

Programmhaushaltsentwurf 2012–2013 – Die Perspektive der Europäischen Region der WHO

© istockphoto/ MenagerieCreative



Weltgesundheitsorganisation

REGIONALBÜRO FÜR Europa

Regionalkomitee für Europa
Sechzigste Tagung

Moskau, 13.–16. September 2010



EUROPA

**Regionalkomitee für Europa
Sechzigste Tagung**

Moskau, 13.–16. September 2010

Punkt 6 a) der vorläufigen Tagesordnung

EUR/RC60/10 Add.1
(+EUR/RC60/Conf.Doc./3)
23. Juli 2010
101836
ORIGINAL: ENGLISCH

**Programmbudgetentwurf 2012–2013
– Die Perspektive der Europäischen Region der WHO**

Dieses Papier soll die Perspektiven der Europäischen Region für ihre Arbeit im Zweijahreszeitraum 2012–2013 zum Erreichen der Ziele aus dem Mittelfristigen Strategieplan 2008–2013 der Organisation beleuchten. Gleichzeitig wird darin auch ein erster Versuch unternommen, den Programmbudgetentwurf für das Regionalbüro zu begründen und gegenwärtige und künftige Finanzierungsprobleme sowie mögliche Strategien zu ihrer Überwindung zu benennen. Dieser Text sollte in Verbindung mit dem Dokument für die globale Ebene (EUR/RC60/10) gelesen werden.

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

Dem Regionalkomitee liegt ein Resolutionsentwurf zur Prüfung vor.

Inhalt

	<i>Seite</i>
Zusammenfassung.....	1
Einführung.....	3
Der Programmhaushalt 2012–2013 der WHO - ein vernetzter globaler Prozess	3
Regionale Perspektiven im Zeitraum 2012–2013	3
Neue Zukunftsvision „Mehr Gesundheit für Europa“	3
Ein neues Geschäftsmodell zur Unterstützung der neuen Zukunftsvision	5
Mehr Rechenschaft und Transparenz	5
Der aktuelle Kontext.....	5
Gesundheitspolitik, soziale Determinanten, Lebenszyklus und benachteiligte Bevölkerungsgruppen (SO 4, 7 und zum Teil 10);.....	7
Übertragbare Krankheiten, Gesundheitssicherheit und die Umwelt (SO 1, 2, 5, 8 und Lebensmittelsicherheit in 9)	9
Nichtübertragbare Krankheiten, Prävention und Gesundheitsförderung (SO 3, 6 und 9)...	12
Gesundheitssysteme (SO 10 und 11).....	14
Informationen, Erkenntnisse, Wissenschaft, Forschung und Innovation für Grundsatzarbeit und Fachprogramme (SO 10).....	17
Führung, hierunter Partnerschaften mit Mitgliedstaaten und Organisationen (SO 12) und befähigende und unterstützende Funktionen (SO 13)	18
Allgemeine Erwägungen zum Programmhaushaltsentwurf 2012–2013	21
Überblick über den Haushalt der Region	21
Finanzierungsmechanismen – Probleme und Herausforderungen.....	24
Ordentliche Beiträge	24
Strategie zur Mobilisierung von Finanzmitteln	25
Mittelanwendung	26
Operative Planung, Beobachtung und Auswertung.....	26
Schlüsselmaßnahmen zur Operationalisierung der Zukunftsvision: die Budget- und Ressourcenkomponente des neuen Geschäftsplans des Regionalbüros	27
Manövrierfähigkeit schaffen	27
Finanzielle Risiken abbauen	28
Ressourcenmanagement verbessern.....	28

Zusammenfassung

Der Programmhaushalt ist ein Schlüsseldokument, in dem die Prioritäten und die strategische Ausrichtung des Regionalbüros vorgezeichnet sind. Es ist zwar ein Dokument der globalen Ebene, spiegelt aber die Besonderheiten der Europäischen Region in seiner regionalen Perspektive wider.

Der WHO-Haushalt ist ehrgeizig, insofern die Etatposten gemäß den Prinzipien ergebnisorientierter Budgetierung die Mittel darstellen, welche die Organisation zur Erfüllung der Zielsetzungen und Erbringung der geplanten Leistungen nach den Entwürfen für 2012–2013 benötigt. Zum Zeitpunkt der Haushaltsplanung besteht daher nahezu immer eine Lücke zwischen den benötigten und den verfügbaren Ressourcen.

Bezogen auf den Zweijahreszeitraum 2012–2013 sind zur Zeit der 60. Tagung des Regionalkomitees im September 2010 lediglich die Summe der ordentlichen Beiträge (AC) und einige freiwillige Beiträge (VC), deren Auslaufdatum über 2011 hinausreicht, als verfügbares Einkommen bekannt. Diese beiden Quellen können jedoch lediglich 29,3% des Gesamthaushalts finanzieren, sodass die übrigen Mittel im Laufe des kommenden Zweijahreszeitraums – für die beabsichtigten Zwecke zur rechten Zeit – gefunden werden müssen.

Mit Nachdruck sollte daher versucht werden, die von der WHO (durch Regionalkomitee und Weltgesundheitsversammlung) aufgestellten Prioritäten mit ihrer Finanzierbarkeit in Einklang zu bringen.

Zu diesen Prioritäten zählen größere Investitionen in die Bewältigung nichtübertragbarer Krankheiten (Strategische Ziele (SO) 3 und 4), in die Stärkung der Gesundheitssysteme und insbesondere ihrer Infrastruktur (SO 10–12) und in die Bekämpfung der Ursachen gesundheitlicher Defizite und Benachteiligungen an ihren Wurzeln, etwa den sozioökonomischen Determinanten von Gesundheit (SO 7). Für diese Arbeit müssen weitere Mittel aufgebracht werden, ohne dadurch die wichtige Arbeit auf anderen zentralen Feldern wie übertragbare Krankheiten zu beeinträchtigen oder die dort gewonnenen Ressourcen zu gefährden.

Zu diesem Aspekt wird dem Regionalkomitee auch ein gesondertes Papier über die zukünftige Finanzierung der WHO vorgelegt (Dokument EUR/RC60/18). Die Erörterungen und Empfehlungen des Regionalkomitees zu diesem Thema werden in einen globalen Prozess einmünden, in dessen Rahmen auch eine wichtige Debatte während der 128. Tagung des Exekutivrats im Januar im Januar 2011 geplant ist.

Für 2012–2013 verfolgt das Regionalbüro eine vorsichtige und realistische Haushaltsstrategie. Das wird daraus ersichtlich, dass das Regionalbüro für Basisprogramme im Haushalt 2012–2013 einen relativ moderaten Anstieg der Ausgaben um 26% im Vergleich zu 2008–2009 vorsieht, während der Anstieg in anderen Regionen zwischen 44% und 89% liegt. (Siehe Abb. 2, nach Absatz 96).

Eine wichtige Herausforderung für das Regionalbüro rührt von der Tatsache her, dass der überwiegende Teil des Einkommens zu Beginn des Zweijahreszeitraums weder verfügbar noch vorhersagbar ist, während die Personalkosten langfristig und wenig flexibel anfallen. So entsteht eine Finanzierungsrisiko, weil etwa bei Auslaufen der Finanzierung einer bestimmten Maßnahme oder einer inhaltlichen Verlagerung auf andere Fachgebiete die Personalkosten nur über einen längeren Zeitraum angepasst werden können. Derzeit entfallen 60% der Gesamtkosten für die inhaltliche Arbeit (SO 1–11) auf das Personal. Außerdem besitzen über 90% der international angeworbenen Mitarbeiter des höheren Dienstes längerfristige Einstellungsverträge.

Zur Stärkung der Führungs- und Aufsichtsfunktion des Regionalkomitees regt die Regionaldirektorin an, die genehmigten Programmhaushalte in Zukunft als einen „Vertrag“ zwischen Regionalkomitee und Sekretariat zu betrachten und dadurch die Rechenschaft des Regionalbüros über die Erbringung der erwarteten Ergebnisse zu sichern und auf eine solide Grundlage zu stellen. Es wird vorgeschlagen, dies in drei Schritten zu erreichen:

- a) Der Programmhaushaltsentwurf 2012–2013 und die Perspektive der Europäischen Region werden dem Regionalkomitee auf seiner 60. Tagung im Jahr 2010 zur Erörterung der Prioritäten und Mittelzuweisungen nach SO vorgelegt;
- b) nach Annahme des globalen Programmhaushalts durch die Weltgesundheitsversammlung im Jahr 2011 erstellt das Sekretariat (in Zusammenarbeit mit dem Ständigen Ausschuss des Regionalkomitees) ein Bündel aus Leistungsindikatoren und eine Liste zentraler Ergebnisse und legt sie dem Regionalkomitee bei dessen 61. Tagung vor;
- c) die Liste der Leistungsindikatoren und zentralen Ergebnisse wird im Rahmen der operativen Planung für den Zweijahreszeitraum 2012–2013 entwickelt und dient als „Vertrag“ zwischen Mitgliedstaaten und Sekretariat.

Einführung

Der Programmhaushalt 2012–2013 der WHO – ein vernetzter globaler Prozess

1. Der Mittelfristige Strategieplan 2008–2013 (MTSP) der Organisation wurde aus der Erkenntnis geboren, dass sich die Ergebnisse von Gesundheitspolitik in ihrer überwiegenden Mehrzahl nicht binnen zwei Jahren erzielen lassen. Durch die Schaffung der in einem Sechsjahreszeitraum organisationsweit erwarteten Resultate (OWER) und eine schrittweise Messung der erreichten Fortschritte glaubte man, Schwerpunkte besser aufrechterhalten und Erfolge überprüfen zu können. Dies und der Übergang zu 13 Strategischen Zielen (SO) anstelle der zuvor verwandten 36 Arbeitsbereiche begrüßten die Mitgliedstaaten in der Europäischen Region der WHO als eine große Verbesserung.
2. Der MTSP erstreckt sich über drei Haushaltsperioden. Zur rationelleren Vorbereitung des globalen Programmhaushalts und dem sich anschließenden Prozess der operativen Planung konzentriert sich die Erstellung des Programmhaushaltsentwurfs 2012–2013 in erster Linie auf eine Verlagerung von Schwerpunkten zwischen SO, die Anpassung an Länderprioritäten und erforderliche Schritte zur Schließung der Lücke zwischen Entwurf und tatsächlicher Umsetzung.
3. Dieses Dokument zur Perspektive der Europäischen Region hebt die Aspekte der Region für den Zeitraum 2012–2013 hervor und stellt ihren Beitrag zur Erreichung der OWER nach dem MTSP dar.
4. Die detaillierte Benennung von konkreten Zielen, Ergebnissen und Mittelbedarf zur Erreichung der erwarteten Resultate wird zeitnaher an der Umsetzung und in Verbindung mit dem Prozess der operativen Planung erfolgen. Außerdem wird die operative Planung stärker in Phasen eingeteilt, und zwar beginnend mit der Benennung der Länder, für die Ergebnisse angestrebt werden, wobei die zweijährigen Kooperationsvereinbarungen zu Grunde gelegt werden, gefolgt von der Entwicklung der Leistungsindikatoren für Vergleiche im organisationsweiten Planungsrahmen und komplettiert durch die Ausarbeitung und Budgetierung von Produkten und Dienstleistungen für die Arbeitspläne des Regionalbüros zur Erbringung der erwarteten Resultate. Durch diese Maßnahmen soll eine effektivere und effizientere Planung und Umsetzung auf allen Ebenen der Organisation erreicht werden.
5. Das Format des Dokuments, das den Programmhaushaltsentwurf 2012–2013 vorstellt, ist im Vergleich zum Programmhaushalt 2010–2011 in zwei zentralen Punkten verändert worden:
 - der Haushalt wird nur bis zu den SO auf der Ebene größerer Büros aufgeschlüsselt,
 - zu jedem SO werden kurz die „Prioritäten und Schwerpunkte für 2012–2013“ skizziert und bisherige zentrale Erfolge und Hindernisse sowie Änderungen in der Verteilung von Aufgaben und Bediensteten auf den verschiedenen Ebenen der Organisation beschrieben.

Regionale Perspektiven im Zeitraum 2012–2013

Neue Zukunftsvision „Mehr Gesundheit für Europa“¹

6. Die Rahmenbedingungen in Europa und in der Welt haben sich in den vergangenen zehn Jahren erheblich verändert und für alle Mitgliedstaaten in der Region Beweggründe, Herausfor-

¹ Vgl. auch das Papier mit der Zukunftsvision der Regionaldirektorin *Mehr Gesundheit für Europa Anpassung des Regionalbüros an sich verändernde Rahmenbedingungen in der Europäischen Region: Die Perspektive der Regionaldirektorin (Dokument EUR/RC60/8)*.

derungen und Möglichkeiten geschaffen, die Gesundheit ihrer Bevölkerungen zu verbessern und die Gesundheitssysteme zu reformieren. Gleichzeitig ist regional und global Gesundheit auf der politischen Tagesordnung nach oben gerückt. Die Mitgliedstaaten und das WHO-Regionalbüro für Europa müssen sich zusammen mit Partnern an einer gemeinsamen Antwort auf die Folgen des demografischen und gesellschaftlichen Wandels für die Gesundheit beteiligen. Das Regionalbüro muss seine Organisation und seinen Betrieb besser auf die Unterstützung der Mitgliedstaaten einstellen und seine fachlich führende Stellung im Bereich von Gesundheitspolitik und Bevölkerungsgesundheit verstärken.

7. Für die Verwirklichung der Zukunftsvision „Mehr Gesundheit für Europa“ und die Sicherung der Einbeziehung der internationalen Gemeinschaft ist die Ausarbeitung einer Europäischen Gesundheitspolitik von entscheidender Bedeutung. Sie soll einen kohärenten und integrierten Rahmen vorgeben und einen Weg für die gesundheitlichen Maßnahmen auf subnationaler, nationaler und internationaler Ebene vorzeichnen. Das wird die Arbeit zur Bewältigung der Herausforderungen für die gesamte Region unterstützen, indem Partnerschaften gestärkt, die Leistung der Gesundheitssysteme gesteigert und die Bedürfnisse der Länder gemäß ihrer epidemiologischen und demografischen Realitäten aufgegriffen werden, und auch evidenzbasiertes Handeln wird so vorangetrieben, weil die Wirksamkeit der verfügbaren politischen Instrumente überprüft wird. Am wichtigsten ist jedoch die hierdurch vollzogene thematische Verlagerung der Gesundheitssysteme auf Gesundheitsschutz und Krankheitsprävention und das Erstreben gesundheitlicher Chancengleichheit, indem ein breiter Fächer an Gesundheitsdeterminanten innerhalb wie außerhalb des Gesundheitssystems angegangen wird.

8. Die neuen Rahmenbedingungen in der Region machen ein starkes WHO-Regionalbüro für Europa erforderlich, das zu gesundheitspolitischer Kompetenz und Innovation verpflichtet ist. Die Organisation muss die Region vereinen, Brücken bauen und verbinden, indem sie gemeinsame europäische Werte fördert, für gesundheitliche Chancengleichheit eintritt und die internationale Zusammenarbeit unterstützt. Sie muss auf Erkenntnissen aufbauen und Qualität sichern, durch gute Programme und qualifizierte Bedienstete für die gesamte Region relevant sein und von Transparenz und Verantwortlichkeit geleitet werden.

9. Das Regionalbüro kann nur ein Katalysator der Exzellenz sein, wenn die Führung auf Ebene der Region gestärkt wird und neue Partnerschaften und Bündnisse für die Gesundheit geschaffen werden. Nur ein starkes, aktives und gut unterstütztes Regionalkomitee kann sicherstellen, dass die Mitgliedstaaten voll an Grundsatzdialog und Entscheidungsfindung beteiligt sind. Auch das Mandat des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees (SCRC) muss überprüft und seine Führungsfunktion verstärkt werden, damit es für die Arbeitsweise des Regionalkomitees mehr Relevanz erhält. Außerdem ist es von entscheidender Bedeutung, dass die WHO starke Partnerschaften und gemeinsame Aktivitäten mit allen relevanten Akteuren in der Region entwickelt und erhält, etwa mit der Europäischen Union und den Vereinten Nationen.

10. Das Regionalbüro samt seiner Länderbüros und Außenstellen muss voll funktionsfähig sein und mit klar definierten Rollen, Funktionen und Identitäten integriert zusammenarbeiten. Alle strategisch-konzeptionellen Kernfunktionen und die Entwicklung der Fachprogramme sollten in Kopenhagen angesiedelt sein oder von einer dort ansässigen starken Schaltzentrale angeleitet werden und mit dem Wissen und den Erkenntnissen der Außenstellen, Fachprogramme und Netzwerke unterstützt werden.

11. Die unter Anleitung durch das Regionalkomitee festgelegten Erfordernisse und Prioritäten des Regionalbüros sollten die Hauptkrankheitslast der Region und ihre Determinanten widerspiegeln, aus dem aktuellen Dialog über eine Europäische Gesundheitspolitik hervorgehen und ihn beflügeln und auch Ausdruck der globalen gesundheitspolitischen Agenda der WHO sein.

Ein neues Geschäftsmodell zur Unterstützung der neuen Zukunftsvision

12. Für ein befähigendes institutionelles Umfeld sind wirksame Informations- und Kommunikationssysteme, langfristig ausgeglichene, nachhaltige und sichere Finanzen des Regionalbüros und positive Rahmenbedingungen erforderlich, welche die Bediensteten zu ihrer Arbeit anspornen und befähigen. Damit diese Ziele erreicht werden können, wurde ein neues Geschäftsmodell entwickelt, das ein Fundament für ein finanziell nachhaltiges Regionalbüro schafft.

13. Die drei Hauptziele des neuen Geschäftsmodells sind es, a) Spielräume zu gewinnen, b) finanzielle Risiken zu vermindern und c) den Einsatz der Ressourcen zu verbessern – wie ausführlicher in den Absätzen 106–112 erläutert wird.

14. Viele Maßnahmen in diesem Sinne wurden bereits ergriffen: die engere Verzahnung von Ressourcenbeschaffung, Haushalts- und Spendenverwaltung sowie Planung und Kontrolle zur Unterstützung einer zeitnahen Entscheidungsfindung; die Sicherung der vollen Kostenerstattung, insbesondere der Personalkosten, durch alle Beiträge; die Erhöhung der Effizienz der Mittelzuweisung; die Herstellung von mehr Vertrauen in das Regionalbüro, sodass die Geber flexiblere Mittel bereitstellen und eine Berichterstattung über gemeinsame Ergebnisse akzeptieren anstelle gesonderter Berichte nach den Beiträgen der Geber.

Mehr Rechenschaft und Transparenz

15. Ein weiteres wichtiges Element zur Erhöhung des Vertrauens von Mitgliedstaaten und Gebern in das Regionalbüro ist eine Ausweitung von Rechenschaft und Transparenz.

16. Das Regionalkomitee diskutiert und kommentiert den Programmhaushaltsentwurf der Organisation unter anderem auf der Grundlage der regionalen Perspektive, die in diesem Papier dargestellt ist. Allerdings werden hier nicht explizit regionale Zielvorgaben und Indikatoren erörtert und vereinbart in der Art, dass Mitgliedstaaten oder Sekretariat sich auf ihr Erreichen verpflichten. Zur Stärkung der Führungs- und Aufsichtsfunktion des Regionalkomitees wird angefragt, in Zukunft eine Art von Vertrag zwischen Regionalkomitee und Sekretariat zu definieren und zu formulieren und damit eine Grundlage für die Rechenschaft des Regionalbüros über die Erbringung der erwarteten Resultate zu schaffen und zu sichern. Es wird vorgeschlagen, dies in zwei Schritten zu erreichen:

- a) Der Programmhaushaltsentwurf 2012–2013 und die Perspektive der Europäischen Region werden dem Regionalkomitee auf seiner 60. Tagung im Jahr 2010 zur Erörterung der Prioritäten und Mittelzuweisungen nach SO vorgelegt.
- b) Nach der Annahme des globalen Programmhaushalts durch die Weltgesundheitsversammlung im Jahr 2011, wird das Sekretariat (in Zusammenarbeit mit dem SCRC) dem Regionalkomitee auf seiner 61. Tagung ein Bündel von Leistungsindikatoren vorlegen; dieses Bündel wird im Rahmen der operativen Planung für den Zweijahreszeitraum entwickelt werden und dient als „Vertrag“ zwischen Mitgliedstaaten und Sekretariat.

17. Der Geschäftsplan und der damit verbundene Aktionsplan zur Verwirklichung der oben genannten Ansätze wurden mit dem SCRC vor der 60. Tagung des Regionalkomitees ausgearbeitet und erörtert, die Umsetzung begann im Juli 2010.

Der aktuelle Kontext

18. Die institutionellen Veränderungen sollen die Arbeit mit drängenden und wachsenden Gesundheitsgefahren erleichtern, mit denen die Bevölkerungen und Gesundheitssysteme der Region schon heute konfrontiert sind. Nichtübertragbare Krankheiten und Verletzungen, insbe-

sondere kardiovaskuläre Erkrankungen und Krebs, sind heute die führenden Ursachen von Morbidität und Mortalität in der Europäischen Region der WHO, machen 91% der Krankheitslast aus und führen zu 94% aller Todesfälle, hierunter vorzeitige Todesfälle und Suizide. Diese Erkrankungen sind durch gemeinsame Risikofaktoren und zugrunde liegende Determinanten mit einander verknüpft und ein großer Teil dieser Krankheitslast ist vermeidbar. Es gibt auch einen Anstieg der Prävalenz bei psychischen Störungen, die zu den verbreitetsten Mitverursachern der chronischen Erkrankungen in der Region zählen.

19. Durch Impfung vermeidbare, durch Schädlinge oder Lebensmittel übertragene und zoonotische Krankheiten, im Krankenhaus erworbene antimikrobiell resistente Infektionen und mehrfach resistente (MDR) sowie extensiv resistente Tuberkulose (XDR), chronische übertragbare Erkrankungen wie HIV/Aids und Infektionen mit Epidemietendenz wie Grippe bedrohen die Gesundheit und die Sicherheit der Menschen in der Region, tragen erheblich zu den Gesundheitskosten bei und machen erhebliche Ressourcen zur Unterstützung der Mitgliedstaaten in ihren Bemühungen um Prävention und Bekämpfung erforderlich.

20. Umweltbedingte Risiken sind wichtige Determinanten von Gesundheit und tragen erheblich zur Krankheitslast durch nichtübertragbare Krankheiten bei (wie Atemwegs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen durch Luftverschmutzung); tatsächlich können 20% der Krankheitslast in der Europäischen Region umweltbedingten Belastungen und Faktoren zugeschrieben werden, hierunter kontaminiertem Wasser, fehlender Abwasserentsorgung und unsicheren Lebensmitteln. Die Auswirkungen des Klimawandels, hierunter steigende Temperaturen und Meeresspiegel und die zunehmende Häufigkeit von Naturkatastrophen und extremen Wetterverhältnissen, werden immer deutlicher. Lebensstildeterminanten (Rauchen, Alkohol, Ernährung, Bewegung und Substanzmissbrauch) wirken sich auch stark auf die Gesundheit aus, insbesondere in Bezug auf nichtübertragbare Krankheiten.

21. Die Kapazität und Effizienz von Gesundheitssystemen muss im Rahmen der neuen Europäischen Gesundheitspolitik behandelt werden. Alle Mitgliedstaaten in der Europäischen Region stehen vor der Frage, wie sie ihren Wert durch Leistungsverbesserung und Kostenreduzierung demonstrieren und gleichzeitig die in dem Rahmenkonzept Gesundheit für alle, der GESUNDHEIT21 und der Charta von Tallinn vereinbarten Wertvorstellungen der Region, nämlich Solidarität, Chancengleichheit und Teilhabe bewahren können.

22. Es lässt sich zwar dafür argumentieren, dass sozioökonomische Determinanten Aspekte wie die Kapazitäten des Gesundheitssystems in Bezug auf die gesundheitlichen Folgen übertreffen, doch sind sich alle Experten für Gesundheitsschutz und Gesundheitspolitik darin einig, dass ein kohärenter Ansatz das gesamte Spektrum der Faktoren in Angriff nehmen sollte. Viele dieser Determinanten sind durch wirksame Interventionen beeinflussbar und weitere Investitionen in Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention sind, neben effizienterer Therapie und Rehabilitation für die von Krankheit betroffenen Menschen, unerlässlich. In vielen Ländern sind die derzeitigen Investitionen in eine bevölkerungsbezogene Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention leider gering. Tatsächlich entfällt insgesamt nur durchschnittlich 1% von den Gesundheitsausgaben in der Europäischen Region auf Prävention, trotz des enormen Potenzials durch eine gesunde Umwelt und gesunde Lebensweisen hier Leben retten und dem Gesundheitssystem Kosten ersparen zu können.

23. Zur Bewältigung dieser gesundheitspolitischen Herausforderungen und zum Erreichen der Zielsetzungen und Ergebnisse für die neue im Programmhaushaltsentwurf 2012–2013 enthaltene Zukunftsvision wird die Arbeit des Regionalbüros im kommenden Zweijahreszeitraum in sechs Bereiche unterteilt:

- Gesundheitspolitik, soziale Determinanten, Lebenszyklus, Geschlechtergleichstellung und benachteiligte Bevölkerungsgruppen (SO 4, 7 und zum Teil 10);

- übertragbare Krankheiten, Gesundheitssicherheit und die Umwelt (SO 1, 2, 5, 8 und Lebensmittelsicherheit in 9);
- nichtübertragbare Krankheiten, Prävention und Gesundheitsförderung (SO 3, 6 und 9);
- Gesundheitssysteme (SO 10 und 11);
- Informationen, Erkenntnisse, Wissenschaft, Forschung und Innovation für Grundsatzarbeit und Fachprogramme (SO 10);
- Führung, hierunter Partnerschaften mit Mitgliedstaaten und Organisationen (SO 12) und befähigende und unterstützende Funktionen (SO 13).

Gesundheitspolitik, soziale Determinanten, Lebenszyklus und benachteiligte Bevölkerungsgruppen (SO 4, 7 und zum Teil 10);

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

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

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

Entwicklung einer Europäischen Gesundheitspolitik als Rahmen, in dem die gesundheitlichen Benachteiligungen in und zwischen den Ländern sowie ihre zugrunde liegenden Ursachen (die sozialen Determinanten von Gesundheit) angegangen, gesundheitspolitische Herausforderungen und Prioritäten verdeutlicht und der Ansatz des Lebenszyklus angenommen werden sowie mehr auf benachteiligte Bevölkerungsgruppen (ältere Menschen, Menschen mit Behinderungen, Migranten, Roma, usw.) abgehoben wird. Dafür muss Gesundheit in das Zentrum wichtiger Entwicklungen in der Region gerückt, für Gesundheit als staatliche Aufgabe geworben und ein breites Spektrum aus Akteuren unterschiedlicher Sektoren einbezogen werden.

24. Die Mitgliedstaaten in der Europäischen Region der WHO müssen gemeinsam mit dem Regionalbüro eine Europäische Gesundheitspolitik entwickeln, die den aktuellen Herausforderungen im Gesundheitsbereich gerecht wird und auf die Zukunft vorbereitet, regionale Ziele und Werte im Gesundheitsbereich angesichts der derzeitigen Determinanten von Gesundheit und Ungleichheit in der Region fördert und einen kohärenten und integrierten Rahmen und Weg für gesundheitliche Maßnahmen bietet. Eine Politik, die auf den „Realitäten von heute“ fußt, aber sich auch traut, die „Träume von morgen“ zu thematisieren.

25. Zur Unterstützung der Ausarbeitung der Europäischen Gesundheitspolitik und der gesundheitspolitischen Entwicklung in den Ländern wird das Regionalbüro eine regionale Studie über die sozialen Determinanten und die gesundheitliche Kluft in Auftrag geben, die sich in erster Linie auf Erkenntnisse, grundsätzliche Folgen und Fortschrittsbewertung in den Mitgliedstaaten konzentrieren wird.

26. Die Bewältigung sozial bedingter gesundheitlicher Benachteiligungen erfordert eine Auseinandersetzung mit den „Ursachen der Ursachen“: auf globaler und nationaler Ebene ungleich verteilte Macht, Einkommen, Waren und Dienstleistungen mit unmittelbar sichtbaren, ungerech-

ten Folgen für die Lebensumstände der Menschen – ihren Zugang zu Gesundheitsversorgung, Schule und Ausbildung, ihre Arbeits- und Freizeitbedingungen, ihre Wohnungen, Gemeinden, Städte und Großstädte oder anders ausgedrückt: ihre Chancen auf ein gedeihliches und gesundes Leben. Die erforderlichen Mindestmaßnahmen sind in der Resolution der Weltgesundheitsversammlung (WHA62.14) zur Verringerung der gesundheitlichen Benachteiligung durch Maßnahmen zu den sozialen Determinanten von Gesundheit zusammengefasst, die von allen WHO-Mitgliedstaaten im Mai 2009 angenommen wurde. Ein detaillierter Bericht der Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit (CSDH) fasste 2008 die umfangreichen Erkenntnisse zu diesem Thema zusammen.²

27. Ein Angehen der sozialen Determinanten von Gesundheit erfordert starken politischen Willen, wirksame und leistungsstarke Gesundheitssysteme und regierungsübergreifend kohärente Konzepte. Damit dies erreicht werden kann, muss das jeweils betroffene Land über gut funktionierende Programme für öffentliche Gesundheit und über Einrichtungen verfügen, welche die Gestaltung der Politik im Gesundheitssektor und darüber hinaus beeinflussen können. Das Spektrum der Akteure reicht von Universitäten/Forschungseinrichtungen über ministerielle und staatliche Stellen bis zu nichtstaatlichen Organisationen und Organisationen der Zivilgesellschaft.

28. Erfahrungen aus der Region zeigen, dass zur Einleitung, Fortführung und Ausbreitung des Ansatzes der sozialen Determinanten von Gesundheit eine kritische Masse an personellen Ressourcen an den richtigen Stellen in den Gesundheitssystemen, Programmen und Regierungen benötigt wird. Diese kritische Masse muss über angemessene Qualifikationen und Fähigkeiten verfügen und für den Abbau der gesundheitlichen Benachteiligung Verantwortung tragen. Zu den Qualifikationen und Fähigkeiten zählen sowohl allgemeines Wissen über die Ausprägung der gesundheitlichen Benachteiligungen in einem bestimmten Land und Spezialwissen über Wege zu ihrer Überwindung.

29. Das WHO-Regionalbüro für Europa wird besonderes Gewicht auf die Unterstützung von Ministerien und Partnern in der Entwicklung umfassender Strategien legen, mit denen sektorübergreifende und führungsbezogene Aspekte sowie Einschränkungen durch ungerechte Finanzierungssysteme, Personalpolitik, primäre Gesundheitsversorgung, Arzneimittel und Infrastruktur in enger Zusammenarbeit mit zentralen internationalen Partnern aufgegriffen werden.

30. Das Regionalbüro für Europa wird weiter eng mit dem WHO-Hauptbüro auf diesem Gebiet zusammenarbeiten und bei Bemühungen vorangehen, ein Rahmenkonzept als Leitfaden für die nationale Strategieentwicklung der Länder als Teil des gesamten Instrumentariums für die Stärkung der Gesundheitssysteme zu entwickeln, das vom WHO-Hauptbüro koordiniert wird.

31. Für die Europäische Gesundheitspolitik wird das Erreichen der Millenniums-Entwicklungsziele (MZ) hohe Priorität besitzen. Erneuerte, aktualisierte und verstärkte Konzepte und Strategien für die Gesundheit von Frauen, Müttern, Kindern und Jugendlichen helfen allen Ländern in der Europäischen Region MZ 3, 4 und 5 zu erreichen, aber besonders den Ländern des Kaukasus und Zentralasiens, wo das Erreichen der internationalen Entwicklungsziele am stärksten gefährdet ist. Allerdings ist die Gesundheit von Müttern und Kindern aus benachteiligten Bevölkerungsgruppen (wie Migranten und Roma) in allen Ländern der Region gefährdet und maßgeschneiderte Unterstützung ist hier erforderlich. Auch wenn es in der Region gute Fortschritte in Bezug auf die MZ 3 gibt, werden Frauen wegen ihres Geschlechts benachteiligt in Bezug auf den Zugang zu und die Nutzung von Ressourcen, wie sich an niedrigeren Löhnen, höherer Arbeitslosigkeit und geringerer Berufstätigkeit und Repräsentanz in Entscheidungsgremien überall in der Region zeigt. Geschlechtsbezogene Benachteiligungen sind auch verant-

² Kommission für soziale Determinanten und Gesundheit. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2008.

wortlich für fehlende Verbesserungen bei anderen MZ, insbesondere MZ 4 und 5. Die WHO wird nationale Investitionen in Konzepte und Programme unterstützen, die den Zugang zu hochwertigen Angeboten für eine sicherere Schwangerschaft und sexuelle und reproduktive Gesundheit erleichtern. Solche Investitionen müssen anerkennen, dass geschlechtsbezogene Benachteiligungen sich stark auf die Gesundheit und die Rechte von Frauen auswirken.

32. Die Europäische Gesundheitspolitik soll den Mitgliedstaaten zu der Erkenntnis verhelfen, dass Altern zwar ein unvermeidlicher biologischer Vorgang ist, dass die Art und Weise, wie Frauen und Männer damit umgehen und welche Konsequenzen er hat, jedoch sozial bestimmt und damit veränderbar sind. Zu den sozialen Determinanten des hohen Alters gehören insbesondere Wohlstand, Einkommen und Armut, das frühere Arbeitsleben, Abhängigkeitsstrukturen, sozial bedingte Anfälligkeit gegenüber Krankheit und Behinderung, Isolierung und fehlende soziale Unterstützung,

33. In Übereinstimmung mit der neuen Zukunftsvision ermöglichen die für SO 4 und SO 7 im Programmhaushaltsentwurf 2012–2013 vorgesehenen Mittel ein signifikantes Wachstum (Einzelheiten zum Regionalhaushalt im Überblick in den Absätzen 89–93 hierunter). Allerdings ist SO 4 momentan noch auf allen Ebenen der WHO, auch in der Europäischen Region, unterfinanziert (2008–2009 wurden nur 48,3% des angenommenen Haushalts tatsächlich finanziert). Finanzierungslücken können die Erfüllung der Verpflichtungen gegenüber den Mitgliedstaaten erschweren.

Übertragbare Krankheiten, Gesundheitssicherheit und die Umwelt (SO 1, 2, 5, 8 und Lebensmittelsicherheit in 9)

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

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

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

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

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

Förderung der Internationalen Gesundheitsvorschriften, Stärkung von Notfallvorsorge und Katastrophenschutz, Beitrag zu einem vereinten Europäischen Melde- und Überwachungssystem und als besondere Schwerpunkte Tuberkulose, insbesondere multiresistente Formen, antimikrobielle Resistenzen (AMR)/Nosokomialinfektionen, Poliomyelitis-Eradikation und Eliminierung von Masern/Röteln. Umsetzung der Erklärung von Parma und Schaffung eines neuen institutionellen Rahmens im Bereich von Umwelt und Gesundheit und Klimawandel.

34. Alle 53 Mitgliedstaaten in der Europäischen Region der WHO sind zur Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV), die sich auch auf übertragbare Krankheiten beziehen, entschlossen. Die Aktivitäten der Region werden sich auf die Stärkung der für die Prävention und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten relevanten Funktionen der Gesundheitssysteme konzentrieren (z. B. Frühwarnung, Überwachung, Gegenmaßnahmen, Strategien

und Reaktionen). Die Mitgliedstaaten werden in der Verwirklichung nationaler Aktionspläne bis Juni 2012 fachlich bei der Entwicklung und Erhaltung von Kernkapazitäten in Bezug auf die IGV unterstützt. Die WHO wird auch weiterhin den Austausch von Informationen und Erfahrungen unter den Mitgliedstaaten unterstützen und die nationalen IGV-Anlaufstellen regelmäßig über Ereignisse mit Gefährdungspotenzial für die öffentliche Gesundheit informieren und die Einhaltung der Verpflichtungen durch die Vertragsstaaten erleichtern.

35. In Bezug auf die Vorbereitung auf eine Influenzapandemie wird das Regionalbüro die Mitgliedstaaten weiter in ihren Bemühungen unterstützen, eine kontinuierliche Überarbeitung ihrer nationalen Pläne zu sichern und sich dabei auf ihre multidisziplinären und sektorübergreifenden Komponenten und auf operative Aspekte in Bezug auf ihre Umsetzung konzentrieren. Die Evolution des Auslösers der letzten Pandemie H1N1/2009 sowie anderer neu entstehender Grippeviren wird verfolgt und die Erfahrungen werden genutzt, um Vorbereitung und Gegenmaßnahmen auf regionaler und nationaler Ebene anzupassen.

36. Außer auf das Erreichen von MZ 4 und 6 haben sich alle 53 Mitgliedstaaten der Europäischen Region auch dazu verpflichtet, Masern, Röteln und Malaria aus der Region zu eliminieren und Poliomyelitis bis zur globalen Eradikation dieser Krankheit aus der Region fernzuhalten. Diese regionalen Ziele werden einen erneuerten politischen Willen und Ressourcen erfordern, damit hoher Durchimpfungsgrad, gute Impfstoffqualität und Sicherheit erhalten werden können und zusätzlich in die Überwachung investiert werden kann. Fortschritte in der Region in Bezug auf die Ziele für HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria machen eine Verfeinerung der Leitlinien, Konzepte, Strategien und der anderen Instrumente für die Prävention und die Behandlung und Versorgung von Patienten sowie innovative Ansätze für ein wirksames Erreichen der armen und benachteiligten Bevölkerungsgruppen erforderlich.

37. Zusätzliche Mittel und Anstrengungen müssen durch eine konzertierte gesundheitspolitische Reaktion unter Verwendung eines multidisziplinären Ansatzes in die Beobachtung und Bekämpfung von AMR gelenkt werden. Ein breites Themenspektrum, zu dem auch Patientensicherheit, Praxis der Infektionsbekämpfung, Überwachung nosomialer Infektionen und AMR und die Verschreibung und Anwendung von Antibiotika für Menschen und Tiere gehören, wird bearbeitet werden. Das Regionalbüro wird eine umfassende Strategie für die Region entwickeln und die Mitgliedstaaten darin unterstützen, nationale Konzepte und Strategien für die Infektionsbekämpfung und die Anwendung von Arzneimitteln zu erarbeiten und umzusetzen.

38. Das Regionalbüro wird weiter nationale Pläne der Tuberkulosebekämpfung auf Grundlage der Erklärung von Berlin zur Tuberkulose und dem Plan der WHO zur Eindämmung der Tuberkulose in 18 vorrangigen Ländern unterstützen. In diesem Zusammenhang wird weiter mit Nachdruck die Arbeit gegen MDR-Tb und XDR-Tb sowie HIV-Koinfektionen unterstützt. Die Sachverständigengruppe für Tuberkulose wird weiter auf regionaler Ebene strategische und konzeptionelle Orientierungshilfe anbieten.

39. Das Regionalbüro wird als Schwerpunkte die Stärkung und Ausweitung nationaler und regionaler Systeme zur Überwachung übertragbarer Krankheiten, die Programmbegleitung und die Auswertung der Bemühungen um eine Beobachtung und Bekämpfung neuer Krankheitserreger und Arzneimittelresistenzen verfolgen. Dabei wird größeres Gewicht auf den wirksamen Einsatz der global und regional verfügbaren Mittel durch neue und bestehende strategische Partnerschaften mit europäischen Institutionen, insbesondere den nationalen Instituten für öffentliche Gesundheit und dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) gelegt werden. Diese Bemühungen sollen durch die Mobilisierung zusätzlicher Experten und Fachleute auf nationaler Ebene sowie eine bessere Nutzung der WHO-Kooperationszentren, Länderexperten und Partnerschaften zwischen Institutionen unterstützt werden. Mehr Aufmerksamkeit richtet sich auch auf eine Weiterentwicklung der Gesundheits-erkenntnisfunktion zur Erhebung, Untersuchung und Verbreitung von epidemiologischen Daten

wie auch von Informationen über Gesundheitsrisiken und über Maßnahmen der Gesundheitssysteme gegen übertragbare Krankheiten, aber auch zur Durchführung von Verfahrensforschung, die für die Beratungstätigkeit der WHO und die Politikgestaltung in den Mitgliedstaaten erforderlich ist.

40. Das Regionalbüro wird seine fachlichen Bemühungen um eine Stärkung der Gesundheitssicherheit in enger Zusammenarbeit mit den Fachleuten quer über alle SO hinweg fortsetzen und dabei Nachdruck auf die Stärkung nationaler Kapazitäten zur Vorsorge, Schadensminderung und Abhilfe bei Katastrophen durch ein Vorgehen nach dem Motto „alle Gefahren/unversehrte Gesundheit“ legen. Es wird die Mitgliedstaaten in der vorbereitenden Planung gegen Gesundheitssystemkrisen unterstützen und fachliche Unterstützung für den Aufbau nationaler Katastrophenschutzprogramme zur Reduzierung der Notfallrisiken (auch durch sicherere Gesundheitseinrichtungen) sowie fachlichen Rat für den Kapazitätsaufbau im Bereich „Gesundheitsschutz und Notfallmanagement“ und Notfallplanung der Krankenhäuser anbieten.

41. Falls eine schwere gesundheitliche Notlage oder humanitäre Krise Mitgliedstaaten in der Europäischen Region heimsucht, werden die Gegenmaßnahmen des Regionalbüros hauptsächlich mit Unterstützung des Hauptbüros direkt vor Ort durch seine Vertreter umgesetzt. Alle humanitären Maßnahmen werden eng mit anderen Organisationen der Vereinten Nationen und mit nichtstaatlichen Partnerorganisationen abgestimmt, wie es der designierten Rolle der WHO als der federführenden Organisation im Gesundheitsbereich im weiteren Kontext der Reform der Vereinten Nationen auf humanitärem Gebiet entspricht. Im Bedarfsfall wird das Büro die nationalen Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten unterstützen und sich dabei auf die zentralen Aufgaben der WHO in Notsituationen konzentrieren.

42. Das Regionalbüro wird auch weiter auf den Abbau bzw. die Vermeidung von Belastungen durch umweltbedingte Risikofaktoren hinarbeiten, indem es alte und neue evidenzbasierte Konzepte und Interventionen einführt, anpasst oder verstärkt, z. B. mit den Umsetzungsmaßnahmen zur Erfüllung der WHO-Leitlinien für Luftgüte, Lärm, Abwasser, Chemikaliensicherheit, Trinkwasser- und Badegewässerqualität oder der Entwicklung von Plänen für eine Erhöhung der Anpassungsfähigkeit der Gesundheitssysteme an den Klimawandel.

43. Die Fähigkeit der Länder zur Bewältigung neuer Umweltprobleme, wie sie sich etwa aus dem Klimawandel ergeben, wird durch eine stärkere Beteiligung des Regionalbüros an länderspezifischen Programmen und Maßnahmen erhöht. Die Unterstützung der Mitgliedstaaten in der Entwicklung und Erhaltung wirksamer Koordinationsverfahren über Sektoren hinweg bleibt ebenso eine hohe Priorität wie die Stärkung ihrer Kooperationskapazitäten mit nichtstaatlichen Organisationen und Organisationen der Zivilgesellschaft.

44. Das Regionalbüro wird die Mitgliedstaaten darin unterstützen, die anlässlich der Fünften Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit (Parma (Italien), März 2010) eingegangenen Verpflichtungen zu erfüllen. Zu dieser Unterstützung zählen auch die Aufgaben als Sekretariat für den Prozess Umwelt und Gesundheit für Europa und den Ministerausschuss für Umwelt und Gesundheit.

45. Ein neuer Bereich für die WHO und ein wichtiges Umweltthema für den Gesundheitssektor ist die Auswirkung der Gesundheitsdienste auf die Umwelt durch CO₂-Ausstoß, Energieeffizienz, Abfallentsorgung usw. Der Gesundheitssektor ist eine der weltweit größten Erwerbszweige und auch einer der größten Arbeitgeber und damit ein wichtiger Akteur in Bezug auf nachhaltige Entwicklung und die Umwelt. Das Regionalbüro wird seine Arbeit im Bereich „grünere Gesundheitsdienste“ in Bezug auf den Gewinn von Erkenntnissen und die konzeptionelle Beratung ausweiten, um im Gesundheitssektor Kosten abzubauen und die Effizienz zu erhöhen.

46. Das Regionalbüro stellt zusammen mit der Wirtschaftskommission der Vereinten Nationen für Europa (UNECE) ein gemeinsames Sekretariat für das Protokoll über Wasser und Gesundheit zu dem Übereinkommen von 1992 zum Schutz und zur Nutzung grenzüberschreitender Wasserläufe und internationaler Seen sowie zusammen mit dem Umweltprogramm der Vereinten Nationen (UNEP) für den Mittelmeer-Aktionsplan und das Übereinkommen zum Schutz der Meeresumwelt und der Küstenregion des Mittelmeers von Barcelona. Partnerschaften mit zentralen Akteuren in der Region wie der Europäischen Kommission, der Europäischen Umweltagentur, UNECE und UNEP werden weiter ausgebaut werden.

47. Die für 2012–2013 vorgeschlagene Höhe der Etatposten für die hierzu beitragenden SO (SO 1, 2, 5, 8 und zum Teil SO 9) spiegelt die antizipierte Notwendigkeit eines konsolidierten Wachstums und die Anerkennung der veränderten Zusammensetzung der Schwerpunkte wider. Die Anpassung der konzeptionellen Entwicklung und des Sachverstandes an allen Orten wird fortgesetzt, wobei zwischen unterschiedlichen Fachgebieten Synergieeffekte geschaffen werden. Enge Verbindungen mit SO 3, 6, 7 und 10 werden beibehalten oder geschaffen.

Nichtübertragbare Krankheiten, Prävention und Gesundheitsförderung (SO 3, 6 und 9)

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

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

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

Umsetzung der integrierten Strategie für Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung (vom Regionalkomitee auf seiner 56. Tagung angenommen). Das wird ein erneuertes politisches Bekenntnis zu vorhandenen und neuen Konzepten und Aktionsplänen (etwa zu Nahrung und Ernährung, Adipositas, Alkohol und Tabak) und Gesundheitsförderung erfordern.

48. Der vorgeschlagene Programmhaushalt 2012–2013 sieht für das Regionalbüro für Europa die deutlichste Veränderung bei den SO zur Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten vor, was eine Antwort auf deren enormen Anteil an der Krankheitslast in den Mitgliedstaaten der Region ist und auf einer Linie mit der neuen Zukunftsvision für die Arbeit des Regionalbüros liegt.

49. Das entsprechende Engagement der Mitgliedstaaten in der Europäischen Region kam zum Ausdruck durch die Annahme einer Strategie unter dem Titel *Zugewinn an Gesundheit: Die Europäische Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten* (EUR/RC56/8) im Jahr 2006 sowie eines Aktionsplans zur Umsetzung der von der 61. Weltgesundheitsversammlung angenommenen globalen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (A61/8). Es wird davon ausgegangen, dass ein Aktionsplan gegen nichtübertragbare Krankheiten vom Regionalkomitee im Jahr 2011 angenommen wird. Dies gibt die Richtung der Arbeit im kommenden Zweijahreszeitraum vor, die insbesondere in der substanziellen Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Erarbeitung umfassender nationaler Konzepte gegen nichtübertragbare Krankheiten und die ihnen zugrunde liegenden sozialen De-

terminanten liegen wird. In dieser Hinsicht werden Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung besonders wichtig sein.

50. Zur Bewältigung der vielfältigen Determinanten von Gesundheit muss die integrierte und sektorübergreifende Arbeit entlang der Risikofaktoren und Krankheiten/Erkrankungen gefördert werden, die oft außerhalb des Gesundheitssektors auftreten, etwa in den Ressorts Finanzen und Steuern, Soziales, Landwirtschaft, Bauindustrie und Stadtplanung, Handel und Industrie, Bildung und dergl. Das Regionalbüro wird weiter dafür eintreten, dass die verschiedenen Ressorts für die Auswirkungen ihrer Politik auf die Gesundheit aller Menschen und Bevölkerungsgruppen in der Verantwortung stehen, und länderspezifisch die Stärkung der Fähigkeiten und Aufgaben des Gesundheitssystems in der Prävention und Bewältigung von chronischen Krankheiten stützen.

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

52. Die Aufmerksamkeit gilt hier der Entwicklung und Anwendung evidenzbasierter Leitlinien für wirksame und kosteneffektive Interventionen samt der Auswertung ihrer wirtschaftlichen Folgen und Anwendung in der Länderarbeit, den Systemen zur integrierten epidemiologischen Überwachung und Beobachtung, der Durchführung von Politikanalysen und der Dokumentation guter Praktiken, der Schulung von Personal über integrierte Arbeitsmethoden und dem Aufbau von Einrichtungen für gemeinsames Lernen und Erfahrungsaustausch.

53. Auf Ebene der Bevölkerung geht die Arbeit mit den Themen Verhaltensweisen und Lebensstile weiter. Weitere Fortschritte werden in der Tabakbekämpfung erwartet, da voraussichtlich weitere Länder das Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs vollständig umsetzen werden. Zur Förderung gesunder Lebensweisen und Prävention nichtübertragbarer Krankheiten werden Interventionen des Gesundheitssystems sowohl für eine bessere Verzahnung von Gesundheitsschutz und primärer Gesundheitsversorgung als auch für die Umsetzung weiterer Maßnahmen auf Bevölkerungsebene sorgen. Die Abwendung negativer Folgen des Alkoholkonsums behält für die gesamte Region einen hohen Stellenwert, denn Alkohol ist nicht nur ein wesentlicher Risikofaktor für nichtübertragbare Krankheiten, sondern auch eine wichtige Determinante von Gewalt und Verletzungen. Der Konsum psychotroper Substanzen ist in der Europäischen Region prävalenter als im Rest der Welt; in diesem Bereich wird insbesondere die Präventionsarbeit (Tod durch Überdosis, HIV und virale Hepatitis) ausgedehnt. Die inhaltliche Arbeit zur Gesundheit in Gefängnissen, wo das Regionalbüro in der Region eine führende Rolle spielte, wird weiter ein wichtiger Beitrag in der Bearbeitung der Themenkomplexe psychische Gesundheit, Alkohol und Drogenkonsum sowie Gewalt- und Verletzungsprävention sein.

54. Im Bereich der Psychiatrie werden folgende Schwerpunkte gesetzt: Abkehr von der Versorgung in Anstalten durch Entwicklung von Alternativen; psychische Gesundheit und Beschäftigung, unter besonderer Berücksichtigung der Belange älterer Menschen; und Psychiatriepolitik und Ausbau der Angebote. Gewalt- und Verletzungsprävention ist ein wachsender Arbeitsbereich, wo eine hohe Nachfrage nach kapazitätsbildenden Maßnahmen auf Länderebene besteht, insbesondere zur Thematik Unfälle im Straßenverkehr und städtische Gewalt.

55. Strukturierte Behandlungsprogramme für chronische Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs und Diabetes sowie psychische Erkrankungen und Verletzungen erfordern eine Neuausrichtung der Gesundheitssysteme und ein Überdenken der verschiedenen Pflege- und Fürsorgeeinrichtungen (Krankenhaus-, Haus-, Palliativversorgung). Für Mehrfach- und Begleiterkrankungen sowie chronische Krankheiten mit Bezug auf das Altern und die Lebensdauer

der Bevölkerung in der Region wird Beratung im Bereich Patientenmanagement angeboten. Die Entwicklung evidenzbasierter Ansätze wie etwa zur Befähigung von Patienten und zur Ausbildung von „Patientenexperten“ wird hierfür von zentraler Bedeutung sein. Dieser Bereich ist von elementarem Interesse für die Mitgliedstaaten und wird im Zeitraum 2012–2013 durch die Auswertung verschiedener Modelle und durch das Angebot von fachlichem und konzeptionellem Rat verstärkt Berücksichtigung finden.

56. Der Adipositas durch bessere Ernährung und körperliche Betätigung entgegenzuwirken, bleibt ein wichtiger Gegenstand der Unterstützungsarbeit für die Länder. Das Thema Ernährung umfasst aber nicht nur die Prävention von Adipositas, sondern auch Mikronährstoffmangel, Mangelernährung, Säuglingsernährung und besonders in der Europäischen Region die Doppelbelastung aus Mangelernährung und Adipositas. Die Mitgliedstaaten fragen zusehends nach Unterstützung und Maßnahmen im Bereich der Ernährungspolitik, etwa hinsichtlich der Entwicklung, Umsetzung und Auswertung nationaler Pläne für Ernährung und Bewegung oder hinsichtlich der Verknüpfung zwischen Ernährung und Benachteiligung, der Überwachung des Ernährungszustandes, der Rolle von Lokalverwaltung und Primärversorgung sowie der besten Praxis zur Förderung gesunder Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten in unterschiedlichen Umfeldern, wie etwa Schulen. Es besteht auch die Notwendigkeit, die sektorübergreifenden Ansätze fortzuführen, die durch die Annahme der Charta von Istanbul initiiert wurden, und Partnerschaft und Austausch zwischen den Akteuren zu fördern.

57. Der Kernbereich der Arbeit im Bereich der nichtübertragbaren Krankheiten und Gesundheitsdeterminanten wird durch SO 3, 6 und 9 abgedeckt. Es gibt allerdings auch Überschneidungen mit anderen strategischen Zielen, besonders SO 1 und 2 (übertragbare Krankheiten), SO 4 (Lebenszyklus, Gesundheit von Frauen und Kindern, Altern), SO 7 (Chancengleichheit und Menschenrechte, soziale Determinanten) und SO 10 (Gesundheitssysteme).

58. Zur Bewältigung der wachsenden Herausforderungen durch die Belastung mit nichtübertragbaren Krankheiten in der Europäischen Region wird vorgeschlagen, die Etatposten für SO 3, 6 und 9 im Programmhaushalt 2012–2013 zu erhöhen.

Gesundheitssysteme (SO 10 und 11)

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

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

Charta von Tallinn weiter umsetzen; Gesundheitssysteme und ihre Finanzierung stärken; Gesundheitsschutz und dessen wesentlichen Funktionen stärken; Humanressourcen für Gesundheit stärken; Personalbedarf untersuchen und Aus- und Fortbildungskapazitäten ausbauen; Qualität in der Erbringung der Gesundheitsversorgung und einen sicheren und rationellen Einsatz von Arzneimitteln gewährleisten; Patienten einbeziehen; Mitgliedstaaten in wichtigen Reformprozessen beraten; neue Herausforderungen annehmen, hierunter E-Gesundheit; Beiträge der Gesundheitsbranche analysieren.

59. In Übereinstimmung mit der neuen Zukunftsvision „Mehr Gesundheit für Europa“ wird sich die Arbeit in diesem Bereich auf den Gesundheitsschutz und dessen wesentlichen Funktionen, die Ausbildung in diesem Bereich (zur Schaffung einer kritischen Masse von Experten in der Region) sowie auf die sozialen Determinanten von Gesundheit und Primärprävention konzentrieren. Besondere Aufmerksamkeit wird auf bessere Ergebnisse im Bereich der Prävention

und Bekämpfung von übertragbaren und nichtübertragbaren Krankheiten durch die Stärkung der Gesundheitssysteme und die Unterstützung bei der Entwicklung nationaler Gesundheitskonzepte und sektorübergreifender Strategien (Gesundheit in allen Politikbereichen) gelegt werden.

60. Der im MTSP auf die Stärkung der Gesundheitssysteme gelegte Nachdruck passt zu den Prioritäten der Europäischen Region, welche die Mitgliedstaaten durch ihre Unterstützung für die Charta von Tallinn über Gesundheitssysteme, Gesundheit und Wohlstand in einer vom Regionalkomitee im September 2008 verabschiedeten Resolution (EUR/RC58/R4) sehr deutlich aufzeigten. Die Charta verpflichtet das WHO-Sekretariat zur direkten Unterstützung der Mitgliedstaaten in der Region in Fragen des Gesundheitssystems und zur Förderung des länderübergreifenden Austausches und Lernens über Maßnahmen und Techniken zur Leistungsbeurteilung von Gesundheitssystemen. Außerdem werden sich die Auswirkungen der 2009 einsetzenden globalen Wirtschafts- und Finanzkrise wahrscheinlich über einen längeren Zeitraum erstrecken und noch viele Jahre zu spüren sein, wenn die Länder das Wachstum in den öffentlichen Ausgaben reduzieren müssen, um zu ausgeglichenen Haushalten zurückkehren zu können. Dadurch wird der Bedarf der Länder nach Beratung steigen, wie sie ihre Gesundheitssysteme effizienter gestalten, also mehr Gesundheit mit weniger verfügbaren Mitteln erreichen können. Dies hat für viele Aspekte der Arbeit mit Gesundheitssystemen Konsequenzen, hierunter die Finanzierungskonzepte, die Reorganisierung der Leistungserbringung, die Personalpolitik, das Aufzeigen der Wirkungen präventiver Maßnahmen und die Beobachtung und Bewertung der Systemleistung und der Auswirkungen der Reformmaßnahmen.

61. Die Maßnahmen des Regionalbüros werden weiter in erster Linie auf die direkte Unterstützung der Länder in der Entwicklung von Gesundheitssystemkonzepten, in der Beobachtung und in der Analyse gerichtet sein. SO 10 und 11 umfassen die vier Funktionen des Gesundheitssystems: Erbringung der Dienste für Einzelpersonen und Bevölkerung, Schaffung der notwendigen Voraussetzungen (Personal, Geräte und Arzneimittel und physische Infrastruktur), Finanzierung und Steuerung. Besonderer Nachdruck wird auf das Erreichen besserer Ergebnisse in dem Bereich der nichtübertragbaren Krankheiten und der MDR/XDR-Tuberkulose durch die Stärkung der Gesundheitssysteme gelegt werden.

62. Das Regionalbüro wird die Mitgliedstaaten weiter in den Bereichen Führung und Steuerung unterstützen, vor allem in der Entwicklung und/oder Überprüfung der nationalen Gesundheitskonzepte und -strategien sowie der Dokumentation der besten Praktiken konzeptioneller Entwicklung und Planung unter besonderer Berücksichtigung der MZ 4, 5 und 6. Diese Arbeit gründet auf den Prinzipien der abgestimmten Hilfe wie sie die Erklärung von Paris, die Joint Assessment of National Strategies (JANS), die International Health Partnership Plus (IHP +), die gemeinsame Finanzierungsplattform für die Globale Allianz für Impfstoffe und Immunisierung (GAVI), der Globale Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria (GFATM), die Weltbank und die Reform der Vereinten Nationen in den Ländern auch vorsehen.

63. Im Bereich der Leistungserbringung wird das Regionalbüro die Mitgliedstaaten bei der Entwicklung länderspezifischer Strategien und Konzepte unterstützen, die sich stärker auf öffentliche Gesundheit und einschlägige Ausbildung und Funktionen, Primärprävention und chronische Erkrankungen in ihren Gesundheitssystemen konzentrieren. Nachdruck wird auf das Zusammenspiel der Dienste und auf mehr Kohärenz zwischen den Gesundheitsdiensten für Einzelpersonen und für die Bevölkerung insgesamt gelegt werden. Insgesamt ist ein wichtiges Ziel, die Systeme zur effizienteren Erbringung hochwertiger Leistungen an bedürftige Personen zu befähigen, denn die längerfristigen Krisenfolgen werden es erforderlich machen, dass die Systeme mit den vorhandenen Mitteln mehr erreichen.

64. Das Regionalbüro will auch die konzeptionelle Weiterentwicklung auf nationaler Ebene unterstützen, damit sich die Qualität und die Verfügbarkeit der für das Gesundheitssystem entscheidenden Voraussetzungen verbessert. Einen hohen Stellenwert wird die Sicherung des Vor-

handenseins kompetenter und produktiver Gesundheitsfachkräfte und des richtigen Qualifikationsmixes zur Verbesserung der gesundheitlichen Ergebnisse besitzen. Dazu muss die evidenzbasierte Medizin in der Ausbildung von Ärzten und Krankenpflegern gefördert werden und neue Programme zur Fortentwicklung des Arbeitskräfteangebots müssen auf Länderebene begleitet und ausgewertet werden, damit das Personal besser gehalten und zu höheren Leistungen motiviert werden kann. Ein besonderer Schwerpunkt wird auf der Migration von Gesundheitsfachkräften innerhalb der Europäischen Region liegen.

65. Im Bereich der Arzneimittel, medizinischen Geräte und Technologien samt Impfstoffen wird das Regionalbüro weiter die Stärkung der institutionellen Kapazitäten der Länder zur Handhabung des Angebots sowie zur Regulierung und Verwendung von Arzneimitteln und medizinischen Produkten unterstützen, um einen chancengleichen Zugang auf sichere und wirksame Produkte sowie deren angemessene Nutzung zu gewährleisten. Die Unterstützung weniger wohlhabender Länder wird sich in erster Linie auf einen erhöhten Zugang zu unentbehrlichen Arzneimitteln, den Abbau von Eigenleistungen und eine verbesserte Regulierung und Qualität der medizinischen Produkte am Markt konzentrieren. Konkrete Anstrengungen werden sich auf den erweiterten Zugang zu Arzneimitteln für die Behandlung von HIV/Aids und Tuberkulose richten. Die wohlhabenderen Länder sind auch mit wachsenden Erwartungshaltungen in ihren Gesellschaften in Bezug auf neue Technologien und mit hohen Kosten für neue Arzneimittel, Impfstoffe und Technologien konfrontiert (etwa für Krebsbehandlung oder H1N1-Impfstoffe); sie konzentrieren sich daher auf wirtschaftlichere Arzneimittelausgaben, stärkere Nutzung von Gesundheitstechnologiebewertung für Entscheidungen über Kostenerstattung, bessere Praktiken für Verschreibung und Anwendung von medizinischen Produkten durch Therapeut und Patient und auf das Anstoßen der Erforschung und Entwicklung medizinischer Produkte (Diagnostika, Arzneimittel, Impfstoffe) für „unterversorgte“ Krankheiten. Das Regionalbüro wird die Mitgliedstaaten in ihrer nationalen Politikgestaltung und Umsetzung in diesen Bereichen durch die zeitnahe Bereitstellung geeigneter Informationen, durch die Anregung von Vernetzung unter den Ländern und durch konkrete Facharbeit unterstützen. Die Arbeit zur Stärkung dieses Aspekts der Gesundheitssysteme der Länder soll eng mit den auf Krankheiten ausgerichteten Programmen (hier besonders HIV/Aids, Tuberkulose, das Integrierte Management von Kinderkrankheiten (IMCI) und nichtübertragbare Krankheiten) abgestimmt werden.

66. Das Büro erwartet ein starkes Interesse für Konzepte der Gesundheitsfinanzierung, zumal die Länder nach der Wirtschaftskrise eine fiskalische Anpassungsphase durchmachen. Das wird Unterstützung für die Entwicklung mittelfristiger Strategien erforderlich machen, mit deren Hilfe die Gesundheitssysteme auf eine nachhaltige finanzielle Grundlage gestellt werden können. Nachdruck wird auf die Entwicklung von Konzepten für die Finanzierung von Gesundheitssystemen sowohl zur Versorgung von Einzelpersonen als auch der Bevölkerung insgesamt gelegt werden. Die Arbeit zielt in erster Linie darauf ab, fachliche Führungskompetenz, Unterstützung und Kapazitätsausbau im Bereich der Gesundheitsfinanzierung zu fördern, aber auch darauf, eine bessere Informationsgrundlage in Bezug auf das globale Gemeingut der nationalen Gesundheitsausgaben zu schaffen, um zu evidenzbasierten politischen Entscheidungen zu gelangen. In Mitgliedstaaten, in denen Geber- und Partnerorganisationen aktiv sind, wird das Regionalbüro weiterhin einerseits die politischen Entscheidungsträger bei der Bewertung der von ihnen erhaltenen Empfehlungen unterstützen, andererseits aber auch eng mit den Partnern zusammenarbeiten, um ein sinnvolles Gesamtkonzept zu sichern. Die Krise kann auch eine Nachfrage nach Beratung und Unterstützung aus Ländern schaffen, die in der Vergangenheit kaum direkte Unterstützung zu Fragen des Gesundheitssystems erbeten haben, hierunter auch einige Länder mit mittlerem und sogar höherem Volkseinkommen.

67. Das Regionalbüro wird der Unterstützung von Mitgliedstaaten in der Entwicklung einer übergeordneten Gesundheitspolitik hohe Priorität einräumen und so sicherstellen, dass die Reformmaßnahmen mit klar formulierten und messbaren Politikzielen in Einklang stehen, wie es die Charta von Tallinn vorsieht. Das für diesen Zeitraum erwartete langsame Wachstum in den

öffentlichen Ausgaben für Gesundheit wird zu einer stärkeren Betonung der Leistungseffizienz der Gesundheitssysteme führen; daher werden die Unterstützung für die Entwicklung von Instrumenten und Methoden zur Leistungsbewertung und die Förderung länderübergreifenden Erfahrungsaustausches zentrale Aufgaben des Büros sein. Die Ausweitung des Erfahrungshorizonts des Regionalbüros durch gesundheitspolitische Berater vor Ort in einigen zusätzlichen Ländern ist als eine entscheidende Voraussetzung hierfür absehbar. Darüber hinaus wird durch die Arbeit mit Fragen der Steuerung eine viel größere Betonung auf der „Realitätsnähe eines Konzepts“ liegen, weil verschiedene Aspekte dieses Konzepts (z. B. Koordinierung, evidenzbasierte Ausrichtung) an die Verhältnisse in konkreten Ländern angepasst und dort auch angewendet werden. Durch eine Kombination aus detaillierter Unterstützung für ausgewählte Länder, gesundheitspolitischen Analysen und Leistungsüberprüfung sowie durch die Förderung des länderübergreifenden Erfahrungsaustausches wird das Büro den Mitgliedstaaten konkret helfen, ihre Gesundheitssysteme zu stärken, damit sie die Bevölkerungsgesundheit auf transparente und chancengleiche Weise verbessern.

68. Der vorgeschlagene Haushaltsrahmen für SO 10 und 11 sieht in 2012–2013 eine erhebliche Ausweitung (40%) vor, so dass auf diesen Bereich in Übereinstimmung mit der neuen Zukunftsvision und auch mit den Verpflichtungen aus der Charta von Tallinn mehr Nachdruck gelegt werden und dem Regionalkomitee hierüber im Jahr 2015 Bericht erstattet werden könnte.

Informationen, Erkenntnisse, Wissenschaft, Forschung und Innovation für Grundsatzarbeit und Fachprogramme (SO 10)

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

Förderung der Nutzung moderner Informations- und Kommunikationstechnologien; aktives Zugehen auf Wissenschaft, Forschung und Universitäten zum Herausfiltern der Erkenntnisse und zur Beleuchtung der Übergänge zwischen Wissenschaft, Forschung und Politik; Angebot von Daten, Erkenntnissen und Grundsatzoptionen, Überführung guter Praktiken und Schaffung von Gelegenheiten zum Erfahrungsaustausch; Überbrückung der Kluft zwischen Wissenschaft und Politik; Bereitstellung verbesserter Instrumente und Werkzeuge für die Gestaltung von Politik und Erkundung und Nutzung innovativer Kommunikations- und Informationsmittel zur Erreichung der Ansprechpartner der WHO, etwa Entscheidungsträger, Fachleute und Öffentlichkeit einschließlich gefährdeter Bevölkerungsgruppen und junger Menschen.

69. Durch ein verstärktes Health Evidence Network wird das Regionalbüro weiter Informationen für die Gesundheitspolitik anbieten, die sowohl leicht zu erreichen und auf Politikgestalter zugeschnitten sind. Außerdem möchte das Büro eine größere Rolle im Bereich Forschungsstrategie und Forschungsbeobachtung übernehmen. Dazu wird u. a. der Europäische Beratungsausschuss für Gesundheitsforschung wieder eingesetzt, schrittweise eine Strategie für Gesundheitsforschung des Regionalbüros in Übereinstimmung mit der globalen Strategie (und angelehnt an die von der Panamerikanischen Gesundheitsorganisation entwickelten Strategie) entwickelt und ein ethisches Prüfprotokoll geschaffen.

70. Im Bereich der Gesundheitsinformationen wird das Regionalbüro die Arbeit zur Konsolidierung des breiten Spektrums an Informationssystemen verstärken, die derzeit auf seiner Website zugänglich sind (etwa die Datenbank Gesundheit für alle), um verbleibende Erkenntnislücken für die Politikgestaltung mit internationaler Vergleichsperspektive zu benennen, die Qualität und Dokumentation der Daten zu verbessern und ihre Zugänglichkeit und Verbreitung über aktuelle Oberflächen und neu entworfene Länderprofile zu erleichtern. Diese Arbeit wird auch Lehren aus der umfassenden Bestandsaufnahme ziehen, die im Rahmen der gegenwärtig statt-

findenden Leistungsüberprüfung für Gesundheitssysteme erfolgt, wie sie die Charta von Tallinn forderte.

71. Außerdem wird dies in Übereinstimmung mit den Prioritäten geschehen, die unter dem Dach der neuen Europäischen Gesundheitspolitik vereinbart werden, wobei an den konkreten Informationsbedarf für den Gesundheitsschutz in Europa gedacht ist; dazu gehören die Beobachtung der demografischen Überalterung, der chronischen Erkrankungen und der sozialen Determinanten von Gesundheit etwa in Form der unterschiedlichen sozialen Sicherungssysteme in den Ländern.

72. Zugleich wird das Regionalbüro weitere Fachunterstützung für die Entwicklung und Verbesserung der Gesundheitsinformationssysteme auf Länderebene anbieten. Dazu gehört die Unterstützung bei der Umsetzung internationaler Standards wie der Internationalen Klassifikation der Krankheiten und das Erkennen und Anwenden der besten Praktiken in der E-Gesundheit (d. h. Informations- und Kommunikationstechnologien in Gesundheitssystemen) für eine bessere Beobachtung und Vernetzung der Gesundheitsinformationssysteme.

73. Das Mandat des Regionalbüros zur Erhebung von Gesundheitsdaten und zur Beobachtung der gesundheitlichen Lage in der Region und ihrer Entwicklung sowie zur Berichterstattung hierüber wird zunehmend in Form einer gemeinschaftlichen Datenerhebung mit anderen Organisationen erfüllt werden. Wichtige Instrumente für die Verbreitung werden Aktualisierungen des *Europäischen Gesundheitsberichts* sowie Fortschrittsberichte in Bezug auf die MZ sein.

Führung, hierunter Partnerschaften mit Mitgliedstaaten und Organisationen (SO 12) und befähigende und unterstützende Funktionen (SO 13)

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

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

Eine stärkere Rolle für das Regionalkomitee wie für den Ständigen Ausschuss des Regionalkomitees (SCRC); ein starkes Regionalbüro als fachliches Kompetenzzentrum mit vollintegrierten Außenstellen und Länderbüros; verstärkte Zusammenarbeit mit Partnern, welche die Werte, Visionen und Ziele des Regionalbüros teilen; ein Regionalbüro, das über die Politikgestalter und Gesundheitsexperten hinaus auch die Öffentlichkeit über die Medien und neue Formen der Kommunikation erreicht. Verschlankte und kostenwirksamere Unterstützung für die Programmumsetzung.

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

75. SO 12 ist auf die Außenwelt gerichtet und betrifft Fragen der Führungskompetenz, der Organisationsführung, der Länderpräsenz und Länderunterstützung der WHO und umfasst auch die Zusammenarbeit mit Partnern und wirksame Bündnisse mit Schwesterorganisationen. Eine Antwort auf die Herausforderungen in Verbindung mit den Führungsfragen im Gesundheitsbereich in Europa bringt mehrere strategische Konsequenzen für die Arbeit des WHO-Regionalbüros für Europa mit sich.

76. Als Reaktion auf die neuerliche Bedeutung, die diesen Themen beigemessen wird, beschloss der Siebzehnte SCRC auf seiner zweiten Tagung im November 2009 eine Ad-hoc-Arbeitsgruppe zum Thema Führungsfragen in der Europäischen Region der WHO einzuberufen, die dem Regionalkomitee auf seiner 60. Tagung konkrete Vorschläge machen sollte, wie die Führung im Gesundheitsbereich gestärkt werden kann.

77. Aus der Perspektive der Regionaldirektorin, lassen sich die gegenwärtigen Herausforderungen für das Regionalbüro im Bereich der Führungsfragen in vier breite Kategorien fassen: die Rolle der WHO in der internationalen Arbeit für die Gesundheit in Europa; die Notwendigkeit einer Stärkung der inhaltlichen Arbeit und der Neuausrichtung des Geschäftsmodells; die Notwendigkeit der Zusammenarbeit und Partnerschaft mit anderen Akteuren auf der internationalen Gesundheitsbühne; der Beitrag der Region zur globalen Gesundheit.

78. Diese Herausforderungen weisen wiederum auf eine Reihe neuer strategischer Prioritäten für das Regionalbüro: die notwendige Schaffung eines Konsenses in der Region über ein neues Rahmenkonzept für Gesundheit, die notwendige intensiviertere Zusammenarbeit mit Ländern zur Stärkung der strategischen Entwicklung und des Kapazitätsaufbaus, aktivere Partnerschaften mit anderen Akteuren im Gesundheitsbereich, Ressourcenmobilisierung zur Sicherung finanzieller Nachhaltigkeit und die Formulierung einer aktiven Kommunikationsstrategie.

79. Eine wichtige Voraussetzung zur Unterstützung dieser strategischen Entwicklungen ist die Änderung einiger interner Führungs- und Verfahrensregeln der WHO, die sich auf die künftigen Aufgaben und Funktionen von Regionalkomitee und SCRC auswirken werden. Ein vollständiger Bericht über diese Aspekte ist in einem gesonderten Papier zum Thema Führung des WHO-Regionalbüros für Europa enthalten (Dokument EUR/RC60/11).

80. Partnerschaften besitzen für das Regionalbüro weiter eine große Priorität. Größerer Nachdruck wird auf die Stärkung der strategischen Partnerschaften mit Mitgliedstaaten und Organisationen gelegt werden, die entweder direkt im Gesundheitsbereich tätig sind oder deren Aktivitäten sich auf die öffentliche Gesundheit in der Region auswirken. Indem es seine strategischen Beziehungen zu den Partnern verbessert, erhofft sich das Büro in Fragen der öffentlichen Gesundheit eine deutlichere Führungsrolle und eine wirksamere Koordinierung der Aktivitäten mit den Partnern auf nationaler und internationaler Ebene, so dass sich der bestmögliche Gesundheitszustand für alle Menschen in der Region und darüber hinaus erreichen lässt. Das Regionalbüro wird weitere strategische Partnerschaften im Zusammenhang mit einer gesundheitspolitischen Tagesordnung für Europa entwickeln, die mit allen Partnern diskutiert und vereinbart wurde. Offizielle Vereinbarungen über die Aufgabenverteilung werden den Eckstein der Arbeit bilden, die sich an den Ergebnissen und Empfehlungen der Überprüfung der Arbeit der Länderbüros des Regionalbüros orientieren wird. Der in dem vorangegangenen Jahrzehnt angenommene Ansatz für Partnerschaften wird auch der Arbeit im Zweijahreszeitraum 2012–2013 zugrunde gelegt.

81. Substanzuelle Fortschritte gab es, trotz knapper Haushaltsmittel, in den vergangenen Jahren hinsichtlich einer Stärkung der Länderpräsenz des Regionalbüros und seiner Beziehungen zu den nationalen Behörden. Die strategischen Partnerschaften des Regionalbüros mit den Ländern werden 2010 von einer Expertengruppe überprüft, um die Leistung und Präsenz der Organisation in den Ländern weiter zu verbessern. Aus dieser Überprüfung werden Empfehlungen hervorgehen, wie die personellen und finanziellen Ressourcen am besten genutzt werden und welche Kapazitätslücken es noch gibt, damit die vorhandenen Ressourcen optimal eingesetzt werden können. Das Regionalbüro wird weiter daran arbeiten, gut fundierte Kooperationsstrategien mit den Mitgliedstaaten zu etablieren, die auf der Grundlage internationaler Planungsinstrumente beruhen und selbst zu ihnen beitragen. Zur Ausweitung des Austausches mit den Mitgliedstaaten ohne Länderbüro wird das Regionalbüro sich um neue und innovative Arten des Engagements bemühen.

82. Das Regionalbüro wird weiter institutionalisierte Partnerschaften auf Ebene der Region errichten und die Fähigkeit der Länderbüros zu aktivem Engagement mit Partnern und in gesundheitsbezogenen Partnerschaften auf nationaler Ebene unterstützen. Ein besonderes Augenmerk wird auf die Schaffung zusätzlicher Partnerschaften mit der Europäischen Kommission (der Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher sowie anderen Direktionen mit direktem oder indirektem Einfluss auf die Gesundheit) und ihren Agenturen (insbesondere dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten) gerichtet. Eine offizielle Vereinbarung zwischen dem neuen Europäischen Kommissar für Gesundheit und Verbraucherschutz und der Regionaldirektorin wird zu diesem Zweck während der Tagung des Regionalkomitees im September 2010 unterzeichnet werden. Diese Vereinbarung wird engere und wirkungsvollere Beziehungen zwischen den beiden Organisationen auf strategischer, politischer und inhaltlicher Ebene im Zusammenhang mit sowohl internationalen wie auch nationalen Prozessen schaffen und die Formulierung und Umsetzung nationaler Pläne und Strategien zusätzlich verbessern. (Weitere Einzelheiten sind dem Papier zum Thema Partnerschaften für Gesundheit in der Europäischen Region der WHO (Dokument EUR/RC60/12) und dem bevorstehenden Entwurf für eine Vereinbarung mit der Europäischen Kommission zu entnehmen.)

83. Das Regionalbüro wird auch zusätzliche Anstrengungen unternehmen, gut funktionierende Informations- und Kommunikationssysteme zu schaffen und die personellen Kapazitäten im Bereich der Partnerschaften auszubauen. Das wird die Erhebung und Analyse der relevanten Daten sichern und damit die Arbeit mit den Partnern an den neu auftretenden Herausforderungen und Möglichkeiten ausrichten helfen und das Regionalbüro dazu in die Lage versetzen, sich als Organisation flexibel und anpassungsfähig auf sich ändernde Bedürfnisse und Prioritäten einzustellen.

84. In Zusammenarbeit mit dem WHO-Hauptbüro und in Übereinstimmung mit den Grundsätzen der WHO wird das Regionalbüro auch seine Rolle stärken, indem es regionsspezifische Strategien für Partner in der Europäischen Region sowie für Gruppen von Partnern wie etwa nichtstaatliche Organisationen schafft und umsetzt.

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

86. Eine modernere, schlankere und effizientere Verwaltung des Regionalbüros wird angestrebt, was sich in der Einfrierung des Wachstums in diesen SO und ihrem Anteil an dem Gesamtvolumen für die SO 12 und 13 bei unter 30% des Gesamthaushalts widerspiegelt. Einsparungen werden aus den folgenden wichtigen Bereichen erwartet.

- Ein neues integriertes Globales Management-System wurde 2010 beim Regionalbüro in Betrieb genommen worden. Nach einer anfänglichen Anpassungsphase werden hieraus interne Wirtschaftlichkeitsgewinne erwartet, insbesondere im Bereich der Verwaltung und Finanzen.
- Administrative Verfahren werden unter dem übergeordneten Ziel der Vereinheitlichung und der Kostenverringerung überprüft.
- Die Betriebskosten der Länderbüros werden gesenkt.

87. Zwar ist eine Verringerung der Ausgaben für die Verwaltung wünschenswert, doch wird vorgeschlagen, einen Teil der Ersparnisse für die Stärkung der Analysekapazitäten und für die Bereitstellung anderer Dienste mit zusätzlichem Nutzen für die Fachreferate zu verwenden. Die strategischen und analytischen Kapazitäten des Regionalbüros müssen insbesondere nach der

Verwirklichung des Globalen Management-Systems im Zweijahreszeitraum noch weiterentwickelt werden. Die gegenwärtigen Bemühungen um eine Leistungssteigerung im Regionalbüro mittels noch strategischer und verantwortlicher Erbringung der Ergebnisse werden im Zeitraum 2012–2013 durch eine stärkere Beobachtung der fachlichen Qualität sowie der messbaren zentralen Leistungsindikatoren für die Organisation, durch kollegiale Prüfberichte und durch kritische Evaluierung der Arbeit wie auch der Ergebnisse fortgesetzt. Dadurch wird das Büro besser in der Lage sein, auf sich wandelnde und neu auftretende Bedürfnisse zu reagieren, Leistungsschwächen zu korrigieren und gegenüber den Mitgliedstaaten Rechenschaft ablegen zu können.

88. Die Befähigung der Mitarbeiter durch eine moderne und bedarfsgerechte Personalstrategie ist hierbei von entscheidender Bedeutung. Daher werden die Bemühungen zur Schaffung und Förderung eines anregenden und stützenden Arbeitsumfeldes bei gleichzeitig hoher Leistung und fachlicher Exzellenz des Personals fortgesetzt. Das übergeordnete Ziel ist weiter die Erfüllung der Bedürfnisse und Erwartungen der Mitgliedstaaten durch Mitarbeiter auf allen Ebenen, die über die erforderliche Fach- wie auch Führungskompetenz verfügen.

Allgemeine Erwägungen zum Programmhaushaltentwurf 2012–2013

Überblick über den Haushalt der Region

89. Wie im vorangegangenen Zweijahreszeitraum ist der Programmhaushaltentwurf für 2012–2013 auch diesmal in drei Segmente unterteilt: Basisprogramme, Gegenmaßnahmen bei Krankheitsausbrüchen und Krisen (OCR) und Partnerschaften (SPA). Der Anteil des Regionalbüros an dem Segment Basisprogramme ist mit 239 Mio. US-\$ angesetzt, während sein Gesamthaushalt (einschließlich OCR und SPA) sich auf 266 Mio. US-\$ beläuft.

90. Tabelle 1 beruht auf dem Dokument (EUR/RC60/10) der globalen Ebene und stellt Vergleiche nach dem Validierungsverfahren für Ressourcen³ an, das 2006 eingeführt wurde. Aus Tabelle 1 ist zu ersehen, dass die aktuell vorgeschlagene Mittelzuweisung an das Regionalbüro einen Anteil von 7% ausmacht, was die Untergrenze der Validierungsspanne von 7–8,6% bedeutet.

91. Wie aus Tabelle 2 hervorgeht, sieht das Segment für Basisprogramme im Haushalt 2012–2013 für das Regionalbüro einen relativ moderaten Anstieg der Ausgaben um 26% im Vergleich zu 2008–2009 vor.

92. Sowohl die getätigten Maßnahmen aus 2008–2009 als auch die aktuelle Lage für 2010–2011 deuten darauf hin, dass für einige SO (d. h. SO 8) schon jetzt nur noch wenig Spielraum für Wachstum im Haushalt besteht, obwohl dies ein Prioritätsbereich der neuen Zukunftsvision ist, während andere signifikant mehr Spielraum besitzen (vgl. Tabelle 3).

³ Vgl. Dokument EB117/17. Dieses Validierungsverfahren wird zur Bewertung und Untersuchung der Ergebnisse des MTSP und der mit ihm verknüpften Programmhaushalte verwendet. Es validiert den Ressourcenbedarf anhand der Ergebnisse. Damit ist es zwar eine wichtige und transparente Bezugsgröße, hat jedoch keinen Einfluss auf die tatsächliche Mittelzuweisung. Es besteht aus drei Elementen: einer festen Komponente für die normativen und von der Satzung vorgeschriebenen Aufgaben der Organisation auf ihren verschiedenen Ebenen; eine Einsatzkomponente für regionale Aufgaben mit je nach Anzahl der versorgten Länder schwankenden Kosten; und eine bedarfsabhängige Komponente, in der die relativen gesundheitlichen und sozioökonomischen Bedingungen zusammen mit einem Bevölkerungsfaktor berücksichtigt werden. Dieses Element macht den größten Teil der gesamten hierfür zur Verfügung stehenden Mittel aus.

93. Diese beiden ergänzenden Argumente unterstützen die Notwendigkeit einer Ausweitung des Volumens im Segment für Basisprogramme des Regionalbüros, um Verpflichtungen aus der neuen Zukunftsvision „Mehr Gesundheit für Europa“ erfüllen zu können.

Tabelle 1: Programmhaushaltsentwurf 2012–2013 für Basisprogramme wichtiger Büros im Vergleich zum Durchschnitt und zur Ober- und Untergrenze nach Validierungsverfahren (EB117/17)

Strategisches Ziel	AFRO	AMRO	SEARO	EURO	EMRO	WPRO	Hauptbüro	Insgesamt	% am Gesamthaushalt	% Hauptbüro am Gesamthaushalt
1	155,2	24,0	76,0	21,3	88,1	52,0	160,4	577,0	17%	28%
2	208,2	40,4	90,0	25,5	32,9	55,5	95,5	548,1	16%	17%
3	21,9	11,2	18,1	18,0	22,6	18,0	35,9	145,6	4%	25%
4	107,7	25,4	36,0	12,9	36,1	18,0	48,9	285,0	8%	17%
5	31,5	13,5	14,0	5,8	10,3	6,4	19,5	101,0	3%	19%
6	23,9	13,9	17,5	17,0	22,1	18,0	38,3	150,7	4%	25%
7	13,0	7,4	4,5	7,7	12,9	2,0	12,8	60,4	2%	21%
8	16,3	10,4	12,5	19,0	14,1	11,0	25,9	109,2	3%	24%
9	31,7	12,6	11,0	6,0	8,4	10,0	20,0	99,6	3%	20%
10	123,0	33,2	44,0	30,8	57,3	39,0	77,6	405,0	12%	19%
11	23,2	7,7	10,0	5,0	16,1	14,0	73,1	149,1	4%	49%
Zwischen-summe (SO 1–11)	755,8	199,7	333,6	169,0	320,9	243,9	607,9	2630,8	76%	23%
12	50,2	15,7	16,5	31,7	26,3	17,1	132,2	289,7	8%	46%
13	119,7	29,6	43,5	38,3	44,0	31,6	202,5	509,1	15%	40%
Zwischen-summe (SO 12–13)	169,9	45,3	60,0	70,0	70,3	48,7	334,7	798,8	23%	42%
Insgesamt	925,7	245,0	393,6	239,0	391,1	292,6	942,6	3429,6	99%	27%
% am Gesamthaushalt nach Büro	27,0%	7,1%	11,5%	7,0%	11,4%	8,5%	27,5%	100,0%		
Validierungsbreite	24,9–30,4%	7,0–8,6%	9,8–11,9%	7,0–8,6%	9,0–11,1%	7,0–8,6%	25,2–30,8%			

Tabelle 2: Zusammenfassung nach Segment und wichtigem Büro (Mio. US-\$)

Wichtiges Büro	Ausgaben 2008–2009 für Basisprogramme	Genehmigter Programmhaushalt 2010–2011		Programmbudgetentwurf 2012–2013					
		Alle Segmente	Basis, inkl. SO 12 und 13	Basis, inkl. SO 12 & 13	% am Gesamthaushalt (Validierung)	% Änderung gegenüber Ausgaben 2008–2009	SPA**	OCR**	Insgesamt
AFRO	555	1263	926	926	27%	67%	402	81	1409
AMRO	130	256	245	245	7%	89%	6	7	257
SEARO	272	545	394	394	11%	45%	80	32	505
EURO	189	262	239	239	7%	26%	16	11	266
EMRO	212	515	391	391	11%	85%	163	171	725
WPRO	204	310	293	293	9%	44%	11	13	316
Hauptbüro	977	1389	881	943	27%	-4%	246	148	1336
Insgesamt	2539	4540	3368	3430	100%	35%	922	462	4815

* Basishaushalt angesetzt wie 2010–2011 für die Regionen genehmigt und Reduktion um 4% im Hauptbüro im Vergleich zu tatsächlichen Ausgaben 2008–2009 zur Annäherung an 30/70.

** SPA/OCR-Budgets angesetzt wie tatsächliche Ausgaben 2008–2009

Tabelle 3: Ausgabenentwicklung nach SO in der Europäischen Region der WHO in den vergangenen drei Zweijahreszeiträumen und Vergleich zu den Programmbudgeten 2010–2011 und 2012–2013 (alle Haushaltssegmente)

EURO-Programmbudget – alle Haushaltssegmente											Vergleich Programmbudget 12–13 zu Umsetzung 08–09	% Veränderung im Haushalt 12–13 zu 10–11
Ziel	Ausgaben						Haushalt					
	2004–2005		2006–2007		2008–2009**		2010–2011		2012–2013		Veränderung in %	
1	14 020	8,8%	26 190	14%	26 095	12,8%	26 393	10%	27 771	10,4%	6,4%	5,2%
2	19 085	11,9%	25 560	13%	23 057	11,3%	25 473	10%	25 473	9,6%	10,5%	0,0%
3	8 049	5,0%	5 400	3%	8 053	4,0%	14 674	6%	18 000	6,8%	123,5%	22,7%
4	4 470	2,8%	5 280	3%	6 973	3,4%	12 937	5%	12 937	4,9%	85,5%	0,0%
5	8 439	5,3%	11 380	6%	10 609	5,2%	17 960	7%	15 753	5,9%	48,5%	-12,3%
6	6 568	4,1%	4 270	2%	9 559	4,7%	9 713	4%	17 000	6,4%	77,8%	75,0%
7	1 076	0,7%	3 130	2%	4 165	2,0%	6 944	3%	7 709	2,9%	85,1%	11,0%
8	16 377	10,2%	14 780	8%	16 988	8,3%	17 220	7%	19 000	7,1%	11,8%	10,3%
9	1 950	1,2%	3 950	2%	2 840	1,4%	5 501	2%	5 975	2,2%	110,4%	8,6%
10	35 197	22,0%	31 070	16%	29 533	14,5%	45 182	17%	41 381	15,6%	40,1%	-8,4%
11	3 222	2,0%	2 540	1%	3 635	1,8%	5 952	2%	5 000	1,9%	37,5%	-16,0%
12	16 915	10,6%	25 100	13%	24 903	12,2%	34 698	13%	31 698	11,9%	27,3%	-8,6%
13	24 631	15,4%	33 440	17%	37 065	18,2%	39 262	15%	38 262	14,4%	3,2%	-2,5%
INSGESAMT	160 000	100,0%	192 090	100%	203 476	100%	261 909	100%	265 959	100%	30,7%	1,5%

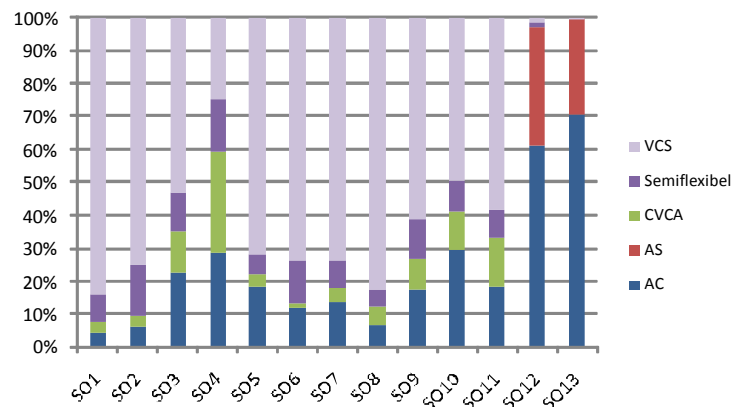
Finanzierungsmechanismen – Probleme und Herausforderungen

94. Der Haushalt des WHO-Regionalbüros für Europa wird wie der globale Programmhaushalt der WHO aus einer Reihe individueller Quellen finanziert. Diese lassen sich in fünf Kategorien einteilen:

- (i) Ordentliche Beiträge aller Mitgliedstaaten (AC)
- (ii) Sonderkonto für Betreuungskosten (AS): überwiegend aus Kosten der Programmunterstützung und nur für SO 12 und 13 gedacht
- (iii) Konto für zentrale freiwillige Beiträge (CVCA): offiziell von Gebern bereitgestellte Entwicklungshilfegelder (ODA), flexibler Einsatz für Programm oder SO, gedacht für Basisprogramme und inhaltliche SO 1–11 und zur Unterstützung der ODA-berechtigten Länder
- (iv) Semiflexible freiwillige Beiträge: Spenden die flexibel auf der Ebene der OWER, organisationsweiten Programme oder wichtigen Büros eingesetzt werden können
- (v) Spezifische freiwillige Beiträge (VCS): Zweckgebundene Beiträge nach Verhandlungen zwischen Fachprogrammen und Gebern.

95. Die größten Anteile der für das Regionalbüro verfügbaren Mittel waren 2008–2009 VCS (44% der Gesamtausgaben), gefolgt von AC (33%) und AS (10%). Die beiden flexiblen Arten von freiwilligen Beiträgen (CVCA und semiflexible) schlugen mit 6% bzw. 7% zu Buche (Abb. 1). Dieses Finanzierungsmuster ähnelt dem der globalen WHO.

Abb. 1: Ausgabenfinanzierung 2008–2009 nach SO und Finanzierungsart in der Europäischen Region der WHO



Ordentliche Beiträge

96. Die größte Umschichtung aus AC-Zuweisungen an SO in der Europäischen Region der WHO fand 2006–2007 und 2008–2009 statt, sodass im Zweijahreszeitraum 2008–2009 66% der AC auf SO 12 und 13 entfielen. Dieser Anstieg bedeutete zugleich einen Rückgang der AC-Zuweisungen an viele andere fachliche SO. Abbildung 2 stellt die Zuweisung der AC-Mittel im Vergleich mit den anderen wichtigen Büros dar. Das Regionalbüro für Europa verwendete danach den größten Anteil dieser Mittel an SO 12 und 13. Dabei liegt der Anteil der Europäischen Region an den AC im Vergleich zu den anderen wichtigen WHO-Büros an letzter Stelle (Tabelle 4), was im Vergleich zu ähnlich großen Budgets am deutlichsten auffällt. Diese altherge-

brachte Variation und Unbilligkeit in Bezug auf den relativen Anteil an den AC ist weiter ungelöst und erfordert weiter Aufmerksamkeit und Abhilfe.

Abb. 2: Zuweisung der AC-Mittel nach WHO-Büro, 2008–2009

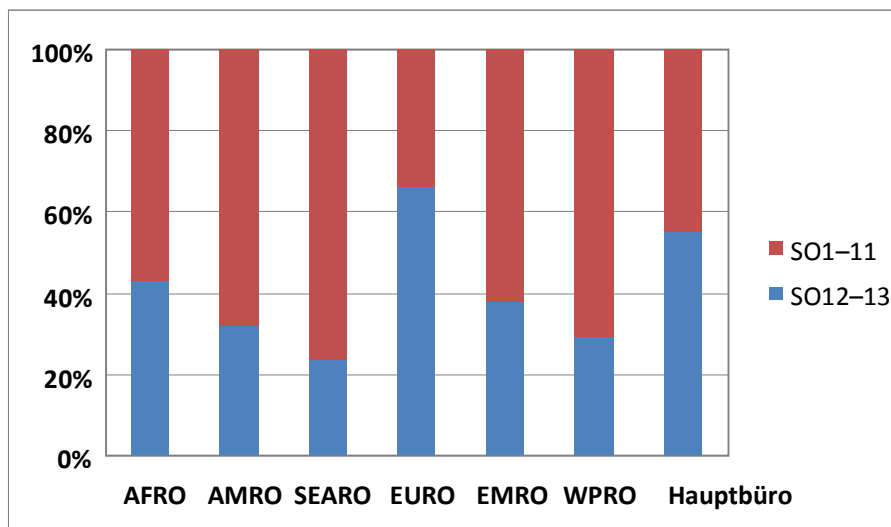


Tabelle 4: Haushaltsentwurf 2012–2013 nach Büro für WHO-Programme samt Vergleich zu den ordentlichen Beiträgen (Mio. US-\$)

	Programmhaushaltsentwurf 2012–13		Ordentliche Beiträge (AC)	
	WHO-Programme		AC insgesamt	% an AC insgesamt
AFRO	926	27,0%	213,3	22,2%
AMRO	245	7,1%	81,5	8,5%
SEARO	394	11,5%	103,9	10,8%
EURO	239	7,0%	63,3	6,6%
EMRO	391	11,4%	91,6	9,6%
WPRO	293	8,5%	80,2	8,4%
Hauptbüro	943	27,5%	325,0	33,9%

97. Trotz des Konzepts eines einheitlichen Programmhaushalts sind die ordentlichen und freiwilligen Beiträge bislang als zwei gesonderte Haushaltselemente behandelt worden. Das hat zwei Konsequenzen: 1) Es begrenzt die Fähigkeit der Leitung, auf fachliche Erfordernisse und die Verfügbarkeit anderer Finanzierungsmöglichkeiten oder deren Nichtvorhandensein zu reagieren; 2) es führt zu einem signifikanten Anstieg der administrativen Arbeit. Wenn die AC eher als Ressource, denn als Budget behandelt würden, wäre die Abgleichung zwischen Prioritäten, Budget, Ressourcen und Umsetzung einfacher.

Strategie zur Mobilisierung von Finanzmitteln

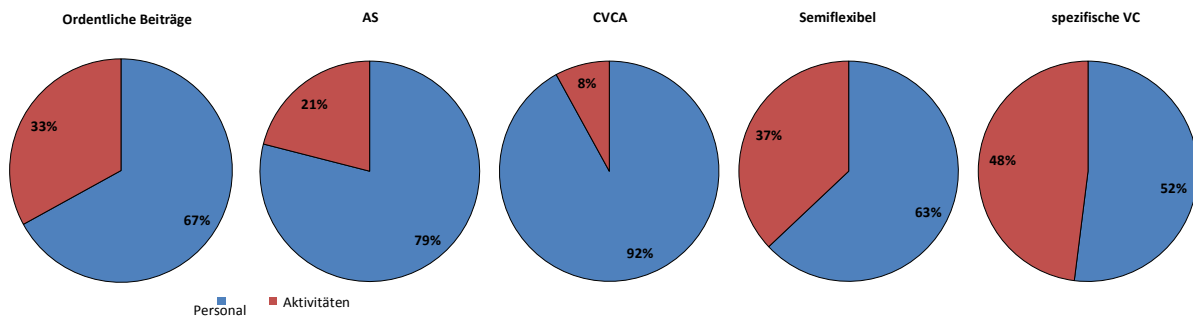
98. Das Regionalbüro möchte eine Strategie und einen Aktionsplan zur Mobilisierung von Finanzmitteln entwickeln, mit dem eine angemessene Ressourcengrundlage für die wirksame Umsetzung des Programmhaushalts und der Arbeitspläne für jedes SO geschaffen wird. Diese Strategie wird eng mit der entsprechenden Strategie der Gesamtorganisation verknüpft werden.

99. Die Strategie der Region wird durch eine sorgfältige Beobachtung der Finanzierungslücken in der Region und in den Ländern begleitet, damit die dringendsten Finanzbedarfe erkannt werden. Der regelmäßige Informationsaustausch mit den Mitgliedstaaten über den Stand der Finanzierung und die Fortschritte in der Umsetzung der Arbeitspläne bestimmt die geeignetsten Verfahren zur Unterstützung der Arbeit der WHO in der Region.

Mittelanwendung

100. Die VCS besaßen 2008–2009 an den Gesamtausgaben des Regionalbüros einen Anteil von 44%. Allerdings waren die Auswirkungen der Zweckbindung besonders in den fachbezogenen SO 1–11 zu spüren, weil 60% der Gesamtausgaben für diese aus VCS finanziert werden. Lediglich 52% der VCS trugen zu den Personalkosten bei, obwohl diese 57% der Gesamtkosten für SO 1–11 verursachten. Das bedeutet, dass die VCS einen Druck aufbauten, Personalkosten aus den knapperen flexiblen Mittel (AC, CVCA, semiflexible) zu decken, was sich auch in dem höheren Anteil der Verwendung dieser Mittel hierfür widerspiegelt (Abb. 3). Das gleiche Problem macht sich überall in der WHO geltend, allerdings erscheint es in der Europäischen Region besonders akut, denn hier werden 92% der CVCA zur Finanzierung von Personalkosten herangezogen gegenüber lediglich 60% im Durchschnitt der Gesamtorganisation.

Abb. 3: Finanzierung von Personal und Aktivitäten nach Art des Einkommens im Zeitraum 2008–2009 in der Europäischen Region der WHO



Operative Planung, Beobachtung und Auswertung

101. Ein integraler Bestandteil des ergebnisorientierten Managementrahmens ist die regelmäßige Verlaufsbeobachtung und -auswertung als Kernelement eines strukturierten Ansatzes für Rechenschaftspflicht und Engagement im Sinne der genannten Ergebnisse. Leistungsüberprüfung und Bewertungsergebnisse sind in alle Ebenen integriert und münden als Erfahrungswissen in die täglichen Leitungsbeschlüsse und programmatischen Entscheidungen sowie in den langfristigen Aufbau von Wissen und in das institutionelle Lernen ein. Eine Voraussetzung für erfolgreiche Umsetzung ist eine solide operative Planung, die ihren Ausgangspunkt in den von den Mitgliedstaaten angemeldeten Notwendigkeiten und Dringlichkeiten und in der Benennung und Auswahl von Indikatoren zur Messung der Leistungsniveaus nimmt.

102. 2008–2009 begann eine sorgfältige und systematische Überprüfung der Indikatoren für die OWER im MTSP, mit der die Transparenz gestärkt und die Messung und Rückmeldung erleichtert werden sollte. Die meisten Indikatoren wurden verfeinert, andere zur adäquaten Ergebnismessung ungeeignete Indikatoren wurden ersetzt.

103. Zwar ist die Organisation insgesamt für das Erreichen der OWER verantwortlich, doch kann der Beitrag jedes Regionalbüros hierzu in regional erwarteten Resultaten (RER) ausgedrückt werden. RER werden gemeinsam durch alle Länderbüros und Abteilungen des Regional-

büros erzielt. RER werden als länderspezifisch und länderübergreifend von den Regionalbüros erwartete Resultate und damit verbundene Produkte und Dienstleistungen operationalisiert.

104. Im kommenden Zweijahreszeitraum 2012–2013 liegt ein Schwerpunkt der operativen Planung wie erwähnt auf der besseren Abstimmung mit den Prioritäten der Länder. Damit die strategischen Tagesordnungen der Mitgliedstaaten systematisch den operativen Planungsprozess in der ganzen Organisation beeinflussen, werden Prioritäten der Länder für die OWER früh in einer umfassenden Aktion für den MTSP verzeichnet.

105. Die Länder, deren Prioritätensetzung signifikant mit einem bestimmten OWER übereinstimmt, werden erkannt und bilden gemeinsam eine durch das relevante OWER anvisierte Ländergruppe. Diese frühe Maßnahme, der die Erarbeitung der länderspezifisch erwarteten Resultate folgt, sichert eine stärker auf die Länder konzentrierte Entwicklung und Leitung der Programme im Zweijahreszeitraum 2012–2013. In der Europäischen Region richten sich regelmäßige Leistungsüberprüfung und -bewertung sowohl auf das Erreichen von Ergebnissen als auch auf die Erbringung von Produkten, Dienstleistungen und damit verwandten Aktivitäten und sie umfassen die Erhebung, Untersuchung und Aufzeichnung von Daten in Bezug auf die Resultate in Land und Region. Zur Ergänzung und Verstärkung dieser Bemühungen beabsichtigt das Regionalbüro in dem kommenden Zweijahreszeitraum ein bis zwei interne Programmauswertungen/-überprüfungen durchzuführen und dabei das Schwergewicht auf Relevanz, Effizienz und Effektivität zu legen, sowie zwei rückblickende externe Bewertungen bestimmter Elemente seiner Arbeit in Auftrag zu geben, um seine Strategien, Leitungsprinzipien und Betriebsverfahren weiter zu verfeinern.

Schlüsselmaßnahmen zur Operationalisierung der Zukunftsvision: die Budget- und Ressourcenkomponente des neuen Geschäftsplans des Regionalbüros

106. Die Verwirklichung der neuen Zukunftsvision für das WHO-Regionalbüro für Europa erfordert, dass ein Budget und eine Ressourcengrundlage für die erforderlichen Veränderungen vorhanden sind oder geschaffen werden können. Zwei zentrale Punkte wurden in den Erörterungen der leitenden Organe der WHO immer wieder hervorgebracht: Wie die vereinbarten Prioritäten besser mit den verfügbaren Finanzmitteln vereinbart werden können und wie eine größere Vorhersehbarkeit und Stabilität der Finanzierung erreicht wird, damit eine realistische Planung und effektive Verwaltung gefördert wird.

107. Die Lage ist verflochten und schwierig und lässt nur wenig Freiräume, insbesondere da die aktuellen finanziellen Umstände nicht etwa für allgemeine Unterstützung sorgen, die Anpassungsprobleme durch Ausgabenwachstum zu lösen. Allerdings müssen die Herausforderungen angenommen und wirksam bewältigt werden. Im Rahmen des neuen Geschäftsplans für das Regionalbüro ist daher ein entsprechender Aktionsplan in Konsultation mit dem SCRC entwickelt worden. Dieser Aktionsplan ruht auf vier Pfeilern und nimmt vier Herausforderungen in Angriff: Manövrierfähigkeit, finanzielle Risiken, Ressourcenmanagement, Rechenschaft und Transparenz (Einzelheiten zum letzten Pfeiler in Absatz 15–17 hierüber). Jeder dieser Pfeiler repräsentiert einen Fächer von Möglichkeiten und Einfallswegen.

Manövrierfähigkeit schaffen

108. Die zweijährigen Kooperationsvereinbarungen des WHO-Regionalbüros für Europa mit Mitgliedstaaten sowie die neue Zukunftsvision „Mehr Gesundheit für Europa“ machen zusätzliche Aktivitäten in den Bereichen nichtübertragbare Krankheiten (SO 3 und 6), Gesundheitsförderung in den zentralen Lebensphasen (SO 4) und soziale Determinanten von Gesundheit (SO 7) erforderlich. Die Finanzierung für zusätzliche Aktivitäten für diese SO ist bislang nur zurückhaltend erfolgt. 2008–2009 stammten 85% der Finanzierung der inhaltlichen Arbeit des Regionalbüros, d. h. SO 1–11, aus freiwilligen Beiträgen und von diesen erfolgten die meisten

sehr spezifisch im Rahmen von SO 1, 2, 8 und 10. Diese Finanzierungslage begrenzt die Fähigkeit des Regionalbüros, sich besser an die Erfordernisse der Mitgliedstaaten und die neue Zukunftsvision anzupassen.

109. Es gibt im Grunde zwei Möglichkeiten, diese Herausforderung zu bewältigen: die Menge der verfügbaren flexiblen Mittel zu erhöhen und die ordentlichen Beiträge aus besser ausgestatteten SO herauszulösen und/oder umzuschichten oder die Ausgaben in SO 12 und 13 zu kürzen.

Finanzielle Risiken abbauen

110. Die WHO und auch ihr Regionalbüro für Europa hat sich in den vergangenen Zweijahreszeiträumen zusehends in eine Situation begeben, wo ein größerer Anteil der Ausgaben für langfristige Verpflichtungen gegenüber dem Personal ausgegeben wurden, wogegen die erhaltenen Finanzmittel kurzfristiger und konkreter angelegt waren. Dadurch entsteht eine Finanzierungsrisiko, weil etwa bei Auslaufen der Finanzierung einer bestimmten Maßnahme oder einer inhaltlichen Verlagerung auf andere Fachgebiete die Personalkosten nur über einen längeren Zeitraum angepasst werden können. Das erhöht den Druck, Personalkosten aus den ordentlichen Beiträgen und der flexiblen Finanzierung der Organisation abzudecken. Dies ist insbesondere dann schwierig, wenn sich das Wachstum auf der Einnahmenseite insgesamt verlangsamt. Derzeit entfallen 60% der Gesamtkosten in der inhaltlichen Arbeit für Gesundheit (SO 1–11) auf das Personal. Außerdem besitzen über 90% der international angeworbenen Mitarbeiter des höheren Dienstes längerfristige Einstellungsverträge.

111. In der Erkenntnis, dass die Mitgliedstaaten vom Regionalbüro ein Höchstmaß an fachlichem Rat und Beistand erwarten, gibt es drei Wege, wie diesen Herausforderungen begegnet werden kann: durch Anpassung des Geschäftsmodells in Richtung größerer direkter Einbeziehung des Sachverständigen von Partnern und Ko-Akteuren in die Erbringung von Dienstleistungen und Hilfsmaßnahmen, durch eine genauere Übereinstimmung zwischen Anstellungsverträgen und Finanzierungsarten und durch eine Erhöhung der internen Effizienz und Produktivität, sodass mehr durch gleich viel oder weniger Personal geliefert werden kann.

Ressourcenmanagement verbessern

112. Im Zweijahreszeitraum 2008–2009 wurde der Aktivitätenstrom des Regionalbüros aus 500 verschiedenen Quellen gespeist, wodurch eine optimale Steuerung von den Verhandlungen vor einer Übereinkunft bis zur Umsetzung und der endgültigen Berichterstattung für die einzelnen Beiträge zu einer verflochtenen und schwierigen Angelegenheit wurde. In diesem Prozess gibt es noch Raum für Verbesserungen. Nicht alle Finanzierungsmöglichkeiten sind unbedingt bereits erkundet und die Vereinbarungen mit den Gebern schließen nicht immer hinreichend Maßnahmen zur Deckung der Personalkosten ein – wodurch sich die Umsetzung verlangsamen oder ein Finanzierungsdruck auf andere Quellen ausgeübt werden kann. Außerdem ist die Verwaltung der Projekte arbeitsaufwändig und kompliziert, da die Kosten und insbesondere die Personalkosten oft auf mehrere Quellen verteilt werden müssen und dies manchmal dazu führt, dass einzelne Spendenposten nicht ausgegeben werden, weil die Kosten bereits aus anderen Mitteln beglichen wurden. Die vielen verschiedenen Beiträge gehen oft mit konkreten Anforderungen an die Berichterstattung einher, was die Verwaltung dieser Mittel erschwert und auch manchmal die Qualität der Berichte beeinträchtigt.