorie 6) wird das Regionalbüro eine Umsetzung der Empfehlungen der Gemeinsamen Inspektionsgruppe

aus dem Jahr 2012¹ zur Verstärkung der Präsenz der WHO in den Ländern sowie eine Umsetzung reformbezogener Initiativen anstreben und dabei ein besonderes Augenmerk auf die Bereiche Transparenz und Rechenschaftslegung richten. Hierfür wird im Zeitraum 2016–2017 eine Aufstockung der Mittel erforderlich werden.

22. Der Etat für die Eradikation der Poliomyelitis wird als separate Haushaltslinie präsentiert. Der geschätzte Bedarf an Haushaltsmitteln basiert auf dem für den Zeitraum 2016–2017 ausgewiesenen Mittelbedarf im Globalen Plan zur Polioeradikation mit einer Polio-Endspielstrategie für den Zeitraum 2013–2018. Dies hat beim Regionalbüro eine Erhöhung des Etats für dieses Programm um insgesamt 85% zur Folge. Der Etat für die Gegenmaßnahmen bei Krankheitsausbrüchen und Krisen wird auf 3 Mio. US-\$ festgesetzt; er ist ein durch Ereignisse bestimmter Etat, der im Laufe des Haushaltszeitraums 2016–2017 je nach Bedarf angepasst wird. Gegenwärtig betreibt das Regionalbüro in der Ukraine und der Türkei (wegen der Hilfsaktionen in Syrien) Aktionen zur Krisenbewältigung, die sich auch im Zeitraum 2016–2017 in dieser Haushaltslinie niederschlagen dürften.

23. Die Kürzung in der Kategorie 3 spiegelt den im PB 2014–2015 leicht überschätzten Bedarf wider, den das Regionalbüro durch Reduzierung des Etats für 2014–2015 angepasst hat, wie aus den aktuell tatsächlich zugewiesenen Haushaltsmitteln ersichtlich ist.

24. Die Einzelheiten zu den Etats für jeden Programmbereich finden sich in den Erläuterungen zu den einzelnen Kategorien in Dokument EUR/RC65/Inf.Doc./1 und sind im nachstehenden Anhang zusammengefasst. Die Mitgliedstaaten seien darauf hingewiesen, dass zwar die globalen Zuweisungen nach Kategorie mit den Prioritäten der Europäischen Region übereinstimmen, dass jedoch in dieser Fassung einige kleinere Änderungen an den Mittelzuweisungen für die Programmbereiche vorgenommen wurden, die dem RC65 zur Genehmigung vorgelegt werden. Diese Änderungen wurden im Rahmen der Befugnisse der Regionaldirektorin vorgenommen und sind auch erforderlich, um die Mittelzuweisungen für die Programmbereiche mit den Prioritäten aus dem Bottom-up-Planungsverfahren sowie mit den strategischen Überlegungen der Europäischen Region in Einklang zu bringen.

25. Bemerkenswert ist vor allem eine Verschiebung um ca. 10 Prozentpunkte im Basishaushalt auf die Ebene der Länder im Zeitraum 2016–2017 gegenüber dem Zeitraum 2014–2015. Dies spiegelt eine intensiviertere Arbeit in den Ländern zur Umsetzung von „Gesundheit 2020“ sowie darauf abgestimmte Prioritäten der Länder und vom Regionalbüro eingesetzte Konzepte und Strategien wider, die allesamt in den letzten beiden Zweijahreszeiträumen in Form von Resolutionen vom Regionalkomitee angenommen wurden. Auf der Grundlage eines regionsspezifischen Geschäftsmodells für die fachliche Hilfe an die Länder ist davon auszugehen, dass ein Großteil der Länderarbeit des Regionalbüros durch in Kopenhagen oder in den ausgelagerten Fachzentren ansässiges Fachpersonal erledigt wird, anstatt in jedem Länderbüro für jeden Fachbereich einen Experten zu beschäftigen. Deshalb beinhaltet der Etat für die Länderebene in

¹ Bestandsaufnahme von Führung, Verwaltung und Dezentralisierung in der Weltgesundheitsorganisation – Bericht der Gemeinsamen Inspektionsgruppe Genf: Weltgesundheitsorganisation, 2013 (EB132/5 Add.6, Anhang; http://apps.who.int/gb/e/e_eb132.html, eingesehen am 6. Juli 2015).

quantitativer Hinsicht neben den in den Arbeitsplänen direkt veranschlagten Mitteln für die Länder auch die volle Unterstützung durch das Regionalbüro.

Tabelle 1: Vergleich des PB 2014–2015 und des PB 2016–2017 nach Kategorie für das Regionalbüro für Europa (in Mio. US-\$)

Kategorie	2014–2015		2016–2017	Gegenüberstellung von PB 2016–2017 und von der WHA genehmigtem PB 2014–2015	
	Von der WHA genehmigter PB	Zugewiesener PB	Von der WHA genehmigter PB	(in Mio. US-\$)	%
1. Übertragbare Krankheiten	30,60	42,33	33,80	3,20	10,5%
2. Nichtübertragbare Krankheiten	32,80	29,20	33,90	1,10	3,4%
3. Gesundheitsförderung im gesamten Lebensverlauf	40,10	37,75	38,30	-1,80	-4,5%
4. Gesundheitssysteme	44,80	48,83	48,20	3,40	7,6%
5. Vorsorge-, Surveillance- und Gegenmaßnahmen	13,70	18,08	21,30	7,60	55,5%
6. Organisatorische und befähigende Funktionen	54,00	54,00	59,90	5,90	10,9%
Insgesamt	216,00	230,19	235,40	19,40	9,0%
Sonstiges – Polio, Erforschung von Tropenkrankheiten und Erforschung der menschlichen Reproduktion	4,00	6,93	7,40	3,40	85,0%
Gegenmaßnahmen bei Krankheitsausbrüchen und Krisen	5,00	9,65	3,00	-2,00	-40,0%
Insgesamt	225,00	246,77	245,80	20,80	9,2%

26. Eine Analyse vergangener Programmhaushalte und Einnahmen (Tabelle 2) zeigt, wie realistisch die Veranschlagung des Haushalts für die Europäische Region ist. So konnte das Regionalbüro für die Haushaltszeiträume 2012–2013 und 2014–2015 die genehmigten Haushaltsmittel jeweils zu 100% aufbringen und verfügt über eine fast

vollständige Finanzierung für die zugewiesenen Haushaltsmittel für den Zeitraum 2014–2015. Wenn außerdem die Höhe der im Zeitraum 2014–2015 gegenwärtig verfügbaren Mittel mit dem PB 2016–2017 verglichen wird, so erscheint eine Finanzierung zu 100% für den PB 2016–2017 durchaus realistisch.

Tabelle 2: Frühere Programmhaushalte und Einnahmen des Regionalbüros für Europa (in Mio. US-\$)

	PB 2010– 2011	PB 2012– 2013	PB 2014– 2015 ^a	PB 2016– 2017
Von der WHA genehmigter PB	261,9	213,0	225,0	245,8
Zugewiesener PB	265,9	253,3	246,8	n. v.
Verfügbare (und prognostizierte) Mittel für den Haushaltszeitraum	223,0	213,0	242,0	n. f.

n. v.: nicht zutreffend; n. f.: noch festzulegen

^a Für den PB 2014–2015 gilt: verfügbare Mittel = tatsächlich verfügbare Mittel mit Stand 31. März 2015, zzgl. prognostizierter freiwilliger Beiträge.

Finanzierung: Aussichten und Herausforderungen

27. Im Haushaltszeitraum 2012–2013 war das Regionalbüro für die Arbeit seiner Programme weitgehend auf freiwillige Beiträge angewiesen, die durch einen hohen Grad an Zweckbindung (nur etwa die Hälfte der verfügbaren Mittel waren vollständig oder weitgehend flexibel) sowie durch mangelnde Flexibilität für die Finanzierung von Personalkosten gekennzeichnet waren. Die unmittelbaren Konsequenzen dieser mangelnden Vorhersehbarkeit und Flexibilität der Mittel waren spürbare Finanzierungslücken für einige Programme trotz einer insgesamt ausgezeichneten Mittelausstattung.

28. Diese Probleme waren keineswegs auf das WHO-Regionalbüro für Europa beschränkt; vielmehr war die finanzielle Situation sämtlicher größeren Büros der WHO gleichermaßen durch einen Mangel an Vorhersehbarkeit, Flexibilität und Abstimmung mit den Ergebnissen gekennzeichnet.

29. Der 2013 begonnene Finanzierungsdialog zielte darauf ab, die Qualität der Finanzierung für den PB 2014–2015 zu verbessern und sich konkret mit Problemen auseinanderzusetzen, die in Bezug auf Vorhersehbarkeit, Flexibilität, Abstimmung, Anfälligkeit und Transparenz auftreten. Insgesamt gesehen ist das Ergebnis des Finanzierungsdialogs positiv zu beurteilen, und es lassen sich einige erfreuliche Trends erkennen, etwa eine größere Zahl zuverlässiger Finanzierungsprojektionen zu Beginn des Zweijahreszeitraums, eine Erhöhung des Kontos für zentrale freiwillige Beiträge, die Bereitschaft einiger Mitgliedstaaten zur Prüfung einer Verlagerung ihrer Mittelzusagen in bisher unterfinanzierte Bereiche und der Zugewinn an Transparenz aufgrund des neuen Webportals zum Programmhaushalt, dessen Informationen den Gebern fundierte Entscheidungen ermöglichen. Doch es gibt immer noch einige „Armutinseln“ bei bestimmten Programmen, und auch die Vorhersehbarkeit der Mittel ist nach wie vor begrenzt, da sich die Spenden meist nicht über mehrere Haushaltszeiträume erstrecken.

30. Eine wirksame Mittelbeschaffung dürfte zu einem vollständig gedeckten PB 2016–2017 führen, wobei auch weitere Fortschritte bei der Ausrichtung der Finanzmittel an den genehmigten Haushaltsobergrenzen erwartet werden. Die notwendigen Instrumente stehen auf den drei Ebenen der Organisation und in sämtlichen Kategorien zur Verfügung und dienen einer Erhöhung der Transparenz in Bezug auf zugesagte Finanzmittel, einschließlich der erwarteten Mittel.

31. Die Höhe der Haushaltsmittel für 2016–2017 wird vom Ausgang des Finanzierungsdialogs im November 2015, dem Verhalten der Geber und einer Reihe anderer externer Faktoren abhängen. Wie bereits erwähnt, dürfte angesichts der für den PB 2014–2015 schon gesicherten Mittel eine Finanzierung des PB 2016–2017 zu 100% realistisch sein. Das Regionalbüro wird sich weiter darum bemühen, die vorhandenen Mittel mit dem Programmhaushalt abzustimmen, um eine vollständige Finanzierung des PB 2016–2017 sicherzustellen.

Anhang: Programmhaushalt 2016–2017 für die Europäische Region der WHO nach Programmbereich (in Mio. US-\$)

Kategorien und Programmbereiche	Von der WHA genehmigter PB 2016–2017			Von der WHA genehmigter PB 2016–2017 (nach Anpassung)			Differenz zwischen genehmigtem und angepasstem Gesamtbetrag
	Länderbüros	Regionalbüro	Insgesamt	Länderbüros	Regionalbüro	Insgesamt	
1. Übertragbare Krankheiten							
HIV und Hepatitis	1,9	5,0	6,9	2,0	5,4	7,4	7%
Tuberkulose	8,0	2,8	10,8	6,0	5,5	11,5	6%
Malaria	0,2	2,9	3,1	-	1,0	1,0	-68%
Vernachlässigte Tropenkrankheiten	-	0,6	0,6	-	0,4	0,4	-33%
Durch Impfungen vermeidbare Krankheiten	3,6	8,8	12,4	3,9	9,6	13,5	9%
Kategorie 1 insgesamt	13,7	20,1	33,8	11,9	21,9	33,8	0%
2. Nichtübertragbare Krankheiten							
Nichtübertragbare Krankheiten	9,7	9,5	19,2	9,8	10,2	20,0	4%
Psychische Gesundheit und Substanzmissbrauch	2,8	2,4	5,2	2,6	3,2	5,8	12%
Gewalt- und Verletzungsprävention	1,9	5,0	6,9	2,0	3,6	5,6	-19%
Behinderung und Rehabilitation	0,4	0,1	0,5	0,4	0,1	0,5	0%
Ernährung	0,3	1,8	2,1	0,3	1,7	2,0	-5%
Kategorie 2 insgesamt	15,1	18,8	33,9	15,1	18,8	33,9	0%
3. Gesundheitsförderung im gesamten Lebensverlauf							
Reproduktive Gesundheit und Gesundheit von Müttern, Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen	3,0	3,5	6,5	3,2	3,7	6,9	6%
Altern und Gesundheit	0,4	1,0	1,4	0,4	1,0	1,4	0%
Systematische Einbeziehung der Aspekte Gleichstellung, Chancengleichheit und Menschenrechte	0,1	0,9	1,0	0,1	1,0	1,1	10%

Kategorien und Programmbereiche	Von der WHA genehmigter PB 2016–2017			Von der WHA genehmigter PB 2016–2017 (nach Anpassung)			Differenz zwischen genehmigtem und angepasstem Gesamtbetrag
	Länderbüros	Regionalbüro	Insgesamt	Länderbüros	Regionalbüro	Insgesamt	
Soziale Determinanten von Gesundheit	2,0	5,9	7,9	2,0	5,8	7,8	-1%
Umwelt und Gesundheit	4,1	17,4	21,5	4,0	17,1	21,1	-2%
Kategorie 3 insgesamt	9,6	28,7	38,3	9,7	28,6	38,3	0%
4. Gesundheitssysteme							
Nationale Gesundheitskonzepte, -strategien und -pläne	5,2	9,8	15,0	5,6	10,5	16,1	7%
Integrierte, bürgernahe Gesundheitsangebote	6,3	9,1	15,4	6,6	9,5	16,1	5%
Zugang zu Arzneimitteln und Gesundheitstechnologien	1,1	6,0	7,1	0,8	4,4	5,2	-27%
Informationen und Evidenz für die Gesundheitssysteme	2,7	8,0	10,7	2,7	8,1	10,8	1%
Kategorie 4 insgesamt	15,3	32,9	48,2	15,7	32,5	48,2	0%
5. Vorsorge-, Surveillance- und Gegenmaßnahmen							
Warn- und Reaktionskapazitäten	3,2	5,0	8,2	2,8	4,3	7,1	-13%
Krankheiten mit Epidemie- und Pandemiepotenzial	2,5	5,5	8,0	2,3	5,1	7,4	-8%
Katastrophenrisiko und Krisenmanagement	1,7	2,4	4,1	2,4	3,4	5,8	41%
Lebensmittelsicherheit	0,3	0,7	1,0	0,3	0,7	1,0	0%
Kategorie 5 insgesamt	7,7	13,6	21,3	7,8	13,5	21,3	0%
6. Organisatorische und befähigende Funktionen							
Führungskompetenz und Organisationsführung	20,1	13,0	33,1	20,1	13,0	33,1	0%

Kategorien und Programmbereiche	Von der WHA genehmigter PB 2016–2017			Von der WHA genehmigter PB 2016–2017 (nach Anpassung)			Differenz zwischen genehmigtem und angepasstem Gesamtbetrag
	Länderbüros	Regionalbüro	Insgesamt	Länderbüros	Regionalbüro	Insgesamt	
Transparenz, Rechenschaftslegung und Risikomanagement	0,4	2,4	2,8	0,4	2,4	2,8	0%
Strategische Planung, Koordinierung von Ressourcen und Berichterstattung	1,2	3,4	4,6	1,2	3,4	4,6	0%
Leitung und Verwaltung	7,1	9,3	16,4	7,1	9,3	16,4	0%
Strategische Kommunikation	0,9	2,1	3,0	0,9	2,1	3,0	0%
Kategorie 6 insgesamt	29,7	30,2	59,9	29,7	30,2	59,9	0%
Kategorien 1 bis 6 insgesamt	91,1	144,3	235,4	89,9	145,5	235,4	0%
Polio	1,4	6,0	7,4	1,4	6,0	7,4	0%
Zwischensumme	1,4	6,0	7,4	1,4	6,0	7,4	0%
Gegenmaßnahmen bei Krankheitsausbrüchen und Krisen	0,7	2,3	3,0	0,7	2,3	3,0	0%
Gegenmaßnahmen bei Krankheitsausbrüchen und Krisen insgesamt	0,7	2,3	3,0	0,7	2,3	3,0	0%
Programmhauhalt 2016–2017 insgesamt	93,2	152,6	245,8	92,0	153,8	245,8	0%

= = =