



Scorecard World Health Organization

Datum	15 augustus 2017
SCORECARD	World Health Organization (WHO)
Opgesteld door	Directie Multilaterale Instellingen en Mensenrechten
Redacteuren:	Tamar Versloot & Audrey Hobbelen Afgestemd met PVGEV, DMM/CU, DSO, VWS/IZ

Inhoudsopgave

	Inhoudsopgave	2
1	Samenvatting	3
1.1	Institutionele aspecten en functioneren	3
1.2	Beleidsrelevantie	3
2	Inleiding	5
3	Algemene achtergrond	6
3.1	Doelstelling en toegevoegde waarde	6
3.2	Organisatie, werkwijze en activiteiten	6
3.3	Nederlandse rol en invloed.....	7
3.4	Financiële omvang en bijdragen	7
4	Institutionele aspecten en functioneren van de organisatie	10
4.1	Strategie en verantwoording	10
4.2	Resultaatgerichtheid en transparantie	11
4.3	Partnerschappen en samenwerking	11
4.4	Operationeel management.....	12
4.5	Beleidsevaluatie	13
4.6	Human Resource Management	14
4.7	Financiële stabiliteit	15
4.8	Kostenreductie	15
4.9	Corruptiebestrijding	16
5	Relevantie van de organisatie	18
5.1	Relevantie voor Nederlandse BHOS-prioriteiten	18
5.2	Overige relevantie	20

1 Samenvatting

1.1 Institutionele aspecten en functioneren

Het mandaat van de WHO bestrijkt een breed terrein en is voor Nederland zowel nationaal als internationaal relevant. Door het relatief hoge percentage *non-core* vrijwillige bijdragen heeft de organisatie weinig autonomie om de meest relevante gezondheidsprioriteiten aan te pakken. Het grote aandeel *non-core* vrijwillige bijdragen brengt ook risico's met zich mee voor de financiële stabiliteit. De WHO heeft een goed human resources beleid, waarbij aandacht is voor een gelijke vertegenwoordiging op basis van regionale verdeling alsook op het gebied van gender. Verder heeft de WHO in de afgelopen jaren door grondig te hervormen de evaluatiefunctie sterk verbeterd en ook stevig ingezet op het inzichtelijker maken van de resultaten en de wijze van financieren. Een punt dat nog verbetering behoeft is de delegatie van bevoegdheden en verantwoordelijkheden naar regionale- en landenkantoren. Enkele van deze kantoren presteren onder de maat.

Institutionele aspecten en functioneren	Score	Verandering
Strategie en verantwoording	4	→
Resultaatgerichtheid en transparantie	4	↑
Partnerschappen en samenwerking	4	↑
Operationeel management	2	↑
Beleidsevaluatie	3	↑
Human Resource Management	4	↑
Financiële stabiliteit	3	↑
Kostenreductie	3	↑
Corruptiebestrijding	4	→

Beoordeling: Onvoldoende = 1, Matig = 2, Voldoende = 3, Goed = 4
 Verandering sinds 2015: positief = ↑, neutraal = →, negatief = ↓

1.2 Beleidsrelevantie

De WHO is relevant op het gebied van voedselzekerheid, water, SRGR, gendergelijkheid, humanitaire hulp en inclusieve ontwikkeling. Op al deze onderwerpen heeft de WHO op het gezondheidsaspect een normerende rol. Voor humanitaire hulp heeft de WHO ook een duidelijke coördinerende rol. De WHO wordt gezien als gezaghebbend op deze gebieden en scoort binnen haar mandaat dan ook goed op de BHOS-prioriteiten. Daarnaast is de WHO belangrijk voor Nederland vanwege de regelgeving op het gebied van volksgezondheid die Nederland heeft geratificeerd en geïmplementeerd, maar ook de niet-bindende normerende stukken die de WHO uitgeeft. Op een aantal gebieden is de WHO voor prioritaire thema's van het Nederlands volksgezondheidsbeleid zeer relevant.

	Uitvoerend	Coördinerend	Normatief
Relevantie voor de Nederlandse BHOS-prioriteiten			
Voedselzekerheid			4
Water			4
SRGR		4	4
Gendergelijkheid			4
Humanitaire hulp	2	3	4
Overige relevantie			
Wereldwijde volksgezondheid (ebola/zikavirus)			4

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

2 Inleiding

Scorecards 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 scorecards op te stellen voor de VN Fondsen en Programma's, de Internationale Financiële Instellingen (IFI's), de voor het Nederlands beleid voor Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking (BHOS) 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 BHOS-beleid de bredere betekenis van multilaterale instellingen voor andere aspecten van Nederlands beleid wordt waar relevant meegenomen.

Elke scorecard 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 scorecard 2015. 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 scorecards 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 scorecard verwerkt. De scorecards worden iedere twee jaar geactualiseerd.

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 is dé mondiale normerende gezondheidsorganisatie. Het normerende werk van de WHO bestrijkt een breed terrein van het bestrijden van infectieziekten tot chronische ziekten en van drinkwaterkwaliteit tot crisisbeheersing bij grensoverschrijdende gezondheids crises. Het mandaat van de WHO is vastgelegd in artikel 1 van de constitutie: *'het bereiken van het hoogst mogelijke niveau van gezondheid voor alle mensen'*. Hierbij is voor een brede, niet alleen medische definitie van gezondheid gekozen, waardoor niet alleen naar de afwezigheid van ziekten wordt gekeken maar ook naar de complete fysieke, mentale en sociale staat van de mens. Het mandaat is gericht op het vaststellen van normen en standaarden, het monitoren van de wereldwijde gezondheidssituatie, het adviseren en assisteren van de lidstaten betreffende gezondheidsbeleid (inclusief zorg), vormgeven van de mondiale onderzoekagenda en het coördineren van humanitaire hulp op het gebied van gezondheid. Daarbij zet de WHO zich in voor het integreren van de gezondheid gerelateerde *Sustainable Development Goals (SDG's)*² in nationale plannen, het versnellen van de implementatie daarvan en het geven van ondersteuning bij het maken van beleid hierop indien daarom wordt gevraagd door de landen. De WHO is nauw betrokken bij de uitvoering van de SDG-agenda (doel 3 van Agenda 2030 betreft Gezondheid en Welzijn) en is samen met UNFPA trekker voor de *High Level Political Forum* input van het VN-systeem over SDG 3.

3.2 Organisatie, werkwijze en activiteiten

De WHO is coördinerend en normatief. De VN-organisatie heeft 194 lidstaten en twee geassocieerde leden (Puerto Rico en Tokelau). De lidstaten vormen gezamenlijk het hoogste besluitvormende orgaan van de organisatie, de *World Health Assembly (WHA)*. De WHA komt eenmaal per jaar bijeen. Naast de lidstaten zijn er zeven observatoren, waaronder het Vaticaan, de Palestijnse Autoriteit en Taiwan. 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. Elk jaar wordt een derde van de leden van de Raad vervangen. 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.

Vanaf juli 2017 wordt de WHO geleid door Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus. Hij is recent door de World Health Assembly gekozen en volgt Dr. Margaret Chan uit China op die 10 jaar Directeur Generaal (DG) van de organisatie is geweest. Naast de DG bestaat het senior management uit een *Deputy DG* en zeven assistent-DG's. Daarnaast is er in 2016 een Uitvoerend Directeur aangesteld voor het nieuwe *Health Emergencies Programme*. De organisatie heeft 7.632 medewerkers in dienst, bestaande uit artsen, epidemiologen, wetenschappers, managers, andere professionals en administratieve medewerkers. De WHO beschikt over een hoofdkantoor in Genève, zes regionale kantoren en 147 landenkantoren. Het hoofdkantoor vervult de functie van een intergouvernementeel forum en monitort de

² In mei 2016 nam de Health Assembly resolutie WHA69.11 aan over 'Gezondheid in Agenda 2030 voor Duurzame Ontwikkeling'.

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: zij assisteren nationale overheden bij de vertaling van mondiale normen en beleidsadviezen naar de specifieke omstandigheden in die landen. Het Europese regiokantoor is in Kopenhagen gevestigd.

De WHO onderschrijft de VN-hervormingen zoals *Quadrennial Comprehensive Policy Review* (QCPR) en heeft zich verbonden aan *Delivering as One*. In 2010 is onder DG Chan een grootschalig hervormingsproces ingezet. De hervormingen richten zich op de bestuursstructuur, de programmatische prioriteitstelling en het management van de organisatie inclusief hervorming van de financieringsstructuur. Veel hervormingen zijn in de afgelopen jaren in gang gezet, maar de uitwerking en voortgang bevinden zich in verschillende fases. Het blijkt in de praktijk moeilijk om de horizontale VN-hervormingen op landenniveau en de interne verticale reorganisatie van WHO parallel te laten lopen.

Tijdens de uitbraak van Ebola in West-Afrika heeft de organisatie niet voldoende adequaat en gecoördineerd gereageerd. Dit bevestigde de noodzaak tot hervorming, zodat de WHO in het vervolg effectiever kan reageren op complexe noodsituaties. Belangrijkste wapenfeit op dit moment is het nieuwe Noodhulpprogramma (*WHO Health Emergencies Programme*). Daarnaast zijn er goede vorderingen gemaakt bij de programmatische en bestuurlijke hervormingen. Het zal belangrijk zijn voor de nieuwe DG Tedros om hiermee door te gaan.

3.3 **Nederlandse rol en invloed**

Nederland is, zoals alle lidstaten van de WHO, vertegenwoordigd in de WHA. Bij het deelnemen aan de WHA en aan de Uitvoerende Raad wordt samengewerkt met de Nederlandse Permanente Vertegenwoordiging in Genève. Momenteel is Nederland lid van de Uitvoerende Raad van de WHO (2016 tot 2019). Nederland streeft ernaar om zoveel als mogelijk gezamenlijk op te trekken met andere landen. Dit gebeurt vooral binnen het kader van de Europese Unie. Onder leiding van de EU-delegatie in Genève slagen de lidstaten van de EU er vaak in om op een aantal agendapunten tot gezamenlijke standpunten te komen. Op sommige specifieke gezondheidsthema's speelt Nederland een belangrijke rol: vrouwen en gezondheid, Seksueel en Reproductieve Gezondheid en Rechten (SRGR), preventie van ziekte uitbraken, dementie, toegang tot geneesmiddelen en tegengaan van antimicrobiële resistentie. Nederland heeft sinds een aantal jaren partnerschapsprogramma's met de WHO. Het huidige programma loopt van 2014 tot en met 2017. 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). Met 42 Nederlanders werkzaam bij de WHO op het niveau van professional (31) en senior management (11) is Nederland goed vertegenwoordigd bij de WHO.

3.4 **Financiële omvang en bijdragen**

Op basis van het algemene werkplan stelt de WHO eens per twee jaar een programmabudget op. Het totale budget bedraagt 4,385 miljard US dollar. WHO's inkomsten komen uit verplichte bijdragen (21% = USD 929 miljoen) van de lidstaten en vrijwillige bijdragen (79% = USD 3,456 miljard) van de lidstaten, andere VN-organisaties (onder andere UNDP), multilaterale fondsen (bijvoorbeeld GAVI) en filantropische organisaties (zoals de *Bill and Melinda Gates Foundation and Rotary*). Dit betekent dat een groot deel van de in het programmabudget

goedgekeurde uitgaven afhangen van vrijwillige bijdragen. De vaste bijdragen contributies worden vooral gebruikt ter dekking van de vaste (personeels)kosten en om de programma's een startbudget te geven. De grote afhankelijkheid van vrijwillige *non-core* bijdragen wordt al geruime tijd gezien als een van de problemen voor het optimaal functioneren van de WHO. Volgens de PBAC was er in 2016 sprake van een discrepantie tussen beschikbare fondsen en de uitvoering vanwege een te groot deel aan *non-core* vrijwillige bijdragen. Dit probleem nam toe in 2016: er was een daling aan *core* vrijwillige bijdragen, waardoor circa 80% van de bijdragen *non-core* is en circa 20% *core*. Dit zorgt ervoor dat de WHO in geval van een noodsituatie niet kan schuiven binnen de begroting om tijdig te interveniëren. De Director General heeft in 2016 voorgesteld om de verplichte contributies van lidstaten te verhogen met 10%. Hiermee zou het percentage van het budget dat betaald wordt uit de verplichte bijdragen verhoogd worden naar 30%. De onderhandelingen hierover zijn tijdens de World Health Assembly in mei 2017 gevoerd en de lidstaten hebben uiteindelijk besloten tot een verhoging van 3%. Dit geeft de WHO 28 miljoen extra aan *core* bijdragen.

Financieel Overzicht (bedragen in USD miljoen)

Jaar	Inkomsten			Totaal	Uitgaven Totaal
	Verplichte bijdragen	Vrijwillige bijdragen			
		Non-core	Core ³		
2012-2013	948	3.501	250	4.699	3.959
2014-2015	929	3.445	508	4.882	5.055
2016-2017*	929	3.159	129	4.834	4.545

* Inkomsten en uitgaven over biënnium 2016-2017 zijn de voorspelde bedragen.

Overzicht bijdragen en ranking grootste donoren (bedragen in USD miljoen)

Jaar	Bijdrage	Ranking/donor	Bedrag
			Voor 2 jaren
2014-2015	Core-bijdrage	1. Verenigde Staten	231
		2. Japan	101
		15. Nederland	15
	Non-core-bijdragen	1. Verenigde Staten	606
		2. Verenigd Koninkrijk	351
		9. Nederland	43
	Totaal bijdrage	1. Verenigde Staten	837
2. Verenigd Koninkrijk		399	
10. Nederland		58	
			Voor 1 jaar
2016	Core-bijdrage	1. Verenigde Staten	114
		2. Japan	50
		15. Nederland	8
	Non-core-bijdragen	1. Verenigde Staten	324
		2. Verenigd Koninkrijk	134
		9. Nederland	23
Totaal bijdrage	1. Verenigde Staten	438	

³ Onder *core* bijdrage wordt verstaan: de verplichte en vrijwillige, ongeoormerkte bijdrage aan de organisatie.

		2. Verenigd Koninkrijk	158
		10. Nederland	31

4 Institutionele aspecten en functioneren van de organisatie

4.1 Strategie en verantwoording

Binnen het brede gezondheidsmandaat van WHO is het belangrijk dat er duidelijke prioriteiten worden gesteld. Het 12^e algemene werkplan 2014-2019 beschrijft de strategische visie van de organisatie. De WHO heeft zes 'leiderschapsprioriteiten' gekozen, wat inhoudt dat WHO een leidende rol speelt op:

- het bevorderen van (toegankelijke en betaalbare) gezondheidszorg voor iedereen;
- het behalen van de gezondheid-gerelateerde Millenniumdoelen (nu: SDG's);
- het bestrijden van niet-besmettelijke ziekten;
- het uitvoeren van de *International Health Regulations*;
- het vergroten van toegang tot betaalbare geneesmiddelen;
- het werken aan de sociaaleconomische determinanten van (on)gezondheid.

De coördinerende rol van de WHO in internationaal gezondheidsbeleid en een effectief bestuur door lidstaten zelf zijn hierbij belangrijke aandachtspunten. In het werkplan 2014-2019 is een resultatenraamwerk opgesteld en wordt de onderliggende *Theory of Change* (ToC) uitgelegd. In de ToC van de WHO wordt niet alleen gefocust op de directe resultaten, maar ook op het normatieve karakter van de WHO en op de bijdrage die de WHO levert om landen in staat te stellen zelf resultaten te boeken in de toekomst. Een groot deel van de middelen gaat naar werk in lagere inkomenslanden en lagere middeninkomenslanden.

De WHO wordt geacht een goede verantwoording af te leggen aan het beheersorgaan. Dit doet de WHO onder andere door bepaalde stukken al voorafgaand aan de *Executive Board* voor te leggen aan het PBAC van de *Executive Board*. De WHO heeft de afgelopen periode goede stappen gezet om de benodigde informatie transparant en helder te communiceren via een nieuwe webportal⁴. Ook is er in 2016 wederom een *Financing Dialogue* georganiseerd om tijdig inzichtelijk te krijgen of financiële vraag en aanbod op elkaar aansluiten. Naast lidstaten kunnen hieraan ook niet-statelijke donoren deelnemen, waardoor ook aan hen verantwoording wordt afgelegd. De WHO heeft regels opgesteld om oneigenlijke beïnvloeding tegen te gaan. Verschillende VN organisaties hebben deze werkwijze overgenomen.

De WHO werkt zoveel mogelijk in lijn met wat de landen waarin zij werken aangeven nodig te hebben en zorgt ervoor dat haar *Country Cooperation Strategy* in lijn is met het United Nations Development Assistance Framework (UNDAF). De WHO draagt zelf actief bij aan het vormgeven van het gezondheidsbeleid van UNDAF.

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 2015: neutraal = ➔

⁴ <http://extranet.who.int/programmebudget>

4.2 Resultaatgerichtheid en transparantie

In het 12^e algemene werkplan 2014-2019 committeert de WHO zich aan het verbeteren van *results-based planning* en *performance measurement*. Tijdens de hervormingen is op dit gebied al veel werk verricht. De basis hiervan is het resultatenraamwerk waarin duidelijk staat uitgelegd voor welke resultaten de WHO verantwoordelijk is en hoe het behalen daarvan wordt gemeten. In de mid-term review en de *Programme Budget Performance Assessment* wordt uiteengezet in hoeverre de geplande resultaten zijn behaald. Ook op de website 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 is, in hoeverre de programma's worden uitgevoerd en de doelen die met het programma worden nagestreefd. Ook voor het nieuwe Noodhulp Programma heeft de WHO een specifiek resultaten raamwerk ontwikkeld.

De WHO wijst middelen toe aan de beleidsprioriteiten. In de voorbereiding werkt de WHO *bottom up* (via landenkantoren en regiokantoren). Dit levert in de praktijk een matching probleem op, omdat lidstaten voorkeur geven aan financiering van andere prioriteiten dan de prioriteiten die in de landen spelen. Bijvoorbeeld: het bestrijden van niet-overdraagbare ziekten staan altijd boven aan de lijst van prioriteiten, maar het is moeilijk hier financiering voor te vinden. Daarnaast zorgen *non-core* fondsen en opgelegde prioriteiten⁵ van publieke en private donoren ervoor dat de organisatie geen brede financiële basis heeft om autonoom te kunnen opereren. De WHO heeft zich in 2016 gecommitteerd aan IATI.

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 2015: positief = ↑

4.3 Partnerschappen en samenwerking

De WHO is actief binnen vele partnerschappen en samenwerkingsverbanden op zowel strategisch als op landenniveau. Bijvoorbeeld met UNFPA, UNICEF, UN Women, FAO en de Wereldbank op onder andere het gebied van seksuele reproductieve gezondheid en rechten (SRGR)⁶, 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 Wereld Bank coördineert de WHO het International Health Partnership. De WHO is ook een van de 11 cosponsors van UNAIDS.

Gezien de vele interacties maar ook uiteen lopende belangen heeft de WHA na een moeizaam onderhandelingsproces tussen lidstaten in mei 2016 het *Framework of Engagement with Non-State Actors* (FENSA) aangenomen. Hiermee zijn de regels

⁵ Bijvoorbeeld het initiatief om polio op korte termijn uit te roeien.

⁶ Bijvoorbeeld via H4+, het *Human Reproduction Program* (HRP) en *Partnership for Maternal Newborn Child Health* (PMNCH).

over samenwerking helder geworden om zinvolle interactie met relevante niet-statelijke actoren te stimuleren. Anderzijds tracht het FENSA ook te voorkomen dat (bepaalde vormen van) interactie met niet-statelijke actoren de WHO compromitteert. De evaluatie in 2018 moet helder maken of het FENSA niet te restrictief is geworden.

Tijdens de Ebola uitbraak heeft de WHO te laat internationaal alarm geslagen. Recente uitbraken van Zika (2015-2016) en Gele Koorts (2017) hebben laten zien dat het nieuwe noodhulpprogramma een goede stap is geweest. 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, testen en distribueren van een effectief Ebola vaccin.

De ervaringen van Nederlandse ambassades is dat de WHO over het algemeen als leider in de gezondheidssector goed en nauw samenwerkt met nationale overheden (voornamelijk ministeries van Gezondheid) maar gezien de voorwaarde om met nationale overheden te werken kan dit in sommige landen de onafhankelijkheid van de WHO inperken. De WHO overstijgt nog onvoldoende het sectorniveau om technische assistentie te verlenen op het niveau van algemene nationale ontwikkelingsdoelen en daarbij samen te werken met andere ministeries zoals planning, financiën en dergelijke. De werkverdeling met andere organisaties is in de meeste landen goed. WHO heeft een zuivere rol gericht op het ondersteunen van partners op technische vlakken, aangezien de WHO vaak niet als donor fungeert.

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

Verandering sinds 2015: positief = ↑

4.4

Operationeel management

Met een hoofdkantoor in Genève, zes regionale kantoren en meer dan 150 landenkantoren is de WHO een gedecentraliseerde organisatie. Het hervormingsproces had ten doel om de rollen en functies op landen-, regio- en mondiaal niveau te verduidelijken. Desondanks bleek bij de Ebola uitbraak dat de organisatie in dit soort situaties nog een aantal uitdagingen kent. De DG had bijvoorbeeld moeite om de regionale kantoren bij te sturen. Dit beeld wordt bevestigd in een evaluatie van de Nederlandse IOB. Sinds de Ebola uitbraak en de oprichting van het noodhulpprogramma is er mandaat gekomen voor een coördinerende rol in noodsituaties. Het moet nog blijken wat de invloed zal zijn van deze verandering op de slagkracht van de WHO op de langere termijn al is bij Zika en Gele Koorts uitbraken gebleken dat de nieuwe werkwijze beter uitpakt. Na de Ebola-uitbraak heeft DG Chan de zogenaamde *Global Policy Group* ingesteld. In deze groep zitten de DG en alle regionale directeuren en het heeft als doel samenhang en afstemming van beleid te bevorderen. Nederland steunt deze ontwikkeling en pleit om duidelijke afspraken met regionale directeuren te maken door zogenaamde "accountability compacts".

Recentelijk heeft de WHO het functioneren op landenniveau laten evalueren. Hieruit kwam onder meer naar voren dat de rol van WHO op landenniveau beter gedefinieerd moet worden in lijn met lokale context en WHO's globale strategie om duidelijk van toegevoegde waarde te zijn. Daarnaast bleek dat het aantonen van resultaten en de monitoring en evaluatie op landenniveau beter kan. Ook moet WHO investeren in leiderschaps capaciteiten van lokale staf.

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

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

Verandering sinds 2015: positief = ↑

4.5

Beleidsevaluatie

De WHO is lid van de *United Nations Evaluations Group* (UNEG) en neemt deel aan de Uitvoerende Groep en de verschillende taakgroepen. Het evaluatiebeleid van de WHO is gebaseerd op de principes van UNEG. Tijdens het hervormingsproces van de WHO zijn het verbeteren van de evaluatiefunctie en het creëren van een lerende organisatie als belangrijke stappen geïdentificeerd. In 2014 is de evaluatiefunctie omgevormd tot een aparte, onafhankelijke, eenheid om de onafhankelijkheid van de evaluaties te waarborgen. In 2015 is een raamwerk ontwikkeld om de evaluatiefunctie en de leercultuur te verbeteren. In het jaarrapport van de evaluatie unit (mei 2016) is in het kader van het streven naar een lerende organisatie geanalyseerd in hoeverre de aanbevelingen van 13 recente evaluaties zijn geïmplementeerd. De evaluatie unit zal ook de implementatie van aanbevelingen van komende evaluaties monitoren en hierover rapporteren aan de *Executive Board* in het jaarrapport. Vooral nog zijn niet alle evaluaties publiekelijk toegankelijk. WHO heeft aangegeven op korte termijn alle evaluaties op de website te plaatsen.

De WHO beschikt over een evaluatiebeleid waarin is vastgelegd dat er evaluaties worden gedaan met betrekking tot het budget, de programma's, de verschillende thema's en per landen. Het evaluatiebeleid wordt verder uitgewerkt in een handboek over de praktijk van evaluaties en tweejaarlijkse werkplannen.

In het werkplan 2016-2017 staan 11 centrale en 13 decentrale evaluaties gepland. Daar vallen de evaluaties van het beleid van de WHO in zijn geheel onder, maar ook het functioneren van programma's en van de landenkantoren en regionale kantoren. Daarnaast worden er gezamenlijke evaluaties uitgevoerd met partners.

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

Verandering sinds 2015: positief = ↑

4.6 Human Resource Management

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 directe werknemer van de WHO zijn. Volgens de externe auditor brengt dit risico's met zich mee, onder andere als het gaat om het verkrijgen van intellectueel eigendom, maar ook voor verzekeringen en veiligheid van personeel.

In januari 2016 startte de WHO met het nieuwe mobiliteitsbeleid. Dit zal voor alle werknemers verplicht ingaan op 1 januari 2019. Tot die tijd mag er op vrijwillige basis gebruik van worden gemaakt. Het beleid houdt in dat elke stafmedewerker na een bepaalde tijd in een functie zal moeten verplaatsen. Een strategie om ook mobiliteit tussen andere organisaties te stimuleren is nog niet uitgewerkt. Op basis van aanbevelingen van de externe auditor stelt WHO zichzelf nu doelen om de genderbalans, de geografische verdeling en de diversiteit binnen de organisatie te verbeteren. In de categorieën professional en hoger was op 31 december 2015 41,8% van de stafmedewerkers met een langdurig contract vrouw. De WHO stelt zich ten doel om aan het einde van 2017 een ratio van 55% man en 45% vrouw te hebben. UN Women prijst de WHO om het beleid van het stellen van doelen voor het aannemen van vrouwen door individuele leidinggevenden in een recent rapport. Qua regionale spreiding wordt nog 33% van de lidstaten van de WHO ondergerepresenteerd. De WHO stelt zichzelf ten doel om eind 2017 dit terug te hebben gebracht tot 28%.

Het personeel is hoogopgeleid. Er werken veel professionals, vooral artsen. In 2014 is een nieuw organisatorisch raamwerk geïntroduceerd om zorg te dragen voor het bijleren en het zich blijven ontwikkelen van medewerkers als onderdeel van de loopbaanontwikkeling. Een herzien *Performance Management and Development* systeem, dat zorgt voor het vastleggen van het functioneren van WHO-medewerkers, is in 2015 ingevoerd. De vernieuwing heeft ervoor gezorgd dat er een betere link is tussen de beoordeling en mogelijke consequenties. De interne auditor geeft echter wel aan dat er nog onvoldoende systematische beoordeling van de prestaties van de medewerkers en consultants plaatsvindt.

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

Verandering sinds 2015: positief = ↑

4.7 Financiële stabiliteit

De algehele financiële positie van de WHO is kwetsbaar. De organisatie is voor 71% van de bijdragen afhankelijk van 10 donoren. Het grote percentage *non-core* bijdragen zorgen er voor dat de WHO in geval van een noodsituatie niet kan schuiven binnen de begroting om tijdig te interveniëren. Daarnaast betalen veel donoren hun vrijwillige bijdragen pas laat in het jaar. Dit schept onzekerheid voor WHO's liquiditeitspositie. Verder wordt door het *Independent Expert Oversight Advisory Committee* (IEOAC) gesignaleerd dat de ziektekosten voor pensioengerechtigde werknemers sterk stijgen, wat een bedreiging vormt in de toekomst voor de financiële positie van het ziektekostenplan van de WHO.

Wegens succes op het gebied van uitroeien van polio zal het het *Polio Eradication Programme* aflopen in 2019-2020. Dit zal financiële, organisatorische en personele risico's met zich meebrengen want in 2016 waren de inkomsten voor het polio programma goed voor 27% van het budget. Ook is een deel van het personeel in vaste dienst. *Polio Transition Planning* rapport beschrijft de risico's en is tijdens de World Health Assembly in mei 2017 voorgelegd aan de lidstaten. Besloten is dat het Secretariaat een verder uitgewerkt plan aan de World Health Assembly van mei 2018 zal voorleggen via de Uitvoerende Raad van januari 2018.

Om inzicht te geven in de financiële situatie van de WHO is een webportal opgezet voor donoren met open toegang tot resultaten en andere programmatische, budgettaire en financiële informatie. In 2014-2015 werd verder voor het eerst een gecombineerd rapport uitgebracht met daarin de financiële verantwoording over 2015 en het jaarverslag die werden vergeleken met het programma budget van 2014-2015.

Er waren zorgen over het gebrek aan personele capaciteit bij de interne auditor. In 2015 zijn daarom vijf extra medewerkers aangenomen en zijn niet opgevulde vacatures opengesteld. De interne auditor geeft aan over voldoende financiering te beschikken om haar werk te kunnen doen. Ook het IEOAC functioneert goed en brengt jaarlijks een rapport uit die tijdens de PBAC wordt besproken. De externe auditor geeft in haar rapport aanbevelingen om de efficiëntie en effectiviteit van het management te verbeteren, om de *accountability* en transparantie te vergroten en om het financieel management en de *governance* van de WHO te versterken.

Onderdeel	Score
Verhouding goedgekeurde begroting / ontvangen bijdragen	3
Liquiditeitspositie en/of solvabiliteitspositie	2
Interne auditfunctie	3
Kwaliteit rapportages	4
Samenhang tussen inhoudelijke en financiële rapportages	3
TOTAAL	3

Verandering sinds 2015: positief = ↑

4.8 Kostenreductie

De WHO is voornamelijk afhankelijk van vrijwillige bijdragen *non-core* voor specifieke programma's. Om algemene administratieve en management kosten 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. Grootste inkomstenbron van dit fonds

zijn de inkomsten uit het vaste percentage aan *programme support costs* van 7% die de WHO rekent. De WHO is zich ervan bewust dat hierdoor subsidiëring van algemene kosten van *non-core* programma's ten laste van de *core* vrijwillige bijdragen voorkomt.

De grootste uitgavenpost van de WHO is personeel. WHO volgt het algemene VN-beleid wat betreft salarissen en secundaire arbeidsvoorwaarden. Dit wordt in de vijfde commissie vastgesteld. Daarnaast maakt de WHO ook veel gebruik van externe consultants. Om kostenefficiënter te werken heeft de WHO het percentage van het totale budget dat wordt uitgegeven aan personeel verlaagd van 47% in 2012 naar 41% in 2014.

Ook heeft de WHO in april 2015 een *Procurement Strategy* opgesteld, waarin een strategisch speerpunt het verbeteren van kostenefficiëntie is. In het document worden een aantal concrete maatregelen genoemd die worden geïmplementeerd: o.a. standaardisering van producten en meer samenwerking met andere VN organisaties om samen in te kopen. Ook voor het budget 2018-2019 wordt alvast nagedacht over het verbeteren van de kostenefficiëntie. In een concept document over het leveren van resultaten in het biënnium 2018-2019 kondigt de WHO een uitgebreid *value-for-money* plan aan dat aan de beheersorganen zal worden voorgelegd. De WHO neemt dus voldoende maatregelen om zo kostenefficiënt mogelijk te werken. Verbeterpunt op dit gebied is de controle op de implementatie van deze maatregelen op regionaal en nationaal niveau.

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

Verandering sinds 2015: positief = ↑

4.9

Corruptiebestrijding

De *Office of Compliance, Risk Management and Ethics* is sinds 2014 operationeel en in lijn met *Joint Inspection Unit* (JIU) aanbevelingen. De WHO kent een *Research Ethics Review Committee* die voldoet aan de internationale standaarden.

De WHO beschikt over goed uitgewerkt beleid en richtlijnen op het gebied van corruptiebestrijding. Zo is er beleid betreffende fraude en een verantwoordingskader./ Het beleid t.o.v. klokkenluiders is in 2015 hervormd, dit beleid geldt expliciet ook voor stagiairs en ingehuurde consultants. Ook is er een update geweest van het kader voor de interne controle en bestaat er een risico management beleidskader.

De WHO heeft voor het jaar 2017 een document openbaar gemaakt waarin de belangrijkste risico's voor de organisatie op het gebied van o.a. financiën, de programma's, de selectie van een nieuwe DG, fraude en corruptie en *cyber security* zijn opgenomen. De IEOAC vond het niveau van detail in de risico analyse, identificatie, evaluatie, impact, kosten en ontwikkeling van risicobeperkingsplannen op programmaniveau indrukwekkend.

Het rapport van de externe auditor van 2015 geeft aan dat de risico's die worden geregistreerd beter aangepakt kunnen worden. Verder kunnen er op regionaal- en landenniveau nog verbeteringen worden doorgevoerd in de risicoregistratie en

beoordeling. Dat is vooral belangrijk omdat op programmaniveau de risico's nog onvoldoende worden geadresseerd omdat ze niet allen worden geïdentificeerd. Incidentele gevallen van corruptie en integriteitsschendingen en de daartegen genomen maatregelen worden opgenomen in de rapporten van de interne en de externe auditor. Deze documentatie is openbaar. Om ook op individueel medewerker niveau corruptie tegen te gaan heeft de WHO beleid over het aangeven van mogelijk conflicterende belangen van medewerkers. De JIU stelt echter dat dit programma alleen geldt voor het senior management, maar ook zou moeten gelden voor andere risicovolle functies.

Onderdeel	Score
Maatregelen rechtmatigheidsrisico's	3
Maatregelen doelmatigheidsrisico's	3
Anti-corruptiebeleid	4
Transparantie integriteitsschendingen	4
TOTAAL	4

Verandering sinds 2015: neutraal = →

5 Relevantie van de organisatie

Dit hoofdstuk behandelt de relevantie van de organisatie voor de Nederlandse BHOS-prioriteiten. Hierbij wordt een driedeling gemaakt: een organisatie is relevant voor een BHOS-thema indien van direct belang voor een beleidsonderwerp, een organisatie is beperkt relevant als hij deels of indirect van belang is voor het beleidsonderwerp of een organisatie is niet relevant als hij niet van belang is voor het beleidsonderwerp. Ten aanzien van het thema gender geldt dat een organisatie ook als relevant is aangemerkt wanneer het gender in substantiële mate toepast als dwarsdoorsnijdend thema. Het presteren van de organisatie op de relevante thema's wordt vervolgens gescoord op uitvoerende, normerende of coördinerende activiteiten op dat thema.

5.1 Relevantie voor Nederlandse BHOS-prioriteiten

Voedselzekerheid

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 (Codex Alimentarius) voor eerlijke handel in voedsel en aan voedselstandaarden om de voedselkwaliteit en voedselveiligheid te vergroten. Met de Codex Alimentarius draagt de WHO bij aan verhoogde voedselzekerheid en -veiligheid op mondiaal niveau. Daarnaast krijgen ontwikkelings- en overgangslanden een verbeterde toegang tot de internationale voedselmarkt. Het werk van de WHO op dit gebied bestaat o.a. uit gegeven adviezen en beoordelingen aan lidstaten over nieuwe technologieën, maar ook beoordelingen en financiering van nationale activiteiten en initiatieven op dit gebied.

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). De WHO is minder relevant met betrekking tot waterbeheer. 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.

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; actieplan tegen geweld tegen vrouwen; globale strategie op gebied van seksueel overdraagbare aandoeningen; de mondiale strategie voor vrouwen, kinderen en adolescenten gezondheid en richtlijnen rondom preventie van Zika. De WHO werkt ook aan richtlijnen en het geven van meer aandacht aan SRGR in humanitaire crises.

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.

Gendergelijkheid

Relevant. Gender is zowel in het kader van het speerpunt SRGR als in het bredere kader van vrouwenrechten en empowerment van vrouwen en meisjes relevant voor de WHO. Het houdt direct verband met het mandaat van de WHO zoals vastgelegd in artikel 1 van de constitutie. Meer specifiek speelt de WHO een rol in de preventie en aanpak van de gezondheidsaspecten van seksueel en huiselijk geweld tegen vrouwen. Dit geldt ook voor traditionele praktijken die schadelijk zijn voor de gezondheid van vrouwen, zoals vrouwenbesnijdenis en kind huwelijken. Op institutioneel vlak streeft de WHO naar het integreren van gender, gelijkheid en mensenrechten in al haar activiteiten, dit doet de WHO o.a. door het programma *Gender, Equity and Rights (GER)*, waarvoor de WHO een *Roadmap 2014-2019* ontwikkeld heeft. Één van de onderdelen hiervan is dat de WHO ook de lidstaten, op hun verzoek, ondersteunt bij het integreren van in nationale gezondheidsplannen. Daarnaast heeft de WHO voor haar eigen staf een handboek ontwikkeld over hoe GER-aspecten geïntegreerd kunnen worden in alle adviezen en standaarden van de organisatie op alle gezondheidsterreinen (anders gezegd, mainstreaming GER in beleid). De WHO heeft samen met OHCHR een *Health and Human Rights Working Group* opgericht die men inzet op het gebied van gezondheid en mensenrechten voor vrouwen, kinderen en adolescenten.

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 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)⁷. Met het nieuwe noodhulpprogramma is de WHO meer ingebed in de humanitaire infrastructuur. Gezien alle recente ontwikkelingen is het op dit moment nog te vroeg om te bepalen hoe succesvol het nieuwe noodhulpprogramma is. Een complicerende factor is dat het programma nog lang niet volledig gefinancierd is wat het voor de WHO lastig maakt om aan de hoge verwachtingen te voldoen.

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.

⁷ Zie voor een overzicht: <http://www.who.int/features/qa/health-emergencies-programme/en/>

Relevantie voor Nederlandse BHOS-prioriteiten			
	Uitvoerend	Coördinerend	Normatief
Voedselzekerheid			4
Water			4
SRGR		4	4
Gendergelijkheid			4
Humanitaire hulp	2	3	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. De *International Health Regulations* zijn geïmplementeerd 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 allerlei 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.

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 volksgezondheidsproblemen die waarlijk grensoverschrijdend zijn, zoals infectieziekten, AMR en roken. 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.

Overige Relevantie			
	Uitvoerend	Coördinerend	Normatief
Wereldwijde volksgezondheid (ebola/zikavirus)			4