



WELTGESUNDHEITSORGANISATION
REGIONALBÜRO FÜR EUROPA
KOPENHAGEN

REGIONALKOMITEE FÜR EUROPA
Fünzigste Tagung, Kopenhagen, 11.–14. September 2000

Punkt 3 a) der vorläufigen Tagesordnung

EUR/RC50/7
17. Juli 2000
00715
ORIGINAL: ENGLISCH

PROGRAMMHAUSHALTSVORANSCHLAG 2002–2003 – DIE PERSPEKTIVE DER EUROPÄISCHEN REGION

Das vorliegende Dokument stützt sich auf den Strategischen Haushalt der WHO für 2002–2003 (Dokument EUR/RC50/7 Add.1) und sollte in Zusammenhang damit gelesen werden).

Seit langem bemüht man sich bei der Ausarbeitung von Programmhaushalten für aufeinanderfolgende Haushaltszeiträume darum sicherzustellen, dass die Mitgliedstaaten deutlich verstehen, was das WHO-Sekretariat zu leisten beabsichtigt und dass alle Leistungen den Plänen und Zielvorstellungen der Mitgliedstaaten entsprechen. Der Strategische Haushalt für 2002–2003 weicht sowohl inhaltlich wie in der Art und Weise, in der er erarbeitet wurde, wesentlich von den Voranschlägen für bisherige Haushaltszeiträume ab.

Hinsichtlich der Festlegung des WHO-Grundsatzkonzepts und der gesamtorganisatorischen Prioritäten haben zwischen Mitarbeitern der Regionalbüros und des Hauptbüros ausgedehnte Konsultationen stattgefunden. Da der Strategische Haushalt für 2002–2003 ein Schlüsselinstrument darstellt, um den Prozess der Reform und Veränderung in der WHO voranzubringen, wurde er auch von allen sechs Regionen und dem Hauptbüro gemeinsam erarbeitet.

Neben dem gemeinsam vereinbarten Rahmen für 2002–2003 braucht die Europäische Region allerdings auch ihre eigene deutliche Perspektive für den Haushaltszeitraum und die vorgeschlagenen vorrangigen Arbeitsbereiche. Dieser Notwendigkeit wird das vorliegende Dokument gerecht: Ausgehend vom übergeordneten strategischen Rahmen für 2002–2003 wird dargelegt, welche Probleme und Aufgaben im kommenden Haushaltszeitraum auf die Europäische Region zukommen und wie sie sowohl auf regionaler als auf Länderebene auf diese Herausforderungen zu reagieren plant.

INHALT

	<i>Seite</i>
Die regionale Situation: Probleme und Aufgaben	1
Probleme	1
Gesundheitliche Herausforderungen in Europa	1
Regionale Strategien und vorrangige Massnahmen	3
Globaler Rahmen	3
Regionaler Rahmen	4
Herausforderungen für das Regionalbüro	4
Vorrangige Sonderbereiche für den Zeitraum 2002–2003	6
Übergeordneter Rahmenhaushalt für die Europäische Region der WHO.....	9
Regionale Planungszuweisung	9
Mittelzuweisung für die Länderprogramme	9
Anhang 1: Zusammenhang zwischen den 35 im Globalen Haushalt ausgewiesenen Arbeitsbereichen und der Organisationsstruktur und den Programmen des Regionalbüros für Europa	11
Anhang 2: Index der menschlichen Entwicklung und Bruttonationalprodukt pro Kopf der Bevölkerung in ausgewählten Mitgliedstaaten der Europäischen Region.....	15

DIE REGIONALE SITUATION: PROBLEME UND AUFGABEN

Probleme

1. Die wirtschaftlichen Umwälzungen und die Konflikte in Mittel- und Osteuropa haben in den 1990er Jahren das Gesundheitsgefälle unter den Ländern der Region noch steiler werden lassen, was sich auch in den breitgefächerten Unterschieden zahlreicher Gesundheitsindikatoren widerspiegelt. Die durchschnittliche Lebensdauer schwankt heute beispielsweise um 15,3 Jahre; sie liegt in Island bei 79,3 Jahren, in Turkmenistan dagegen nur bei 64 Jahren.
2. Die Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage und die verschiedenen Konflikte in Mittel- und Osteuropa haben in den vergangenen zehn Jahren zu einer massiven, die nationalen Grenzen überschreitenden Bevölkerungsbewegung geführt. Von den 20 Ländern mit dem weltweit höchsten Prozentsatz an älteren Menschen liegen 18 in der Europäischen Region. In diesen Ländern sind zwischen 13,2% und 17,9% der Bevölkerung über 65 Jahre alt. Innerhalb der nächsten 20 Jahre wird die Zahl der Menschen in dieser Altersgruppe signifikant ansteigen, wobei in den meisten Ländern die Bevölkerungsgruppe der Hochbetagten (d. h. der über 80-Jährigen) am schnellsten wächst. In den nächsten 30 Jahren wird der Anteil der über 80-Jährigen (als Prozentsatz der über 65-Jährigen) in Europa insgesamt von 22% auf über 30% hochschnellen. Dieser demographische Trend stellt die Länder vor die große Aufgabe, eine angemessene gesundheitliche und soziale Versorgung aller Bürger sicherzustellen.
3. Eine große und wachsende Zahl von Menschen riskiert in den europäischen Gesellschaften heute, irgendwann einmal unter die Armutsgrenze abzurutschen. Armut, ob man sie nach Einkommen, Sozialstatus, Lebensverhältnissen oder Bildungsstand definiert, bildet den größten Einzelfaktor für gesundheitliche Beeinträchtigungen. Ein Drittel der Bevölkerung im östlichen Teil der Region, d. h. etwa 120 Millionen Menschen, lebt in extremer Armut. Die zunehmende Globalisierung der Märkte könnte die Schere zwischen Arm und Reich noch weiter öffnen. Außerdem sind die aus dem sozioökonomischen Wachstum erwachsenden Vorteile und kollektive Güter wie der Zugang zu Ausbildung und Beschäftigung unter den sozialen Gruppierungen auch heute schon ungleich verteilt.
4. Der Gesundheitszustand bestimmter schwacher Gruppen, u. a. von ethnischen Minderheiten, Zigeunern, Migranten und Flüchtlingen, ist besonders gefährdet. Häufig widmet man ihren Bedürfnissen nur geringe Aufmerksamkeit, und nicht immer sind sie durch die üblichen Kanäle des Gesundheits- und Sozialsystems zu erreichen. Dieses Problem verschärft sich in vielen Ländern. Auch körperlich oder geistig Behinderte bilden eine Gruppe mit besonderen Problemen und Bedürfnissen. Aufsuchende Dienste und der Abbau von finanziellen und anderen Schranken, die den Zugang zu den Diensten behindern, können die Gesundheit der Armen verbessern.
5. Besondere Anstrengungen müssen der Ermittlung von Bevölkerungsgruppen gelten, die gesundheitlich besonders gefährdet und von Frühsterblichkeit bedroht sind. Außerdem müssen die Ursachen der sozial bedingten gesundheitlichen Unterschiede analysiert werden. Die laufende Messung und Evaluierung der Wirksamkeit von Maßnahmen zum Abbau des Gesundheitsgefälles müssen stärkere Aufmerksamkeit erhalten. Für die Unterstützung der gefährdeten Gruppen braucht man einheitliche und umfassende Konzepte.

Gesundheitliche Herausforderungen in Europa

6. In den gesellschaftlichen Bedingungen, unter denen *gesundheitliche Leistungen* erbracht werden, vollzieht sich eine erhebliche demographische, politische und soziale Umgestaltung, und die Ansprüche steigen. Die wachsende Zahl der älteren Menschen, die zunehmende Armut, Arbeitslosigkeit und Migration sowie die Verfügbarkeit neuer und teurer Techniken zählen zu den Faktoren, die das Gesundheitswesen unter Druck setzen. Gleichzeitig erweitert sich bei der Erbringung gesundheitlicher Leistungen die Kluft zwischen den Ländern, zwischen Regionen und unter sozialen Gruppierungen immer mehr und

wird für viele Länder im Osten der Region allmählich kritisch. Oft sind unter den herrschenden Sparzwängen Zugänglichkeit und Qualität der Gesundheitsdienste auf der Strecke geblieben.

7. Im allgemeinen legt man weiterhin zu starkem Wert auf die eigentliche Versorgung und insbesondere auf die kurative Versorgung, während man Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Rehabilitationsmaßnahmen unverdienterweise weniger Aufmerksamkeit widmet. Die wissenschaftlich fundierte *Faktenlage*, auf die sich Grundsatzentscheidungen gründen, muss verbessert werden. In vielen Ländern sind genaue und valide Informationen immer noch lückenhaft. Besondere Anstrengungen müssen gemacht werden, um die Informationen zu verbessern, so dass sich künftige Trends und Defizite vorhersagen lassen. Damit diese Informationen auch auf höchster politischer Ebene brauchbar sind, sollten sie nicht nur die herkömmlichen Gesundheitsindikatoren umfassen, sondern auch Angaben zu Indikatoren struktureller, verhaltensbedingter und sozialer Determinanten enthalten.

8. *Koronare und zerebrovaskuläre Erkrankungen und Bluthochdruck* bilden zusammen in praktisch allen Mitgliedstaaten die häufigste Todesursache, Krebs steht an zweiter Stelle. Mit der Lebensweise verknüpfte Faktoren wie Rauchen, schlechte Ernährung, Fettleibigkeit und fehlende Bewegung spielen bei der Entstehung von Herz-Kreislauf-Krankheiten eine Schlüsselrolle. Der wichtigste Einzelrisikofaktor für Krebs ist das Rauchen, das für etwa ein Drittel aller Krebsfälle in der Europäischen Region verantwortlich ist. Ein weiteres ungeheures Gesundheitsproblem stellen in der Region alkoholbedingte Schäden, darunter Unfälle, dar.

9. Drei bedeutende *psychiatrische Störungen*, nämlich Depressionen, bipolare Störungen und Schizophrenie, machen etwa 10% der gesamten durch Krankheit anfallenden Belastung aus. Zugleich mehren sich die Risikofaktoren im Bereich der psychischen Gesundheit. Gegenwärtig werden Depressionen weder ausreichend diagnostiziert noch behandelt. In der Praxis der psychischen Gesundheitsversorgung bestehen noch markante Unterschiede, und im Osten der Region gibt es immer noch riesige Anstaltseinrichtungen.

10. Die Europäische Region erlebt das Wiederauftauchen bereits vergessener Krankheiten wie *Chole-
ra, Diphtherie, Malaria und Syphilis*, vor allem in einigen der neuen unabhängigen Staaten (NUS). Die *HIV-Infektion* verbreitet sich rasch im östlichen Teil der Region, während die *Aids*-Inzidenz in Westeuropa zurückgeht.

11. Die *Tuberkulose*-Inzidenz und -Mortalität steigt in vielen Ländern. In den meisten Fällen ist das Wiederaufflackern der Tuberkulose nicht so sehr mit der HIV-Infektion verknüpft, sondern hat eher mit Armut, darunter schlechten Wohnverhältnissen, Fehlernährung und Substanzenmissbrauch zu tun. Viele Länder halten sich immer noch nicht systematisch an die von der WHO propagierte DOTS-Strategie zur ambulanten Kurzzeitbehandlung der Tuberkulose.

12. Der letzte bestätigte Fall von *Poliomyelitis* trat im November 1998 in der Türkei auf, der Prozess zur Bestätigung der Poliomyelitis-Eliminierung geht weiter. Die Poliomyelitis-Eliminierung in der Europäischen Region ist Teil der globalen Eradikationsinitiative und beinhaltet einen hohen Routine-Impfschutz, ergänzende Massenimpfungen und eine erweiterte Überwachung. Das Datum für die globale Eradikation wurde zwar auf das Jahr 2000 angesetzt, voraussichtlich bleiben aber noch verschiedene Probleme zu lösen, vor allem im Hinblick auf die Beendigung des Zertifizierungsprozesses, der durchaus bis 2003 laufen könnte.

13. Die Immunisierung hat sich positiv auf die Inzidenz der *Masern* ausgewirkt und einen drastischen Rückgang in der Zahl der Sterbefälle bewirkt. Viele Länder sind jedoch immer noch nicht auf eine Eliminierungskampagne eingestellt.

14. Die Bemühungen, bis zum Jahr 2000 die *Diphtherie* aus der Region zu eliminieren, erlitten einen schweren Rückschlag, als zu Beginn der 1990er Jahre im Osten der Region eine große Diphtherieepidemie ausbrach. Möglich war dies u. a. deshalb, weil die zuvor so effektiven Impf- und Überwachungsprogramme zusammengebrochen waren. Dank massiver Immunisierungsmaßnahmen konnte die sich rasant ausbreitende Epidemie gestoppt werden.

15. Die endemische *Malaria* wurde in der Mitte der 1990er Jahre in der Europäischen Region erneut zum Problem, hauptsächlich aufgrund wirtschaftlicher Unsicherheit, massiver Bevölkerungsbewegungen und großer landwirtschaftlicher Bewässerungsprojekte. Am stärksten betroffen sind die Länder Armenien, Aserbaidschan, Tadschikistan und Türkei.

16. Die *Überwachung der übertragbaren Krankheiten* funktioniert in ganz unterschiedlichem Umfang, die geschätzte tatsächliche Krankheitsinzidenz in der Region wird nur zum Teil erfasst. Viele Labors haben nur begrenzte Kapazitäten und Ressourcen. Besonders besorgniserregend ist weiterhin die weltweite Ausbreitung von Infektionsträgern, die gegenüber antimikrobiellen Arzneimitteln resistent sind.

17. Die Chancen für die Geburt eines gesunden Kindes sind in der Region weiterhin sehr ungleich verteilt, und das Gleiche gilt für die Überlebenschancen im ersten Lebensjahr. Die *Säuglingssterblichkeit* reicht von 3 bis 43 Sterbefällen pro tausend Lebendgeburten, was u. a. an der fehlenden Umsetzung des Konzepts der integrierten Handhabung von Kinderkrankheiten (IMCI) liegt. Auch die *Müttersterblichkeit* bleibt in vielen Ländern ein wichtiges Anliegen. Bei der Schwangerschaftsfürsorge und -nachsorge bestehen erhebliche Verteilungsungerechtigkeiten und in weiten Teilen der Region werden die Grundanforderungen nicht erfüllt.

18. Im Bereich *Umwelt und Gesundheit* sind die Hauptprobleme in der Region auf dem Gebiet der Wasser- und Abfallwirtschaft, Verkehr und Lebensmittelsicherheit zu suchen. Außerdem fehlt in den meisten Ländern noch eine bedarfsgerechte und moderne Lebensmittel- und Ernährungspolitik.

REGIONALE STRATEGIEN UND VORRANGIGE MASSNAHMEN

Globaler Rahmen

19. Gemäß dem Satzungsauftrag der WHO besteht die übergeordnete Aufgabe der Organisation darin, für alle Menschen die bestmögliche Gesundheit anzustreben. Ausgehend davon und unterstützt durch die während der letzten beiden Jahrzehnte verfolgte Verpflichtung auf die „Gesundheit für alle“, definiert die gesamtorganisatorische Strategie den übergeordneten Rahmen für die fachliche Arbeit der WHO anhand der vier Aspekte ihrer strategischen Ausrichtung:

- Reduzierung der überhöhten Mortalität, Morbidität und Behinderungen insbesondere der armen und marginalisierten Teile der Bevölkerung;
- Förderung gesunder Lebensweisen und Verringerung der die menschliche Gesundheit gefährdenden Faktoren, die durch umweltbedingte, wirtschaftliche, soziale und verhaltensbezogene Ursachen zustande kommen;
- Entwicklung von Gesundheitssystemen, die chancengleich die gesundheitlichen Möglichkeiten verbessern, den legitimen Ansprüchen der Menschen gerecht werden und finanziell fair sind, und
- Entwicklung einer zum Handeln befähigenden Politik und eines institutionellen Umfelds im Gesundheitssektor sowie Förderung einer wirksamen gesundheitlichen Dimension in Sozial-, Wirtschafts-, Umwelt- und Entwicklungspolitik.

20. Mit diesen vier Hauptaspekten der strategischen Ausrichtung der Organisation sind die vorrangigen Arbeitsbereiche allgemein umrissen. Die übergeordneten Prioritäten der WHO werden im globalen Programmhaushalt der WHO eingehender erläutert.

21. Die gesamtorganisatorische Strategie soll in der Praxis der WHO-Arbeit einen stärkeren Zusammenhang und stärkere Einheitlichkeit bewirken und betont, dass sich die Maßnahmen auf allen Ebenen der Organisation ergänzen müssen. Sowohl bei der Planung wie bei der Umsetzung gilt die besondere Aufmerksamkeit (auch hinsichtlich des Einsatzes der finanziellen Mittel und der personellen Ressourcen):

- den Bereichen, in denen die Möglichkeit besteht, durch kostenwirksame Maßnahmen wesentliche Veränderungen in der durch Krankheit bewirkten Belastung zu erzielen;
 - den gesundheitlichen Problemen mit erheblichen sozioökonomischen Konsequenzen oder unverhältnismäßig starken Auswirkungen auf das Leben der Armen;
 - den Bereichen, in denen offensichtlich ein Technologiedefizit besteht, und
 - den Möglichkeiten zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheiten unter den Ländern und innerhalb der Länder.
22. Daneben ist in der Reaktion auf größere, von den Mitgliedstaaten ausgehende Bitten um Unterstützung der Kompetenzvorsprung der WHO zu berücksichtigen.

Regionaler Rahmen

23. Innerhalb des im Globalen Strategischen Haushalt für 2002–2003 (Dokument EUR/RC50/7 Add.1) dargelegten gesamtorganisatorischen Rahmens der WHO-Arbeit konzentriert sich die Tätigkeit des Regionalbüros auf die Unterstützung der Länder bei der Umsetzung der relevanten Teile des regionalen Rahmenkonzepts „Gesundheit für alle“ (GESUNDHEIT21). Mit diesem regionalen gesundheitspolitischen Grundsatzdokument wurden für die Europäische Region 21 Ziele festgelegt. Sie bilden den Maßstab, an dem die Fortschritte bei der Verbesserung und dem Schutz von Gesundheit und der Verringerung von Risiken zu messen sind. In Übereinstimmung mit der gesamtorganisatorischen Strategie der WHO wurden in GESUNDHEIT21 vier vorrangige Handlungsstrategien aufgestellt, die sicherstellen sollen, dass die Umsetzung vom Gedanken der wissenschaftlichen, wirtschaftlichen, sozialen und politischen Nachhaltigkeit für die Umsetzung getragen wird:

- multisektorale Strategien, mit denen man unter Berücksichtigung der physischen, wirtschaftlichen, sozialen, kulturellen und geschlechtsspezifischen Perspektiven die Determinanten von Gesundheit angehen kann;
- auf gesundheitliche Resultate ausgerichtete Programme und Investitionen in die gesundheitliche Entwicklung und die klinische Versorgung;
- eine integrierte familien- und gemeindeorientierte primäre Gesundheitsversorgung, die durch ein reaktionsfähiges Krankenhaussystem unterstützt wird, und
- ein partizipatorischer gesundheitlicher Entwicklungsprozess, der alle wichtigen Partner der Gesundheitsarbeit auf allen Ebenen, im Zuhause der Menschen, in der Schule, am Arbeitsplatz, im Nahbereich und im Land, in die Arbeit einbezieht und eine gemeinsame Entscheidungsfindung, Umsetzung und rechenschaftspflichtige Verantwortlichkeit fördert.

Herausforderungen für das Regionalbüro

24. *Die wissenschaftlich fundierte Faktenlage verbessern.* Das Regionalbüro hat es sich zum Ziel gesetzt, ein echtes Kommunikationsforum und ein Wissenszentrum im Bereich der öffentlichen Gesundheit zu werden und wird deshalb seine Kapazität für die Aufnahme, Analyse, Strukturierung und Verbreitung von Informationen weiterentwickeln. Für aktuelle Situationsanalysen und Prognosen anhand verschiedener Szenarios zur Unterstützung der Entscheidungsfindung wird ausreichendes analytisches Können gebraucht. Für die Verbreitung von Informationen müssen neue und künftige Technologien genutzt werden und der Empfängerkreis ist über die herkömmlichen Partner in der gesundheitlichen Arbeit hinaus auch auf andere Sektoren auszudehnen.

25. *Eine hohes Niveau an Sachkenntnis halten.* Um die heute im Public-Health-Bereich erforderliche, äußerst umfassende Sachkenntnis abdecken zu können, wird das Regionalbüro seine Netzwerke ausbauen und die externe Zusammenarbeit verstärken. Dabei wird es die den Bedürfnissen der Mitgliedstaaten am besten entsprechenden technischen Antworten finden und damit neue Möglichkeiten und Wege gehen,

um die Rotation und den Austausch von Experten zwischen dem Regionalbüro, den Ländern, dem WHO-Hauptbüro und anderen Regionen und Organisationen zu erleichtern.

26. *Das Leistungsniveau im Bereich Public Health anheben.* Um die gesundheitliche Entwicklung in den Ländern wirklich wirksam beeinflussen zu können, muss das Regionalbüro nicht nur imstande sein, die Länder in abgegrenzten und fest umrissenen Sachbereichen zu unterstützen, sondern es muss zugleich auch umfassend als Public-Health-Berater fungieren können. Für diesen Zweck werden ein Rekrutierungsplan und ein Fortbildungsprogramm aufgestellt. Gedacht ist an die neue Funktion des „Public-Health-Generalisten“, der Probleme analysieren, sich auf ein umfassendes Netz von Spezialisten stützen und als Schnittstelle und neutraler Makler zwischen Entscheidungsträgern und Experten fungieren kann.

27. *Partnerschaften beleben.* Angesichts der Reichweite des Public-Health-Bereichs, der für die Gesundheit zur Verfügung stehenden knappen Ressourcen und der wachsenden Zahl der in diesem Bereich tätigen Organisationen wird das Regionalbüro seine Zusammenarbeit mit anderen Organisationen verstärken. Es wird, um konkrete Resultate zu erzielen, seine Zusammenarbeit mit anderen Organisationen der Vereinten Nationen, mit der Europäischen Union und anderen staatlichen Organisationen in Europa, mit nichtstaatlichen Organisationen und dem Privatsektor auf Folgendes gründen:

- die Etablierung von Arbeitsweisen, die sich auf der Anerkennung der Funktionen, Mandate und Interventionsmöglichkeiten der einzelnen Partner, einer systematischen Auslotung der Synergie-möglichkeiten und der Definition gemeinsamer Ziele basiert;
- Unterstützung der Länder beim Ausbau ihrer eigenen Kapazitäten zur Handhabung der internationalen Hilfe (dies wird in Zielen und Programmen verankert, die gemeinsam mit der WHO und anderen Partnern festgelegt werden), und
- regelmäßige Anschlussmaßnahmen und Evaluierung der erzielten Resultate und der Nutzung der investierten Mittel.

28. *Verbesserte Koordination mit dem WHO-Hauptbüro und den anderen Regionalbüros.* Gemäß der Vorstellung von einer „einheitlichen WHO“ wird sich die Zusammenarbeit auf allen Ebenen der Organisation auf offene Gespräche und Transparenz gründen. Dieser Geist der Zusammenarbeit wird am Hauptbüro und in den anderen Regionalbüros den Austausch unter Mitarbeitern erleichtern und ihre Kontaktmöglichkeiten erweitern und dazu beitragen, der Organisation insgesamt ein stärkeres Imageprofil zu verleihen.

29. *Aktualisierung der Länderstrategie.* Mit dem ersten auf fünf Jahre angelegten Plan für das EUROHEALTH-Programm rückte die Länderarbeit des Regionalbüros in den Brennpunkt des Interesses. Das Programm wurde 1990 eingerichtet und sollte dazu dienen, die Arbeitsprogramme des Regionalbüros auf eine verstärkte Unterstützung der mittel- und osteuropäischen Länder (MOE) und der neuen unabhängigen Staaten, d. h. der Nachfolgestaaten der Sowjetunion (NUS) auszurichten. Die erste Evaluation wurde im September 1994 durchgeführt, worauf das zweite, ebenfalls fünf Jahre umfassende Programm vor allem hinsichtlich der Prioritätenfestlegung abgeändert wurde. Eine zweite Evaluation fand im Zeitraum 1999–2000 statt und machte deutlich, dass das EUROHEALTH-Programm durch eine aktuellere Länderstrategie ersetzt werden muss. Das würde auch dem neuen globalen Integrationsansatz für die Länderarbeit entsprechen, der auf Länderebene eine engere Zusammenarbeit mit anderen Stellen der Vereinten Nationen und anderen Organisationen vorsieht.

30. Die Länderarbeit des Regionalbüros wird weiter ausgebaut. In Zukunft wird sich das Schwergewicht auf Überzeugungsarbeit, Koordination, Politikentwicklung und übergeordnete Public-Health-Leitlinien verlagern. In der Erkenntnis, dass auf Länderebene zahlreiche Akteure an der gesundheitlichen Entwicklung arbeiten, wird das Regionalbüro aktiv dazu beitragen, einen koordinierten Beitrag aller externen Geber und nationalen Partner zu vermitteln. Die im Umbruch befindlichen Länder werden bei ihren Bemühungen um Ressourcenbeschaffung unterstützt. Die Umsetzung von Einzelaktivitäten auf Länderebene wird zwar nicht völlig aufgegeben, doch das Schwergewicht wird zunehmend auf der Bewältigung von Gesundheitsproblemen liegen, und zwar durch die langfristige Zusammenarbeit mit wichtigen

Geberorganisationen, wie das bereits im Programm zur Eradikation der Poliomyelitis der Fall ist. Das Regionalbüro hofft durch die Beeinflussung der Denkweise wichtiger Geberorganisationen ihre Wirkung in den Ländern verstärken zu können. Eine solche Maßnahme wird es sein, in anderen Organisationen dafür zu werben, dass die normativen Informationen der WHO, z. B. Leitlinien und standardisierende Normen, übernommen werden.

31. Um echten Einfluss auf den Gesundheitszustand in den Ländern nehmen zu können, müssen die Grundprobleme angegangen werden. Dazu zählen die Verbesserung der wirtschaftlichen Bedingungen, der Bildungssituation und der allgemeinen Lebensumstände der unterprivilegiertesten Bevölkerungsschichten. Für die Bewältigung so grundlegender Probleme brauchen die nationalen konzeptionellen Vordenker Weitsicht und zuweilen auch den Willen zu kontroversen politischen Entscheidungen. Hier fällt dem Regionalbüro die Rolle zu, auf höchster politischer Ebene engagierte und umfassende Überzeugungsarbeit zu leisten und zugleich die Faktengrundlage zu stellen, auf die sich stringente nationale Grundsatzentscheidungen gründen können.

Vorrangige Sonderbereiche für den Zeitraum 2002–2003

32. Die vorrangigen Sonderbereiche der Europäischen Region im Zeitraum 2002–2003 entsprechen nahezu völlig den globalen Prioritäten. Allerdings verdienen in der Europäischen Region weitere Bereiche besondere Aufmerksamkeit, wie z. B. die sich aus der zunehmenden Zahl der älteren Menschen in der Region für die Gesundheit und die Gesundheitsversorgung ergebenden Konsequenzen.

33. *Malaria, HIV/Aids und Tuberkulose* sind wichtige Todesursachen und wirken sich unverhältnismäßig stark auf die Gesundheit der Armen aus.

Regionale Perspektive

- Eine für die gesamte Region geltende Strategie für die Malariabekämpfung konzentriert sich auf die endemischen und die am stärksten gefährdeten Länder. Die Aktivitäten sind Teil eines interregionalen Ansatzes zur Bekämpfung und Reduzierung des Malariaproblems. Die in den letzten Jahren durchgeführten Projekte zur Bekämpfung der Malaria, die Bereitstellung von Antimalaria-Arzneimitteln und die Stärkung der gesundheitlichen Infrastruktur haben dazu beigetragen, die Epidemie in den betroffenen Ländern einzudämmen.
- Sofern die erforderlichen Mittel vorhanden sind, werden die für die Reaktion auf die Epidemie der sexuell übertragbaren Infektionen und HIV/Aids in Osteuropa und Zentralasien zuständigen Task Forces (unter Beteiligung verschiedener Mitgliedstaaten, Geber, anderer Organisationen und Stellen) ihre Arbeit fortsetzen. Die Länder werden bei Maßnahmen unterstützt, die in den verschiedenen Gesundheitssektoren einem koordinierten und einheitlichen Herangehen an die Prävention und Bekämpfung von sexuell übertragbaren Infektionen und HIV/Aids und an die damit verbundene Gesundheitsversorgung dienen. Die WHO wird ihre partnerschaftliche Zusammenarbeit mit dem UNAIDS-Programm ausbauen.
- Es werden verstärkt Fortbildungsangebote für das Management und die Bekämpfung der Tuberkulose geschaffen und auch die Zusammenarbeit mit dem WHO-Hauptbüro wird intensiviert, um die DOTS-PLUS-Strategie für das Fallmanagement bei multiarzneimittelresistenter Tuberkulose zu fördern und sie zu unterstützen.

34. Der markanteste gesundheitliche Unterschied zwischen Industrie- und Entwicklungsländern zeigt sich in der *Müttersterblichkeit*. Die Verringerung der Müttersterblichkeit deshalb ist ein wichtiger Meilenstein der internationalen Entwicklungsziele.

Regionale Perspektive

- Die Müttergesundheit ist ein wichtiger Bestandteil der Programme für die Gesundheit von Mutter und Kind. Ein Versuchsprojekt in Pilotgebieten der zentralasiatischen Republiken und in Aserbaidschan mit dem Schwerpunkt Perinatalgesundheit, Familienplanung und integriertes Management bewirkte

einen Rückgang der Sterblichkeit und der nachgeburtlichen Komplikationen und führte dazu, dass jetzt mehr Mütter stillen. Das Regionalbüro wird durch Schulungsworkshops und auf andere Weise auch weiterhin ein ganzheitliches Konzept fördern und sich dabei auf eine evidenzbasierte Versorgung und kostenwirksame Interventionen während der Schwangerschaft, bei der Geburt und in der Zeit nach der Geburt berufen. Auch das Stillen wird weiterhin gefördert.

35. Vergessen wird oft, dass eine schlechte *psychische Gesundheit* weltweit stark dazu beiträgt, dass sich die durch Krankheit bewirkte Belastung erhöht.

Regionale Perspektive

- Das Programm Psychische Gesundheit wurde im Haushaltszeitraum 1998–1999 wieder aktiviert, wobei die besondere Aufmerksamkeit den psychischen Gesundheitsproblemen in den von Konflikten heimgesuchten Gebieten der Region galt. Der internetbasierte „Wellbeing five“-Fragebogen und das dazugehörige Punktauswertungssystem wurden als diagnostisches Instrument weiterentwickelt. Zunehmend wird anerkannt, dass es sich bei der Depression um ein sehr verbreitetes Leiden handelt, weshalb dringend Maßnahmen für die Früherkennung und die Behandlung mit modernen Medikamenten gebraucht werden. Außerdem besteht in der Öffentlichkeit ein großes Aufklärungsdefizit, dem dringend abgeholfen werden muss, um die Einstellung der Bevölkerung zu Depressionen und anderen psychischen Gesundheitsstörungen zu ändern.

36. Der *Tabakkonsum* ist in allen Gesellschaften eine schwerwiegende Todesursache und entwickelt sich in den Entwicklungsländern zunehmend rasch zu einem Problem.

Regionale Perspektive

- Die Bemühungen um eine Eindämmung des Tabakkonsums werden mit dem Aktionsplan für ein tabakfreies Europa sowie durch die globale Arbeit an dem Entwurf eines Rahmenübereinkommens zur Steuerung des Tabakgebrauchs weitergeführt. Zur Zeit läuft ein dritter, fünf Jahre umfassender Aktionsplan, in dessen Rahmen für den Juni 2001 (im Gastgeberland Polen) eine ministerielle Konferenz zum Thema Steuerung des Tabakgebrauchs angesetzt ist. Ein 1998 gebildeter Ausschuss, in dem Länder, nichtstaatliche Organisationen und andere Stellen der Vereinten Nationen und Organisationen mitarbeiten, verfolgt laufend die gemachten Fortschritte.

37. *Krebs, Herz-Kreislauf-Krankheiten und Diabetes* sind die führenden Krankheitsursachen in einer anschwellenden Flut von nichtübertragbaren Krankheiten.

Regionale Perspektive

- Die für nichtübertragbare Krankheiten zuständigen Regionalprogramme konzentrieren sich in ihrer Arbeit auch weiterhin stark auf die Determinanten von Gesundheit und Faktoren der Lebensweise.
- Die Europäische Alkoholcharta und der Europäische Aktionsplan Alkohol enthalten die wichtigsten Public-Health- und Behandlungsstrategien. Zur Zeit läuft ein dritter, fünf Jahre umfassender Aktionsplan, in dessen Rahmen für den Februar 2001 (im Gastland Schweden) eine ministerielle Konferenz zum Thema Jugend und Alkohol angesetzt ist.
- Genauer ausgelotet werden die Möglichkeiten, die Länder bei ihren umfassenderen und einheitlicheren Bemühungen um gemeindenahen Maßnahmen für Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention noch stärker zu unterstützen, u. a. im Rahmen des vernetzten Integrierten Länderprogramms zur Intervention bei nichtübertragbaren Krankheiten (CINDI).
- Seit 1989 leiten das Regionalbüro und der Europäische Verband der International Diabetes Foundation gemeinsam die sogenannte St.-Vincent-Bewegung. Mit diesen umfassenden Bemühungen werden fast alle Mitgliedstaaten angesprochen und können sich an innovativen Maßnahmen zur wesentlichen Verringerung der schweren gesundheitlichen Probleme von Diabetikern beteiligen (hauptsächlich durch verstärkte Selbstbetreuung und Unterstützung im Gemeinderahmen). In Übereinstimmung mit

dem Europäischen Diabetes-Aktionsplan wird die Umsetzung nationaler Diabetesprogramme auch künftig unterstützt.

38. Die *Lebensmittelsicherheit* umfasst einen Problemkomplex mit potentiell schwerwiegenden wirtschaftlichen und gesundheitlichen Konsequenzen und stößt in der Öffentlichkeit und im Public-Health-Bereich zunehmend auf starkes Interesse.

Regionale Perspektive

- Die Programme Ernährung und Lebensmittelsicherheit befassen sich in enger Zusammenarbeit mit den Public-Health-Aspekten der Thematik Lebensmittel und Ernährung. Gemeinsam mit dem WHO-Verbund der „Gesunden Städte“ und verschiedenen nichtstaatlichen Organisationen wurde ein Aktionsplan für Lebensmittel- und Ernährungspolitik in Städten aufgestellt. Ein mögliches Rahmenkonzept und Vorschläge für einen europäischen Aktionsplan werden dem Regionalbüro unterbreitet, um die Entwicklung in diesem Bereich anzuregen.

39. Die *Sicherheit von Blutprodukten* wird in vielen Ländern vernachlässigt, ist aber für viele Aspekte der menschlichen Gesundheit außerordentlich wichtig.

Regionale Perspektive

- Die wirksame Nutzung von Blutprodukten ist ein untrennbarer Bestandteil der Gesundheitsreform. Seit 1998 führt das Regionalbüro eine Reihe von Workshops über die Nutzung von gesundheitlich unbedenklichem Blut und sicheren Blutprodukten unter verschiedenen klinischen Rahmenbedingungen durch. Die WHO wird sich weiterhin darum bemühen, dieser Thematik auf der Tagesordnung der einzelstaatlichen Gesundheitsbehörden einen hohen Stellenwert zu verschaffen, und wird für die Entwicklung einer nationalen Politik in diesem Bereich eintreten. Die Einrichtung nationaler Bluttransfusionsdienste wird unterstützt. Besonderes Gewicht wird zudem darauf gelegt, nicht notwendige Bluttransfusionen durch den wirksamen klinischen Einsatz von Blut und Blutprodukten und durch Alternativen zur Bluttransfusion zu verringern.

40. *Gesundheitssysteme* müssen leistungsfähig sein, wenn fachliche Maßnahmen die beste Wirkung zeitigen sollen. Die Stärkung der Gesundheitssysteme bildet deshalb den Kern der von der WHO unternommenen Anstrengungen.

Regionale Perspektive

- Auch künftig werden die Länder bei der Umsetzung verschiedener Aspekte der von 1995 stammenden Charta von Ljubljana über die Reform der Gesundheitsversorgung unterstützt. Die Arbeit der 1999 eingerichteten Europäischen Beobachtungsstelle für Gesundheitssysteme, die eine evidenzbasierte Gesundheitspolitik unterstützt und fördert, wird fortgesetzt.

41. Die den *Veränderungen innerhalb der WHO dienenden Investitionen* spiegeln die laufenden Bemühungen wider, die Möglichkeiten der Organisation, auf die in der neuen WHO-Agenda dargelegten Prioritäten und Visionen reagieren zu können, zu verbessern.

Regionale Perspektive

- Das Regionalbüro wird mit dem WHO-Hauptbüro und den anderen Regionen weiterhin daran arbeiten, die Verfahren und Prozesse zu vereinheitlichen, um die Arbeit kostenwirksamer und produktiver zu gestalten. Anhang 1 enthält eine Tabelle mit Querverweisen auf die 35 gesamtorganisatorischen Arbeitsbereiche und die regionale Organisationsstruktur sowie die regionalen Programme.

ÜBERGEORDNETER RAHMENHAUSHALT FÜR DIE EUROPÄISCHE REGION DER WHO

Regionale Planungszuweisung

42. Die geplante regionale Haushaltszuweisung für 2002–2003 entspricht nominell dem für den Haushaltszeitraum 2000–2001 angenommenen Programmhaushalt, d. h. sie beträgt 51 699 000 US-\$. Letzterer umfasst auch die zusätzliche Länderprogrammzuweisung von 2,2 Millionen US-\$, die das Regionalbüro aufgrund des von der Weltgesundheitsversammlung gefassten Beschlusses (Resolution WHA51.31), die regionalen Zuweisungen zu revidieren, erhalten hat. Außerdem erhielt die Europäische Region gemäß der von der Weltgesundheitsorganisation für 2000–2001 verabschiedeten Resolution über die Verwendung der Haushaltsmittel (WHA52.20) aus den Nebeneinnahmen für die Eradikation der Poliomyelitis und die Kampagne „Roll Back Malaria“, für die Bekämpfung der Tuberkulose und von HIV/Aids sowie für die Anti-Tabak-Initiative weitere 915 000 US-\$.

43. Außerordentliche Mittel stehen 2002–2003 voraussichtlich in der Höhe von 63 Millionen US-\$ zur Verfügung.

44. Zu Vergleichszwecken sei angeführt, dass der Ordentliche Haushalt für den Zeitraum 1998–1999 48 243 200 US-\$ betrug und außerordentliche Mittel in der Höhe von 51 016 425 US-\$ zur Verfügung standen (s. Dokument EUR/RC50/Inf.Doc./1).

45. Für die strategische Planung des WHO-Haushalts 2002–2003 setzte die Generaldirektorin das Ziel fest, 10% der Mittel in vorrangige Programme umzulenken, was sich darin widerspiegeln wird, dass 4 Millionen US-\$ von nachgeordneten auf vorrangige Programme umverteilt werden.

Mittelzuweisung für die Länderprogramme

46. Das Regionalkomitee beschloss 1999, die zusätzliche Haushaltsmittelzuweisung für Armenien, Aserbaidschan, Bosnien-Herzegowina, Kirgisistan, die Republik Moldau und Tadschikistan in der vorläufigen Höhe beizubehalten, bis die Region ihre endgültige zusätzliche Mittelzuweisung erhalten habe (Resolution EUR/RC48/R9). Danach würde man die Zuweisung für diese Länder auf den UNDP-Index der menschlichen Entwicklung gründen.

47. Ab 2002–2003 werden die zusätzlichen Haushaltsmittel nach dem UNDP-Index der menschlichen Entwicklung unter Albanien, Bulgarien, der Ehemaligen jugoslawischen Republik Mazedonien, Estland, Georgien, Jugoslawien, Kasachstan, Kroatien, Lettland, Litauen, Malta, Polen, Rumänien, der Russischen Föderation, der Slowakei, Slowenien, der Tschechischen Republik, der Türkei, Turkmenistan, Ungarn, der Ukraine, Usbekistan und Weißrussland aufgeteilt. Sollte eines der Länder nach der Definition der Weltbank den Status eines Landes mit „hohem Einkommen“ erlangen, würde es keine Zuwendungen dieser Art mehr erhalten.

48. In Übereinstimmung mit Resolution EUR/RC49/R5 enthält Anhang 2 eine Tabelle mit den neuesten Angaben aus dem Index der menschlichen Entwicklung. Um die Bezugnahme zu erleichtern, zeigt eine Kolonne der Tabelle auch den aktuellen Informationsstand in Bezug auf das Bruttonozialprodukt (BSP) pro Kopf der Bevölkerung.

49. In ihren Leitlinien für die Ausarbeitung des Programmhaushalts 2002–2003 entschied die Generaldirektorin (eingedenk der Tatsache, dass durch Resolution WHA51.31 für eine Verschiebung der regionalen Haushaltszuweisungen eine Obergrenze von 3% pro Jahr festgesetzt wurde und die Organisation 2000–2001 einen Kostenanstieg auffangen musste), dass die Abweichung für 2002–2003 nur 2% pro Jahr betragen dürfe. Für 2002–2003 werden die zusätzlichen Mittel für das Länderprogramm deshalb etwa eine Million US-\$ unter der zusätzlichen Haushaltszuweisung von 2,2 Millionen US-\$ für das Länderprogramm des Haushaltszeitraums 2000–2001 liegen.

50. Die Ausarbeitung von Kooperationsplänen mit den einzelnen Ländern beginnt nach der Tagung des Exekutivrats im Januar 2001, die Einzelheiten zur Länderarbeit des Regionalbüros werden dem Regionalkomitee 2001 vorgelegt.

Anhang 1

ZUSAMMENHANG ZWISCHEN DEN 35 IM GLOBALEN HAUSHALT AUSGEWIESENEN ARBEITSBEREICHEN UND DER ORGANISATIONSSTRUKTUR UND DEN PROGRAMMEN DES REGIONALBÜROS FÜR EUROPA

Haushalts-Nr.	Akronym	Gesamt-„Programm“ (Haushaltstitel)	EURO-Abteilung ^a	EURO-Referat	EURO-Programm (<i>Projekt</i>)
01 Übertragbare Krankheiten					
01.1.01	CSR	Überwachung übertragbarer Krankheiten	TS	Übertragbare Krankheiten	Überwachung übertragbarer Krankheiten und Gegenmaßnahmen
01.2.01	CPC	Prävention, Ausrottung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten	TS	Übertragbare Krankheiten	Bekämpfung, Prävention und Ausrottung von übertragbaren Krankheiten <i>Polio-Eradikation</i> (s. auch 03.5.1)
01.3.01	CRD	Forschung und Produktentwicklung für den Bereich übertragbare Krankheiten	RG	Ressourcengruppe des Regionaldirektors	
01.4.01	MAL	Malaria	TS	Übertragbare Krankheiten	„Roll Back Malaria“
01.5.01	TUB	Tuberkulose	TS	Übertragbare Krankheiten	Stop TB
02 Nichtübertragbare Krankheiten					
02.1.01	NCD	Überwachung, Prävention und Management von nichtübertragbaren Krankheiten	TS	Nichtübertragbare Krankheiten	CINDI Nichtübertragbare Krankheiten in Europa (s. auch 05.3.1)
02.2.01	TOB	Tabak	TS	Alkohol, Tabak und Drogen	Tabakfreies Europa (s. auch 05.3.01)
03 Gesundheit von Familie und Bevölkerung					
03.1.01	CAH	Gesundheit von Kindern und Jugendlichen	TS	Reproduktive Gesundheit, Gesundheit von Mutter und Kind	Gesundheit von Kindern und Jugendlichen
03.2.01	RHR	Forschung und Programmentwicklung im Bereich reproduktive Gesundheit	TS RG	Reproduktive Gesundheit, Gesundheit von Mutter und Kind Ressourcengruppe des Regionaldirektors	Reproduktive Gesundheit und Schwangerschaft
03.3.01	MPS	Die Schwangerschaft risikoärmer machen	TS	Reproduktive Gesundheit, Gesundheit von Mutter und Kind	<i>Die Schwangerschaft risikoärmer machen</i>
03.4.01	WMH	Gesundheit von Frauen	TS	Gesundheitliche Chancengleichheit aus geschlechtsspezifischer Perspektive	

03.5.01	HIV	HIV/Aids	TS	Übertragbare Krankheiten	Sexuell übertragbare Infektionen und HIV/Aids (s. auch 01)
04 Nachhaltige Entwicklung und gesunde Umwelt					
04.1.01	HSD	Nachhaltige Entwicklung	TS	Determinanten von Gesundheit	Soziale und wirtschaftliche Entwicklung
04.2.01	NUT	Ernährung	TS	Lebensmittel- und Ernährungspolitik	Ernährung (s. auch 04.4.01)
04.3.01	PHE	Gesundheit und Umwelt	TS	Gesundheit und die Umwelt	Umwelt und Gesundheit Koordination und Partnerschaft (bis zum 31.12.2000) Wasserhygiene und Abwasserbeseitigung Luftgüte Gesundheit von Kindern und die Umwelt Verkehr <i>Abfallwirtschaft</i> <i>Mittelmeeraktionsplan</i> <i>Lärmbekämpfung</i> <i>NEHAPs</i> <i>Chemikaliensicherheit</i> (s. auch 04.5.01)
04.4.01	FOS	Lebensmittelsicherheit	TS	Lebensmittel- und Ernährungspolitik	Lebensmittelsicherheit (s. auch 04.2.01)
04.5.01	EHA	Katastrophenschutz	TS CH	Gesundheit und die Umwelt Notfälle und humanitäre Hilfe	<i>Kernkraftstörfälle</i> (s. auch 04.3.01) (Büros für humanitäre Hilfe) (s. auch 08.2.01, 11.1.01)
05 Sozialer Wandel und psychische Gesundheit					
05.1.01	HPR	Gesundheitsförderung	TS	Gesundheit und Lebenszyklus	Gesundheitsfördernde Schulen Gesundheit am Arbeitsplatz Altern in Gesundheit
05.2.01	DPR	Prävention von Behinderungen und Rehabilitation	TS	Äußere Krankheitsursachen	Unfälle und Verletzungen
05.3.01	MNH	Psychische Gesundheit und Substanzenmissbrauch	TS	Alkohol, Tabak und Drogen Nichtübertragbare Krankheiten	Alkohol und Drogen (s. auch 02.2.01) Psychische Gesundheit (s. auch 02.1.01)
06 Gesundheitstechnologie und Arzneimittel					
06.1.01	EDM	Unentbehrliche Arzneimittel: Zugänglichkeit, Qualität und sinnvoller Einsatz	CH	Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens	Arzneimittel und Medizintechnik (s. auch 07.4.01)
06.2.01	IVD	Immunisierung und Impfstoffentwicklung	TS	Übertragbare Krankheiten	(s. 01)
06.3.01	BCT	Sicherheit von Blutprodukten und klinische Technologie	CH	Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens	Qualität der Gesundheitssysteme (s. auch 07.4.01)

07 Wissenschaftliche Erkenntnisse und Informationen für die Politik					
07.1.01	GPE	Wissenschaftliche Erkenntnisse für die Gesundheitspolitik	EC	Gesundheitsinformation Integrierte Überwachung Fakten zu Gesundheitsdefiziten und Interventionen Europäische Beobachtungstelle für Gesundheitsversorgungssysteme	Integrierte Datenbank Qualitative Informationen und Wissensgrundlage
			CH	Gesundheitspolitik auf allen Ebenen	Nationale Gesundheitspolitik Teilnationale und städtische Gesundheitspolitik Gesundheitssektor Wirtschaftlichkeit des Gesundheitssektors Gesetzgebung und Rechte
			TS	Gesundheitsverträglichkeitsprüfung	Methoden und Strategien der Gesundheitsverträglichkeitsprüfung Globaler Wandel und Gesundheit
07.2.01	IMD	Management und Verbreitung von Gesundheitsinformationen	EC	Kommunikation und Überzeugungsarbeit Gesundheitsdokumentation	Informationsverbreitung und Werbung Veröffentlichungen Übersetzung und Redaktion Dokumentations-Produktion und technische Unterstützung
07.3.01	RPC	Forschungspolitik und -förderung	RG	Ressourcengruppe des Regionaldirektors	
07.4.01	OSD	Organisation des Gesundheitswesens	CH	Public-Health-Systeme Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens Humanressourcen für Gesundheit Entwicklung von Humanressourcen	Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens Finanzierung des Gesundheitswesens Primäre Gesundheitsversorgung (s. auch 06.1.01, 06.3.01) Pflege Familienmedizin Medizinische Ausbildung Humanressourcen-Planung Stipendien (s. 09.2.01)

08 Externe Beziehungen und leitende Organe					
08.1.01	GBS	Leitende Organe	RG	Ressourcengruppe des Regionaldirektors	
08.2.01	REC	Ressourcenmobilisierung, externe Zusammenarbeit und Partnerschaften	CH RG	Internationale Partnerschaften Strategische Zusammenarbeit mit den Ländern Ressourcengruppe des Regionaldirektors	(s. auch 04.5.01 und 11.1.01) Ressourcenmobilisierung
09 Allgemeines Management					
09.1.01	BMR	Haushalts- und Managementreform	OS RG	Haushalt und Finanzen Ressourcengruppe des Regionaldirektors	Haushalt (s. auch 09.3.01) Leitende Grundsatzberater des Regionaldirektors
09.2.01	HRS	Entwicklung von Humanressourcen	OS	Humanressourcen Entwicklung von Humanressourcen	Kern-Humanressourcen Abteilungsspezifische Personalverwaltung Mitarbeiterförderung und -fortbildung (s. auch 07.4.01)
09.3.01	FNS	Finanzmanagement	OS	Haushalt und Finanzen	Finanzen (s. auch 09.1.01)
09.4.01	IIS	Informationstechnik und Infrastrukturdienste	OS	Verwaltung, Beschaffung und Konferenzen Informationstechnische Unterstützung	Dienstreisen Registratur und Kommunikationsdienste Beschaffung Gebäudewartung Kantine Druckerei und Konferenzdienste Help Desk Entwicklung und Wartung von Datenbanken Netzwerk-Management Web-Plattform-Management
10 Generaldirektorin, Regionaldirektoren und unabhängige Funktionen					
10.1.01	DGO	Büros der Generaldirektorin und der Regionaldirektoren	RD	Büro des Regionaldirektors	
10.2.01	DDP	Entwicklungsprogramm und Initiativen der Generaldirektorin und der Regionaldirektoren	RD	Ressourcengruppe des Regionaldirektors	
11 Länderprogramme					
11.1.01	CLA	Aktivitäten auf Länderebene	CH	Länderunterstützung	(s. 04.5.01 und 08.2.01)

^aCH Partnerschaften für die gesundheitliche Entwicklung in den Ländern

EC Information, Kommunikation und Evidenz

OS Betriebstechnische Unterstützung

RD Büro des Regionaldirektors

RG Ressourcengruppe des Regionaldirektors

TS Fachliche Unterstützung und strategische Entwicklung

Anhang 2

INDEX DER MENSCHLICHEN ENTWICKLUNG UND BRUTTOSOZIALPRODUKT
PRO KOPF DER BEVÖLKERUNG IN AUSGEWÄHLTEN MITGLIEDSTAATEN
DER EUROPÄISCHEN REGION

Land ^a	Human development index (HDI) ^b			Per capita GNP ^c (US \$)		
	1998	1997	1996	1998	1997	1996
	Niedrig (0.0–0.500) Mittel (0.500–0.799) Hoch (0.800 und darüber) <i>Kein Land der Europäischen Region fällt unter die Kategorie „niedrig“. Die Länder mit einem HDI-Wert zwischen 0,600 und 0,850 sind unten angeführt.</i>			Niedriges Einkommen (0–760) Unteres mittleres Einkommen (761–3030) Oberes mittleres Einkommen (3031–9360)		
Tadschikistan	0,663	0,665	0,575	370	330	340
Usbekistan	0,686	0,720	0,659	950	1020	1010
Republik Moldau	0,700	0,683	0,610	380	460	590
Turkmenistan	0,704	0,712	0,660	760	640	940
Kirgisistan	0,706	0,702	0,633	380	480	550
Albanien	0,713	0,699	0,656	810	760	820
Armenien	0,721	0,728	0,674	460	560	630
Aserbaidshjan	0,722	0,695	0,623	480	510	480
Türkei	0,732	0,728	0,782	3160	3130	2830
Ukraine	0,744	0,721	0,665	980	1040	1200
Kasachstan	0,754	0,740	0,695	1340	1350	1350
Bosnien-Herzegowina (geschätzt)	0,759	0,759	0,759	über 760	unter 760	unter 760
Georgien	0,762	0,729	0,633	970	860	850
Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien	0,763	0,746	0,749	1290	1100	990
Rumänien	0,770	0,752	0,767	1360	1410	1600
Lettland	0,771	0,744	0,704	2420	2430	2300
Russische Föderation	0,771	0,747	0,769	2260	2680	2410
Bulgarien	0,772	0,758	0,789	1220	1170	1190
Weißrussland	0,781	0,763	0,783	2180	2150	2070
Litauen	0,789	0,761	0,750	2540	2260	2280
Kroatien	0,795	0,773	0,759	4620	4060	3800
Estland	0,801	0,773	0,758	3360	3360	3080
Polen	0,814	0,802	0,851	3910	3590	3230
Ungarn	0,817	0,795	0,857	4510	4510	4340
Slowakei	0,825	0,813	0,875	3700	3680	3410
Tschechische Republik	0,843	0,833	0,884	5150	5240	4740

^aDie Länder mit einem BSP von unter 760 US-\$ pro Kopf der Bevölkerung sind fett angegeben.

^bHuman Development Index (HDI): Lebenserwartung, Bildungsstand und Einkommen.
Quelle der HDI-Angaben: UNDP Human development report.

^cBruttosozialprodukt (BSP): Die von einer Wirtschaft für den Endverbrauch produzierte Gesamtheit der Güter und Dienstleistungen, einschl. Nettofaktor Einkommen aus dem Ausland, geteilt durch die Halbjahres-Bevölkerungszahl.
Quelle der BSP-Angaben: World Bank atlas.