



Ministerie van Buitenlandse Zaken

2019 Scorekaart Wereldgezondheidsorganisatie (WHO)

Datum 6 december 2019

Opgesteld door Directie Multilaterale Instellingen en Mensenrechten

Inhoudsopgave

	Inhoudsopgave	2
1.	Samenvatting	3
1.1	Institutionele aspecten en functioneren	3
1.2	Beleidsrelevantie	4
2	Inleiding	6
3	Algemene achtergrond	7
3.1	Doelstelling en toegevoegde waarde	7
3.2	Organisatie, werkwijze en activiteiten	7
3.3	Nederlandse rol en invloed.....	8
3.4	Financiële omvang en bijdragen	9
4	Institutionele aspecten en functioneren van de organisatie	11
4.1	Strategie en verantwoording	11
4.2	Resultaatgerichtheid en transparantie	13
4.3	Partnerschappen en samenwerking	13
4.4	Operationeel management.....	15
4.5	Beleidsevaluatie	16
4.6	Human Resource Management	16
4.7	Financiële stabiliteit	17
4.8	Efficiëntie	19
4.9	Integriteit en grensoverschrijdend gedrag	19
5	Relevantie van de organisatie	21
5.1	Relevantie voor Nederlandse BHOS-prioriteiten	21
5.2	Overige relevantie	23

1. Samenvatting

1.1 Institutionele aspecten en functioneren

De WHO is de belangrijkste multilaterale organisatie in de mondiale gezondheidsarchitectuur vanwege de normatieve functie van de organisatie over de volle breedte van gezondheid en gezondheidszorg. Daarnaast heeft de organisatie een mandaat op zowel ontwikkelingssamenwerking als het verstrekken van noodhulp. De WHO begeleidt binnen dit mandaat landen bij de ontwikkeling van het beleid op gezondheidszorg en coördineert de respons op ziekte-uitbraken (zoals ebola of cholera) en eerstelijnszorg in humanitaire opvang.

De WHO heeft een nieuwe strategie waarbij de doelstellingen zijn aangepast op impact. Om het functioneren van de WHO goed te kunnen volgen en op haar effectiviteit en efficiëntie te kunnen beoordelen, zijn de resultaten op output- en outcomeniveau scherp beschreven in de tweejaarlijkse begroting. Ook wordt stevig ingezet op het inzichtelijker maken van de wijze van financieren. De organisatie wordt versterkt op landenniveau om een directere *theory of change* toe te passen op de programmering van het werk. De WHO moet erop letten dat het normstellende mandaat hierbij niet uit het oog wordt verloren.

De WHO werkt goed samen met NGO's en andere multilaterale organisaties. Wel moet de manier van werken binnen de mondiale gezondheidsarchitectuur veranderen. Met de huidige 'verticale' structuur (per ziekte) bereiken we niet alle hulpbehoevenden, met name de mensen in fragiele omstandigheden. Dit komt doordat een basale gezondheidszorgstructuur ontbreekt of niet kan functioneren. Verder kan de WHO de samenwerking met de private sector verbeteren.

De centrale aansturing door de WHO in noodsituaties is steviger geworden. Wel is er nog groot tekort aan personeel in crises. De organisatie wil daarom gaan werken met flexibel inzetbare teams om piekbelasting op te vangen.

De evaluatiefunctie is sterk verbeterd. De kwaliteit van beleidsevaluaties is nu goed, maar het is onduidelijk of en hoe evaluatierapporten worden meegenomen bij de ontwikkeling van nieuwe beleidsrapporten. Dit zal de WHO gaan verbeteren.

De WHO heeft een redelijk goed personeelsbeleid, waarbij aandacht is voor een gelijke vertegenwoordiging op basis van regionale verdeling alsook op het gebied van gender. De plannen omtrent mobiliteit en het overplaatsen van medewerkers naar landenkantoren, zijn nog niet voldoende doorontwikkeld.

Door het relatief hoge percentage geormerkte en thematische bijdragen ten opzichte van de niet-geormerkte *vrijwillige* en verplichte bijdragen, heeft de organisatie weinig autonomie in het bepalen van de meest relevante gezondheidsprioriteiten. Het grote aandeel geormerkte vrijwillige bijdragen brengt ook risico's met zich mee voor de financiële stabiliteit.

De grootste uitgavenpost van de WHO is personeel, met hoogopgeleide medewerkers en externe contractanten. In het biënnium 2020-2021 wordt een kostenbesparing verwacht van USD 99 miljoen, met name vanwege slimmere inkoop en betere reisplanning. Ook de regels omtrent dienstreizen zijn aangescherpt. Het is onzeker of de besparing ook gehaald kan worden.

De WHO ziet een stijging aan meldingen door de vergrote aandacht voor grensoverschrijdend gedrag en integriteit. Er is te weinig capaciteit om dit goed af te

handelen. De organisatie heeft een extern bureau ingehuurd ter ondersteuning. Op aandringen van Nederland gaat de WHO nu ook een volledige review uitvoeren van het integriteitssysteem. Dit onderwerp zal jaarlijks terugkeren in de bestuursorganen.

	Score	Verandering
Institutionele aspecten en functioneren		
Strategie en verantwoording	4	→
Resultaatgerichtheid en transparantie	4	→
Partnerschappen en samenwerking	4	→
Operationeel management	3	↑
Beleidsevaluatie	4	↑
Human Resource Management	3	↓
Financiële stabiliteit	3	↑
Efficiëntie	3	↑
Integriteit en grensoverschrijdend gedrag (voorheen corruptie)	3	NVT/↓

1.2

Beleidsrelevantie

Gezondheid heeft een enorme impact op het dagelijks leven van mensen, ongeacht leeftijd, afkomst of achtergrond. Naast de invloed op de persoonlijke beleving van welzijn, hebben gezondheidsbeperkingen impact op werk, inkomen en sociale contacten. Op deze manier raakt gezondheid vrijwel alle aspecten van ontwikkelingsvraagstukken.

De WHO heeft een duidelijke missie: gezondheid bevorderen, de wereld veilig houden voor uitbraken van epidemieën en kwetsbare bevolkingsgroepen bedienen, om zo het hoogst mogelijke niveau van gezondheid voor alle mensen te bereiken. De WHO draagt op die manier direct bij aan het behalen van SDG3 (Gezondheid) en in brede zin aan Agenda 2030. Volgens een VN-rapport over het VN-ontwikkelingssysteem heeft de organisatie impact op alle SDGs, behalve SDG 14 en 15, (leven in het water en leven op het land).

Ten aanzien van de prioriteiten op Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking (BHOS) is de WHO vooral interessant op het gebied van armoedebestrijding, voedselveiligheid en -kwaliteit, water, SRGR, gendergelijkheid, humanitaire hulp en inclusieve ontwikkeling. De organisatie vertaalt de laatste stand van wetenschap in normen, standaarden en richtlijnen. Hierbij wordt niet alleen gekeken naar sterk medische onderwerpen, zoals (niet-)overdraagbare aandoeningen en medicijntoepassingen, maar ook naar gedrags- en omgevingsfactoren, zoals alcoholgebruik, roken, klimaatverandering, lucht- en waterkwaliteit en watervoorzieningen. Samen met de FAO is WHO in de Codex Alimentarius verantwoordelijk voor het opstellen van internationale richtlijnen op het gebied van voedselveiligheid.

Voor het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft het werk van de WHO op antibioticaresistentie, toegang tot (betaalbare) medicijnen, dementie en andere ouderdomsziekten prioriteit. Op deze onderwerpen stelt de e WHO normen en richtlijnen op voor (internationale) beleidsmakers en instellingen en adviseert lidstaten desgewenst op gezondheidsbeleid. De WHO is hierin uniek in de wereld. In de tweede plaats heeft de WHO een belangrijke coördinerende rol tussen de meer uitvoerende of specialistische gezondheidsorganisaties voor humanitaire en ontwikkelingshulp zoals *Global Fund to Fight Aids Tuberculosis and Malaria* (GFATM), GAVI en UNAIDS. De WHO mag daar sterkere sturing aan geven, met name om het werk van deze organisaties beter te integreren in de ontwikkeling van

gezondheidssystemen. Daartoe moeten die organisaties zelf ook hun mandaat op een andere manier gaan invullen. WHO heeft een rol door deze discussie te begeleiden.

Tot slot heeft de organisatie ook een uitvoerende taak bij epidemieën en humanitaire nood. De organisatie is wereldwijd actief in verschillende gezondheids crises en blijft daarnaast aanwezig in crisisgebieden om hulp te bieden, ook als andere humanitaire organisaties zich terugtrekken vanuit bijvoorbeeld veiligheidsoverwegingen.

Door de breedte van het mandaat van de WHO, de decennialange ervaring van de organisatie, het uitgebreide netwerk en de kennis die daardoor is opgebouwd, heeft de WHO een unieke rol in het multilaterale systeem. In het kader van de 2030 Agenda voor duurzame ontwikkeling werkt de WHO momenteel aan het *Global Action Plan for healthy lives and well-being for All*, om op geïntegreerde wijze SDG 3 te behalen in samenwerking met 11 andere organisaties.

	Uitvoerend	Coördinerend	Normatief
Relevantie voor de Nederlandse BHOS-prioriteiten			
Gendergelijkheid			4
Voedselzekerheid			4
Water			4
Opvang in de regio	3	3	
Noodhulp	3	3	
Humanitaire diplomatie	2	2	
Klimaat			3
Mobilisatie private sector	2	3	3
Overige relevantie			
Wereldwijde volksgezondheid (ebola/zikavirus)	3	3	4
Global Goods agenda			4

2 Inleiding

Scorekaarten worden opgesteld om het functioneren en de beleidsrelevantie van multilaterale organisaties in kaart te brengen. De Nederlandse inzet in multilaterale organisaties wordt geconcentreerd op organisaties die effectief zijn en die relevant zijn voor het Nederlandse beleid, of een sleutelrol vervullen binnen de multilaterale architectuur als 'systeemorganisatie'. Dit vraagt om zorgvuldige en regelmatige toetsing. Het streven is om scorekaarten op te stellen voor de VN Fondsen en Programma's, de Internationale Financiële Instellingen, de voor Nederlands BHOS-beleid relevante gespecialiseerde VN-organisaties en kantoren, en de majeure wereldwijde fondsen; multilaterale organisaties waaraan Nederland een substantiële ODA-bijdrage levert. De relevantie wordt primair getoetst aan het Nederlandse beleid voor Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking, maar de bredere betekenis van multilaterale instellingen voor andere aspecten van Nederlands beleid wordt waar relevant meegenomen.

Om de actualiteit en bruikbaarheid van de scorekaarten te vergroten wordt met ingang van 2019 de publicatie zo veel mogelijk gekoppeld aan de strategische (Verenigde Naties) en/of financieringscyclus (Internationale Financiële Instellingen) van de afzonderlijke multilaterale organisaties. In het jaar voorafgaand aan een nieuwe, meestal 3 of 4-jarige cyclus, wordt een geactualiseerde scorekaart gepubliceerd en de Kamer daarover geïnformeerd. Op rijksoverheid.nl staan ook de meest recente scorekaarten van de andere organisaties waar het ministerie van Buitenlandse Zaken analyses van heeft gemaakt.

Elke scorekaart geeft een overzicht van de doelstellingen, het mandaat en de kernkwaliteiten van de betreffende internationale instelling, van de wijze waarop de organisatie is ingericht en welke activiteiten ze uitvoert, van de financiële omvang en de Nederlandse bijdragen. Op basis van een analyse van de verschillende deelaspecten wordt een appreciatie gegeven van de organisatorische effectiviteit en van de relevantie voor de Nederlandse beleidsdoelstellingen. Er wordt een appreciatie gegeven van de mate waarin organisaties voor het Nederlandse BHOS-beleid relevante resultaten behalen. Deelaspecten van effectiviteit worden beoordeeld op basis van specifieke criteria en gescoord op een vierpuntsschaal van onvoldoende, matig, voldoende en uitstekend. Daarnaast wordt aangegeven of de organisatie een positieve, een negatieve of een neutrale ontwikkeling heeft doorgemaakt sinds de scorekaart 2017. Beleidsmatige relevantie en impact (resultaten) worden aangeduid met de kwalificaties relevant, beperkt relevant en niet relevant. Een samenvatting van al deze scores is te vinden in de tabellen in hoofdstuk 5.

De scorekaarten zijn samengesteld op basis van rapportages van de organisatie zelf, van de *Board of Auditors*, interne en externe evaluaties, beoordelingen door andere donoren en van het *Multilateral Organisations Performance Assessment Network* (MOPAN).¹ Daarnaast wordt om de input gevraagd van betrokken vakdepartementen, de Permanente Vertegenwoordigingen en Kiesgroepkantoren. Ook informatie van ambassades over het functioneren van landenkantoren van multilaterale instellingen zijn in de scorekaart verwerkt.

¹ Binnen MOPAN evalueert Nederland samen met 18 gelijkgezinde landen het functioneren van VN organisaties en Internationale Financiële Instellingen. Vanaf 2015 worden, per keer, in een tweejaarlijkse cyclus, ongeveer 13 organisaties doorgelicht op organisatorisch functioneren en ontwikkelingseffectiviteit.

3 Algemene achtergrond

3.1 Doelstelling en toegevoegde waarde

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) is op 7 april 1948 opgericht als één van de eerste gespecialiseerde organisaties van de Verenigde Naties (VN). De WHO heeft een duidelijke missie: gezondheid bevorderen, de wereld veilig houden voor uitbraken van epidemieën en kwetsbare bevolkingsgroepen bedienen, om zo het hoogst mogelijke niveau van gezondheid voor alle mensen te bereiken. Zij doet dit in de eerste plaats door, op basis van wetenschappelijke inzichten, normen en richtlijnen op te stellen over de volle breedte van het thema gezondheid. Hierbij wordt niet alleen gekeken naar sterk medische onderwerpen, zoals (niet-) overdraagbare aandoeningen en medicijntoepassingen, maar ook naar voedselkwaliteit en -veiligheid (Codex Alimentarius), de gezondheidseffecten van alcoholgebruik, roken en klimaatverandering, lucht- en waterkwaliteit en watervoorzieningen. Zo stelt de WHO normen en richtlijnen voor (internationale) beleidsmakers en instellingen. De organisatie adviseert lidstaten op gezondheidsbeleid.

In de tweede plaats heeft de WHO een belangrijke coördinerende rol voor meer uitvoerende of specialistische gezondheidsorganisaties voor humanitaire en ontwikkelingshulp.

Tot slot kent de organisatie ook een uitvoerende taak, met name bij het voorkomen en bestrijden van epidemieën en het leveren van gezondheidszorg in humanitaire crises. De organisatie staat erom bekend aanwezig te zijn en te blijven functioneren, ook onder omstandigheden waarin hulpverlening erg lastig is.

Door de breedte van het mandaat van de WHO, de decennialange ervaring van de organisatie, het uitgebreide netwerk en de kennis die daardoor is opgebouwd, heeft de WHO een unieke rol in het multilaterale systeem. In het kader van de 2030 Agenda ontwikkelt de WHO momenteel het *Global Action Plan for healthy lives and well-being for All*, om op geïntegreerde wijze SDG 3 te behalen in samenwerking met 11 andere organisaties.

3.2 Organisatie, werkwijze en activiteiten

De WHO heeft 194 lidstaten en twee geassocieerde lidstaten. De lidstaten vormen gezamenlijk het hoogste besluitvormende orgaan van de organisatie, de Wereldgezondheidsassemblee (WHA). De WHA komt eenmaal per jaar bijeen. Daarnaast is er tweemaal per jaar een Uitvoerende Raad (Executive Board/EB) bestaande uit 34 leden. Deze leden worden regionaal gekozen voor een periode van drie jaar. De WHA kiest de leden op basis van een voorselectie door de zes regio's van de WHO. Uit de EB worden 14 leden (met regionale spreiding) gekozen voor het Programme, Budget and Administration Committee (PBAC). De PBAC functioneert als belangrijkste adviescommissie op het gebied van financiële en organisatorische zaken van de EB. Tot mei 2019 was Nederland lid van de EB en PBAC.

Sinds juli 2017 wordt de WHO geleid door de Ethiopische Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus. De organisatie heeft wereldwijd meer dan zeventuizend medewerkers in dienst, bestaande uit artsen, epidemiologen, gezondheidswetenschappers, juristen, managers, andere professionals en administratieve medewerkers.

De WHO beschikt over een hoofdkantoor in Genève, zes regionale kantoren en 149 landenkantoren. Het hoofdkantoor vervult de functie van een intergouvernementeel forum en monitort de wereldwijde gezondheidssituatie. De zes regionale kantoren,

met ieder een eigen bestuursorgaan (Regionaal Comité) ondersteunen en monitoren de landenkantoren en voeren regionale programma's uit. Het netwerk van landenkantoren bevindt zich vooral in lage- en middeninkomenslanden.

De WHO assisteert de nationale overheden bij de vertaling van mondiale normen en beleidsadviezen naar de specifieke omstandigheden in die landen en coördineren de gezondheidsinzet van andere internationale en niet-gouvernementele gezondheidsorganisaties.

De WHO onderschrijft de VN-hervormingen zoals *Quadrennial Comprehensive Policy Review* (QCPR) en heeft zich verbonden aan de VN-doelstelling voor *Delivering as One* en de afspraken over gezamenlijke rapportage in het *Funding Compact*. De WHO heeft een hervormingstraject gestart om beter te leveren op resultaten en aan te sluiten op de algemene VN-hervormingen, de *WHO Transformation*. De hervormingen richten zich op de bestuursstructuur, de programmatische prioriteitstelling en het management van de organisatie inclusief hervorming van de financieringsstructuur. Dr. Tedros wil de organisatie versterken op landenniveau en een directere *theory of change* toepassen op de programmering van het werk van de organisatie. Hieraan zijn outcome- en outputdoelstellingen verbonden, die ten grondslag liggen aan de programmering en de begroting. Het is belangrijk dat in de komende jaren de WHO de samenwerking met andere VN organisaties en de gezamenlijke VN-kantoren sterker ontwikkelt.

In 2015 heeft de WHO tijdens de uitbraak van Ebola in West-Afrika niet voldoende adequaat gereageerd in haar coördinerende rol. Daarom heeft een belangrijke hervorming plaatsgevonden voor het noodhulpprogramma (*WHO Health Emergencies Programme*). In 2018 en 2019 is dit programma positief geëvalueerd. De hervorming heeft ervoor gezorgd dat de WHO beter en sneller reageert op noodsituaties en uitbraken, bijvoorbeeld bij Ebola in de DRC. Daarmee heeft de organisatie het respect verdiend van andere VN-instellingen en NGO's.

3.3 **Nederlandse rol en invloed**

Nederland vertegenwoordigt het Koninkrijk bij de WHO en behartigt dus ook de belangen voor Caribisch Nederland. Bij het deelnemen aan de WHA en aan de Uitvoerende Raad werken de Nederlandse Permanente Vertegenwoordiging in Genève, het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport en het ministerie van Buitenlandse Zaken nauw samen. Nederland was lid van de Uitvoerende Raad van de WHO (mei 2016 tot mei 2019). Nederland werkt zoveel mogelijk samen met gelijkgezinde landen. Dit gebeurt vooral binnen het kader van de Europese Unie. Nederland focust de inzet op een aantal thema's: vrouwen en gezondheid, Seksuele en Reproductieve Gezondheid en Rechten (SRGR), preventie van ziekte uitbraken, gezond ouder worden en dementie, niet-overdraagbare ziekten (NCDs; tabak, alcohol en voeding), toegang tot geneesmiddelen, psychosociale gezondheid en het tegengaan van antimicrobiële resistentie. Op het gebied van governance heeft Nederland een voortrekkersrol op accountability van het senior management, resultaatgericht werken, en de aanpak van *Sexual Exploitation and Abuse* en grensoverschrijdend gedrag (SEA-H).

Nederland heeft sinds een aantal jaren een omvattend partnerschapsprogramma met de WHO waarin de doelstellingen van VWS en BHOS zijn vastgelegd. Het huidige programma, met een combinatie van programmatisch geoordeelde en ongeoordeelde vrijwillige bijdragen, loopt van 2019 tot en met 2023.

De WHO werkt nauw samen met zogenaamde *WHO Collaborating Centres*, waarvan er 17 in Nederland zitten (8 hiervan bij het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en

Milieu/RIVM). Er zijn 41 Nederlanders werkzaam bij de WHO wereldwijd waarvan 5 op het niveau van General Services Staff, 28 professionals en 8 in het senior management (directeur en hoger).

3.4 Financiële omvang en bijdragen

Op basis van het vijfjarige algemene werkplan stelt de WHO eens per twee jaar een programmabudget op. Het budget van de WHO bestaat uit een *base programme* van US\$ 3.400 miljoen en een budget voor uitroeiing van polio en speciale programma's. Het totale budget voor het laatste deel bedraagt US\$ 4.422 miljoen, zoals goedgekeurd in 2017 door de WHA. Op 31 maart 2019 is aan het budget toegevoegd US\$ 1303.3 mln toegevoegd ten behoeve van humanitaire respons planning en verzoeken. Hierdoor bedraagt de totale begroting US\$ 6.068 mln. WHO's totale uitgaven worden voor 16% gedekt uit de verplichte contributie van de lidstaten. Deze wordt vooral gebruikt voor de vaste (personeels)kosten en om programma's een startbudget te geven. Verder geven lidstaten, andere VN-organisaties (onder andere UNDP), multilaterale fondsen (bijvoorbeeld GAVI) en filantropische organisaties (zoals de *Bill and Melinda Gates Foundation* en *Rotary*) 67% aan vrijwillige, geormerkte bijdragen. Tenslotte wordt 17% van de uitgaven gedekt uit vrijwillige, ongeormerkte bijdragen van donoren.

De afhankelijkheid van vrijwillige geormerkte bijdragen wordt al geruime tijd gezien als een probleem voor het optimaal functioneren van de WHO. De oormerking voorkomt dat de WHO in geval van een acute noodsituatie kan schuiven binnen de begroting om tijdig te interveniëren. Ander gevolg van de oormerking is dat delen van het programma structureel onvoldoende gefinancierd dreigen te worden en andere te veel steun krijgen. Voorbeeld van het eerste is de inzet van WHO op gezondheidssystemen en niet overdraagbare aandoeningen (ouderdomsziekten), terwijl andere onderdelen, zoals overdraagbare ziektes meer geld ter beschikking hebben dan nodig.

Een laatste probleem is dat de uitvoering van het programma vertraging oploopt doordat donoren niet tijdig hun financiering kenbaar maken of overmaken. Het streven is daarom dat donoren in toenemende mate hun bijdragen tijdig verstrekken en in de vorm van niet of slechts licht geormerkte bijdragen.

Financieel Overzicht (bedragen in US\$ miljoen)

Jaar	Inkomsten			Totaal	Uitgaven Totaal
	Verplichte bijdragen	Vrijwillige bijdragen			
		Geormerkt	Niet-geormerkt		
2014-2015	929	3.445	508	4.882	5.055
2016-2017	929	3.617	512	5.058	4.545
2018-2019	957	4.069	1042	6.068	2.949*

*Uitgaven in 2018

Nederland is een belangrijke donor voor de WHO omdat we een vrijwillige bijdrage geven, bovenop de jaarlijkse verplichte contributie die we als lid betalen. In de afgelopen drie jaar zijn we wel op de ranglijst gezakt, omdat andere donoren meer zijn gaan bijdragen. In de onderstaande ranking worden alleen andere lidstaten meegenomen, terwijl bijvoorbeeld de *Bill and Melinda Gates Foundation* jaarlijks tussen de US\$ 270 en 280 miljoen aan geormerkte bijdrage doet. Zij zijn daarmee feitelijk de tweede donor van de WHO.

Overzicht bijdragen en ranking grootste donoren

Jaar	Bijdrage	Ranking/donor	Bedrag US\$ mln
2016	Core-bijdrage	1. Verenigde Staten	114
		2. Japan	50
		12. Nederland	14
	Non-core-bijdragen	1. Verenigde Staten	324
		2. Verenigd Koninkrijk	116
		9. Nederland	18
	Totaal bijdrage	1. Verenigde Staten	438
		2. Verenigd Koninkrijk	158
		10. Nederland	32
2017	Core-bijdrage	1. Verenigde Staten	114
		2. Japan	45
		13. Nederland	13
	Non-core-bijdragen	1. Verenigde Staten	401
		2. Verenigd Koninkrijk	146
		11. Nederland	14
	Totaal bijdrage	1. Verenigde Staten	515
		2. Verenigd Koninkrijk	185
		12. Nederland	27
2018	Core-bijdrage	1. Verenigde Staten	117
		2. Verenigd Koninkrijk	53
		15. Nederland	12
	Non-core-bijdragen	1. Verenigde Staten	281
		2. Verenigd Koninkrijk	173
		12. Nederland	19
	Totaal bijdrage	1. Verenigde Staten	398
		2. Verenigd Koninkrijk	226
		14. Nederland	31

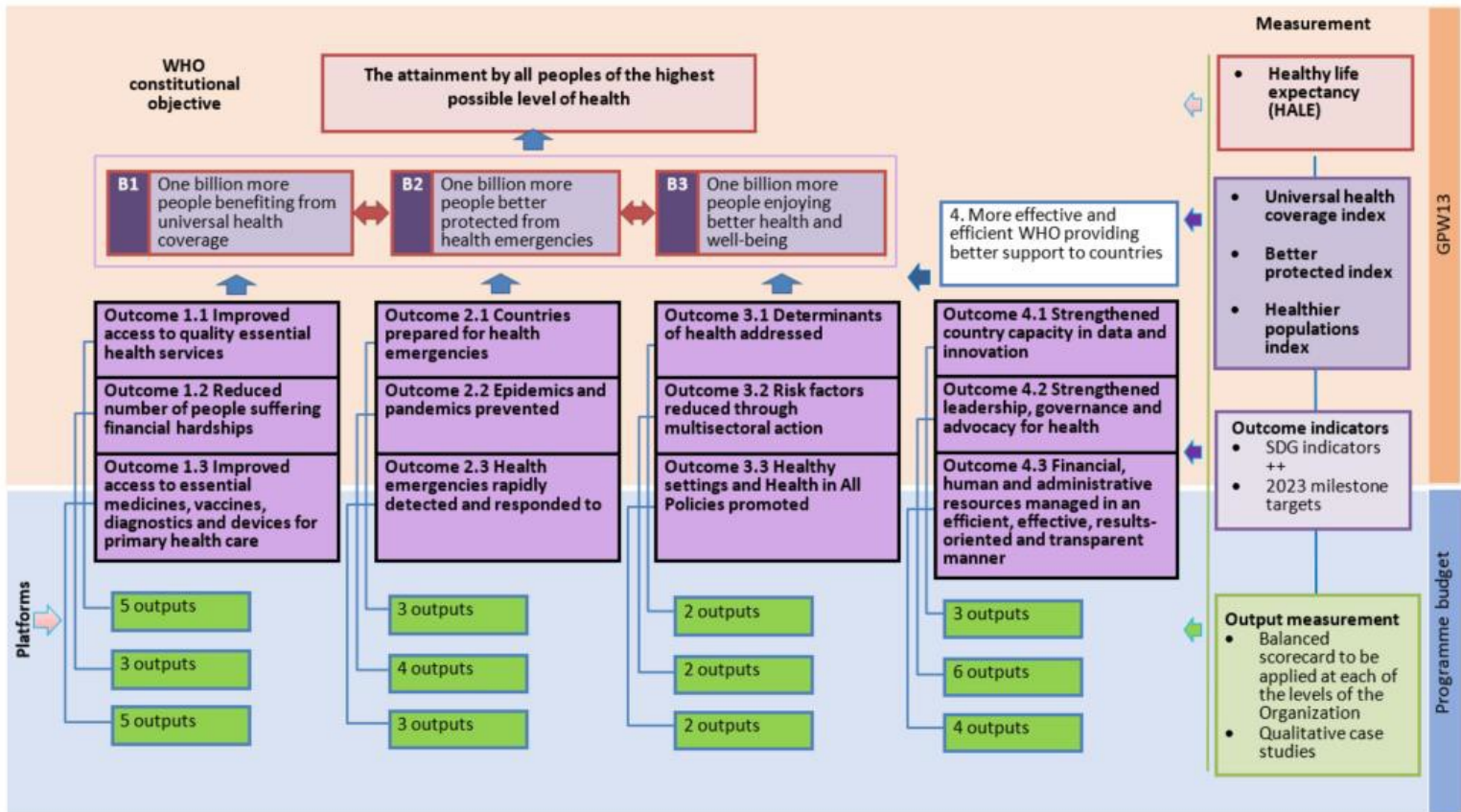
4 Institutionele aspecten en functioneren van de organisatie

4.1 Strategie en verantwoording

Binnen het brede gezondheidsmandaat van WHO heeft de organisatie prioriteiten gesteld, vastgelegd in het 13^e algemene werkplan 2019-2023 (GPW13). Het beschrijft drie hoofddoelen, die geënt zijn op de doelstellingen in SDG3:

- Bereiken van Universele Gezondheidszorg: 1 miljard meer mensen profiteren van algemeen toegankelijke gezondheidszorg.
- Aanpak van gezondheidsnoodsituaties: 1 miljard meer zijn beschermd in gezondheidsnoodsituaties.
- Promoten van gezondere bevolkingsgroepen: 1 miljard meer mensen hebben een betere gezondheid en welzijn.

De programmering is met deze doelen dus gericht op het bereiken van impact. De uitdaging hiervan is de toerekening van de behaalde resultaten. De organisatie is niet alléén verantwoordelijk en is altijd afhankelijk van anderen en omgevingsfactoren voor het behalen van resultaten op impact niveau. Impact kan dus alleen bereikt worden in partnerschappen en door effectieve samenwerking. Om het functioneren van de WHO goed te kunnen volgen en op haar effectiviteit en efficiëntie te kunnen beoordelen, zijn resultaten op output- en outcomeniveau daarom scherp beschreven in de tweejaarlijkse begroting. De resultaten die daarbij horen, worden gevat in een raamwerk. (p. 14) Deze aanpak van het resultaatgericht begroten is vernieuwend binnen het VN-systeem, dat als geheel meer resultaatgericht wil gaan werken. Om de resultaten op outcomeniveau te kunnen meten, moeten kwalitatief goede data beschikbaar zijn. Dit is in veel landen nog beperkt het geval. Over twee jaar zal een onafhankelijke evaluatie de functionaliteit van het resultatenraamwerk beoordelen. De lidstaten zijn meegegaan in dit nieuwe beleid, vanwege de potentie van de innovatieve stap om tot een beter geïntegreerde aanpak te komen en met het oog op de verschuiving van aandacht van de omvang van financiering naar de resultaten die met die middelen bereikt worden. De landenkantoren stemmen hun werk zoveel mogelijk af op wat de landen aangeven nodig te hebben en zorgt ervoor dat de *Country Cooperation Strategy* in lijn is met het United Nations Sustainable Development Cooperation Framework (UNSDCF; voorheen United Nations Development Assistance Framework (UNDAF)). De WHO draagt zelf actief bij aan het vormgeven van het gezondheidsbeleid van UNSDCF. Vanwege deze focus op landenniveau moeten de landenkantoren worden versterkt. De lidstaten hebben aangegeven dat de organisatie daarbij een balans moet zien te vinden met primaire mandaat als normstellende organisatie.



Figuur 1 General Programme of Work Results Framework and Measurement System

Onderdeel	Score
Kernmandaat / Prioriteiten / Mission Creep	4
Beleidsstrategie	4
Theory of Change	4
Aansluiting Nationaal beleid / Armoedestrategie	4
Verantwoording	3
Aanspreekbaarheid voor overige belanghebbenden	3
TOTAAL	4

Verandering sinds 2017: neutraal = →

4.2 Resultaatgerichtheid en transparantie

De MOPAN-rapportage van mei 2019 is heel positief over de ontwikkeling die de WHO heeft doorgemaakt sinds de vorige MOPAN evaluatie in 2013, vooral ten aanzien van *results-based management* en het versterken van de evaluatiefunctie. Het lerend vermogen van de WHO is toegenomen en het noodhulpprogramma is goed opgezet. Verder heeft de WHO laten zien dat het een transformatieproces in gang kan zetten, terwijl de hoofdtaken nog steeds worden uitgevoerd. MOPAN geeft wel aan dat de uitvoering niet overal even consistent is vanwege wisselende personeelscapaciteit en -kwaliteit door de organisatie heen, vooral op landen- en regiokantoren.

Budgettering

Het nieuwe raamwerk voor het biënnium 2020-2021 is nog in ontwikkeling, maar de WHO stelt dat ze zo nog specifiekere outputs kunnen aangeven hoe outputs leiden tot outcomes. Hierbij wordt aangesloten op de indicatoren voor de Duurzame Ontwikkelingsdoelen (SDGs). De WHO heeft zich in 2016 gecommitteerd aan *International Aid Transparency Initiative* (IATI) en is begonnen met publicatie van hun open data met behulp van de IATI standaard.

Voor 2019 werkt de WHO nog met het resultatenraamwerk van de begroting 2018-2019. In de mid-term review en de *Programme Budget Performance Assessment* is uiteengezet in hoeverre de geplande resultaten zijn behaald. Ook op de [webportal](#) van de WHO wordt uiteengezet in hoeverre de gestelde doelen zijn behaald. Op de site communiceert de WHO over het systeem van *results-based budgetting* dat is ingevoerd. Er wordt uiteengezet hoe groot het budget van de verscheidene programma's en onderwerpen is, in hoeverre de programma's worden uitgevoerd en de doelen die met het programma worden nagestreefd ook daadwerkelijk worden behaald. Ook voor het nieuwe Noodhulp Programma heeft de WHO een specifiek resultatenraamwerk ontwikkeld. De WHO is dus zeer transparant over de te behalen en de behaalde resultaten, maar is niet expliciet over de uitdagingen en belemmeringen die het behalen van doelen in de weg staan. Lidstaten hebben bij Secretariaat aangedrongen om ook daar open over te communiceren, zodat de WHO aantoonbaar ook op resultaatgebied een lerende organisatie te zijn die adequaat aan- en bijstuurt. Zo kunnen lidstaten beter richting geven aan hun bijdrage aan de WHO en zo veel mogelijk ongeoormerkt steunen.

Onderdeel	Score
RBM en RBB	3
Inzichtelijk maken resultaten	4
Inzichtelijk maken allocatie van middelen (o.a. IATI)	4
Communicatie over resultaten	3
TOTAAL	4

Verandering sinds 2017: neutraal = →

4.3 Partnerschappen en samenwerking

De WHO is actief binnen vele partnerschappen en samenwerkingsverbanden op zowel strategisch als op landenniveau met andere multilaterale organisaties, private partijen en ngo's. Bijvoorbeeld met UNFPA, UNICEF, UN Women, FAO en de Wereldbank op onder andere het gebied SRGR, op gebied van voedselzekerheid en -

veiligheid in onder andere de *Health Nutrition Partner* (HNP) groep en op het gebied van water en sanitatie met onder andere UNICEF. Daarnaast is samenwerking met bijvoorbeeld OCHA, UNDP en UNEP en verschillende publiek-private partnerschappen (Bill & Melinda Gates Foundation, GAVI en GFATM) en met vele NGO's. Met de Wereldbank coördineert de WHO het International Health Partnership. Voor WHE werkt de WHO met het Inter-Agency Standing Committee. De WHO is ook een van de 11 cosponsors van UNAIDS.

In samenwerking met Ghana, Noorwegen en Duitsland is er in 2018 eveneens het *Global Action Plan for Healthy Lives and Wellbeing* opgestart, waarin de WHO de inzet op gezondheidsvraagstukken van 11 organisaties coördineert (Gavi, GFF, GFATM, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF, Unitaïd, UN Women, World Bank Group, WFP). De WHO moet hierbij ook de manier van werken binnen de mondiale gezondheidsarchitectuur agenderen. Met de huidige 'verticale' structuur (per ziekte) bereiken we niet alle hulpbehoevenden, met name de mensen in fragiele omstandigheden. Dit komt doordat een basale gezondheidszorgstructuur ontbreekt of niet kan functioneren. De WHO moet daarom het gesprek aangaan met het GFATM en GAVI over de manier waarop hun organisatie nu is ingericht, zodat zij ook gaan bijdragen aan het duurzaam versterken van gezondheidssystemen. Ook de rol van UNAIDS in de toekomst moet worden geagendeerd.

Wel oordeelt MOPAN dat de WHO de samenwerking met externe partijen fundamenteel moet verbeteren, met name als het gaat om fondsenwerving en financiële samenwerking met de private sector. De WHO werkt op terreinen waar grote economische belangen bestaan, zoals de medicijnontwikkeling en -productie en de negatieve effecten van (over)consumptie van tabak, voedsel en alcohol. Tegelijkertijd is de private sector in een aantal gevallen een belangrijke partner om de doelstellingen te behalen.

De organisatie is beducht op belangenverstrengeling en heeft regels opgesteld om oneigenlijke beïnvloeding tegen te gaan, het *Framework of Engagement with Non-State Actors* (FENSA). Hierin zijn de spelregels voor samenwerking met partners vastgelegd. Partnerschappen worden ook geregistreerd en gevolgd. De uitgebreide vereisten van FENSA kan de interactie met niet-statelijke actoren echter juist vertragen. NL heeft deze zorg ook uitgesproken bij de ontwikkeling van FENSA en volgt de implementatie op de voet.

De kritische evaluatie over de rol van de WHO tijdens de Ebola-uitbraak in West-Afrika (2014) heeft geleid tot een groot hervormingsprogramma voor de noodhulpactiviteiten van WHO. De uitbraken van Zika (2015-2016) en gele koorts (2017) hebben laten zien dat het nieuwe noodhulpprogramma een goede stap vooruit is. Samenwerking met (humanitaire) partners verloopt nu beter. Tijdens noodhulp operaties is de WHO het hoofd van het *Global Health Cluster*.

Een goed voorbeeld van WHO's '*convening power*' is de samenwerking tussen WHO, ngo's, bedrijven en academische instituten voor het binnen een jaar ontwikkelen en testen en distribueren van een effectief Ebola vaccin. In de eerste helft van 2019 zijn er positieve stappen gezet richting een meer conflict-sensitieve bestrijding, heldere coördinatiestructuur en betere financiële verantwoording.

De WHO werkt nauw samen met nationale overheden (voornamelijk ministeries van Gezondheid). Dit kan in sommige landen de onafhankelijkheid van de WHO inperken. De werkverdeling met andere (VN) organisaties is in de meeste landen goed. WHO heeft een zuivere rol gericht op het ondersteunen van partners op

technische vlakken. Vanwege de nieuwe landenfocus van WHO waarschuwen lidstaten wel voor *mission creep*.

In april 2019 is de WHO een Partnership Forum gestart waar verschillende stakeholders bij elkaar komen om het werk van de WHO te analyseren en nieuwe kansen te ontdekken. Dit initiatief zal worden herhaald en moet in de toekomst een scherpere afbakening krijgen om een effectiever instrument te worden.

Onderdeel	Score
Partnerschappen met andere organisaties	4
Visie en rol partnerschappen	3
Aansluiting partnerschappen met andere actoren	4
Samenwerking en coördinatie overige actoren	3
TOTAAL	4

Verandering sinds 2017: neutraal = →

4.4 Operationeel management

Met een hoofdkantoor in Genève, zes regionale kantoren met eigen bestuursraden en 149 landenkantoren is de WHO een gedecentraliseerde organisatie. In het nieuwe werkprogramma is het van nog groter belang om de verschillende niveaus op elkaar af te stemmen. De regiokantoren zullen hun rol anders moeten gaan invullen. De *Transformation Agenda* van de WHO moet deze afstemming realiseren. Sinds de Ebola uitbraak in 2014 en de oprichting van het noodhulpprogramma is er een VN breed mandaat gekomen voor een coördinerende rol van WHO in noodsituaties van medische aard. Volgens de *Independent Oversight and Advisory Committee* (IOAC) gaat het de goede kant op met de financiering en implementatie van het noodhulpprogramma. De centrale aansturing is steviger en incidenten worden sneller geverifieerd en gecommuniceerd, waardoor de respons beter is. Op landenniveau is de *emergency response* van de WHO ook sterker geworden door verbeterde zichtbaarheid, adviserende rol richting betrokken overheden en coördinatie. De WHO heeft *standard operating procedures* (SOPs) geïntroduceerd voor administratieve taken, maar die moeten nog beter bekend worden gesteld en doorgevoerd. Verder moet HR-beleid voor noodhulp beter worden ontwikkeld omdat er nog groot tekort is aan personeel in crises. De WHO wil daarom gaan werken met flexibel inzetbare teams om piekbelasting op te vangen.

De WHO-landenkantoren zullen worden versterkt en daarmee moet de koppeling tussen het hoofdkantoor en landenniveau worden verbeterd. Het rapport van de externe auditor geeft aan dat er op regionaal- en landenniveau verbeteringen worden doorgevoerd in de risicoregistratie en beoordeling. Incidentele gevallen van corruptie en integriteitschendingen en de daartegen genomen maatregelen worden opgenomen in de rapporten van de interne en de externe auditor. Deze documentatie is openbaar.

In 2018 gaf de IOAC al aan dat investering nodig is voor accountability en risicomanagement in risicogebieden. Een jaar later blijkt dat er inderdaad zorgen zijn over de fysieke en digitale veiligheid (emailservers etc.) van de WHO medewerkers in dit soort landen. Lidstaten hebben aangedrongen bij het Secretariaat hier sterk op te intensiveren.

In het verleden waren er zorgen over late rapportages over projecten en opvolging van afspraken in contracten. De WHO heeft dit probleem stevig aangepakt en op hoofdkantoonniveau vrijwel verholpen. Bij landenkantoren is een sterke verbetering geconstateerd, maar lidstaten blijven hier aandacht voor vragen.

De aanbevelingen voortgekomen uit de verschillende evaluaties staan nadrukkelijk op het netvlies van de beheersorganen en het Secretariaat heeft hierop concrete verbeteracties geformuleerd.

Onderdeel	Score
Delegatie van bevoegdheden	3
Projectbeheer en financieel beheer	3
Verantwoordelijkheden en bevoegdheden decentrale kantoren	2
Gebruik van lokale partners en systemen	3
TOTAAL	3

Verandering sinds 2017: positief = ↑

4.5 **Beleidsvaluatie**

De WHO is lid van de *United Nations Evaluations Group* (UNEG) en de Joint Inspection Unit en neemt deel aan de Uitvoerende Groep en de verschillende taakgroepen hiervan. De organisatie heeft een eigen evaluatiebureau dat bij de EB in januari en bij de WHA verslag doet van hun werk. Verder worden er jaarlijks door de interne en externe auditor aan de lidstaten gerapporteerd, waar het secretariaat ook op reflecteert en opvolging aan geeft.

In 2018 is het evaluatiebeleid geactualiseerd om de evaluatiefunctie en de leercultuur te verbeteren. Hierin is vastgelegd dat er evaluaties worden gedaan met betrekking tot het budget, de programma's, de verschillende thema's en per landen. In het jaarrapport van de evaluatie-unit (mei 2019) is geanalyseerd in hoeverre de aanbevelingen van recente evaluaties zijn geïmplementeerd. MOPAN oordeelt hierover dat hoewel de kwaliteit van de evaluaties goed is, de evaluaties nog niet zo bekend zijn onder de staf. Dit komt implementatie en het lerend vermogen niet ten goede. Het is ook niet helemaal duidelijk of en hoe evaluatierapporten worden meegenomen bij de ontwikkeling van nieuwe beleidsrapporten. De evaluatie unit zal de implementatie van aanbevelingen van komende evaluaties monitoren en hierover rapporteren aan de EB in het jaarrapport. De rapporten van de evaluaties zijn te raadplegen op de website.

Onderdeel	Score
Helder vastgelegd evaluatiebeleid	4
Inrichting evaluatiefunctie	3
Onafhankelijkheid evaluatie-eenheid	4
Reikwijdte en relevantie evaluaties	4
Follow up aanbevelingen evaluaties	3
TOTAAL	4

Verandering sinds 2017: positief = ↑

4.6 **Human Resource Management**

De WHO heeft overwegend hoogopgeleid personeel met voornamelijk medische professionals en artsen. Het *Performance Management and Development* systeem

zorgt voor het vastleggen van het functioneren van WHO-medewerkers. Dit is in 2019 geactualiseerd, zodat medewerkers eens per maand een korte reflectie krijgen op hun functioneren en helderder targets.

Er heeft een verschuiving plaatsgevonden in de WHO als het gaat om het type contract (vaste aanstelling, tijdelijke aanstelling en externe inhuur). In 2015 bestond ongeveer 40% van het personeelsbestand uit mensen die geen vast dienstverband hadden met WHO. Dit brengt risico's met zich mee, onder andere als het gaat om het verkrijgen van intellectueel eigendom, maar ook voor verzekeringen en veiligheid van personeel. Verder bevordert dit niet de continuïteit van de activiteiten van de WHO. Inmiddels is het aantal tijdelijke contractanten in het personeelsbestand daarom teruggebracht naar 12,5 %. Verder is een systeem ingevoerd van certificering van consultants door de HR afdeling, om kwaliteit, betrouwbaarheid en integriteit te bevorderen.

De WHO heeft een nieuwe visie ontwikkeld op mobiliteitsbeleid. Het houdt in dat elke stafmedewerker na een bepaalde tijd in een functie zal moeten verplaatsen (inclusief centraal/decentraal). Een strategie om ook mobiliteit tussen andere VN-organisaties te stimuleren is nog niet uitgewerkt. De nieuwe regeling heeft veel onrust veroorzaakt onder de staf. Juist vanwege de specialistische aard van onderzoek dat op hoofdkantoor wordt gedaan, ligt verplichte mobiliteit wat Nederland betreft niet voor de hand.

Naast het mobiliteitsbeleid, stelt de WHO zichzelf tot doel om de genderbalans, de geografische verdeling en de diversiteit van het personeel binnen de organisatie te verbeteren. Dit was een specifieke belofte van Dr. Tedros in zijn verkiezingscampagne. Op topniveau heeft hij dit waargemaakt met een senior managementteam dat uit evenveel vrouwen als mannen bestaat en minimaal 3 personen uit iedere regio bevat. Het senior management team is in omvang echter wel verdrievoudigd ten opzichte van voorgaande jaren. Lidstaten hebben gevraagd om de verantwoordelijkheden van al deze managers te publiceren om deze uitbreiding en verschuiving te kunnen wegen.

Binnen de hele organisatie is een stijgende lijn te ontdekken in de genderbalans. In 2018 was 45,4% van de beleidsstaf vrouw. Qua regionale spreiding wordt nog 33% van de lidstaten van de WHO onder-gerepresenteerd, met name de ontwikkelingslanden. Dit is een groot punt van zorg en kritiek van de EB. Het GPW13 heeft als diversiteitsdoelstelling dat minstens een derde van de directeurs op het hoofdkantoor uit niet-westerse landen moet komen. In april 2019 is een speciale werkgroep gestart om diversiteitsbeleid verder te ontwikkelen.

Onderdeel	Score
Mobiliteit	2
Kwaliteit	4
Diversiteit	3
Genderbalans	4
TOTAAL	3

Verandering sinds 2017: negatief = ↓

4.7 Financiële stabiliteit

De algehele financiële positie van de WHO is goed. De totale inkomsten voor het biënnium 2018-2019 zijn 5.2 miljard USD. De totale uitgaven in 2018 waren 3.1 miljard USD. Hiermee eindigde de WHO het jaar 2018 met een positieve vermogenspositie en een adequate liquiditeitspositie om het grootste deel van de werkzaamheden voor 2019 te financieren. Hierbij plaatst de organisatie wel altijd de kanttekening, dat door oormerken niet alle programma's even goed gedekt worden.

De WHO stelt dat de nieuw te integreren budgetstructuur voor het biënnium 2020-2021 een verbeterde bijdrage van vrijwillige contributies zal opleveren. De samenstelling van de inkomsten blijft een punt van zorg, hoewel iets verbeterd ten opzichte van de vorige scorekaart. De organisatie is voor 62% van de (vrijwillige) bijdragen afhankelijk van 10 donoren, tegen 71% twee jaar geleden. Dit komt door succesvolle acquisitie waar een aantal staten vrijwillige bijdragen aan WHO zijn gestart of hebben verhoogd.

De begroting voor het huidige biënnium is dan ook meer dan gedekt in absolute zin. Toch hebben door de hoge mate van oormerking niet alle budgetplaatsen voldoende financiering, terwijl bij andere sprake is van overfinanciering. De WHO kan door de oormerking maar zeer beperkt schuiven binnen de begroting om dit op te lossen, zelfs in noodsituaties. Daarnaast betalen veel donoren hun vrijwillige bijdragen pas laat in het jaar. Hierdoor loopt de implementatie van delen van het programma achter.

De interne en externe auditors adviseren WHO om acquisitieactiviteiten te intensiveren en te professionaliseren, zodat donoren minder geormerkt en eventueel een hoger bedrag bijdragen. *Resource mobilization* is een apart onderdeel van de WHO *Transformation Agenda* en zal hier ook een strategie voor ontwikkelen. Bij geormerkte middelen hoort een rapportageverplichting, wat een hoop tijd en geld kost. Het harmoniseren van rapportages tussen donoren zal de druk op de organisatie verlichten. Lidstaten vragen WHO om duidelijker aan te geven waar over- of onderfinanciering dreigt en daar eerder een dialoog over te faciliteren tussen donoren. Ook zou duidelijker naar voren mogen komen in rapportages waar uitdagingen liggen, in plaats van enkel wat bereikt is.

De nieuwe DG heeft het voornemen weer een *Financing Dialogue* te starten, met name tussen donoren voor hetzelfde onderwerp. De organisatie vertrouwt erop dat ze door de nieuwe manier van begroten en dialoog voeren eerder duidelijkheid kunnen verschaffen in de middelenverdeling en strategischer middelen kunnen aantrekken.

De WHO loopt voorop in de mate van transparantie ten aanzien van de financiële situatie. De organisatie heeft een [webportal](#) opgezet waar resultaten en andere programmatische, budgettaire en financiële informatie per kwartaal tot op detailniveau beschikbaar is, waaronder ook over- en onderfinanciering op programmadelen. Hier zal ook het resultatenraamwerk worden opgenomen, zodat per output en outcome-indicator het werk van WHO inzichtelijk is. De externe auditor geeft in haar rapport aan over het algemeen tevreden te zijn met het niveau van financieel management door de WHO. Er is wel ruimte voor verbetering op de opvolging van achterlopende rapportages en betalingen en zo nodig te escaleren naar senior management. De interne auditor geeft aan inmiddels voldoende middelen en capaciteit te hebben om zijn/haar functie uit te kunnen voeren. Bij de landenkantoren bleken een aantal ondermaats te scoren. Hierbij spelen de hoge omloopsnelheid van staf, de focus op een ziekte of onderwerp in plaats van gericht te zijn op het gezondheidssysteem in bredere zin en de beperkte financiële middelen van de WHO voor bedrijfsvoering een rol. De auditors geven aan dat investering nodig is voor verantwoording en risicomanagement in risicogebieden. Doorgaans is het secretariaat zorgvuldig in het reageren op aanbevelingen en rapporteren ze hierover. De auditors constateren ook een stijging in de implementatie van de aanbevelingen.

Onderdeel	Score
Verhouding goedgekeurde begroting / ontvangen bijdragen	3
Liquiditeitspositie en/of solvabiliteitspositie	3
Interne auditfunctie	4
Kwaliteit rapportages	4
Samenhang tussen inhoudelijke en financiële rapportages	3
TOTAAL	3

Verandering sinds 2017: positief = ↑

4.8 Efficiëntie

De WHO is voornamelijk afhankelijk van vrijwillige, geormerkte bijdragen voor specifieke programma's. Om algemene administratieve en managementkosten van die programma's te dekken heeft de WHO een *Special Account for Servicing Costs Fund* opgericht. Uit dit fonds worden bepaalde administratieve diensten van de WHO betaald die niet uit de verplichte bijdragen kunnen worden betaald.

De grootste uitgavenpost van de WHO is personeel, met hoogopgeleide medewerkers en externe contractanten. WHO volgt het algemene VN-beleid wat betreft salarissen en secundaire arbeidsvoorwaarden. Dit wordt in de vijfde commissie vastgesteld. Zoals eerder gezegd is de vergroting van het topmanagementteam wel een lastenverzwaring, ook al verzekert de WHO dat dit niet voelbaar zou moeten zijn en ten goede komt aan efficiëntie. In het nieuwe biënnium wordt namelijk nog steeds een kostenbesparing verwacht van USD 99 miljoen, met name vanwege slimmere inkoop en betere reisplanning. Ook de regels omtrent dienstreizen zijn aangescherpt.

Onderdeel	Score
Verhouding programma-uitgaven/overhead	3
Kosteneffectiviteit programma's	3
Versobering salarissen en secundaire arbeidsvoorwaarden	4
TOTAAL	3

Verandering sinds 2017: positief = ↑

4.9 Integriteit en grensoverschrijdend gedrag

De WHO beschikt over goed uitgewerkt beleid en richtlijnen op het gebied van corruptiebestrijding. Het beleid t.o.v. klokkenluiders geldt expliciet ook voor stagiairs en ingehuurde consultants. Er zijn richtlijnen voor interne controle en er bestaat een risicomangement beleidskader.

De WHO heeft verschillende procedures om *Sexual Exploitation and Abuse* en grensoverschrijdend gedrag (SEA-H) te voorkomen en aan te pakken. Toch zijn door het verschijnen van het *Independent Expert Panel Report* over UNAIDS zorgen ontstaan of deze toereikend zijn. De WHO faciliteert namelijk het klachten- en onderzoeksmechanisme voor UNAIDS, dat nodig is om integriteitsschendingen aan te pakken. De WHO erkent dat het nodig is om sneller te reageren en oog houden voor de vraag van slachtoffers binnen en buiten de organisatie. Hoewel de *ethics* functie is verbeterd, zijn er zorgen ten aanzien van de capaciteit en middelen. Vanwege de grotere aandacht voor SEA-H constateren de auditorsdiensten een toename in meldingen. Dit is een positief teken. De WHO heeft een extern bureau

ingehuurd om de achterstanden weg te werken. Dit zal ook training verschaffen voor het onderzoeksteam en zal aanblijven tot structurele oplossing voor de beperkte onderzoekscapaciteit is gevonden.

Op aandringen van Nederland gaat de WHO nu ook een volledige review uitvoeren van het integriteitssysteem over de breedte van grensoverschrijdend gedrag (zoals bijvoorbeeld ook machtsmisbruik en intimidatie). Dit onderwerp zal jaarlijks terugkeren in de bestuursorganen, zodat lidstaten beter zicht hebben op het functioneren van de organisatie en de dialoog beter gevoerd kan worden.

Onderdeel	Score
Maatregelen rechtmatigheidsrisico's	3
Maatregelen doelmatigheidsrisico's	3
Beleid op grensoverschrijdend gedrag	3
Transparantie integriteitsschendingen	4
TOTAAL	3

Verandering sinds 2017: negatief = ↓

*Grensoverschrijdend gedrag is een nieuwe categorie in deze beoordeling.

5 Relevantie van de organisatie

5.1 Relevantie voor Nederlandse BHOS-prioriteiten

1. Gendergelijkheid, empowerment van vrouwen en meisjes

Seksuele en Reproductieve Gezondheid en Rechten (SRGR), incl. HIV/Aids Relevant. De WHO is van groot belang voor het ontwikkelen van normen, standaarden en protocollen voor SRGR. Recente voorbeelden hiervan zijn technische en beleidsrichtlijnen voor veilige abortus; globale strategie op gebied van seksueel overdraagbare aandoeningen; de mondiale strategie voor gezondheid van vrouwen, kinderen en adolescenten, *Minimum Initial Service Package for Sexual and Reproductive Health in Emergencies* en *Guidelines for Community Health Workers* en hun rol op SRGR. De WHO werkt ook aan richtlijnen en het geven van meer aandacht aan SRGR in humanitaire crises. De ruimte voor WHO om hier aan te werken begint te krimpen onder druk van conservatieve landen. WHO heeft de afgelopen jaren verder veel werk verzet op het gebied van gezondheid en adolescentie, waarbinnen SRGR een belangrijk element is. De WHO speelt een centrale rol in het werk rondom het versterken van gezondheidssystemen en coördineren van inzet van de internationale gemeenschap op gezondheid - beide belangrijke randvoorwaarden voor te behalen resultaten op SRGR. Ook huisvest de WHO enkele SRGR onderzoeksprogramma's en partnerschappen, waaronder *Human Reproduction Programme (HRP)* en *Partnership for Maternal, Newborn and Child Health (PMNCH)* die beide door Nederland gesteund en gewaardeerd worden.

2. Investeren in stabiliteit en armoedebestrijding

2.2 Voedselzekerheid, landbouwontwikkeling en water

Voedselveiligheid en gezonde voeding

Relevant. Het promoten van goede voeding en internationale voedselstandaarden is vastgelegd in de constitutie van de WHO. Samen met de FAO werkt de WHO aan standaarden en richtlijnen in de Codex Alimentarius die moeten zorgen voor gelijk internationaal speelveld bij de handel in voedsel en aan voedselstandaarden om de voedselkwaliteit en voedselveiligheid te vergroten. Met de Codex Alimentarius draagt de WHO bij aan verhoogde voedselveiligheid op mondiaal niveau. Het werk van de WHO op dit gebied bestaat o.a. uit het geven van adviezen en beoordelingen aan lidstaten over nieuwe technologieën, maar ook beoordelingen en financiering van nationale activiteiten en initiatieven.

Water

Relevant. De WHO wordt door Nederland ondersteund bij een samenwerkingsprogramma met UNICEF op het gebied van water en sanitatie (*Joint Monitoring Programme*) en is betrokken bij het *Global Annual Assessment of Sanitation and Drinking-Water initiative (GLAAS)*. Concrete output van de WHO zijn de *WHO Guidelines for Drinking-water Quality*. Verder pleit de WHO er o.a. voor (vooral op regionaal niveau) dat lidstaten *Water Safety* plannen implementeren, onderdeel van deze campagne zijn case studies die de WHO maakt in landen waar *Water Safety* plannen worden geïmplementeerd.

2.4 Opvang en bescherming in de regio, en migratiesamenwerking; en

2.5 Noodhulp en humanitaire diplomatie

Humanitaire hulp

Relevant. De Ebola uitbraak in West-Afrika heeft duidelijk gemaakt dat de rol van de WHO in gezondheids crises relevant is. Op basis van verschillende onafhankelijke evaluaties en de Ebola Resolutie van januari 2015 heeft de organisatie grote hervormingen doorgevoerd. De nieuwe uitbraak van Ebola in de Democratische Republiek Congo (DRC) werd in eerste instantie goed en gedegen opgepakt, maar naarmate de tijd vordert, ervaart de WHO toch ook weer beperkingen. De moeilijke situatie ter plaatse vanwege de burgeroorlog en het wantrouwen van de bevolking naar de VN en de overheidsinstanties vraagt een bredere respons waarin de samenwerking met de lokale bevolking en niet-gouvernementele organisaties cruciaal is. Onveiligheid en geweld richting hulpverleners hinderen een effectieve bestrijding. WHO is niet eerder met een dergelijk groot programma actief geweest in een gebied waar een actief gewapend conflict plaatsvindt.

De WHO is binnen de VN-noodhulp response de *Global Health Cluster Lead* en speelt een essentiële rol bij het coördineren van humanitaire hulp. Momenteel heeft de WHO zeer relevante taken bij voortdurende humanitaire crises (Syrië, Irak, Nigeria, Jemen, Zuid Soedan). Met het nieuwe noodhulpprogramma is de WHO meer ingebed in de humanitaire infrastructuur. De WHO heeft zich sterk ontwikkeld in het voorkomen van escalatie van uitbraken, maar in complexe situaties blijkt het moeilijk alle risico's te mitigeren. Een complicerende factor blijft dat het World Health Emergencies programma nog lang niet volledig gefinancierd is wat het voor de WHO lastig maakt om aan de hoge verwachtingen te voldoen.

3. Duurzame en inclusieve groei wereldwijd

3.1 Internationale klimaatactie

Klimaat

Beperkt relevant. De invloed van milieuproblemen op de menselijke gezondheid is een thema waarmee de WHO zich al jaren bezighoudt. De afgelopen jaren komt het thema klimaatverandering/milieuproblemen in relatie tot de humane gezondheid alleen maar prominenter op de agenda van de WHO (denk bijvoorbeeld aan ziektevectoren als muggen die zich als gevolg van klimaatverandering naar steeds meer delen van de aarde verspreiden). Door aandacht te vragen voor de impact op de menselijke gezondheid en deze verder in kaart te brengen draagt de WHO bij aan het verbreden van draagvlak voor milieumaatregelen. De WHO was onder andere actief betrokken bij de klimaatconferentie in Parijs in december 2015.

	Rollen van de organisatie*		
	Uitvoerend	Coördinerend	Normatief
Gendergelijkheid			4
Voedselzekerheid			4
Water			4
Opvang in de regio	3	3	
Noodhulp	3	3	
Humanitaire Diplomatie	2	2	
Klimaat			3
Mobilisatie Private sector	2	3	3

Beoordeling: Onvoldoende = 1, Matig = 2, Voldoende = 3, Goed = 4

5.2 Overige relevantie

Wereldwijde volksgezondheid

De WHO is relevant voor het Nederlandse volksgezondheidsbeleid. Directe impact op de Nederlandse wet- en regelgeving is beperkt omdat de WHO beperkt van de bevoegdheid gebruik maakt om juridisch bindende instrumenten tot stand te brengen. Wel geïmplementeerd zijn: De *International Health Regulations* in de Wet publieke gezondheid; de *Framework Convention on Tobacco Control* in de Tabaks- en rookwarenwet.

De activiteiten van het WHO Secretariaat leiden vooral tot allerhande niet-bindende documenten die ook, zij het minder direct, doorwerken in de Nederlandse beleidsvorming. Het betreft hier zowel allerlei technische standaarden, als ook beleidsdocumenten die niet juridisch bindend zijn, maar waaraan landen zich wel, door er tijdens de *World Health Assembly* mee in te stemmen, in politiek opzicht committeren. Een voorbeeld is het *Global action plan on antimicrobial resistance* dat de WHA in mei 2015 vaststelde.

De WHO is een van de organisaties die de Codex Alimentarius beheert. Hierin worden ook *Sanitary and Phytosanitary measures* vastgelegd. Als belangrijk import- en exportland van voedingsmiddelen is dit van groot belang voor NL, omdat hiermee kwaliteits- en voedselveiligheidsafspraken worden vastgelegd. Deze afspraken kunnen gebruikt worden om handelsmaatregelen te treffen zoals (tijdelijke) importverboden.

Het bestrijden en voorkomen van Antimicrobiële Resistentie (AMR) is een prioriteit van het Nederlandse volksgezondheidsbeleid, zowel nationaal als internationaal. Hetzelfde geldt voor onderwerpen als dementie en toegang tot (betaalbare) geneesmiddelen. Hier geldt dat nationale en internationale beleidsvorming in elkaar grijpen en elkaar versterken. Vanwege haar *convening power* en vermogen om inhoudelijke deskundigheid wereldwijd te mobiliseren functioneert de WHO als dé mondiale autoriteit op het terrein van gezondheid en gezondheidsbeleid. Het is hierbij nog wel mogelijk om onderscheid te maken tussen gezondheidsproblemen die wereldwijd voorkomen, zoals dementie en aan roken gerelateerde ziekten, en volksgezondheidsproblemen die waarlijk grensoverschrijdend zijn, zoals infectieziekten en AMR. In het eerste geval is het denkbaar dat individuele landen een probleem zoals dementie strikt nationaal aanpakken; wat de WHO hier toevoegt is het bundelen en waarderen van inhoudelijke kennis omtrent de problematiek zelf en van goede praktijkvoorbeelden. Voor daadwerkelijk grensoverschrijdende problemen zoals antimicrobiële resistentie, infectieziekten en roken (tabaksproducten) geldt daarenboven dat landen deze niet effectief kunnen aanpakken zonder een internationaal gecoördineerde strategie.

<i>Vul hieronder zelf punten van overige relevantie in</i>	Uitvoerend	Coördinerend	Normatief
Wereldwijde volksgezondheid (ebola/zikavirus)	3	3	4
Global Goods agenda			4

Beoordeling: Onvoldoende = 1, Matig = 2, Voldoende = 3, Goed = 4