



EUROPA

**Regionalkomitee für Europa
Zweiundfünfzigste Tagung**

Kopenhagen, 16.–19. September 2002

Punkt 7 c) der vorläufigen Tagesordnung

EUR/RC52/12 Add.1
+ EUR/RC52/Conf.Doc./9
27. Juni 2002
22537
ORIGINAL: FRANZÖSISCH

**PROGRAMMHAUSHALTSVORANSCHLAG 2004–2005:
DIE PERSPEKTIVE DER EUROPÄISCHEN REGION DER WHO**

Das vorliegende Papier enthält Vorschläge für die strategische Ausrichtung der Europäischen Region der WHO im Haushaltszeitraum 2004–2005. Es sollte zusammen mit dem globalen Programmhaushalt (Dokument EUR/RC52/12) gelesen werden. Dem Regionalkomitee liegt eine Resolution zur Behandlung vor.

Inhalt

	<i>Seite</i>
Die Ausarbeitung des WHO-Haushalts – der Arbeitsprozess	1
Die Grundlage des Programmhaushalts 2004–2005 für die Europäische Region	1
Die Länderstrategie des Regionalbüros: „Bedarfsgerechte Dienste“	1
Die 35 Arbeitsbereiche und die elf Schwerpunktbereiche des globalen Programmhaushalts	1
Die Wünsche der Mitgliedstaaten der Europäischen Region	2
Gesundheitliche Lage und Gesundheitssysteme in der Europäischen Region	2
Vorschläge für die strategische Ausrichtung des Programmhaushalts 2004–2005 der Europäischen Region	3
Alle Länder in ihrer Vielfalt berücksichtigen	3
Internationale Partnerschaften für die Gesundheit stärken	4
Den Bereich Information und Evidenz ausbauen	5
Konzentration auf ausgewählte Public-Health-Themen	5
Vorbereitung auf die Zukunft: Weiterführung der „Gesundheit für alle“	7
Die Arbeit des Regionalbüros weiterhin den Bedürfnissen der Länder der Region anpassen	7
Konklusion	8
Anhang 1 Konsolidierter Haushalt 2004–2005, nach Arbeitsbereichen	9

Die Ausarbeitung des WHO-Haushalts – der Arbeitsprozess

1. Der übergeordnete Prozess der Ausarbeitung des globalen Programmhaushalts für 2004–2005 wurde in Rücksprache mit den Mitgliedstaaten und mit Mitarbeitern innerhalb der Organisation wesentlich verbessert.
2. Kennzeichnend für den Arbeitsprozess war der Dialog zwischen den im WHO-Hauptbüro für einen bestimmten Arbeitsbereich zuständigen Kontaktpersonen und ihren regionalen Ansprechpartnern. Die Sicht der Europäischen Region wurde umfassend berücksichtigt, da es die zuvor mit den Mitgliedstaaten der Europäischen Region geführte Rücksprache ermöglichte, ihre Wünsche bezüglich besonders hervorzuhebender Punkte in der im Folgenden beschriebenen Form darzulegen.
3. Die noch verbleibenden Schritte des Arbeitsprozesses beginnen mit den Aussprachen während der diesjährigen Tagungen der Regionalkomitees. Ihre Kommentare werden in die Fassung des Programmhaushalts eingearbeitet, die danach Ende Januar 2003 auf der 111. Tagung des Exekutivrats zu erörtern sein wird, worauf der endgültige Programmhaushaltsvoranschlag im Mai 2003 den Delegierten der 56. Weltgesundheitsversammlung zur Annahme vorgelegt wird.

Die Grundlage des Programmhaushalts 2004–2005 für die Europäische Region

4. Die Strategievorschläge des Regionalbüros für den Haushaltszeitraum 2004–2005 sind von zwei Zielüberlegungen getragen: Die Kontinuität der Verfolgung und Stärkung der vom Regionalkomitee im Jahr 2000 beschlossenen Vorgehensweisen ist zu wahren, und durch Wandel sind die derzeitigen Bedürfnisse der Mitgliedstaaten der Europäischen Region zu berücksichtigen. Die erfolgreiche Umsetzung des Programms des Regionalbüros im Zeitraum 2004–2005 hat vier wichtige Stoßrichtungen: die Länderstrategie, die Arbeits- und Schwerpunktbereiche des globalen Programmhaushalts, die von den Mitgliedstaaten der Region zum Ausdruck gebrachten Wünsche sowie die gesundheitliche Lage und die Gesundheitssysteme der Region.

Die Länderstrategie des Regionalbüros: „Bedarfsgerechte Dienste“

5. Auf seiner 50. Tagung im September 2000 nahm das Regionalkomitee die Länderstrategie des WHO-Regionalbüros an. Ein Großteil der Arbeit des Regionalbüros orientiert sich seither an dieser Strategie. Ihre Zweckdienlichkeit, Durchführbarkeit und Validität wurde bei ihrer Umsetzung erprobt. Die Strategie bewirkte die folgenden vier Hauptvorgehensweisen:
 - Die Dienste des Regionalbüros sind den Bedürfnissen der Länder anzupassen;
 - die internationalen Partnerschaften für die Gesundheit sind zu stärken;
 - das Vorgehen muss mit der globalen Länderstrategie der WHO übereinstimmen;
 - die vom Regionalbüro für Europa gewonnenen Erfahrungen sind in die Arbeit einzubeziehen.
6. Inhaltlich verfolgt das Regionalbüro mit seiner Arbeit bisher das Ziel, den Mitgliedstaaten durch die Bereitstellung bedarfsgerechter Dienste dabei zu helfen, ihre eigene Gesundheitspolitik zu entwickeln und ihr Gesundheitssystem sowie ihre unterschiedlichen Public-Health-Programme zu reformieren.

Die 35 Arbeitsbereiche und die elf Schwerpunktbereiche des globalen Programmhaushalts (s. Anhang 1)

7. Im Zeitraum 2004–2005 ist die Grundstruktur des globalen Programmhaushalts die gleiche wie im Haushaltszeitraum 2002–2003, d. h. sie umfasst 35 Arbeitsbereiche, so dass sich die wichtigsten Haushaltstrends vergleichen und analysieren lassen. Einige geringfügige Änderungen dienen der stärkeren

Fokussierung und der Ausmerzungen von Doppelgleisigkeiten. Der den einzelnen Arbeitsbereichen zugeordnete Text erscheint unter der gleichen Überschrift wie im vorigen Zweijahreshaushalt („Probleme und Herausforderungen“, „Ziel“, „WHO-Vorgabe(n)“, „Angestrebte Ergebnisse“ und „Indikatoren“). Die einzigen merkbaren Veränderungen sind die Einführung eines neuen Arbeitsbereichs mit dem Titel „Die Länderpräsenz der WHO“ und die Zusammenlegung der beiden bisher getrennten Arbeitsbereiche, die einerseits das Büro der Generaldirektorin, andererseits die Büros der Regionaldirektoren betreffen. Die Gesamtzahl bleibt deshalb weiterhin 35.

8. Die elf globalen Schwerpunktbereiche des Programmhaushalts 2002–2003 werden ebenfalls beibehalten. Die einzige Ausnahme bildet der Schwerpunktbereich „In den Wandel der WHO investieren“ (der inhaltlich zwar weitergeführt wird, jedoch nicht als Schwerpunktbereich). Er wird durch einen neuen mit der Überschrift „Gesundheit und Umwelt“ ersetzt. Dies geschieht als Reaktion auf eine von mehreren Regionen, insbesondere von der Europäischen Region, geäußerte Bitte.

Die Wünsche der Mitgliedstaaten der Europäischen Region

9. In den Strategievorschlägen für 2004–2005 muss die Kontinuität mit dem Bemühen einhergehen, die Dienste den Bedürfnissen der Länder in der Region anzupassen. Kurz nach der letzten Tagung des Regionalkomitees wurden alle Mitgliedstaaten im Oktober 2001 gefragt, welche Arbeitsbereiche des Regionalbüros sie im Zeitraum 2004–2005 gefördert sehen wollten. Die eingegangenen Antworten deuten darauf hin, dass von den 35 Arbeitsbereichen, die auf globaler Ebene für alle WHO-Programme angenommen wurden, vier besonders hervorgehoben werden sollten, nämlich:

- Organisation von Gesundheitssystemen
- Überwachung, Prävention und Management nichtübertragbarer Krankheiten
- Gesundheitsförderung
- psychische Gesundheit und Substanzenmissbrauch.

Gesundheitliche Lage und Gesundheitssysteme in der Europäischen Region

10. Dem vom Regionalbüro veröffentlichten *Europäischen Gesundheitsbericht 2000–2001*¹ ist zu entnehmen, dass wichtige Ungleichheiten im Gesundheitszustand der Bevölkerung innerhalb der einzelnen Mitgliedstaaten und unter den Mitgliedstaaten ihre Ursache in dem drastischen Anstieg der Inzidenz übertragbarer Krankheiten wie HIV/Aids und Tuberkulose haben, die weitgehend mit der Verschlechterung der sozioökonomischen Lage einhergehen.

11. Herz-Kreislaufkrankheiten, Krebs, Diabetes und andere nichtübertragbare Krankheiten sind für den größten Teil der Gesundheitsdefizite und für das West-Ostgefälle der Lebenserwartung in der Europäischen Region verantwortlich. Bei den meisten dieser Krankheiten besteht ein Zusammenhang mit den Risikofaktoren, die üblicherweise mit der Lebensweise und dem sozioökonomischen Umfeld in Verbindung gesetzt werden. Wie die in einigen westeuropäischen Ländern erzielten Resultate zeigen, lässt sich die Situation im Hinblick auf diese Krankheiten weitgehend verbessern. Besondere Anstrengungen müssen auch unternommen werden, um die derzeit wachsende Last der psychischen Störungen sowie die Inzidenz und die Konsequenzen von Verletzungen, vor allem im Kindesalter, zu verringern.

12. In dem Bericht wird der Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Faktoren und Gesundheit herausgearbeitet. Insbesondere die Armut gilt als wichtigste Einzeldeterminante für defizitäre Gesundheit. Zudem wird in dem Bericht der Stellenwert der Determinanten von Gesundheit veranschaulicht und hervorgehoben, welche Wirkung eine gesunde Ernährung und Bewegung haben. Darüber hinaus wird darauf

¹ *Der Europäische Gesundheitsbericht 2000–2001*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2002 (Regionale Veröffentlichungen der WHO, Europäische Schriftenreihe, Nr. 97).

hingewiesen, dass die Menschen in beunruhigendem Ausmaß ungesund leben. Das gilt für Verhaltensweisen wie Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum und hier vor allem für die jüngeren Altersgruppen.

13. In dem Bericht wird unterstrichen, dass die Gesundheitssysteme und -dienste in der Europäischen Region zur Zeit eine einschneidende Umgestaltung durchmachen. Die Länder bemühen sich um ein ausgewogeneres Gleichgewicht zwischen Nachhaltigkeit und Finanzierungssolidarität. Außerdem zeigt sich in der Europäischen Region ein zunehmender Trend zum strategischen Einkauf, der als Mechanismus dient, um die Ressourcen für die Erbringer gesundheitlicher Leistungen so zu steuern, dass damit der größtmögliche gesundheitliche Zugewinn erzielt wird. Vertragsmechanismen und leistungsbezogene Vergütung werden zu wesentlichen Elementen des wirksamen Einkaufs. Die Länder übernehmen energischer modernisierte oder neue Strategien, um die Effizienz der gesundheitlichen Leistungserbringung zu verbessern.

14. Nicht zuletzt wird in dem Bericht auch empfohlen, größere Anstrengungen für die Verbesserung der Datenqualität und die Stärkung der Analysekapazität zu unternehmen. Die Länder sollten insbesondere bei der Verbesserung ihrer Informationssysteme unterstützt werden. Das Regionalbüro ist angehalten, als Teil eines umfassenden Netzwerks seine Rolle bei der Sammlung und Beurteilung von Faktenmaterial und beim Austausch von Sachkenntnis und Erfahrungen weiterzuentwickeln, und zwar vor allem in den Bereichen Entwicklung gesundheitspolitischer Konzepte, Organisation von Gesundheitssystemen, Finanzierung von Gesundheitsversorgung, Qualität von Gesundheitssystemen und Bürger- und Patientenrechte.

Vorschläge für die strategische Ausrichtung des Programmhaushalts 2004–2005 der Europäischen Region

15. Wie zu Beginn erwähnt, stützt sich die für 2004–2005 vorgeschlagene strategische Ausrichtung auf zwei einander ergänzende Prinzipien: die Kontinuität der Länderstrategie des Regionalbüros, die im Jahr 2000 beschlossen wurde, und die Anpassung an die sich wandelnden Bedürfnisse der Mitgliedstaaten. Diese Dualität spiegelt sich in sechs ausgewählten Ansätzen wider: Berücksichtigung aller Länder der Region, Stärkung von Partnerschaften, Entwicklung des Bereichs Information und Evidenz, Konzentration auf ausgewählte Themen, Vorbereitung auf die Zukunft und Weiterführung der Veränderungen im Regionalbüro.

Alle Länder in ihrer Vielfalt berücksichtigen

16. Das Regionalbüro hat in vergangenen Haushaltszeiträumen besser gelernt, ein hellhöriges Ohr für die von unterschiedlichen Ländern der Region zu bewältigenden gesundheitlichen Probleme zu entwickeln, diese Probleme zu analysieren und zu verstehen. Außerdem ist es inzwischen besser imstande, vor allem mit den Mitgliedstaaten, mit denen zweijährliche Kooperationsvereinbarungen (BCAs) getroffen wurden und in denen Verbindungsbüros bestehen, einen Dialog zu führen und zu verhandeln. Alle diese Schritte haben bewirkt, dass das Regionalbüro seine Dienste schrittweise immer besser an die Bedürfnisse der Länder der Region angepasst hat.

17. Für den Zeitraum 2004–2005 wird diese Länderorientierung beibehalten und weiter verstärkt.

18. Die gesundheitlichen Probleme, denen sich die Länder der Europäischen Region gegenüber sehen, sind häufig ähnlich gelagert, vom Ausmaß her allerdings oft unterschiedlich. Andererseits erwarten diese Länder vom Regionalbüro, nicht nur abhängig von ihrer gesundheitlichen Lage, sondern auch je nach ihren wirtschaftlichen und politischen Umständen, unterschiedliche Dienste.

- Einige Länder – die ärmsten – bitten um ganz konkrete Unterstützung zur Überwindung der schwerwiegenden Ressourcenknappheit. Oft gelten sie aufgrund ihrer wirtschaftlichen Lage dabei fälschlicherweise als Entwicklungsländer. In Wirklichkeit aber haben sie sehr gut und gründlich ausgebildete Fachkräfte, können auf eine lange und umfassende Public-Health-Erfahrung zurückblicken und besitzen ein strukturiertes Gesundheitssystem, auch wenn dieses einer radikalen

Reform bedarf. Damit unterscheiden sich diese Länder ganz erheblich von denen, die man herkömmlicherweise als „Entwicklungsland“ einstuft. Sie brauchen starke und unmittelbare Hilfe, damit sie schnell aus dieser schwierigen und gefährlichen Phase ihrer Entwicklung herauskommen. Diese Hilfe muss finanzieller wie fachlicher Art sein. Das Regionalbüro wird sie demnach im Haushaltszeitraum 2004–2005 weiterhin beim Aufbau ihrer Public-Health-Programme unterstützen, aber auch der internationalen Gemeinschaft klarmachen, wo der Bedarf dieser Länder liegt, und es wird mit sicherstellen, dass die internationale Hilfe vernünftig koordiniert und sinnvoll eingesetzt wird.

- Den Ländern, die eine humanitäre Krise zu bewältigen haben, wird das Regionalbüro weiterhin beistehen, indem es seine in den letzten zehn Jahren gewonnenen Erfahrungen nutzt und berücksichtigt, dass ein schrittweiser, aber doch schneller Übergang von der anfänglichen Notfallphase zum „normalen“ Entwicklungsstadium stattfinden muss. Deshalb sollte bereits zu Beginn der Krise mit dem allmählichen Abbau der internationalen Hilfe gerechnet werden, um eine bessere Planung und Ressourcennutzung zu ermöglichen.
- Ebenfalls besondere Aufmerksamkeit verdient eine dritte Gruppe von Ländern, die man in die Kategorie „schnelle Umstellung“ einstufen könnte. Bei diesen Ländern handelt es sich um die Beitrittskandidaten der Europäischen Union sowie um die südosteuropäischen Länder, die in den Stabilitätspakt eingebunden sind (wobei dies zuweilen dieselben sind). Das Regionalbüro wird diese Länder weiterhin in den zu dieser Umstellungsphase passenden Fachbereichen unterstützen, was vor allem für die Überwachung und Prävention von übertragbaren Krankheiten und den Bereich der psychischen Gesundheit gilt. Außerdem können sie von der Arbeit des Observatoriums für Gesundheitssysteme profitieren. Das Regionalbüro wird ihnen helfen, ihre Informationssysteme auszubauen, damit sie laufend analysieren können, wie sich die wirtschaftliche Umstellung auf die Gesundheit der Menschen auswirkt.

19. In den Ländern dieser drei Gruppen wird das Regionalbüro seine Präsenz qualitativ und quantitativ stärken. Es wird sich anhaltend darum bemühen, die Kommunikation und Koordination mit den Verbindungsbüros in den Ländern zu verbessern. Die intensive Fortbildung von Fachkräften wird weitergeführt. In den Ländern, die die Hilfe am dringendsten brauchen, wird die WHO-Präsenz durch international angeworbene Mitarbeiter ergänzt. Diese Aktivitäten sind auch künftig Teil des globalen WHO-Konzepts der Zusammenarbeit mit den Ländern, das den Bezugsrahmen bildet.

- Darüber hinaus erwarten die wirtschaftlich günstiger gestellten Länder vom Regionalbüro, dass es ihnen eine „Plattform“ für den Austausch ihrer Erfahrungen und derzeitigen wie künftigen Interessen bietet. Dies ist beispielsweise das Ziel der „Zukunftsforen“, die 2001 ins Leben gerufen wurden und fortgesetzt werden. Diese „Zukunftsforen“ fungieren bei Bedarf als eine Art „Krisengruppe“, vor allem aber bieten sie den Rahmen für die Diskussion schwieriger gesundheitlicher Probleme, was es ermöglicht, gemeinsame Ansätze und Maßnahmen zu ermitteln, die das Regionalbüro befürwortet wird. Diese Arbeit wird natürlich auch anderen Ländern der Region zugute kommen.

Internationale Partnerschaften für die Gesundheit stärken

20. Die partnerschaftliche Zusammenarbeit mit anderen Organisationen ist seit 2000 ein festes Kennzeichen des Regionalbüros. Diese Partnerschaften dienen sowohl institutionellen wie operativen Zwecken. Es bestehen enge Kontakte zu Organisationen wie dem Europarat, der Europäischen Kommission, der Weltbank und einigen Organen des Systems der Vereinten Nationen, insbesondere zum Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF) und zu den anderen Ko-Sponsoren des Gemeinsamen HIV/AIDS-Programms der Vereinten Nationen (UNAIDS). Diese Zusammenarbeit macht es möglich, mit jeder dieser Organisationen konkrete gemeinsame Maßnahmen zu ergreifen, die in dem Bericht über die Arbeit der WHO in der Europäischen Region im Zeitraum 2000–2001 dargestellt sind (Dokument EUR/RC52/4).

21. Im Zeitraum 2004–2005 werden diese Partnerschaften mit der gleichen Intensität gepflegt, wobei die Bereiche für die Zusammenarbeit ausgehend von der zu dieser Zeit herrschenden Situation, nach den

Anforderungen der Mitgliedstaaten und den Prioritäten der jeweiligen Organisation ausgewählt werden. In einigen Bereichen bietet sich die Zusammenarbeit allerdings geradezu an. Das gilt für die Zusammenarbeit mit dem Europarat in Bezug auf die Thematik Menschenrechte und Gesundheit und den Stabilitäts-pakt, in der Zusammenarbeit mit der Europäischen Union für den Bereich Information und Monitoring sowie Gesundheitsförderung und mit UNICEF im Hinblick auf die Themen Aids, Ernährung und Gesundheit von Mutter und Kind. In dem betreffenden Haushaltszeitraum wird der Arbeit vor Ort in den Ländern selbst höhere Priorität beigemessen, so wie dies bereits jetzt im Rahmen der Zusammenarbeit zwischen dem Regionalbüro und der Weltbank geschieht.

22. Die Partnerschaften werden auch unterschiedlicher gestaltet und sollen sich zudem stärker für die nichtstaatlichen Organisationen öffnen, die die gleichen Werte vertreten wie die WHO und die ihre Arbeitsmethoden teilen. Das geschieht in einigen Fällen im Übrigen bereits seit einer Reihe von Jahren.

Den Bereich Information und Evidenz ausbauen

23. Die schwierigste, aber auch die notwendigste Aufgabe, die das Regionalbüro aufgreifen muss, ist die Bereitstellung „nützlicher“ Informationen für die Mitgliedstaaten und für Entscheidungsträger, d. h. von Informationen, auf die sie sich bei ihren Entscheidungen stützen können. Zu einer Zeit, in der moderne Kommunikationstechniken die Adressaten mit Gesundheitsinformationen überschwemmen, ist es wichtiger denn je, dass man den Entscheidungsträgern bei der Auswahl der Quellen Hilfestellung leistet und die Informationen geeignet aufbereitet. Seit 2000 hat das Regionalbüro in enger Zusammenarbeit mit dem WHO-Hauptbüro eine Reihe einschlägiger Initiativen ergriffen, die im Zeitraum 2004–2005 voll ausgebaut sein sollten.

24. Die partnerschaftliche Zusammenarbeit mit nationalen Institutionen, die Informationen handhaben, und mit anderen Organisationen bildet die wesentliche Grundlage der Initiative. Überschneidungen sind um jeden Preis zu vermeiden, weshalb alle Anstrengungen unternommen werden müssen, um Erfahrungen, Sachkenntnis und Ressourcen gemeinsam zu nutzen. Zu diesem Zweck schaut sich das Regionalbüro mittlerweile nach finanziellen und fachlichen Partnern um, mit denen es die Programmumsetzung verfolgen kann. Das Ziel ist dabei nicht die Schaffung neuer Informationsquellen, sondern die Ausnutzung der bestehenden Informationen, die auf die Bedürfnisse der in der Praxis und als Entscheidungsträger mit Public-Health-Fragen Befassten zugeschnitten werden müssen. Natürlich werden auch am Regionalbüro weiterhin Informationen geschaffen, insbesondere durch die laufende Beobachtung des Gesundheitszustands und der Gesundheitssysteme, wie dies erfolgreich bereits jetzt mit der Datenbank „Gesundheit für alle“ und im Europäischen Observatorium für Gesundheitssysteme geschieht.

25. Im Zeitraum 2004–2005 wird man sich darum bemühen, die Informationen in einer für ihre Zielgruppen geeigneten Form zu präsentieren. Auch künftig werden systematische Fallstudien durchgeführt, wie das zum Thema Armut bereits 2002 geschehen ist, und diese werden auf andere Bereiche ausgedehnt, damit die Mitgliedstaaten Beispiele konkreter und nachweislich erfolgreicher Public-Health-Maßnahmen an die Hand bekommen. Das Regionalbüro arbeitet bereits in diese Richtung, insbesondere durch die Schaffung eines Referats für „Public-Health-Evidenz“ und die Einsetzung einer wissenschaftlichen Stützgruppe, die die diesbezügliche Entwicklung des Regionalbüros beratend begleiten soll.

Konzentration auf ausgewählte Public-Health-Themen

26. Wie schon in früheren Haushaltszeiträumen, so wird das Regionalbüro auch künftig in zahlreichen Public-Health-Bereichen tätig sein, sich z. B. mit übertragbaren und nichtübertragbaren Krankheiten, mit Gesundheitsförderung und gesunden Lebensweisen, mit der Thematik Umwelt und Gesundheit, mit Determinanten von Gesundheit sowie mit Gesundheitssystemen und Gesundheitsberufen befassen.

27. Einigen Themen wird jedoch ein besonderer Stellenwert eingeräumt. Das gilt für die elf Schwerpunktbereiche, die für die Organisation insgesamt ermittelt wurden, wobei besonderes Gewicht auf den neuen Schwerpunktbereich Umwelt und Gesundheit gelegt wird. Die Budapester Konferenz im Jahr 2004

wird im Haushaltszeitraum für die Europäische Region zweifellos einen Höhepunkt bringen. Ihr Thema, Umwelt und die Gesundheit von Kindern, gehört ebenfalls zu den Prioritäten der Organisation.

28. Starkes Profil wird das Regionalbüro zudem bei den Problemkomplexen zeigen, auf die von den Mitgliedstaaten der Region hingewiesen wurde, d. h. Überwachung, Prävention und Management nicht-übertragbarer Krankheiten, Gesundheitsförderung und psychische Gesundheit sowie Substanzenmissbrauch (s. Ziff. 9).

29. Hinsichtlich der Thematik Organisation von Gesundheitssystemen lässt sich das Regionalbüro in seiner Arbeit durch eine aus Experten und Entscheidungsträgern zusammengesetzte Arbeitsgruppe leiten, die 2001–2002 gebildet wurde. Das sichert eine bessere Reaktion auf den von den Mitgliedstaaten angemeldeten, vielfältigen und echten Handlungsbedarf auf diesem Gebiet, auf dem alle Länder Defizite ausgleichen müssen und Erfahrungen anbieten können.

30. Auf dem Gebiet der Überwachung, der Prävention und des Managements nichtübertragbarer Krankheiten wird sich das Regionalbüro auf die Ergebnisse stützen, die mit dem im Jahr 2002 geschaffenen Mechanismus erzielt wurden, wobei man sich gründlich mit Vorschlägen befassen wird, die die Position des Regionalbüros und die in diesem Bereich von Seiten des Regionalbüros zu ergreifenden Maßnahmen betreffen. Dies geschieht im Lichte der Erfahrungen, die insbesondere mit dem Integrierten Länderprogramm zur Intervention bei nichtübertragbaren Krankheiten (CINDI) und durch das globale Programm der WHO gewonnen werden konnten. Im Hinblick auf letzteres wird sich das Regionalbüro um Komplementarität bemühen, damit die personellen und finanziellen Ressourcen bestmöglich genutzt werden. Das Regionalbüro kann dieser Problematik nur ausgesprochen begrenzte Ressourcen widmen und dem tatsächlichen Ausmaß des Problems in keiner Weise gerecht werden. Dieses Thema wird wahrscheinlich auf die Tagesordnung der Tagung des Regionalkomitees im Jahr 2004 gesetzt.

31. Für die Gesundheitsförderung sollte der Haushaltszeitraum 2004–2005 eine Erneuerung bringen, dank der Arbeit zu den Determinanten von Gesundheit, die bereits in früheren Haushaltszeiträumen durchgeführt wurde, und der anerkannten Erfahrungen, die das Regionalbüro seit den 80er Jahren auf diesem Gebiet sammeln konnte. Vorrangig ist dabei, dass alle Länder der Region in ihrem Bemühen unterstützt werden, eigene Konzepte, Systeme und Programme der Gesundheitsförderung zu entwickeln, wobei sie sich auf das in der Region und weltweit gesammelte Faktenmaterial stützen können müssen. Ausgehend von den Empfehlungen, die das Regionalkomitee in den Jahren 2001 und 2002 abgegeben hat, und auf der Grundlage der vom Regionalbüro zu dieser Thematik durchgeführten Fallstudien wird auch künftig daran gearbeitet, die gesundheitlichen Auswirkungen der Armut zu verringern.

32. Im Bereich der psychischen Gesundheit, der von den Ländern der Europäischen Region ebenfalls als vorrangig bezeichnet wurde, besteht das Ziel in einer Weiterführung der 2001 auf globaler Ebene in Gang gesetzten Anstrengungen. Für den Januar 2005 soll eine europäische ministerielle Konferenz organisiert werden, die den Ländern der Region als Ansporn dienen kann, den im *Weltgesundheitsbericht 2001* ausgesprochenen Empfehlungen Wirkung zu verleihen.² Die Vorbereitungen auf diese Konferenz schließen einleitende Tagungen ein, die jeweils mehrere Länder der Region zusammenbringen sollen. Ein Vorteil dürfte es zudem sein, dass die Thematik psychische Gesundheit wahrscheinlich im September 2003 auf die Tagesordnung der dem Haushaltszeitraum 2004–2005 vorausgehenden Tagung des Regionalkomitees gesetzt wird.

33. Im Bereich des Substanzenmissbrauchs schließlich orientieren sich die Aktivitäten zur Thematik Alkohol und Tabak im Zeitraum 2004–2005 an den vom Regionalkomitee angenommenen Aktionsplänen und an den endgültigen Erklärungen der 2000 und 2002 abgehaltenen ministeriellen Konferenzen. Illegale Drogen stellen mittlerweile in praktisch allen Ländern der Region ein akutes Problem dar. Die europäische Zusammenarbeit und die gegenseitige fachliche und finanzielle Unterstützung werden für das Regionalbüro im Zeitraum 2004–2005 vorrangig sein. Es hat sich auf diese Aufgabe durch die Stärkung seiner

² *The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope.* Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2001.

Zusammenarbeit mit UNAIDS und den acht daran beteiligten Organisationen der Vereinten Nationen vorbereitet.

34. Zu den Schwerpunktbereichen für 2004–2005 zählen unbedingt auch Maßnahmen zur Bekämpfung von Aids und Tuberkulose und von übertragbaren Krankheiten allgemein und hier wiederum speziell von armutsbedingten Krankheiten. Diese Strategie ist Teil der globalen Agenda der Organisation und stimmt im breiteren Rahmen mit dem von den Vereinten Nationen insgesamt (dem Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria, der Kommission für Makroökonomie und Gesundheit, der Jahrtausend-Erklärung, dem Gipfel über nachhaltige Entwicklung) eingeschlagenen Weg überein.

35. Selbstverständlich müssen auch die Themen Berücksichtigung finden, die für den Weltgesundheitstag im April 2004 und 2005 ausgewählt wurden, und vor allem die Vorbereitungen auf die Ernährungskonferenz, die in dem vom Regionalkomitee 2000 angenommenen Aktionsplan vorgesehen wurde und Anfang 2006 stattfinden wird, müssen innerhalb des für den folgenden Haushaltszeitraums angesetzten Zeithorizonts abgeschlossen werden.

36. Die Referate und Programme des Regionalbüros sind fachlich für ihre Aufgaben im Zeitraum 2004–2005 gut gerüstet, dank der Anstrengungen, die in den vergangenen Haushaltszeiträumen unternommen wurden, ihr fachliches Können zu pflegen und zu verbessern und ihre Expertennetze auszubauen, während sie zugleich auch dazu beigetragen haben, die Faktengrundlage und Informationssituation in ihren jeweiligen Bereichen zu verbessern.

37. Diese verschiedenen Schwerpunktthemen finden ihren Niederschlag im Haushalt des Regionalbüros, wobei allerdings zu berücksichtigen ist, dass auch die bereits „laufenden“ Tätigkeiten finanziert werden müssen, da sie ebenfalls den Bedürfnissen der Mitgliedstaaten entgegenkommen.

Vorbereitung auf die Zukunft: Weiterführung der „Gesundheit für alle“

38. Die vom Regionalkomitee 1999 verabschiedeten Resolutionen, die Erörterungen des Ständigen Ausschusses und die Tagungen mit Vertretern und Experten der Mitgliedstaaten machen deutlich, dass die „Gesundheit für alle“ in eine neue Phase eintreten muss und dies auch wünschenswert ist. Ein chronologischer Abriss der Konsultationen und der Arbeit an der Schaffung eines Mechanismus, die 2002 eingeleitet wurden, wird dem Regionalkomitee im September 2003 zur Erörterung vorgelegt. Mit den Leitlinien des Regionalkomitees wird die Arbeit 2005 abgeschlossen, ihre Ergebnisse liegen dann dem Regionalkomitee noch im selben Jahr zur Annahme vor. Die ersten Gespräche lassen deutlich erkennen, dass das Konzept der „Gesundheit für alle“ für die Mitgliedstaaten eine äußerst nützliche Richtschnur war und sie sich insbesondere an dessen inhärenten Wertvorstellungen orientiert haben. Die „Gesundheit für alle“ muss in diese Richtung weitergeführt werden.

39. In der neuen Phase sollte die Problematik der Ethik von Gesundheitssystemen im Mittelpunkt stehen. Diese Problematik verzweigt sich in zahlreiche Themen, wie z. B. Rechte und Pflichten des Einzelnen, Zugänglichkeit und Chancengleichheit von Leistungen, Qualität und Sicherheit, die erforderlichen menschlichen und finanziellen Ressourcen, Rolle, Schulung und Verhalten von Gesundheitsfachkräften und selbstverständlich Patientenrechte. Die Aussprache beim Regionalkomitee im Jahr 2003 wird es zweifellos ermöglichen, die Grundlinien dieser neuen Phase festzulegen und Mechanismen zu schaffen, die die Konsultation der Mitgliedstaaten und ihre Mitsprache sicherstellen.

Die Arbeit des Regionalbüros weiterhin den Bedürfnissen der Länder der Region anpassen

40. Die Referate und Programme des Regionalbüros werden selbstverständlich auch künftig daran arbeiten, die Qualität ihrer Dienste für die Mitgliedstaaten zu verbessern. Das beinhaltet die laufende Aktualisierung des (theoretisch wissenschaftlichen und angewandten) Fachwissens. Außerdem müssen sie sich auf ein Netz anerkannter Experten stützen und ihre Empfehlungen auf verlässliche Informationen und unwiderlegbare Fakten gründen.

41. Die sich an vier „Hauptfunktionen“ orientierende Struktur des Regionalbüros (Koordination der Arbeit auf Länderebene, fachliche Unterstützung, Information, Evidenz und Kommunikation sowie Verwaltung) wird im Zeitraum 2004–2005 beibehalten.
42. Die 2002–2003 eingeleiteten Bemühungen, die praktische Umsetzung von Fachprogrammen vor allem auf Länderebene zu erleichtern und anzukurbeln, werden weitergeführt. Die Leitung und Verwaltung des Regionalbüros wird in diese Richtung weiterarbeiten.
43. Die 2001 eingeführten neuen partizipatorischen Methoden, durch die die Mitarbeiter stärker in die qualitative Verbesserung der geleisteten Arbeit einbezogen werden sollen, werden 2003 ausgewertet und gegebenenfalls modifiziert.
44. Das Entwicklungs- und Fortbildungsprogramm, das den Mitarbeitern helfen soll, sich den im vorliegenden Dokument skizzierten Vorgehensweisen anzupassen, wird weitergeführt mit dem Ziel, die Kompetenz und berufliche Zufriedenheit jedes einzelnen Mitarbeiters zu verbessern.

Konklusion

45. Der (in Anhang 1 enthaltene) Haushaltsvoranschlag für 2004–2005 spiegelt möglichst genau die oben dargelegte strategische Ausrichtung des Regionalbüros wider. In den Vorschlägen für die Zuweisung der zu erwartenden außerordentlichen Ressourcen (ebenfalls in Anhang 1) wurden die Begrenzungen des Ordentlichen Haushalts berücksichtigt.
46. Der Voranschlag für den Ordentlichen Haushalt der Europäischen Region im Zeitraum 2004–2005 sieht 54 332 000 US-\$ vor, was gegenüber dem vorigen Haushaltszeitraum einen Anstieg von 3% bedeutet.
47. Wie in Resolution EUR/RC49/R5 des Regionalkomitees vorgesehen und als Ausdruck der Priorität, die der Länderarbeit des Regionalbüros beigemessen wird, wurden im Ordentlichen Haushalt für Länderaktivitäten 7,6 Millionen US-\$ angesetzt. Im vorigen Haushalt waren es im Vergleich dazu 6 Millionen US-\$. Der Posten für die Länderpräsenz der WHO wird von 5,6 Millionen US-\$ auf 6,4 Millionen US-\$ aufgestockt. Die endgültige Aufschlüsselung des Haushalts nach Ländern und Arbeitsbereichen erfolgt in der zweiten Hälfte des Jahres 2003 auf der Grundlage der mit den betreffenden Ländern geführten Verhandlungen. Diese Regel der Konsultation und des konzertierten Handelns bildet, wie vom Regionalkomitee im Jahr 2000 beschlossen wurde, das Grundprinzip der Länderstrategie des Regionalbüros.
48. Folgende Bereiche erhalten aus dem Ordentlichen Haushalt mehr Mittel: Überwachung von übertragbaren Krankheiten, Malaria, Tuberkulose und Aids, Überwachung, Prävention und Management von nichtübertragbaren Krankheiten, Tabak, Gesundheitsförderung, Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, die Schwangerschaft risikoärmer machen, Armut, Ernährung, wissenschaftliche Erkenntnisse für die Gesundheitspolitik sowie Organisation des Gesundheitswesens. Außerordentliche Ressourcen sind als Ausgleich dafür gedacht, dass das Niveau der Zuweisungen aus dem Ordentlichen Haushalt für die Bereiche psychische Gesundheit und Substanzenmissbrauch sowie Umwelt und Gesundheit unverändert bleibt.
49. Die Tabelle in Anhang 1 zeigt die Aufschlüsselung des Ordentlichen Haushalts auf die 35 Arbeitsbereiche der Organisation. Die elf globalen Schwerpunktbereiche sind fett angeführt.

Anhang 1

**KONSOLIDIERTER HAUSHALT 2004–2005, NACH ARBEITSBEREICHEN
(IN TAUSEND US-\$)**

	ARBEITSBEREICH (Globale Schwerpunktbereiche sind fett angegeben)	ORDENTLICHER HAUSHALT (OH)				AUS ANDEREN QUELLEN ERWARTET (AQ)			GESAMT-SUMME (OH+AQ)	
		GEHÄLTER	MEHRLÄNDERAKTIVITÄTEN	LÄNDERAKTIVITÄTEN	INSGESAMT OH 04–05	INSGESAMT OH 02–03	MEHRLÄNDERAKTIVITÄTEN	LÄNDERAKTIVITÄTEN		INSGESAMT
1	Überwachung übertragbarer Krankheiten	290	58	310	658	275	750	1 200	1 950	2 608
2	Prävention, Ausrottung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten		50		50		200	300	500	550
3	Forschung und Produktentwicklung für übertragbare Krankheiten									
4	Malaria		50	107	157	125	600	1 000	1 600	1 757
5	Tuberkulose	420	408	361	1 189	1 147	500	9 000	9 500	10 689
6	Überwachung, Prävention und Management von nichtübertragbaren Krankheiten	710	136	550	1 396	628	1 500	2 500	4 000	5 396
7	Tabak	420	58	265	743	563	900	2 000	2 900	3 643
8	Gesundheitsförderung	420	50	315	785	754	2 800	1 200	4 000	4 785
9	Behinderungen/Verletzungen – Prävention und Rehabilitation		50	45	95	40	700	500	1 200	1 295
10	Psychische Gesundheit und Substanzmissbrauch	550	258	658	1 466	1 494	1 500	1 900	3 400	4 866
11	Gesundheit von Kindern und Jugendlichen	420	108	225	753	658	800	1 500	2 300	3 053
12	Forschung und Programmentwicklung im Bereich reproduktive Gesundheit			113	113	100	500	3 500	4 000	4 113
13	Die Schwangerschaft risikoärmer machen	420	138	280	838	615	400	2 000	2 400	3 238
14	Gesundheit von Frauen		50	23	73	348	800	1 000	1 800	1 873
15	HIV/Aids	420	708	213	1 341	1 303	1 000	7 000	8 000	9 341
16	Nachhaltige Entwicklung	550	66	154	770	595	600	2 000	2 600	3 370
17	Ernährung	420	58	82	560	531	300	1 500	1 800	2 360
18	Gesundheit und Umwelt	2 065	641	300	3 006	2 986	12 000	3 000	15 000	18 006

	ARBEITSBEREICH (Globale Schwerpunktbereiche sind fett angegeben)	ORDENTLICHER HAUSHALT (OH)				AUS ANDEREN QUELLEN ERWARTET (AQ)			GESAMT- SUMME (OH+AQ)	
		GEHÄLTER	MEHRLÄN- DERAKTIVI- TÄTEN	LÄNDER- AKTIVITÄTEN	INSGESAMT OH 04–05	INSGESAMT OH 02–03	MEHRLÄN- DERAKTIVI- TÄTEN	LÄNDER- AKTIVITÄTEN		INSGESAMT
19	Lebensmittelsicherheit	290	158	81	529	572	300	900	1 200	1 729
20	Katastrophenschutz	420	70	90	580	620	500	12 000	12 500	13 080
21	Unentbehrliche Arzneimittel: Zugänglichkeit, Qualität und sinnvoller Einsatz	420	58	254	732	683	500	1 500	2 000	2 732
22	Immunisierung und Impfstoffentwicklung	420	158	179	757	882	1 800	6 000	7 800	8 557
23	Sicherheit von Blutprodukten und klinische Technologie	275	54	71	400	934	500	1 000	1 500	1 900
24	Wissenschaftliche Erkenntnisse für die Gesundheitspolitik	3 454	327	591	4 372	4 056	5 500	1 500	7 000	11 372
25	Management und Verbreitung von Gesundheits- informationen	4 365	434	80	4 879	4 849	200	600	800	5 679
26	Forschungspolitik und -förderung	290			290	346	200	100	300	590
27	Organisation des Gesundheitswesens	2 386	540	1 606	4 532	4 208	3 000	2 000	5 000	9 532
28	Leitende Organe	130	526		656	648	300		300	956
29	Ressourcenmobilisierung, externe Zusammenar- beit und Partnerschaften	420	108	630	1 158	1 527	600	200	800	1 958
30	Haushalts- und Managementreform	1 290	38		1 328	1 206	200	100	300	1 628
31	Entwicklung von Humanressourcen	1 875	396		2 271	2 253	400	100	500	2 771
32	Finanzmanagement	1 420	108		1 528	1 506	600	100	700	2 228
33	Informationstechnik und Infrastrukturdienste	4 977	3 726		8 703	8 751	2 000	100	2 100	10 803
34	Büros der Generaldirektorin und des Regionaldi- rektors (einschl. Rechnungsprüfung, Aufsicht und Rechtsabteilung)	505	690		1 195	1 994				1 195
	Zwischensumme – Aktivitäten in Ländern (BCA)*			7 583						
35	Länderpräsenz der WHO	770	16	5 643	6 429	5 574	500	4 500	5 000	11 429
	INSGESAMT**	30 812	10 294	13 226	54 332	52 771	42 950	71 800	114 750	169 082

* Der BCA-Etat (biennial collaborative agreement) betrug 2002–2003 im Vergleich dazu 6.022 Millionen US-\$.

** Durch interregionale Transferzahlungen aufgrund der Anwendung der Bestimmungen von Resolution WHA51.31 werden dem Ordentlichen Haushalt der Europäischen Region im Verlauf von drei Haushaltszeiträumen zusätzliche 4 842 000 US-\$ zugewiesen.