



Ministerie van Buitenlandse Zaken

IOB Evaluatie

Voorkomen is beter dan genezen

Evaluatie over Nederland en de WHO (2011-2015)

er dan genezen | IOB Evaluatie | nr. 414 | Voorkomen is beter dan genezen | IOB Evaluatie | nr. 414 | Voorkomen is beter dan genezen | IOB Evaluatie | nr.



Voorkomen is beter dan genezen

Evaluatie over Nederland en de WHO (2011-2015)

Maart 2016

Voorwoord

Op 1 februari 2016 riep de directeur-generaal van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) de toename van het aantal gevallen van neonatale en neurologische aandoeningen bij de Zika-uitbraak in Latijns-Amerika en de Cariben uit tot een 'wereldwijde noodsituatie voor de volksgezondheid'. Zij deed dit op advies van het International Health Regulations Emergency Committee. Het is de vierde keer dat de WHO een dergelijke noodsituatie heeft uitgeroepen en kan beschikken over extra bevoegdheden. De wereld kijkt in spanning toe hoe de WHO hiermee om zal gaan.

De vorige keer dat de WHO een wereldwijde noodsituatie voor de volksgezondheid afkondigde, was op 8 augustus 2014. Dat was nadat het Ebolavirus ook buiten de meest getroffen landen – Guinee, Sierra Leone en Liberia – was geconstateerd. Volgens Artsen zonder Grenzen, de organisatie die op dat moment in het gebied werkzaam was, gebeurde dit te laat. Het virus verspreidde zich inmiddels snel en ongecontroleerd. In combinatie met het gebrek aan medische voorzieningen in West-Afrika en de geringe aandacht binnen de donorgemeenschap tekende zich een humanitaire ramp af.

Dankzij het afkondigen van een noodsituatie voor de volksgezondheid kwam de Ebola-uitbraak volop in de aandacht. De donorgemeenschap trok toen wél de portemonnee, gezondheidswerkers reisden af om hulp te bieden en materialen werden geleverd om de pandemie te beteugelen, de slachtoffers te begraven en nieuwe slachtoffers te voorkomen. Ook de Nederlandse overheid droeg vanaf september 2014 haar steentje bij. Ze doneerde onder andere EUR 5 miljoen aan de WHO, naast een bijdrage aan enkele andere ngo's die actief waren in het gebied. Daarnaast stuurde Nederland tot twee keer toe het Joint Support Ship Zr. Ms. Karel Doorman naar de regio, beladen met medische hulpgoederen. De totale Nederlandse bijdrage aan de aanpak van de Ebola-uitbraak bedroeg uiteindelijk ongeveer EUR 50 miljoen.

| 3 |

Terwijl de pandemie nog niet over het hoogtepunt heen was, rezen er al vragen: Had de Ebola-uitbraak niet voorkomen kunnen worden? Waarom was er niet eerder alarm geslagen? Waar was de WHO eigenlijk? Er zou sprake zijn van gebrekkig leiderschap, een onduidelijke taakverdeling en onvoldoende menskracht en geld. Ook in het Nederlandse parlement kreeg de Ebola-uitbraak de nodige aandacht. Zo werden Kamervragen gesteld over het optreden van de overheid voor de bescherming van Nederlandse burgers, de aanpak van Ebola in West-Afrika en de rol en het functioneren van de WHO. In een op 29 april 2015 aangenomen motie werd de Inspectie Ontwikkelingssamenwerking en Beleidsevaluatie (IOB) van het ministerie van Buitenlandse Zaken gevraagd een evaluatie uit te voeren naar de Nederlandse rol bij het opvolgen van eerdere aanbevelingen om de WHO slagvaardiger te maken.

Dit rapport doet verslag van de resultaten van deze evaluatie. Het is geschreven door Paul G. de Nooijer en Kirsten Mastwijk van IOB. De interne kwaliteitscontrole is uitgevoerd door de evaluatoren Marijke Stegeman en Nico van Niekerk van IOB. Daarnaast heeft een

referentiegroep advies gegeven over de onderzoeksopzet en het rapport. Deze groep bestond uit Toos van den Born, Pieter de Coninck en Marja Esveld namens het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Martijn Engels, Seriana van de Berg en Judith van Niekerk namens het ministerie van Buitenlandse Zaken, en twee externe deskundigen, dr. Louise van Schaik van Instituut Clingendael en drs. Anke Tijtsma van de stichting Wemos.

De verantwoordelijkheid voor het rapport berust bij IOB.

Wendy Asbeek Brusse
Directeur Inspectie Ontwikkelingssamenwerking en Beleidsevaluatie (IOB)
Ministerie van Buitenlandse Zaken

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Lijst van figuren, tabellen en tekstboxen	6
Lijst van afkortingen	7
Beantwoording van de onderzoeksvragen	8
1 Inleiding	18
2 Het Nederlandse beleid ten aanzien van de WHO	22
2.1 Het Nederlandse partnerschapsprogramma met de WHO	23
2.2 Nederlandse financiering van de WHO	25
2.3 Samenwerking met andere lidstaten	28
2.4 Conclusies en reflecties	28
3 De Ebola-uitbraak en haar nasleep	30
3.1 De ontwikkeling van de Ebola-uitbraak	31
3.2 De speciale zitting van de Executive Board en de Ebolaresolutie	37
3.3 Conclusies en reflecties	39
4 De bevindingen over de aanpak van de Ebola-uitbraak	40
4.1 Kritiek op de aanpak van de crisis	41
4.2 De kritiek op de WHO	44
4.3 De Nederlandse positie	51
4.4 Conclusies en reflecties	54
5 Opvolging van de aanbevelingen om de WHO te versterken	56
5.1 De aanbevelingen	57
5.2 Eerste stappen in de uitvoering van de hervormingsvoorstellen	63
5.3 De Nederlandse positie	67
5.4 Conclusies en reflecties	69
Bijlagen	70
Bijlage 1 Over IOB	71
Bijlage 2 Lijst van gesprekspartners	72
Bijlage 3 Geraadpleegde bronnen	74
Bijlage 4 Technische aspecten	83
Evaluatie- en studierapporten van de Inspectie Ontwikkelingssamenwerking en Beleidsevaluatie (IOB) gepubliceerd in 2012-2016	86

Lijst van figuren, tabellen en tekstboxen

Figuren

Figuur 2.1	Nederlandse centrale bijdragen aan de WHO, 2011-2015	26
Figuur 2.2	Verdeling van de Nederlandse bijdrage aan de WHO, 2011-2015	27
Figuur 3.1	De Nederlandse inzet bij de aanpak van de Ebola-uitbraak	32

Tabellen

Tabel 4.1	Inkomsten van de WHO naar type bijdragen, 2010-2014	48
Tabel o.1	IHR-kerncapaciteiten en indicatoren	83

Tekstboxen

Tekstbox 3.1	De IHR en de relatie met wereldwijde noodsituaties voor de volksgezondheid	33
Tekstbox 3.2	Voorbeelden van de inzet van de WHO bij de bestrijding van de Ebola-uitbraak	35
Tekstbox 3.3	Principes van het Global Health Cluster van de VN	38
Tekstbox 4.1	IHR -kerncapaciteiten voor rampenparaatheid en -respons	42
Tekstbox 4.2	Het mandaat van de WHO en haar verschillende rollen	45
Tekstbox 4.3	Het noodfonds	50
Tekstbox 5.1	De evaluatiefunctie van de WHO	59
Tekstbox 5.2	De personeelsproblematiek van de WHO	61
Tekstbox 5.3	De Group of Friends of the WHO Emergency Response	64

Lijst van afkortingen

AMR	Antimicrobiële resistentie
AzG	Artsen zonder Grenzen
BHOS	Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking
BZ	Ministerie van Buitenlandse Zaken
CERF	Central Emergency Response Fund (VN)
CVCA	Core Voluntary Contributions Account (WHO)
DG	Director General (WHO)
EB	Executive Board (WHO)
ERF	Emergency Response Framework (WHO)
EU	Europese Unie
EUR	Euro
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunisation
GOARN	Global Outbreak Alert and Response Network
H1N1	Virus verantwoordelijk voor de Mexicaanse grieppandemie (2009)
IASC	Inter-Agency Standing Committee (VN)
IHR	International Health Regulations (2005)
ngo	Non-gouvernementele organisatie
NSA	Non-State Actors (WHO)
OCHA	United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs
OIOS	Office of Internal Oversight Services (WHO)
PBAC	Programme, Budget and Administration Committee (WHO)
PHEIC	Public Health Emergency of International Concern
PV	Permanente Vertegenwoordiging
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (NL)
SDG	Sustainable Development Goal
SG	Secretaris-Generaal
SRGR	Seksuele en reproductieve gezondheid en rechten
UNMEER	United Nations Mission for Emergency Ebola Response
USD	United States Dollar
VK	Verenigd Koninkrijk
VN	Verenigde Naties
VS	Verenigde Staten van Amerika
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WHA	World Health Assembly (WHO)
WHO	World Health Organization (Wereldgezondheidsorganisatie)
WFP	World Food Programme

Beantwoording van de onderzoeksvragen

Op verzoek van de Tweede Kamer¹ heeft de Inspectie Ontwikkelingssamenwerking en Beleidsevaluatie (IOB) van het ministerie van Buitenlandse Zaken (BZ) onderzoek gedaan naar de relatie tussen Nederland en de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) in de periode 2011-2015. De directe aanleiding voor dit onderzoek was de toenemende twijfel over de operationele capaciteit van de WHO om adequaat te reageren op de Ebola-uitbraak in West-Afrika. De centrale onderzoeksvraag was: *Wat was de Nederlandse inzet bij de uitvoering van de aanbevelingen die sinds 2011 zijn gedaan met betrekking tot het functioneren van de International Health Regulations (IHR) uit 2005 en het optreden van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) in mondiale gezondheids crises?*

Met dit rapport probeert IOB deze centrale vraag te beantwoorden. In deze samenvatting geeft IOB de belangrijkste conclusies en lessen van het onderzoek. De samenvatting is gestructureerd volgens de onderzoeksvragen die in de *terms of reference* zijn geformuleerd.²

- 1) *Wat was het beleid van de Nederlandse overheid ten aanzien van de WHO en welke instrumenten en middelen waren beschikbaar om dat beleid uit te voeren in de periode 2011-2015?*
- Het Nederlandse beleid voor de WHO valt onder de verantwoordelijkheid van de ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en van BZ. Beide ministeries beschouwen de WHO als een belangrijke bron van internationale normen en standaarden op het terrein van de volksgezondheid. Daarnaast zien ze de WHO als uitvoeringskanaal voor hun eigen beleidsprioriteiten en erkennen ze de rol van de WHO op het gebied van de rampenparaatheid en -respons. Deze positie komt overeen met het Nederlandse multilaterale ontwikkelingsbeleid uit 2011.
 - Tegelijkertijd is VWS van mening dat het werk van de WHO op het terrein van de gezondheidszorg voor Nederland zelf minder relevant is, gezien de goede staat van de Nederlandse gezondheidszorg.
 - Het Nederlandse beleid wordt sinds 2010 vormgegeven door een gezamenlijk meerjarig partnerschapsprogramma tussen VWS, BZ en de WHO. Dit programma is gerelateerd aan het algemene werkprogramma van de WHO, maar kent enkele specifieke Nederlandse prioriteiten: de BZ-prioriteit seksuele reproductieve gezondheid en rechten (SRGR) en de VWS-prioriteit antimicrobiële resistentie (AMR). De keuze voor deze prioriteiten komt voort uit de wens om zo veel mogelijk te focussen op de speerpunten van het huidige ontwikkelings- en volksgezondheidsbeleid. Steun aan gezondheidssystemen maakt sinds 2011 geen deel meer uit van het Nederlandse ontwikkelingsbeleid en is ook geen prioriteit in de relatie met de WHO.³
 - Onder het partnerschapsprogramma geven beide ministeries een vrijwillige bijdrage aan de WHO. Tussen 2011-2015 bedroeg de totale Nederlandse bijdrage iets meer dan EUR 115 miljoen. Bijna drie kwart daarvan (EUR 83 miljoen) was vrijwillig. De resterende EUR 32 miljoen bestond uit de verplichte afdracht aan de WHO, die ten laste komt van de BZ-begroting. Nederland stond tot 2013 in de top tien van grootste bilaterale donoren van de WHO, maar door bezuinigingen heeft het deze positie sinds 2014 verloren.

¹ KST 32605-158 (2015).

² De volledige *terms of reference* voor het onderzoek zijn te vinden op <http://job-evaluatie.nl/publications/review-nederland-en-de-who-2011-2015>.

³ KST 32605-2 (2011: 12).

- De vrijwillige Nederlandse bijdrage bestaat uit een geoormerkt deel bestemd voor de Nederlandse prioriteiten en een ongeoormerkt deel bestemd voor het algemene werkprogramma van de WHO. De ongeoormerkte Nederlandse bijdrage was redelijk hoog in verhouding tot die van andere lidstaten. Het aandeel hiervan ten opzichte van de totale Nederlandse bijdragen is in de evaluatieperiode echter afgenomen van 58 naar 50 procent.
- Tot 2015 heeft Nederland vastgehouden aan het principe van nominale nulgroei van de verplichte bijdrage aan de WHO. Dit principe werd toegepast voor alle VN-organisaties.

2) *Wat zijn de bevindingen en aanbevelingen met betrekking tot het functioneren van de IHR en het optreden van de WHO in mondiale gezondheids crises?*

IOB concludeert dat er grote overeenstemming bestaat tussen de bevindingen van de verschillende expertpanels en adviesgroepen die zich in de periode 2011-2015 over het functioneren van de WHO in gezondheids crises hebben gebogen. De voornaamste bevindingen luiden als volgt:

- Het belang van de IHR als internationaal instrument voor het voorkomen en – waar nodig – bestrijden van besmettelijke ziekten is evident. De IHR kunnen echter alleen functioneren wanneer *alle* lidstaten over de verplichte kerncapaciteiten beschikken. De rapportages tonen aan dat dit duidelijk nog niet het geval is.
- De opbouw van kerncapaciteiten in met name ontwikkelingslanden heeft onvoldoende prioriteit gekregen – zowel van de WHO, van de betrokken ontwikkelingslanden zelf, als van de andere lidstaten en donoren. Veel landen hebben uiteindelijk (soms al tot tweemaal toe) uitstel gekregen om aan hun verplichtingen te voldoen nadat de gestelde deadline van juni 2012 was verstreken. Ook Nederland kreeg uitstel, omdat de Caribische Koninkrijksdelen nog niet aan de IHR-verplichtingen bleken te voldoen. Sindsdien heeft de overheid de nodige stappen gezet om hier verbetering in te brengen. Het overeenkomen van een onderlinge regeling voor gezamenlijke IHR-implementatie in juni 2015 was in dit proces een belangrijke mijlpaal.
- De Ebola-uitbraak en de nasleep hiervan hebben nog eens duidelijk gemaakt wat de (potentiële) consequenties zijn van het niet op orde hebben van de verplichte IHR-kerncapaciteiten. De uitbraak heeft ook duidelijk gemaakt dat de IHR geen sancties kennen om landen die maatregelen nemen die niet stroken met de WHO-aanbevelingen (bijvoorbeeld op het gebied van reizen en handel), op de vingers te kunnen tikken. Ook ontbreekt het aan prikkels om met name ontwikkelingslanden te belonen of te compenseren die risico's voor de volksgezondheid wél tijdig rapporteren en die wél investeren in hun kerncapaciteiten.
- De Ebola-uitbraak heeft ook aangetoond dat de WHO onvoldoende capaciteit, (gekwalficeerde) menskracht en middelen heeft om effectief uitvoering te kunnen geven aan haar constitutionele mandaat op het terrein van rampenparaatheid en -respons (*emergency preparedness* en *emergency response*). Ook zijn de organisatiecultuur en -structuur hiertoe onvoldoende ingericht. Tegelijk is duidelijk dat de WHO niet alles zelf hoeft te doen; ze dient hiervoor nauw samen te werken met andere organisaties. Die samenwerking schiet echter tekort.
- Het humanitaire systeem en het gezondheidssysteem binnen de VN zijn onvoldoende op elkaar afgestemd, waardoor de twee langs elkaar heen werken. Als gevolg hiervan kan

niet altijd geld worden vrijgemaakt uit het noodfonds van de VN, het *Central Emergency Response Fund* (CERF). Dit bemoeilijkt de bestrijding van gezondheidscrisissen.

IOB constateert ook dat de problemen rondom het WHO-optreden in noodsituaties in het algemeen en tijdens de Ebola-uitbraak in het bijzonder zijn terug te voeren op enkele bredere, structurele oorzaken. Het gaat vooral om de volgende organisatorische en financiële factoren:

- De gelaagde structuur van de organisatie – met een hoofdkantoor in Genève, zes relatief autonome, regionale kantoren en bijna 150 landenkantoren – bemoeilijkt de snelle en eenduidige besluitvorming en actie bij ziekte-uitbraken en humanitaire rampen. De personele bezetting van de veldkantoren is bovendien onvoldoende toegerust voor het werk dat op dit niveau wordt verwacht.
- Voor het uitvoeren van haar wereldwijde mandaat heeft de WHO een bescheiden budget. Als gevolg van het beleid van nominale nulgroei dat de lidstaten hanteren, is dit budget de afgelopen jaren nauwelijks gestegen. Financiële tekorten in het verleden hebben verder hun weerslag gehad op de bemensing van de WHO, vooral op het gebied van de rampenparaatheid en -respons. Als gevolg van bezuinigingen is de capaciteit op dit gebied op zowel het hoofdkantoor als het regionale kantoor in Afrika flink teruggebracht.
- De WHO is in toenemende mate afhankelijk van vrijwillige bijdragen. Lidstaten en andere donoren financieren hiermee vooral wat zij *zelf* belangrijk vinden. Dit is niet altijd in overeenstemming met de verschillende prioriteiten van het algemene werkprogramma van de WHO. Dit is vaak ten koste gegaan van de opbouw van gezondheidssystemen en de paraatheid en respons voor noodsituaties.
- Het dalend aandeel van de verplichte bijdragen, waaruit ook nog eens de beheerskosten van de vrijwillig gefinancierde programma's moeten worden betaald, geeft de WHO onvoldoende flexibiliteit om tijdig te kunnen reageren op acute ontwikkelingen en noodsituaties.

| 11 |

3) *Wat is bekend over de opvolging die de WHO sinds 2011 aan deze aanbevelingen heeft gegeven en over de bereikte resultaten?*

- Het eerste IHR Review Committee kwam in 2011 met aanbevelingen om de responscapaciteit van de WHO te versterken, de praktijk van de benoeming van de leden van het IHR Emergency Committee te verbeteren, de richtlijnen voor de paraatheid bij pandemieën te herzien en het communicatiebeleid van de organisatie te verbeteren. Tevens pleitte het Comité voor het opzetten van een *Global Health Emergency Workforce* (*workforce*) voor de tijdige rekrutering en uitzending van de juiste aantallen voldoende gekwalificeerde mensen en van een *Contingency Fund* (noodfonds) van ten minste USD 100 miljoen, waaruit de WHO in een vroeg stadium van een ziekte-uitbraak of humanitaire noodsituatie zou kunnen putten.
- IOB concludeert dat aan deze aanbevelingen slechts in beperkte mate opvolging is gegeven. De belangrijkste aanbevelingen die de WHO heeft opgepakt, betreffen het *Pandemic Influenza Preparedness Framework* dat in 2011 tot stand is gekomen en het *Emergency Response Framework* (ERF) uit 2013. Ook is er nu meer openheid over de leden van het IHR Emergency Committee, dat de directeur-generaal (DG) van de WHO adviseert over het

uitroepen van een zogenaemde 'wereldwijde noodsituatie voor de volksgezondheid' (*Public Health Emergency of International Concern* – PHEIC).

- De aanbevelingen over de financiering en bemensing van het WHO-werk voor respons in noodsituaties zijn niet opgevolgd. Het gaat hier om het creëren van het noodfonds en de speciale *workforce*.
- Voor bovenstaande twee aanbevelingen zijn al eerder voorstellen ingediend, maar de lidstaten zagen er enkele jaren na de H1N1-griep пандemie de urgentie niet van in. Ook hadden zij twijfels over de relevantie van de voorstellen en waren ze niet bereid deze te financieren. Financiering moest uit de reguliere middelen komen, hetgeen niet is gebeurd. Pas na het uitbreken van de Ebolacrisis in 2014/2015 erkenden de lidstaten het nut van deze aanbevelingen, al was er geen consensus over de noodzaak van een operationele rol van de WHO op het gebied van respons in noodsituaties.
- De Advisory Group on Reform of WHO's Work in Outbreaks and Emergencies die medio 2015 is ingesteld, doet een aantal essentiële aanbevelingen over hervormingen van het werk van de WHO bij het voorkomen en bestrijden van ziekte-uitbraken en noodsituaties. Deze komen op hoofdlijnen overeen met de aanbevelingen die andere expertpanels en adviesgroepen in 2015 en 2016 deden om één centraal programma in te stellen voor de paraatheid en respons in het geval van noodsituaties (het zogenaemde *Programme for Emergency Preparedness and Response*). Dit programma dient te beschikken over de nodige technische capaciteit en over eigen financiering. Ook moet het onder onafhankelijk toezicht staan.
- De Advisory Group on Reform adviseert ook om de hierboven beschreven structurele problemen van de WHO aan te pakken, inclusief de bestaande organisatiestructuur en de wijze van financiering. Hiernaast adviseert ze de internationale gemeenschap om de naleving van de IHR voortaan serieuzer te nemen en doet ze een hernieuwde oproep aan lidstaten en donoren om bij te dragen aan het noodfonds en de *workforce*.
- De WHO heeft tot dusver slechts beperkt opvolging gegeven aan deze herhaalde aanbevelingen. Het probleem is dat de organisatie hiervoor sterk afhankelijk is van de lidstaten en de donorgemeenschap, die vooralsnog terughoudend reageren en verdeeld lijken over bijdragen aan het fonds, verhoging van de verplichte bijdragen en hervorming van de organisatiestructuur. De World Health Assembly (WHA) van mei 2016 zal moeten uitwijzen hoe hervormingsgezind de lidstaten daadwerkelijk zijn.

4) *Wat is de positie van de Nederlandse overheid ten aanzien van deze aanbevelingen en hoe beoordeelt zij de opvolging door de WHO en de op de voor Nederland prioritaire onderwerpen bereikte resultaten?*

4.1) *Hoe beoordeelt de Nederlandse overheid het functioneren van de WHO ten aanzien van mondiale gezondheids crises?*

- Nederland ziet de WHO als een belangrijke speler op het gebied van mondiale gezondheids crises, maar erkent dat de organisatie momenteel niet in staat is om het eigen mandaat op het terrein van rampenparaatheid en -respons waar te maken. Zoals veel lidstaten heeft Nederland, totdat in augustus 2014 de wereldwijde noodsituatie voor de volksgezondheid voor de Ebola-uitbraak werd uitgeroepen, echter niet of nauwelijks aandacht gehad voor de problemen van de WHO op dit terrein. Noch de kerncapaciteiten van de IHR, noch het versterken van gezondheidssystemen stonden hoog op de Nederlandse WHO-agenda.

- Weinig of geen aandacht betekende in het geval van Nederland ook weinig of geen geld. Er was geen financiering beschikbaar voor technische ondersteuning door de WHO bij het opbouwen en versterken van gezondheidssystemen en van de kerncapaciteiten in ontwikkelingslanden. Pas na de Ebola-uitbraak heeft Nederland in 2014 éénmalig een bijdrage gegeven voor de respons in noodsituaties van EUR 5 miljoen voor de *Ebola Response Roadmap* van de WHO. Daarnaast heeft Nederland ongeveer EUR 50 miljoen besteed aan de bestrijding van de Ebola-uitbraak, maar dit ging buiten de WHO om.
- Nederland heeft net als veel andere lidstaten grote zorgen over de opzet en financiering van het door de Advisory Group on Reform voorgestelde WHO-programma voor rampenparaatheid. Het betwijfelt of dit programma wel kan worden gefinancierd uit louter vrijwillige bijdragen en ziet nog onduidelijkheden over de structuur en de relaties van dit programma met de regiokantoren.

4.2) Welke inzet heeft de Nederlandse overheid gepleegd en welke voorstellen heeft zij gedaan om de WHO ertoe te bewegen de aanbevelingen sinds 2011 op te volgen?

- Nederland heeft een rol gespeeld bij het instellen van het *Pandemic Influenza Preparedness Framework*. Net als andere lidstaten heeft het geen opvolging gegeven aan het advies om de WHO-capaciteit voor paraatheid en respons in noodsituaties te versterken. Met betrekking tot het noodfonds maken verklaringen van de Europese Unie (EU) duidelijk dat de EU-lidstaten sceptisch stonden tegenover de introductie van een nieuw financieringsmechanisme en vreesden dat het fonds een politieke speelbal zou worden. Wat betreft de *workforce* bestond er twijfel over het nut van een dergelijk instrument voor de bestrijding van ziekte-uitbraken zoals de Mexicaanse griep.
- Met de door de Verenigde Staten (VS) in februari 2014 gelanceerde *Global Health Security Agenda*, waarbij Nederland zich in 2014 aansloot, lijkt hierin enige kentering te zijn gekomen. Nederland heeft een actieve rol gespeeld in de discussies over de noodzaak tot het hervormen van de noodhulptaken van de WHO. Tijdens de speciale sessie van de Executive Board (EB) van de WHO in januari 2015 zette het zich ook actief in voor de Ebolaresolutie om het genoemde noodfonds en de *workforce* in te stellen. Anno 2016 is de Nederlandse positie dat de WHO de hervormingsvoorstellen van de Advisory Group on Reform zo snel mogelijk integraal dient door te voeren.
- Het heeft echter tot medio februari 2016 geduurd voordat Nederland de aanbeveling over de *workforce* opvolgde. Dit gebeurde bij de instelling van het zogenoemde European Medical Corps, waarmee een gecoördineerde Europese bijdrage wordt geleverd aan de *workforce*. Ondanks een herhaald pleidooi voor het noodfonds was op het moment waarop dit rapport werd vastgesteld, nog niet bekend of Nederland zou bijdragen, en zo ja, hoeveel.
- In de aanloop naar de WHA in mei 2015 was Nederland bereid zijn standpunt inzake de nominale nulgroei van de verplichte VN-bijdragen aan te passen en een uitzondering te maken voor de WHO. En hoewel Nederland hierin niet alleen stond, heeft de DG WHO het voorstel om de verplichte bijdragen met 5 procent te laten stijgen uiteindelijk vervangen door een voorstel om de algemene budgetruimte te verhogen met 8 procent. Deze verhoging zou moeten worden gefinancierd uit de vrijwillige bijdragen van de lidstaten. Nederland was hier aanvankelijk tegen, maar is er omwille van de consensus toch mee akkoord gegaan. Het is onbekend of het oorspronkelijke voorstel om de verplichte

contributies te verhogen – in lijn met de aanbevelingen die zijn gedaan naar aanleiding van de Ebola-uitbraak – op korte termijn opnieuw zal worden geagendeerd. Naar verwachting zal het bij de discussies over het budget voor de jaren 2018-2019 wel opnieuw aan de orde komen.

4.3) *Heeft de Nederlandse overheid hierbij samengewerkt met andere landen? Hoe wordt de rol van de Nederlandse overheid in deze samenwerking beoordeeld?*

- Nederland gaat in eerste instantie uit van een gezamenlijk Europees standpunt. Binnen de groep van EU-lidstaten is het een actieve speler. Ook overlegt het regelmatig met gelijkgezinde staten, waaronder Noorwegen, de VS en Zuid-Afrika.
- In de discussie over het noodfonds heeft Nederland samen met het Verenigd Koninkrijk (VK) een bemiddelende rol gespeeld, waardoor alle EU-lidstaten uiteindelijk de Ebola-resolutie hebben gesteund. De EU-delegatie en de andere lidstaten waardeerden deze actieve rol van Nederland zeer.
- Daarnaast is Nederland voorstander van nieuwe en meer informele vormen van samenwerking om de hervormingen voor noodrespons te kunnen doorvoeren. Zo is mede op aandringen van Nederland de zogenoemde Group of Friends of the WHO Emergency Response opgericht. Ook binnen dit informele orgaan is Nederland een van de meer actieve landen.

| 14 |

4.4) *Hoe beoordelen de betrokken partijen de Nederlandse samenwerking met de WHO in het kader van de Ebola-uitbraak?*

- Interviews maken duidelijk dat de WHO positief is over de Nederlandse inzet bij de bestrijding van de Ebola-uitbraak. Dit geldt zowel voor de bilaterale activiteiten en de verschepping van goederen door de Karel Doorman als voor de bijdrage van EUR 5 miljoen aan de *Ebola Response Roadmap* van de WHO.
- Toch is er nauwelijks sprake geweest van echte samenwerking tussen Nederland en de WHO. Nederland heeft weliswaar contact gehad met het hoofdkantoor in Genève over de inzet van de Karel Doorman, maar na een gebrekkige en late reactie van de WHO op de Nederlandse verzoeken om informatie hebben beide partijen los van elkaar de eigen plannen uitgevoerd.
- Uit de interviews blijkt dat andere lidstaten dit beeld herkennen: omdat de WHO niet in staat was adequaat te reageren, trokken ook zij hun eigen plan en was van samenwerking veelal geen sprake.

5) Welke lessen kan de Nederlandse overheid hieruit trekken voor het toekomstig beleid ten aanzien van de WHO?

De Ebola-uitbraak in West-Afrika in 2014/2015 heeft een aantal zaken pijnlijk duidelijk gemaakt:

- Er is bevestigd wat het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) al bijna tien jaar geleden in een rapport vaststelde⁴: globalisering en de daarmee gepaard gaande toenemende internationalisering van het verkeer van mensen, dieren en goederen hebben de dreiging van infectieziekten complex en grootschalig gemaakt. Dat geldt in potentie zeker voor Nederland, als handels- en distributieland met open grenzen. Besmettelijke ziekten kunnen in korte tijd uitgroeien tot een mondiaal probleem.
- De wederzijdse afhankelijkheid van landen is overduidelijk: Guinee, Liberia en Sierra Leone waren afhankelijk van internationale hulp bij de bestrijding van Ebola en Nederland had er belang bij dat die bestrijding ook effectief was en dat de uitbraak zich niet verder verspreidde. Zoals het eerder genoemde RIVM-rapport stelt: 'Omdat infectieziekten de potentie hebben wereldwijd toe te slaan is het terugdringen van infectieziekten elders van belang voor de situatie in Nederland'.⁵
- Voorkomen is beter dan genezen. Het is cruciaal dat landen een functionerend en toegankelijk basisgezondheidssysteem hebben – conform de bepalingen van de IHR – om uitbraken van ziekten te voorkomen én te bestrijden. De IOB-evaluatie over de Nederlandse steun ter verbetering van SRGR maakt bovendien duidelijk dat het versterken van basisgezondheidssystemen ook een essentiële voorwaarde is om de Nederlandse doelen op SRGR-gebied te kunnen realiseren.

| 15 |

Een toenemend aantal landen, waaronder Duitsland, de VS, het VK en Zweden, heeft deze problematiek inmiddels onderkend.⁶ Zij hebben een meerjarige mondiale strategie voor gezondheidszorg (*global health strategy*) ontwikkeld – een coproductie van diverse ministeries. Deze strategieën erkennen dat het beschermen van de eigen, nationale volksgezondheid onder andere samengaat met het verbeteren van de mondiale volksgezondheid, het voldoen aan de verplichtingen onder de IHR, het opbouwen van capaciteit in de volksgezondheidssector in ontwikkelingslanden en het geven van steun aan de volksgezondheid bij humanitaire rampen. Hoewel het belang van een dergelijke overheidsbrede strategie in het verleden herhaaldelijk onder de aandacht is gebracht, ontbreekt deze vooralsnog in Nederland. En hoewel er een gemeenschappelijk partnerschapsprogramma tussen VWS en BZ bestaat, is één van de bevindingen van deze evaluatie dat er maar weinig beleidsinhoudelijke onderwerpen zijn waar *beide* ministeries zich echt intensief mee bezighouden. Als Nederland alsnog besluit zo'n mondiale strategie op te stellen waarin – naast fondsen als de Global Alliance for Vaccines and Immunizations (GAVI) en het Global Fund – ook de WHO een plaats dient te krijgen, kan deze leidend zijn

⁴ Mensink (2007: 1, 31-33, 83, 87, 91).

⁵ Mensink (2007: 91). Zie ook RIVM (2011: 25): Nederland heeft talloze internationale verbindingen door reizen en migratie maar ook door de internationalisering van voedsel- en goederenverkeer. We zijn als klein land voor de bestrijding en preventie van infectieziekten dan ook bij uitstek afhankelijk van wat zich in andere landen afspeelt en hoe de bestrijding van infectieziekten in die landen is geregeld.

⁶ Zie bijvoorbeeld de *Global Health Strategy* van het VK: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/354156/Global_Health_Strategy_final_version_for_publication_12_09_14.pdf; en of van Duitsland: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Screen_Globale_Gesundheitspolitik_engl.pdf (geraadpleegd op 26/01/16).

voor de prioriteiten die Nederland wil uitdragen tijdens het toekomstige (2016-2019) lidmaatschap van de EB.

Nederland heeft een actieve rol gespeeld bij de totstandkoming van de Ebola-resolutie in januari 2015. Het heeft ook aangedrongen op de integrale uitvoering van de aanbevelingen van de Advisory Group on Reform, meest recentelijk nog in februari 2016 in een mede door Nederland ondertekende brief. Het gaat hier niet alleen om de specifieke aanbevelingen voor de instelling van één centraal programma voor paraatheid en respons bij noodsituaties. Het gaat ook om de aanpak van de bestaande organisatiestructuur, de wijze van financiering van de WHO en de naleving van wat is overeengekomen in het kader van de IHR. In het licht van de verdeeldheid onder de lidstaten is zo'n integrale uitvoering echter geen gegeven. Nederland zal ervoor moeten blijven waken dat deze daadwerkelijk plaats vindt, zodat het advies niet hetzelfde lot is beschoren als dat van het IHR Review Committee in 2011. Hier ligt ook een belangrijke taak voor het toekomstig Nederlandse lidmaatschap van de EB. Daarbij zal het een gezamenlijk optrekken in EU-verband en via informele netwerken zoals de Group of Friends of the WHO Emergency Response niet moeten schuwen.

De mede door Nederland ondersteunde hervormingen hebben financiële consequenties – zowel incidenteel als voor de lange termijn. Wanneer hiervoor geen structurele oplossing wordt gevonden, is het risico groot dat de problemen die zich rond de Ebola-uitbraak hebben voorgedaan zich in de toekomst zullen herhalen, zo leert het verleden. Het opvolgen van de aanbevelingen van de Advisory Group on Emergency Reform is niet een zaak die enkel de WHO als *organisatie* aangaat, maar de WHO in de betekenis van het *secretariaat én de lidstaten samen*. Als één van die 194 lidstaten zal ook Nederland zich daarom moeten bezinnen op de vraag of, en onder welke voorwaarden, het aan die structurele oplossing wil en kan bijdragen.

1

Inleiding

Dit hoofdstuk geeft een kort overzicht van de vraagstelling, de gebruikte onderzoeksmethoden en de beperkingen van het onderzoek. Hiernaast wordt kort de indeling van het rapport geschetst.

Aanleiding van het onderzoek

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) is één van de gespecialiseerde organisaties van de Verenigde Naties (VN) en de belangrijkste organisatie die zich bezig houdt met de internationale volksgezondheid. Nederland is één van de 194 lidstaten van de WHO en één van de twintig grootste donoren. Behalve de verplichte bijdrage die voor alle lidstaten geldt, geeft Nederland ook vrijwillige bijdragen. Sinds 2010 hebben de ministeries van Buitenlandse Zaken (BZ) en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een gezamenlijk meerjarig partnerschapsprogramma met de WHO.

Eén van de taken van de WHO is op te treden in het geval van gezondheids crises (de zogenoemde *public health emergencies*). Daarnaast verricht de WHO werkzaamheden die erop zijn gericht te voorkomen dat ziekte-uitbraken tot een internationale ramp uitgroeien. Belangrijke kaders hiervoor zijn de *International Health Regulations (IHR)*, het *Emergency Response Framework (ERF)* van de WHO en het bredere Global Health Cluster van de VN, waarin verschillende internationale en non-gouvernementele organisaties (ngo's) samenwerken op het terrein van de gezondheidszorg tijdens humanitaire noodsituaties.

| 19 |

Zo is de WHO ook in actie gekomen tijdens de meest recente uitbraak van Ebola in Guinee, Liberia en Sierra Leone in 2014-2015. Op dit optreden is vanuit verschillende kanten kritiek geuit; ook de WHO zelf is hierover weinig tevreden. In de Tweede Kamer zijn vragen gesteld en op 29 april 2015 werd een motie aangenomen met het verzoek om de Nederlandse inzet te evalueren bij het uitvoeren van de aanbevelingen die sinds 2011 zijn gedaan over het WHO-optreden in gezondheids crises.⁷ De minister voor Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking stemde in met dit verzoek, zoals beschreven in de mede door de minister van VWS ondertekende brief aan de Kamer van 18 augustus 2015.⁸

Onderzoeksvragen en -methoden

De centrale vraag die de Inspectie Ontwikkelingssamenwerking en Beleidsevaluatie (IOB) in dit rapport beantwoordt, is: *wat was de Nederlandse inzet bij de uitvoering van aanbevelingen die sinds 2011 zijn gedaan met betrekking tot het functioneren van de IHR uit 2005 en het optreden van de WHO in mondiale gezondheids crises?* In lijn met de *terms of reference* wordt deze vraag beantwoord aan de hand van de volgende specifieke onderzoeksvragen:

- 1) Wat was het beleid van de Nederlandse overheid ten aanzien van de WHO en welke instrumenten en middelen waren beschikbaar om dat beleid uit te voeren in de periode 2011-2015?
- 2) Wat zijn de bevindingen en aanbevelingen met betrekking tot het functioneren van de IHR en het optreden van de WHO in mondiale gezondheids crises?

⁷ KST 32605-158 (2015).

⁸ KST 33625-175 (2015).

- 3) Wat is bekend over de opvolging die de WHO sinds 2011 aan deze aanbevelingen heeft gegeven en over de bereikte resultaten?
- 4) Wat is de positie van de Nederlandse overheid ten aanzien van deze aanbevelingen en hoe beoordeelt zij de opvolging ervan door de WHO en de op de voor Nederland prioritaire onderwerpen bereikte resultaten?
- 5) Welke lessen kan de Nederlandse overheid hieruit trekken voor het toekomstig beleid ten aanzien van de WHO?

Voor dit onderzoek zijn semigestructureerde interviews gehouden met medewerkers van verschillende directies van VWS en BZ in Nederland, met vertegenwoordigers van verschillende afdelingen van de WHO, de Nederlandse permanente vertegenwoordiging (PV) en de vertegenwoordigingen in Genève van de Europese Unie (EU), Noorwegen, het Verenigd Koninkrijk (VK), Zuid-Afrika en Zweden. Bijlage 2 geeft een overzicht van de geïnterviewde personen. Doel van deze interviews was om informatie, opinies en gezichtspunten uit verschillende bronnen met elkaar te vergelijken en om meer duidelijkheid te krijgen over de punten die naar voren komen in het schriftelijk materiaal.

Daarnaast heeft IOB een groot aantal documenten van de eerder genoemde ministeries (beleidsdocumenten, memo's, parlementaire stukken, instructies en correspondentie) bestudeerd. Ook is gebruik gemaakt van documentatie van de WHO zelf. Dit betrof rapporten en andere documentatie van de WHO, rapportages van de IHR Review Committees uit 2011 en 2015 en van het Interim Ebola Assessment Panel en de Advisory Group on Reform. Tevens is gebruik gemaakt van de verslagen van bijeenkomsten van de verschillende bestuursorganen van de WHO: de Executive Board (EB), de World Health Assembly (WHA) en het Programme, Budget and Administration Committee (PBAC). Op beperkte schaal is andere literatuur over de WHO geraadpleegd, waaronder rapporten over het optreden van de WHO bij de Ebola-uitbraak die in 2015 en begin 2016 zijn verschenen. Gezien het toenemend belang van de EU als forum voor afstemming over het beleid inzake de WHO zijn ook de EU-verklaringen uit de evaluatieperiode meegenomen. Bijlage 3 bevat de voor dit onderzoek geraadpleegde documenten.

Afbakening van het onderzoek

De nadruk in dit rapport ligt op de institutionele factoren die de rol en de betrokkenheid van de WHO hebben beïnvloed. Hoewel de Ebola-uitbraak de voornaamste aanleiding was voor dit evaluatieonderzoek, doet IOB in het rapport geen uitspraken over de (effectiviteit van de) daadwerkelijke aanpak van de Ebola-uitbraak door de WHO en door andere organisaties in de drie getroffen landen. Andere studies, waarvan de uitkomsten in hoofdstuk 3 aan de orde komen, hebben zich hier al uitvoerig over gebogen. Ook gaat het rapport niet in op de effectiviteit van de Nederlandse bijdrage aan de bestrijding van de Ebolacrisis. Dit zou een uitvoeriger en langer lopend onderzoek vergen dan de onderhavige studie.

Het onderzoek is uitgevoerd in de periode september 2015 tot februari 2016. Het rapport is zoveel mogelijk geactualiseerd. Zo wordt in de hoofdstukken 4 en 5 aandacht besteed aan de voorstellen die begin 2016 zijn gedaan om de capaciteit van de WHO voor noodrespons te vergroten.

Hoofdstukindeling

De indeling van het rapport is als volgt:

- Hoofdstuk 2 geeft een overzicht van het Nederlandse beleid ten aanzien van de WHO, de organisatie ervan en de hiervoor in de evaluatieperiode beschikbare middelen.
- Hoofdstuk 3 betreft de Ebola-uitbraak en de aanpak ervan, waarbij de nadruk ligt op de rol van de WHO en de waardering daarvan door Nederland. Het hoofdstuk sluit af met informatie over de speciale Ebolasessie van de EB in januari 2015, die het startpunt was voor onder andere het Ebola Interim Assessment Panel.
- Hoofdstuk 4 gaat over de bevindingen en conclusies van dit expertpanel en de visie hierop van Nederland. Het hoofdstuk geeft ook informatie over de uitkomsten van andere reviews en panels die sindsdien zijn gepubliceerd.
- Hoofdstuk 5 ten slotte geeft een overzicht van de aanbevelingen die recentelijk zijn gedaan. Hier wordt ingezoomd op aanbevelingen in relatie tot de IHR, de capaciteit voor noodhulp van de WHO en de relatie van de WHO met andere spelers op het terrein van humanitaire hulp. Ook schetst dit hoofdstuk een beeld van de initiatieven die inmiddels zijn ontplooid en de stappen die zijn gezet bij de invoering van de aanbevelingen. Het hoofdstuk geeft tevens een beeld van de mate waarin Nederland deze voorstellen waardeert en van de tot nu toe ondernomen Nederlandse acties.

Elk hoofdstuk sluit af met enkele conclusies en reflecties. Dit zijn de bouwstenen voor de beantwoording van de onderzoeksvragen.

De bijlagen van dit rapport geven informatie over IOB (bijlage 1), een overzicht van de respondenten en de gebruikte documentatie (bijlagen 2 en 3), en technische informatie (bijlage 4) over onder andere de IHR en het ERF.

Tot slot: de WHO is een VN-organisatie met 194 lidstaten, die gezamenlijk de WHA vormen, het hoogste besluitvormende orgaan van de organisatie. In strikt technische zin betekent dit dat de WHO bestaat uit het secretariaat van de organisatie enerzijds en haar lidstaten anderzijds. Omwille van de leesbaarheid is er in dit rapport echter voor gekozen om enkel de term 'WHO' te gebruiken wanneer het gaat over het secretariaat van de organisatie.

2

Het Nederlandse beleid ten aanzien van de WHO

Dit hoofdstuk geeft een beschrijving van het algemene Nederlandse beleid ten aanzien van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), inclusief de inzet en de middelen die gedurende de evaluatieperiode beschikbaar waren voor de uitvoering van dat beleid.

2.1 Het Nederlandse partnerschapsprogramma met de WHO

Het Nederlandse beleid ten aanzien van de WHO wordt in grote mate bepaald door de ministeries van Buitenlandse Zaken (BZ) en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).⁹ Beide ministeries beschouwen de WHO als 'een spil in het internationale gezondheidsbeleid en relevant voor alle landen', met een 'meerwaarde voor zowel het Nederlandse volksgezondheidsbeleid als voor het buitenlandse beleid'.¹⁰ BZ beschouwt de WHO vooral als een partner om uitvoering te geven aan twee van de vier speerpunten van het ontwikkelingssamenwerkingsbeleid, te weten: (1) seksuele reproductieve gezondheid en rechten (SRGR) & HIV/aids, en (2) water en sanitatie. Voor VWS ligt de meerwaarde van de WHO bij het normerende werk van de organisatie, zeker als het gaat om zaken als de bestrijding van infectieziekten en antimicrobiële resistentie (AMR), die ook het Nederlandse volksgezondheidsbeleid raken maar niet door Nederland alleen kunnen worden aangepakt.¹¹

| 23 |

Deze positie van de WHO binnen het beleid, als bron van internationale normen en standaarden én als hulpkanaal voor het SRGR-speerpunt, reflecteert het algemeen multilaterale ontwikkelingssamenwerkingsbeleid uit 2011.¹² Hierin wordt erkend dat de WHO één van de 'sleutelorganisaties' is 'op het terrein van normering, kennis en onderhandelingen' en 'cruciaal [is] als kennisbron en platform voor internationale akkoorden en standaarden'.¹³

Tegelijkertijd lijkt VWS dit belang ook weer te relativeren. Zo staat in een intern visiedocument dat 'vaak het werk van de WHO relevanter (is) voor zich ontwikkelende landen, dan voor Nederland met zijn hoogwaardige gezondheidssysteem'.¹⁴ Bovendien, zo stelt VWS in dit document, besteedt de WHO een aanzienlijk deel van haar budget aan doelen die voor het ministerie minder prioritair zijn, waaronder werk in ontwikkelingslanden.¹⁵

⁹ Daarnaast vindt afstemming plaats met andere ministeries: met Economische Zaken (EZ) en Infrastructuur en Milieu (IenM) waar het gaat om farmaceutisch beleid, intellectueel eigendomsbeleid, voedselveiligheidsbeleid (Codex Alimentarius), de volksgezondheidsaspecten rond veehouderij, milieu en gezondheid en letselpreventie. Ook wordt het beleid afgestemd met de Caribische Koninkrijksdelen. Bron: Ministerie van Buitenlandse Zaken (2012).

¹⁰ Ministerie van Buitenlandse Zaken (2012, 2013, 2014a, 2015a), *Kaderinstructie WHO 2012, 2013, 2014, 2015*.

¹¹ Ministerie van Buitenlandse Zaken (2015b).

¹² KST 32605-53 (2011: 1-2).

¹³ KST 32605-53 (2011: 5-6).

¹⁴ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2012: 1).

¹⁵ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2012: 10).

Sinds 2010 hebben BZ en VWS een gezamenlijk partnerschapsprogramma, waarin het Nederlandse beleidskader voor de WHO en de bijbehorende financiering zijn vastgelegd. De eerste overeenkomst liep van 2010 tot 2013, de tweede is ingegaan in 2014 en loopt tot 2017. Vóór 2010 hadden beide ministeries aparte samenwerkingsovereenkomsten met de WHO. Versterking van de samenwerking tussen de Nederlandse ministeries en de WHO, meer synergie in het Nederlandse beleid inzake de WHO en minder transactiekosten en administratieve lasten waren de belangrijkste motieven voor de gezamenlijke overeenkomst. Desondanks heeft VWS sinds 2012 een aparte meerjarenstrategie waarin staat omschreven welke WHO-activiteiten specifiek voor het eigen ministerie van belang zijn.¹⁶

Het eerste partnerschapsprogramma was gekoppeld aan het meerjarige werkprogramma van de WHO voor 2008-2013. Het richtte zich in eerste instantie op SRGR-gerelateerde zaken, de preventie van besmettelijke en niet-overdraagbare ziekten, het versterken van gezondheidssystemen en het bevorderen en versterken van gezondheidsgerelateerd onderzoek.¹⁷ Na de kabinetswisseling van 2012 verdwenen de niet-overdraagbare ziekten als prioriteit.¹⁸ Het tweede programma, dat is gekoppeld aan het algemene werkprogramma van de WHO voor 2014-2019, heeft als prioriteiten: SRGR en HIV/aids, water en sanitatie – uit de koker van BZ – en AMR, gezondheid en ouder worden, voedselveiligheid en genees- en hulpmiddelen – uit de koker van VWS.¹⁹ Uit interviews wordt duidelijk dat de ministeries in de samenwerking met de WHO het meeste belang hechten aan SRGR en AMR. Ook blijken er tot nu toe weinig beleidsinhoudelijke onderwerpen te zijn waarmee *beide* ministeries zich echt intensief bezig houden.

| 24 |

De taakverdeling tussen de ministeries van BZ en VWS

Voor de meer institutionele thema's, waaronder de aansturing en het hervormingsproces van de WHO, is de taakverdeling tussen de twee ministeries minder zwart-wit. BZ is weliswaar het eerste aanspreekpunt voor de donorrelaties met de WHO, maar de minister van VWS leidt de Nederlandse delegatie tijdens de World Health Assembly (WHA). Tijdens het reguliere bilaterale beleidsoverleg tussen Nederland en de WHO reizen meerdere vertegenwoordigers van beide ministeries af naar Genève. Instructies voor de bestuursorganen van de WHO zoals de Executive Board (EB), de WHA en het Programme, Budget and Administration Committee (PBAC) worden onderling afgestemd.²⁰ Daarnaast neemt de directeur Internationale Zaken van het ministerie van VWS vanaf mei 2016 voor een periode van drie jaar namens Nederland zitting in de EB. Met deze zetel hoopt Nederland zijn invloed binnen de WHO te vergroten: alleen leden van de EB kunnen onderwerpen agenderen, die vervolgens vaak weer terugkomen tijdens de WHA.

¹⁶ Een review van het eerste partnerschapsprogramma (2010-2013) leidde tot de conclusie dat de visies van BZ en VWS op bepaalde 'fundamentele issues' nogal uiteenliepen. Bron: HERA (2012: 20). Wat deze kwesties inhielden en of het verschil in visie ook gevolgen heeft gehad voor de samenwerking, is echter niet vermeld.

¹⁷ Ministerie van Buitenlandse Zaken (2010).

¹⁸ HERA (2012: viii-ix).

¹⁹ Ministerie van Buitenlandse Zaken (2014b: 3); Ministerie van Buitenlandse Zaken (2015b).

²⁰ Voor informatie over deze bestuursorganen zie de WHO-scorecard van het ministerie van Buitenlandse Zaken (<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2013/08/30/scorecard-world-health-organisation-who>).

Op de permanente vertegenwoordiging (PV) in Genève werkt behalve een beleidsmedewerker van BZ, die zich met name bezig houdt met SRGR-zaken, ook een speciale gezondheidsattaché, die door VWS is gedetacheerd op het WHO-dossier. En hoewel BZ in Den Haag in principe de trekker is van institutionele aangelegenheden van de WHO, vertegenwoordigt de VWS-gezondheidsattaché in Genève beide ministeries op dit terrein; deze schuift ook aan bij alle overleggen met de bestuursorganen van de WHO. De PV rapporteert over deze bijeenkomsten aan beide ministeries. Uit interviews blijkt dat in vergelijking met andere lidstaten van de Europese Unie (EU) Nederland, met op de PV twee beleidsmedewerkers die zich bezig houden met de WHO en gezondheidsgerelateerde zaken, goed is vertegenwoordigd. Diverse EU-lidstaten prijzen de constructie waarbij VWS een speciale gezondheidsattaché detacheert bij BZ, omdat hierdoor de technische capaciteit en de inhoudelijke betrokkenheid van de PV toenemen.

2.2 Nederlandse financiering van de WHO

In de periode 2011-2015 heeft Nederland iets meer dan EUR 115 miljoen bijgedragen aan de WHO.²¹ Het is hiermee een relatief grote donor, die tussen 2010 en 2013 in de top tien van grootste statelijke donoren stond. Deze positie daalde na 2014, mede als gevolg van de bezuinigingen op het budget voor ontwikkelingssamenwerking. De Nederlandse bijdrage wordt gefinancierd door BZ en VWS en is afkomstig van het budget van de Homogene Groep Internationale Samenwerking. Ondanks het gezamenlijke programma zijn er per ministerie nog wel aparte afspraken met de WHO over de inzet van middelen.

| 25 |

De jaarlijkse Nederlandse financiering van de WHO bestaat uit:

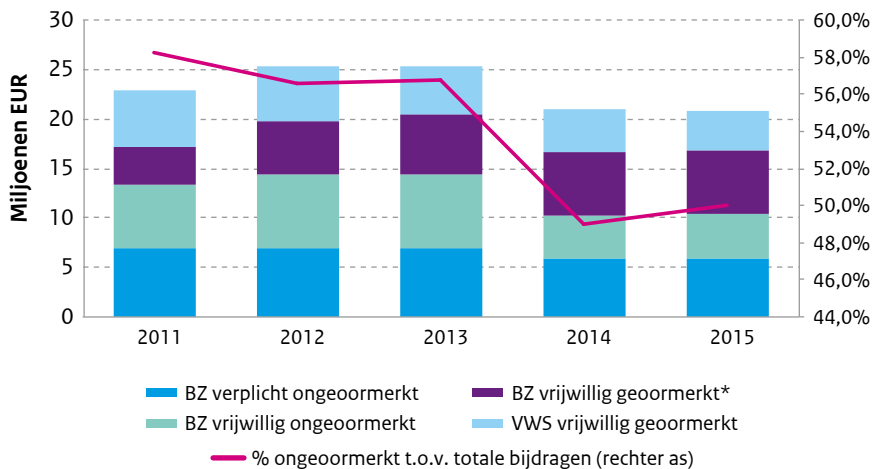
- een verplichte bijdrage voor het lidmaatschap, die ten laste komt van de BZ-begroting. De hoogte hiervan wordt berekend aan de hand van een schaalverdeling, die elke twee jaar en voor alle lidstaten wordt vastgesteld tijdens de WHA. Deze schaalverdeling is in 2014 aangepast, waarna de verplichte bijdrage voor Nederland met EUR 1 miljoen daalde: van bijna EUR 6,9 miljoen in 2013 naar EUR 5,9 miljoen in 2014 en 2015. Deze bijdrage is bestemd voor het gehele programmabudget van de WHO en is niet geoormerkt.
- vrijwillige bijdragen door beide ministeries. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen: (i) vrijwillige bijdragen ten laste van de BZ-begroting aan het *core voluntary contributions account* (CVCA) van de WHO die *niet* geoormerkt zijn, en (ii) vrijwillige bijdragen door zowel BZ als VWS die *wel* geoormerkt zijn. De CVCA-bijdragen kunnen breed worden ingezet binnen het programmabudget van de WHO, terwijl de geoormerkte bijdragen alleen kunnen worden gebruikt voor specifieke onderdelen daarvan.

²¹ Ter vergelijking, de BZ-bijdragen aan andere organisaties die zich bewegen op (onderdelen van) het terrein van gezondheidszorg, waren in de jaren 2011-2015 als volgt (in miljoenen EUR): Global Fund 304,8; GAVI 120 en UNAIDS 105.

Ongeoormerkte vrijwillige bijdragen

Nederland is in principe voorstander van het geven van ongeoormerkte financiering aan VN-instellingen.²² Het is één van de vijftien lidstaten die bijdragen aan de CVCA. Mede als gevolg van de bezuinigingen op ontwikkelingssamenwerking is de Nederlandse ongeoormerkte vrijwillige bijdrage aan de WHO teruggelopen van bijna EUR 7,5 miljoen in 2012 naar EUR 4,4 miljoen in 2015. Deze afname heeft tot gevolg dat het aandeel van de totale ongeoormerkte bijdrage (de verplichte afdracht plus de CVCA-bijdrage) is teruggelopen naar 50 procent van de totale Nederlandse bijdrage in 2015 (zie figuur 2.1).

Figuur 2.1 Nederlandse centrale bijdragen aan de WHO, 2011-2015 (in miljoenen EUR)



| 26 |

* Exclusief EUR 5 miljoen bijdrage aan de WHO voor de Ebola Response Roadmap in 2014.

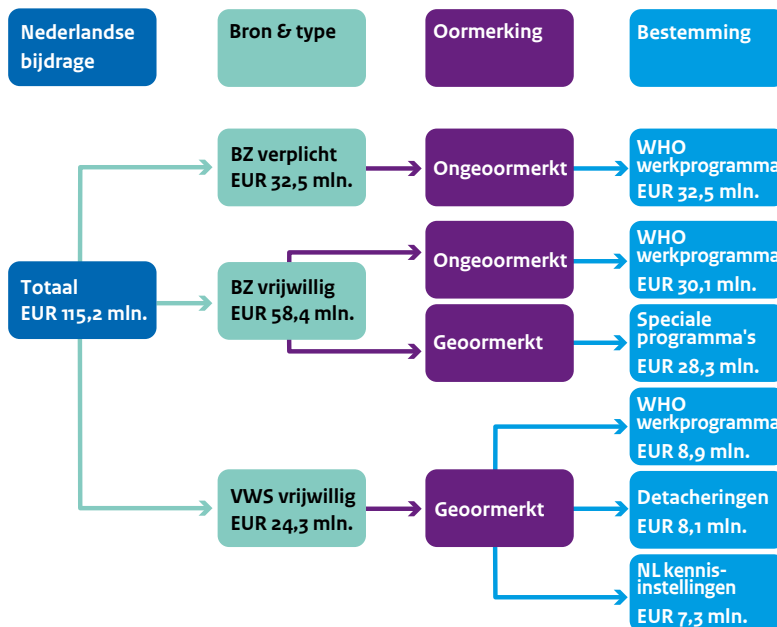
Geoormerkte vrijwillige bijdragen

In de evaluatieperiode heeft het ministerie van BZ 48 procent van haar totale vrijwillige bijdrage aan de WHO geoormerkt voor bepaalde speciale programma's. BZ ziet het feit dat deze programma's een aparte status hebben, als een voordeel. Ze zijn gelieerd aan de WHO, maar functioneren relatief zelfstandig, hebben een apart bestuur en maken samenwerking met niet-statelijke actoren mogelijk. Aan het begin van de evaluatieperiode steunde BZ nog twee speciale programma's op het gebied van SRGR en drie programma's op het gebied van water en sanitatie, tuberculose en tropische ziekten. Echter, vanwege de management- en beheerlasten is dit aantal na 2012 teruggebracht. Sinds 2015 financiert BZ nog maar twee speciale programma's voor SRGR en water en sanitatie.

²² ah-tk-20142015-939 (2014); KST 32605-32 (2011: 4).

De vrijwillige bijdrage van VWS is volledig geoormerkt en bestemd voor bepaalde delen van het programabudget van de WHO, voor detacheringen van Nederlandse ambtenaren en wetenschappers bij de WHO en voor bepaalde samenwerkingsprogramma's tussen de WHO en Nederlandse kennisinstellingen.²³ Leidraad hierbij zijn de hiervoor vermelde VWS-prioriteiten. Uit de data over 2014 en 2015 blijkt dat door de daling van het budget het aandeel AMR is toegenomen van 53 naar 58 procent. VWS hanteert deze manier van 'doelgericht oormerken' om de Nederlandse positie binnen de WHO en het aanzien van de kennisinstellingen te vergroten.²⁴ Tijdens het eerste partnerschapsprogramma (2010-2013) hanteerde het ministerie daarnaast de voorwaarde dat de helft van haar bijdrage ten gunste kwam van het Europese kantoor van de WHO.²⁵ Met de komst van het tweede programma is deze 'harde voorwaarde' vervangen door een 'zachte richtlijn', waarbij het ministerie nog wel verwacht dat een deel van haar bijdrage naar het Europese WHO-kantoor in Kopenhagen gaat. Figuur 2.2 vat schematisch samen hoe de Nederlandse bijdrage aan de WHO is opgebouwd en waarvoor deze is bestemd.

Figuur 2.2 Verdeling van de Nederlandse bijdrage aan de WHO, 2011-2015 (in miljoenen EUR)



²³ Het gaat om kennisinstellingen zoals het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, het Trimbos Instituut, het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg NIVEL, het Koninklijk Instituut voor de Tropen en verschillende universiteiten.

²⁴ KST 33000-XVI-2 (2011).

²⁵ HERA (2012: ix).

2.3 Samenwerking met andere lidstaten

Nederland ziet coördinatie en afstemming in EU-verband in toenemende mate als een middel om zijn invloed binnen de 194 lidstaten tellende WHO te vergroten. Tijdens bijeenkomsten van de EB en de WHA zetten de EU-lidstaten in eerste instantie in op een gezamenlijke Europese positie. Dit standpunt wordt gecoördineerd door de EU-delegatie in samenwerking met de lidstaat die op dat moment EU-voorzitter is. De gemeenschappelijke posities en gemeenschappelijke berichten worden vaak al voorafgaand aan de bijeenkomsten van de bestuursorganen (uit)onderhandeld. Daarnaast komen de lidstaten wekelijks bijeen om informatie uit te wisselen; ten tijde van de Ebola-uitbraak gebeurde dit zelfs op ambassadeursniveau.

Nederland is een groot voorstander van meer coördinatie binnen de EU en roept hiertoe de andere lidstaten regelmatig op. Tegelijkertijd zijn de Nederlandse vertegenwoordigers op de PV in Genève zich bewust van de implicaties van het optrekken in EU-verband. Een gezamenlijk standpunt kan effectiever zijn, maar kan ook leiden tot verwaterde standpunten bij onderwerpen waarover de EU-lidstaten verschillend denken. Als de Nederlandse positie sterk afwijkt van die van de overige lidstaten, kiest Nederland ervoor om alleen te interveniëren. Een voorbeeld hiervan is SRGR. Gezien de verdeeldheid binnen Europa op dit dossier trekt Nederland liever op met gelijkgezinden zoals de Scandinavische landen. Ook met het Verenigd Koninkrijk werkt Nederland regelmatig samen op inhoudelijke thema's als SRGR, AMR, vervalste medicijnen en het dossier van de WHO-hervormingen. Deze samenwerking vindt plaats in de vorm van informele discussies tussen beleidsmedewerkers, telefonische overleggen tussen ambassadeurs voorafgaand aan bijeenkomsten van de EB en de WHA, gezamenlijke verklaringen, resoluties die gecosponsord worden en de organisatie van zogenoemde *side events*. Ten slotte wordt ook incidenteel samengewerkt binnen gelegenheidscoalities zoals de Group of Friends of the WHO Emergency Response (zie ook tekstbox 5.3).

| 28 |

2.4 Conclusies en reflecties

Nederland erkent het belang van de WHO als bewaker van de mondiale volksgezondheid. Ook het normerende werk van de WHO en de technische assistentie bij het opbouwen van gezondheidssystemen in ontwikkelingslanden zijn hoogst relevant: met zijn open grenzen en omvangrijke handel is Nederland immers extra kwetsbaar voor grensoverschrijdende bedreigingen van de volksgezondheid.

Het huidige Nederlandse beleid inzake de WHO kan echter het best worden omschreven als ambigu. Enerzijds erkent Nederland dat de binnenlandse volksgezondheid (deels) sterk afhankelijk is van de kwaliteit van gezondheidssystemen in andere delen van de wereld, anderzijds gaat dit bewustzijn niet gepaard met steun voor het versterken van die systemen of met steun aan de gezondheidszorg in brede zin. Sinds 2011 maakt de steun aan de gezondheidszorg geen onderdeel meer uit van het Nederlands ontwikkelings Samenwerkingsbeleid. In plaats

daarvan concentreert de Nederlandse steun aan de WHO zich voornamelijk op onderdelen daarvan, te weten de BZ-prioriteit SRGR en de VWS-prioriteit AMR.

Nederland was gedurende de gehele evaluatieperiode een relatief grote donor van de WHO. Het is in principe voorstander van ongeoormerkte financiering aan VN-instellingen en roept regelmatig andere lidstaten op om bij te dragen aan de CVCA. Het aandeel van de ongeoormerkte Nederlandse bijdragen aan de WHO is echter teruggelopen van bijna 60 procent van de totale bijdrage in 2011 naar 50 procent in 2015. Hiermee lijkt Nederland een dubbele boodschap af te geven. Het heeft geen geoormerkte bijdrage gegeven voor de WHO-programma's voor crisisparaatheid of het opbouwen van nationale gezondheidssystemen.

3

De Ebola-uitbraak en haar nasleep

Dit hoofdstuk gaat over de ontwikkeling van de Ebola-uitbraak en de aanpak ervan door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en de internationale gemeenschap – inclusief Nederland. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een korte beschrijving van de uitkomsten van de speciale Ebolasessie van de Executive Board (EB) van de WHO in januari 2015 en van de Ebolaresolutie die tijdens deze bijeenkomst is aangenomen.

3.1 De ontwikkeling van de Ebola-uitbraak

Op 23 maart 2014 meldt de WHO op haar website *Disease Outbreak News* het eerste officiële Ebolageval in Guinee. Later erkent ze dat het eerste geval waarschijnlijk al van december 2013 dateert.²⁶ Op 25 maart 2014 verklaart de WHO de uitbraak tot een *Grade 2 emergency* en worden experts gemobiliseerd – onder andere via het Global Outbreak Alert and Response Network (GOARN)²⁷ – om het ministerie van Gezondheid in Guinee te ondersteunen. De WHO werkt ook samen met Artsen zonder Grenzen (AzG) bij het opzetten van isoleerfaciliteiten en het transport van kweekmateriaal van verdachte gevallen naar internationale laboratoria. In maart en april publiceert de WHO zogenoemde *flash appeals* om donorfondsen bijeen te krijgen. Deze genereren uiteindelijk USD 7 miljoen.²⁸ De WHO ontvangt de bijdragen van de donorgemeenschap pas in juni 2014; nog geen maand later is het geld al op.

| 31 |

Nederland reageert in eerste instantie niet op de oproepen van de WHO om een bijdrage te geven voor de bestrijding van de Ebola-uitbraak. Uit interviews blijkt dat het uitblijven van de reactie meerdere oorzaken had. Zo was er aanvankelijk maar weinig oog voor de omvang van de ramp en was het vertrouwen in de operationele capaciteit van de WHO op het gebied van crisisrespons gering. Bovendien verkeerde Nederland net als veel andere donoren in de veronderstelling dat het Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA) van de VN wel in zou springen.²⁹ Dat het Nederlandse noodhulpbudget in het tweede kwartaal van 2014 was uitgeput door de veelheid aan andere (humanitaire) crises, is eveneens genoemd als verklaring voor de late reactie. Pas in september 2014 leverde Nederland een bijdrage van EUR 5 miljoen aan de *WHO Ebola Response Roadmap*. Wel steunde Nederland al vóór augustus 2014 het werk van AzG en het Rode Kruis tijdens de Ebola-uitbraak. Daarnaast heeft het in

²⁶ 'The first known case of Ebola was a young boy who died in Guinea, close to borders with Liberia and Sierra Leone, on 28 December 2013.' Bron: WHO (2014e: 4).

²⁷ Dit is een 'technical collaboration of existing institutions and networks that pool human and technical resources for the rapid identification, confirmation and response to outbreaks of international importance' (Department of Global Capacities Alert and Response 2013: 20).

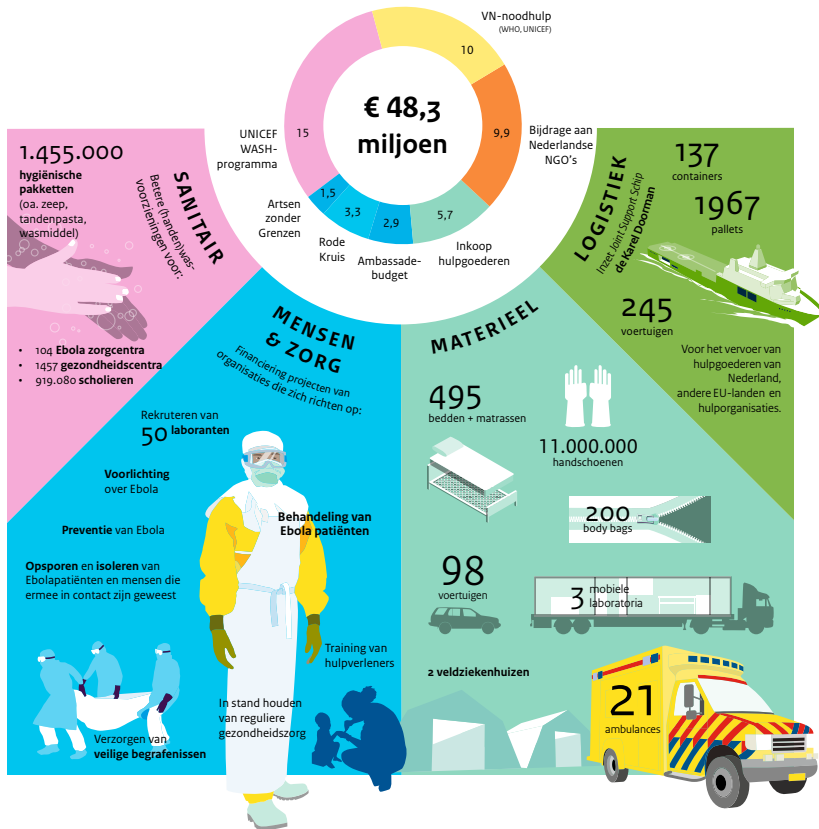
²⁸ De Ebola-uitbraak is overigens niet de enige crisis in deze periode. De WHO ziet zich op dat moment geconfronteerd met in totaal 40 (deels langdurige) noodsituaties. Naast uitbraken van ziekten als cholera, avian influenza A (H7N9) en het MERS-virus gaat het om *Grade 3*-crises zoals die in Irak, de aardbeving in Nepal, Syrië, de Centraal Afrikaanse Republiek en Zuid-Soedan. Deze veelheid aan crises heeft serieuze gevolgen voor de capaciteit van de WHO om enerzijds landen bij te staan bij de versterking van hun gezondheids-crisismanagement en anderzijds om de eigen organisatie voor te bereiden op dergelijke crises. Met andere woorden, 'WHO has "never been so overstretched"' als op het moment van de Ebola-crisis. Bron: Horton (2015).

²⁹ OCHA is onderdeel van het VN-secretariaat en is ingesteld om de samenwerking tussen VN-organisaties onderling en die van de VN met andere hulporganisaties te coördineren.

natura bijgedragen aan de bestrijding van de uitbraak, onder andere door de Karel Doorman in te zetten (zie ook figuur 3.1).

Figuur 3.1 De Nederlandse inzet bij de aanpak van de Ebola-uitbraak

Nederlandse inzet tegen Ebola



Bron: Frédéric Ruys | Visualism (2015).

Het Ebolavirus heeft zich dan inmiddels over Guinee, Liberia en Sierra Leone verspreid, en in mindere mate in de omliggende landen Niger, Nigeria en Senegal.³⁰ In juli 2014 zijn er 1.406 Ebolagevallen geconstateerd en zijn er 742 doden te betreuren. In diezelfde maand schaalde de WHO de uitbraak op naar een *Grade 3 emergency*. Ook stelt ze een subregionaal coördinatiecentrum in Conakry in en lanceert ze het *Ebola Outbreak Response Plan*. De financieringsverzoeken beginnen dan ook meer geld te genereren: eind juli 2014 is er USD 103 miljoen opgehaald. Een deel daarvan komt van het *Central Emergency Response Fund* (CERF),³¹ één van de eerste donoren. De fondsen van het CERF zijn echter geoomerkt voor specifieke levensreddende activiteiten. Dit betekent dat de WHO hier pas aanspraak op kan maken wanneer er sprake is van een *Level 3 emergency* volgens het systeem van de Verenigde Naties (VN), een niveau dat weer afwijkt van een *Grade 3 emergency* volgens het WHO-systeem. En dat terwijl het juist essentieel is dat geld tijdig beschikbaar komt om te voorkomen dat een noodsituatie verder escaleert, namelijk van niveau 2 naar niveau 3.

Op 8 augustus 2014 verklaart de directeur-generaal (DG) van de WHO de Ebola-uitbraak tot een 'wereldwijde noodsituatie voor de volksgezondheid' onder de *International Health Regulations* (IHR; zie tekstbox 3.1). Dan zijn de eerste Amerikaanse en Spaanse patiënten met Ebola inmiddels uit de regio geëvacueerd. Zoals het High-level Panel van de VN dan stelt: '*(the) arrival of Ebola in the developed world sparked growing global media attention to the disease.*'³²

Tekstbox 3.1 De IHR en de relatie met wereldwijde noodsituaties voor de volksgezondheid

De IHR die in 2005 zijn ondertekend en van kracht zijn sinds 2007, vormen het enige internationale instrument dat specifiek is gericht op het voorkomen en controleren van de internationale verspreiding van ziekten zonder het internationale (handels) verkeer onnodig te belemmeren.³³ De IHR bieden een juridisch kader om maatregelen te kunnen nemen om de internationale volksgezondheid te beschermen en zijn bindend voor alle 194 lidstaten van de WHO. Ze beogen enerzijds staten te stimuleren om de uitbraak van ziekten en gebeurtenissen met een internationaal gezondheidsrisico te melden – zonder mogelijke economische consequenties. Anderzijds verplichten ze de internationale gemeenschap om grensoverschrijdende gezondheids crises te voorkomen en adequaat op te treden bij noodsituaties die een bedreiging kunnen vormen voor de mondiale volksgezondheid. De IHR vormen een erkenning dat de internationale

³⁰ In Senegal en Nigeria is de uitbraak al in oktober 2014 voorbij.

³¹ Het CERF is het Gemeenschappelijke Noodhulpfonds van de VN. Het is een centraal fonds op mondiaal niveau dat exclusief voor VN-organisaties is bestemd en dat wordt beheerd door OCHA. Het CERF is in de loop der jaren de grootste donor geworden van de *emergency response*-activiteiten van de WHO (USD 95 miljoen in 2013-2014 voor 48 landen). Deze financiering is essentieel voor: (i) een snelle start van activiteiten na een natuurramp; (ii) een tijdige respons in geval van de uitbraak van besmettelijke ziekten; en (iii) de aanpak van gezondheidsproblemen in conflictsituaties. Bron: WHO (2015h: x-33).

³² High-level Panel on the Global Response to Health Crises (2016: 23).

³³ De IHR uit 2005 vervangen die uit 1969 (voor de verschillen tussen 2005 en 1969, zie WHO 2008: 11). Zij zijn na ruim een decennium van onderhandelingen in 2005 aanvaard en sinds 15 juni 2007 van kracht.

volksgezondheid afhankelijk is van de goede en tijdige beheersing van volksgezondheidsrisico's, die weer onlosmakelijk is verbonden met de kwaliteit en effectiviteit van zowel de nationale capaciteit als de internationale en intersectorale samenwerking op dit terrein.

In het kader van de IHR heeft de WHO een taak bij: (i) het ondersteunen van landen bij de beoordeling van bestaande nationale publieke gezondheidsstructuren en -middelen en bij de opbouw van de vereiste kerncapaciteiten voor surveillance en respons; (ii) het coördineren van wereldwijd toezicht en de wereldwijde beoordeling van aanzienlijke gezondheidsrisico's en de verspreiding van informatie over gezondheidsgerelateerde zaken; (iii) het aanbieden van assistentie bij het beoordelen of controleren van gebeurtenissen op het gebied van de volksgezondheid; (iv) het bepalen of een gebeurtenis als een wereldwijde noodsituatie voor de volksgezondheid kan worden geclassificeerd; en (v) het ontwikkelen van maatregelen en adviezen voor lidstaten om toezicht te houden op een wereldwijde noodsituatie voor de volksgezondheid, en deze te voorkomen en te beheersen.

Een wereldwijde noodsituatie voor de volksgezondheid in het kader van de IHR is 'an extraordinary event which is determined to constitute a public health risk to other States through the international spread of disease and to potentially require a coordinated international response.' Op advies van het IHR Emergency Committee roept de DG van de WHO zo'n situatie uit.³⁴ Sinds 2007 is dit vier keer gebeurd: in 2009 (H1N1-griep пандеміe en een polio-uitbraak), in 2014 (Ebola) en in 2016 (Zika). Het IHR Emergency Committee bestaat uit internationale experts op het gebied van bijvoorbeeld vaccinontwikkeling en epidemiologie.³⁵ Ze komen uit een aparte expertpool, die daarvoor in 2007 in het leven is geroepen, en, waar nodig, uit andere adviesgroepen en comités van de WHO. De kritiek van het eerste IHR Review Committee uit 2011 leidde tot een herziening van de procedures voor de benoeming van experts om potentiële belangenverstremming te voorkomen. In tegenstelling tot wat in 2009 het geval was bij de H1N1-pandemie, worden tegenwoordig de namen en functies van de experts gepubliceerd op de website van de WHO. Dit gebeurt ook met andere informatie die kan duiden op mogelijk belangenverstremming.

³⁴ De taken van het IHR Emergency Committee zijn: (i) het beoordelen of een *event* inderdaad een wereldwijde noodsituatie voor de volksgezondheid betreft; (ii) het formuleren van tijdelijke aanbevelingen aan het getroffen land of andere landen om de internationale verspreiding van ziekten te voorkomen of te beperken zonder het internationale (handels)verkeer onnodig te belemmeren; en (iii) het adviseren over de beëindiging van een mondiale noodsituatie voor de volksgezondheid.

³⁵ Deze selectie is primair gebaseerd op technische kwalificaties en ervaring waarbij het streven is dat de leden 'have the broadest possible geographical representation, and reflect diverse knowledge, practical experience and approaches. Achieving gender balance is also a desirable aim'. Bron: WHO (undated).

Na het uitroepen van de wereldwijde noodsituatie voor de volksgezondheid wordt de internationale gemeenschap wakker geschud. Wanneer ook de VN zich in de financieringsdiscussie mengt, wordt meer geld toegezegd.³⁶ Eind augustus 2014 staat de teller op USD 490 miljoen. Ook nu duurt het echter enkele maanden voordat de toegezegde bedragen binnenstromen bij de WHO. Het Verenigd Koninkrijk (VK), de Verenigde Staten (VS), Cuba en China kondigen aan dat zij (militair) gezondheidspersoneel naar de getroffen landen zullen sturen. Tegelijkertijd stellen tientallen landen en bedrijven reis- en handelsbeperkingen in en stoppen veel luchtvaartmaatschappijen met hun vluchten naar de getroffen regio. Deze acties gaan regelrecht in tegen de aanbevelingen van de WHO om af te zien van dergelijke maatregelen en de waarschuwingen van de VN-Veiligheidsraad over de mogelijke gevolgen ervan.

Voor de aanpak van de Ebola-uitbraak formuleert de WHO een *Ebola Response Roadmap*, met daarin een strategie om de uitbraak zo snel mogelijk te stoppen. De nadruk ligt bij het opschalen van behandelcentra, het traceren van contact met mogelijke besmette personen en gemeenschapsvoorlichting om te zorgen voor veilige begrafenissen en gedragsverandering om het aantal nieuwe gevallen een halt toe te roepen. Voor een overzicht van de inzet van de WHO bij de uitvoering van deze maatregelen, zie tekstbox 3.2.³⁷

Tekstbox 3.2 Voorbeelden van de inzet van de WHO bij de bestrijding van de Ebola-uitbraak

Met financiering van onder andere Nederland, Duitsland, de Europese Unie (EU) en Canada heeft de WHO gezorgd voor en bijgedragen aan:

- de publicatie van 45 technische instructies, waaronder richtlijnen voor gezondheidswerkers in de Ebolaklinieken, voor persoonlijke beschermende uitrustingen, voor laboratoriumprocedures, het opsporen van contact met besmette personen, veilige begrafenissen en afvalverwerking.
- training op het gebied van onder andere infectiebeheersing, gezondheid en veiligheid op de werkplek, het beheer van klinieken en veilige begrafenissen, versterking van dienstverlening, fondsenwerving en ketenbeheersing en assistentie bij toezicht, epidemiologie, het opsporen van nieuwe gevallen, het opsporen van contacten van besmette personen, informatiemanagement en epidemiologische analyses.
- Midden april 2015 zijn er meer dan 700 WHO-stafleden verspreid over meer dan 60 locaties (inclusief de 60 gespecialiseerde *Ebolabehandelingseenheden* en de meer dan 60 *Ebolagemeenschapsbehandelcentra*) in de regio werkzaam. Daarnaast heeft de WHO een coördinerende rol bij de plaatsing van meer dan 230 experts bij 26 mobiele laboratoria via het zogenoemde *Emerging and Dangerous Pathogens Laboratory Network* (EDPLN) van GOARN.

³⁶ Eind januari 2015 belopen de comittingen USD 5 miljard, al is niet duidelijk welk aandeel daarvan daadwerkelijk voor de Ebolabestrijding in de betrokken landen is. Eind 2015 was nog maar een derde daarvan daadwerkelijk uitgegeven, en wie wat heeft ontvangen en voor welke taken blijft een 'opaque puzzle'. Bron: Moon et al. (2015: 2207, 2211). Volgens DuBois et al. (2015: 19): 'Despite huge pledges by donors, payment was late or below expectations, or funds did not arrive at all'.

³⁷ WHO (2014c); WHO (2014d); WHO (2015d); WHO (2015c: 8); A68/23 (2015: 5); A68/6 (2015: 9); EB138/23 (2016: 5).

De internationale gemeenschap is er echter niet gerust op. De secretaris-generaal (SG) van de VN schrijft op 17 september 2014 in twee identieke brieven aan de voorzitters van de VN-Veiligheidsraad en van de Algemene Vergadering van de VN dat de situatie is geëscaleerd van een gezondheids crisis naar een humanitaire ramp. De problemen in de drie meest getroffen landen zijn inderdaad legio: hun gezondheidssystemen beschikken over onvoldoende menskracht, financiën, middelen, logistiek en infrastructuur en capaciteit voor dataverzameling en analyse voor preventie, behandeling en controle.³⁸ Ook voldoet geen van de drie landen aan de vereisten van de IHR (zie tekstbox 4.1),³⁹ is de aanpak van de Ebola-uitbraak te weinig gecoördineerd, verloopt de samenwerking tussen partijen moeizaam en is er onvoldoende bewustzijn en begrip onder de bevolking over de ziekte. Dit laatste leidt tot angst, paniek, ontkenning en verzet tegen interventies. De uitbraak is bovendien moeilijk in te dammen door de klinische eigenschappen van het virus⁴⁰, de stedelijke context, het gebrek aan vertrouwen in het gezondheidssysteem en het wijdverspreide wantrouwen onder de bevolking tegenover de overheid.

Op 18 september 2014 bepaalt de VN-veiligheidsraad dat de Ebola-uitbraak een bedreiging is voor de internationale vrede en veiligheid. Resolutie 2177 wordt unaniem aanvaard en gesteund door 134 lidstaten, waaronder Nederland. Het is de eerste keer dat een ziekte-uitbraak tot een dergelijke respons leidt. Een dag later neemt de Algemene Vergadering Resolutie 69/1 aan om de uitbraak te bestrijden en roept de SG van de VN een speciale VN-missie in het leven: de United Nations Mission for Ebola Emergency Relief (UNMEER).⁴¹ Vanaf oktober 2014 werken de WHO, non-gouvernementele organisaties (ngo's), financiële instellingen, stichtingen, de Global Alliance for Vaccines and Immunizations (GAVI), overheden en onderzoeksinstituten ook samen aan een vaccin tegen Ebola.⁴² Ondanks de toenemende internationale aandacht woedt de uitbraak voort. Eind november 2014 zijn er 15.901 gevallen geconstateerd, waarvan 5.674 doden. Dit aantal loopt uiteindelijk op tot 28.602 gevallen, waarvan het aantal doden in Guinee, Liberia en Sierra Leone in januari 2016 11.301 bedraagt. Hoewel het aantal nieuwe gevallen dan inmiddels sterk is teruggebracht en de geografische spreiding is verminderd, waarschuwt de WHO voor het risico van persistentie van het virus. De uitbraak heeft de drie meest getroffen landen dan ook al voor zo'n USD 2,2 miljard aan economische schade berokkend; dit is gelijk aan 16 procent van hun gezamenlijke bruto nationaal product (bnp).

³⁸ Verwezen wordt naar 'the fragility of health systems in the region and the importance of the International Health Regulations (2005) core capacities, which remain inadequate in the majority of countries worldwide'. WHO (2015b: 5). Zie ook A68/6 (2015: 9); WHO (2014f: 1); WHO (2015c: 13); en DuBois et al. (2015: v, 9-14).

³⁹ WHO (2014e: 3, 10). DuBois et al. (2015: v, 13) verwijzen naar de afhankelijkheid van de gezondheidssystemen van externe hulp die wordt gekarakteriseerd door 'vertical funding, narrow bands of attention and progress (such as the MDGs) and tangible impacts (such as building clinics or training staff), creating 'silos that overlook the broader needs of health systems'.

⁴⁰ Zie ook: het interview met een hoogleraar klinische virologie van het Erasmus medisch centrum in een artikel in *Vice Versa* in 2014. Aleman (2014).

⁴¹ UNMEER is opgeheven in juli 2015 en vervangen door het Interagency Collaboration on Ebola, met een regierol voor de WHO.

⁴² Rapportage maakt duidelijk dat de WHO twee *High-level meetings on Ebola vaccine access and financing* organiseert (oktober 2014, januari 2015). GAVI kondigt aan voldoende geld beschikbaar te zullen stellen (USD 300 miljoen) voor de aankoop van ongeveer 12 miljoen doses van het vaccin. De WHO speelt hierin ook een rol. In januari 2015 melden onderzoekers de positieve resultaten van een experimenteel Ebolavaccin.

3.2 De speciale zitting van de Executive Board en de Ebolaresolutie

In januari 2015 organiseert de WHO een speciale EB-sessie over Ebola.⁴³ Een aantal landen, waaronder de EU-lidstaten, komt bij die gelegenheid met een conceptresolutie getiteld *'Ebola: ending the current outbreak, strengthening global preparedness and ensuring WHO capacity to prepare for and respond to future large-scale outbreaks and emergencies with health consequences'*.⁴⁴ Deze resolutie wordt op 25 januari 2015 aangenomen. Ze bevestigt het essentiële belang van goede en betaalbare nationale gezondheidssystemen, die in staat zijn om uitvoering te geven aan de IHR en die gezondheids crises kunnen helpen voorkomen en bestrijden. Ze roept de lidstaten op de versterking van gezondheidssystemen in ontwikkelingslanden te steunen, evenals de opbouw van lokale en regionale piekcapaciteit voor de inzet bij noodsituaties en de uitbraak van ziekten en de versterking van nationale capaciteiten voor het beheersen van gezondheids crises. De resolutie onderkent het belang van een effectieve en gecoördineerde responscapaciteit en onderstreept verder het constitutionele mandaat van de WHO bij: (i) de bestrijding van noodsituaties en de rol van de WHO in *emergency preparedness and response*; (ii) de zorg voor een tijdige reactie op humanitaire noodsituaties met gevolgen voor de volksgezondheid; en (iii) de implementatie van de IHR. Voorts vraagt de resolutie de WHO om de eigen operationele noodhulpcapaciteiten te versterken voor het beter uitvoeren van het mandaat. Nodig zijn: (i) een betere, effectievere en meer gecoördineerde responscapaciteit op alle niveaus van de WHO; en (ii) maatregelen om de capaciteit van de regionale en landenkantoren te versterken, vooral in zogenoemde risicolanden. De WHO wordt ook opgeroepen met voorstellen te komen om de aanbevelingen van de IHR Review Committee van 2011 uit te voeren. Deze zijn dan namelijk nog maar gedeeltelijk opgevolgd. De aanbeveling over het opstellen van richtlijnen voor de paraatheid bij pandemieën is wel opgevolgd, in de vorm van het *Pandemic Influenza Preparedness Framework* uit 2011 en het *Emergency Response Framework* (ERF) uit 2013. Er is echter weinig gedaan met de aanbevelingen om een *Global, Public Health Reserve Workforce* en een noodfonds (zie verder hoofdstuk 5) in te stellen, zodat de WHO voldoende mankracht en geld heeft om in de toekomst uitbraken van ziekten en gezondheids crises sneller het hoofd te kunnen bieden. Ook is weinig gedaan met de eerdere aanbevelingen over de relaties met de GOARN-leden, de leden van het Global Health Cluster (zie tekstbox 3.3) en andere VN-organisaties. Specifiek vraagt de resolutie ook om meer voortgang in de hervorming van het personeelsbeleid van de WHO, en dan vooral op het punt van de selectie en aanstelling van WHO-landenvertegenwoordigers.

⁴³ Daarnaast schrijven Bondskanselier Merkel van Duitsland, premier Solberg van Noorwegen en president Dramani van Ghana in februari 2015 een gemeenschappelijke brief aan de SG van de VN, waarin ze vragen om een *'in-depth lessons learned process'* en *'the commissioning of a report on how to strengthen the international crisis management system, in particular in the health area'*, gebruik makend van de ervaringen van Ebola. Deze review zou moeten kijken naar zaken als het mobiliseren van mensen en financiële middelen, het verstrekken van medische apparatuur, de organisatorische en beheersmatige aspecten en de ontwikkeling van medicijnen en vaccins voor verwaarloosde tropische ziekten.

⁴⁴ EBSS/3/CONF./1REV.1 (2015: 1, 2, 7).

Tekstbox 3.3 *Principes van het Global Health Cluster van de VN*

Het humanitaire systeem van de VN kent sinds 2005 een zogenoemde clusterbenadering, met elf clusters die elk verantwoordelijk zijn voor een bepaald hulponderdeel. De WHO is de leidende organisatie van het Global Health Cluster, zowel mondiaal als op landenniveau.⁴⁵ Dit cluster omvat meer dan 40 internationale organisaties, waaronder het directoraat-generaal Humanitaire hulp en civiele bescherming (ECHO) van de Europese Commissie, het Department for International Development (DFID) van het VK, de Johns Hopkins University, VN-organisaties zoals de VN-vluchtelingenorganisatie (UNHCR), de VN-kinderrechtenorganisatie (UNICEF) en het Wereldvoedselprogramma (WFP), de internationale federatie van Rode Kruis- en Halve Maanverenigingen en ngo's als CARE en Médecins du Monde. Als een gezondheidscluster wordt ingesteld⁴⁶ – dat gebeurde in de periode 2005-2015 in 40 landen – dan is het de taak van de WHO om gezondheidszorg te verlenen en te coördineren, de behoefte aan gezondheidszorg te inventariseren, steun te verlenen bij de planning, ontwikkeling en monitoring van gezondheidsstrategieën, te zorgen voor resultatenrapportages en, waar nodig, voor noodplanning en capaciteitsopbouw. Als clusterleider fungeert de WHO ook als laatste noodleverancier. Ze heeft daarmee een tweeledige rol: het beheren van het gezondheidscluster en het uitvoeren van de eigen technische functies op het gebied van beleidsadvisering en gezondheidsinformatiebeheer. Het hoofd van het WHO-landenkantoor vertegenwoordigt het gezondheidscluster in het humanitaire landenteam.

| 38 |

In de Ebolaresolutie wordt de DG van de WHO verder gevraagd om drie verschillende maar gerelateerde adviesgroepen in te stellen:

- 1) een panel van externe onafhankelijke experts, die een tussentijdse beoordeling geven van de manier waarop de WHO met de Ebola-uitbraak is omgegaan. Het Ebola Interim Assessment Panel, onder voorzitterschap van Dame Barbara Stocking, wordt in maart 2015 aangesteld. Op 8 mei 2015 presenteert de DG het eerste panelrapport aan de 68^e World Health Assembly (WHA). Het eindrapport verschijnt op 7 juli 2015, de reactie van de WHO in augustus.⁴⁷
- 2) een derde IHR Review Committee, met als opdracht advies te geven over het functioneren van de IHR.⁴⁸ Gebaseerd op een voorstel van de WHO neemt de 68^e WHA in mei 2015 het besluit dit comité officieel aan te stellen.⁴⁹ Het comité zal in mei 2016 aan de WHA rapporteren.

⁴⁵ Een cluster is een groep van organisaties en instellingen die aan elkaar zijn gerelateerd op basis van hun mandaat en die samenwerken om gemeenschappelijke doeleinden te realiseren. Men streeft daarbij naar tijdigheid, effectiviteit, en voorspelbaarheid en verbetering van accountability en leiderschap.

⁴⁶ WHO (2015e: 21-22); A65/25 (2012: 2-3).

⁴⁷ A68/25 (2015).

⁴⁸ EBSS/3/CONF./1REV.1 (2015: 9); WHO (2015a: 1).

⁴⁹ A68/51. Rev 1 (2015); A68/A/CONF./5 (2015); A68/DIV./3 (2015); A68/10 (2015).

- 3) een groep van externe experts, die de DG adviseren over de nodige noodhervormingen van de WHO zodat de organisatie de aanpak van ziekte-uitbraken en gezondheids crises kan verbeteren.⁵⁰ Tijdens de WHA in mei 2015 geven de lidstaten hun instemming en in juli 2015 wordt de Advisory Group on Reform ingesteld. Deze groep staat onder leiding van de voormalige speciale Ebolagezant David Nabarro. Een eerste rapport verschijnt in november 2015. Het eindrapport wordt in januari 2016 uitgebracht.

Nederland is één van de lidstaten die aandringen op het aanstellen van het Ebola Interim Assessment Panel, om zo een snelle duiding te krijgen van de belangrijkste problemen tijdens de Ebola-uitbraak. Andere lidstaten willen liever het rapport afwachten van de IHR Review Committee en van het VN-brede High-level Panel, dat ook is ingesteld. Nederland erkent het belang van deze rapporten maar wil voorkomen dat het gevoel van urgentie na verloop van tijd afneemt. De Ebola-uitbraak had immers duidelijk gemaakt dat veel van de problemen bij de WHO al ten tijde van de H1N1-pandemie bekend waren, maar juist door de lange periode tussen het uitbreken van de pandemie in 2009 en het verschijnen van het rapport van de IHR Review Committee in 2011 was de aandacht hiervoor volgens Nederland al snel verdwenen.

3.3 Conclusies en reflecties

De Ebola-uitbraak heeft aangetoond dat de wereld slecht is voorbereid om adequaat te reageren op grote grensoverschrijdende ziekte-uitbraken en om minder ontwikkelde landen zoals Guinee, Liberia en Sierra Leone te helpen bij het bestrijden daarvan. Tegelijkertijd maakt het High-level Panel van de VN in zijn rapport duidelijk dat – ondanks alle uitdagingen – de internationale reactie op de Ebola-uitbraak, in combinatie met een gedragsverandering in de getroffen landen, uiteindelijk heeft geleid tot een stop van de exponentiële verspreiding van Ebola.⁵¹

De uitbraak heeft ook duidelijk gemaakt dat de effectiviteit van de IHR op het gebied van de mondiale volksgezondheid beperkt is, mede door de ongelijke vorderingen met de opbouw van lokale capaciteit en gezondheidssystemen. De effectiviteit van de IHR is verder beperkt door de reis- en handelsbeperkingen die zijn ingesteld, dit in weerwil van de IHR-bepalingen, de aanbevelingen van het IHR Emergency Committee en de VN-Veiligheidsraad.

In de Ebolaresolutie van januari 2015 worden deze problemen breed erkend. De onderliggende oorzaken komen uitgebreid aan de orde in het rapport van het Ebola Interim Assessment Panel en de andere rapporten, zoals het recente rapport van het High-level Panel. De bevindingen hiervan komen in het volgende hoofdstuk aan de orde.

⁵⁰ EBSS/3/CONF./1REV.1 (2015: 9).

⁵¹ High-level Panel (2016: 23-24).

4

De bevindingen over de aanpak van de Ebola-uitbraak

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van de conclusies over de manier waarop de WHO de Ebola-uitbraak heeft aangepakt. De volgende, in 2015 en begin 2016 verschenen, rapporten liggen hieraan ten grondslag:

Publicatiedatum	Titel	Auteurs
Maart 2015	<i>Report of the Review Committee on Second Extensions for Establishing National Public Health Capacities and on IHR Implementation</i>	Second IHR Review Committee
Juli 2015	<i>Final report of the Ebola Interim Assessment Panel</i>	Ebola Interim Assessment Panel
November 2015	<i>Second Report of the Advisory Group on Reform of WHO's Work in Outbreaks and Emergencies</i>	Advisory Group on Reform of WHO's Work in Outbreaks and Emergencies
November 2015	<i>Will Ebola change the game? Ten essential reforms before the next pandemic</i>	Harvard-LSHTM Independent Panel on the Global Response to Ebola
Januari 2016	<i>Protecting Humanity from Future Health Crises</i>	High-level Panel on the Global Response to Health Crises
Januari 2016	<i>The Neglected Dimension of Global Security. A framework to counter infectious disease crises</i>	Commission on a Global Health Risk Framework for the Future, National Academy of Sciences

4.1 Kritiek op de aanpak van de crisis

De auteurs van de bestudeerde rapporten zijn het erover eens dat de WHO en de internationale gemeenschap laat waren met hun reactie op de Ebola-uitbraak en dat dit heeft geresulteerd in onnodig lijden en meer dan 11.000 sterfgevallen. Ook was de economische impact voor de drie meest getroffen landen, Guinee, Liberia en Sierra Leone, groot. De aanpak heeft er bovendien toe bijgedragen dat mensen in de getroffen landen hun vertrouwen in de nationale en internationale gezondheidsinstellingen verder verloren. De trage reactie wordt mede verklaard doordat de internationale gemeenschap en de lokale gezondheidsmedewerkers pas laat begrip hadden voor de lokale context en de aard van de Ebola-uitbraak, terwijl ook experts de risico's van de uitbraak onderschatten. Sommige nationale overheden (en de Wereldgezondheidsorganisatie, WHO) waren er aanvankelijk van overtuigd dat de uitbraak snel onder controle zou zijn, bagatelliseerden de ernst ervan en vroegen niet om buitenlandse hulp. En alle nationale overheden waren ongerust over de economische en handelsimplicaties in het geval een mondiale noodsituatie voor de volksgezondheid zou worden afgekondigd. Hierdoor verliepen de onderhandelingen met de getroffen landen over die afkondiging moeizaam.

De diverse reviews en rapporten wijzen op gebrekkige relaties met en onvoldoende betrokkenheid van de lokale gemeenschappen en de lokale leiders bij de aanpak van de uitbraak. Uitgezonden experts wisten niet goed hoe om te gaan met lokale gewoonten en praktijken en met het diepgewortelde wantrouwen in de overheid, dat mede was gevoed door jaren van burgeroorlog. Het inzicht dat de overdracht van het virus alleen onder controle kon worden gebracht wanneer er tegelijkertijd toezicht is, voldoende betrokkenheid van lokale gemeenschappen en de juiste gezondheidszorg, groeide maar langzaam.⁵² Slecht functionerende lokale gezondheidssystemen en onvoldoende nationale en internationale investeringen in die systemen worden geïdentificeerd als belangrijke oorzaken voor de Ebola-uitbraak en de omvang daarvan.

Slecht functionerende lokale gezondheidssystemen

Na jaren van burgeroorlog en verwaarlozing waren de gezondheidssystemen van de drie meest getroffen landen onvoldoende toegerust om ziekte-uitbraken te identificeren, te monitoren en te bestrijden of te voorkomen. Deze landen ontbeerden de benodigde financiën, mensen, middelen en infrastructuur. Hierdoor beschikten ze evenmin over de kerncapaciteiten die de *International Health Regulations* (IHR) vereisten, namelijk 'to detect, assess, notify and report events in accordance with the Regulations; and the capacity to respond promptly and effectively to public health risks and public health emergencies of international concern, respectively' (zie tekstbox 4.1).⁵³ Zo kon het virus zich drie maanden lang onopgemerkt verspreiden en waren de data over de verspreiding niet accuraat en onbetrouwbaar.

| 42 |

Tekstbox 4.1 IHR -kerncapaciteiten voor rampenparaatheid en -respons

De IHR verplicht lidstaten ertoe bepaalde kerncapaciteiten te hebben op het gebied van onder andere wetgeving, risicocommunicatie en paraatheid voor noodsituaties. De deadline voor het op orde hebben van deze capaciteiten was juni 2012. De capaciteiten moeten lidstaten in staat stellen om gebeurtenissen te signaleren, te beoordelen, hierover te rapporteren⁵⁴ en snel en effectief op te treden in het geval

⁵² Het belang van samenwerking met lokale gemeenschappen en van meer begrip van de sociale en culturele context wordt ook benadrukt in verschillende verklaringen van het IHR Emergency Committee, in verslagen van de bijeenkomsten van de WHO Advisory Group on Reform (2016) en in Moon et al. (2015: 2207).

⁵³ WHA-resolutie 58.3 (2005). De algemene verplichtingen daarbij zijn opgenomen in Artikel 5.1, 13.1, en 44.1 en Annex 1A. Samenvattend rapporteert de VN in 2016 als volgt: 'The Ebola response demonstrated that the inadequate implementation of national obligations under the IHR, weak health systems, governance challenges, and poor engagement with communities hampered the ability of national authorities to stem the spread of the virus'. Bron: High-level Panel on the Global Response to Health Crises (2016: 8).

⁵⁴ Daarbij bevat Annex 2 de criteria om te bepalen of een 'event' aan de WHO moet worden gerapporteerd. Er zijn 'two basic categories of events which must be notified', i.e. 'all events that fulfill any two of four situational public health criteria specified below', en 'any event involving one or more cases of four specific diseases (Small pox, SARS, Human Influenza caused by a new subtype, Poliomyelitis due to wild-type poliovirus), irrespective of the context in which they occur'. Bron: WHO (2008: 13-14).

van situaties waarin de volksgezondheid wordt bedreigd.⁵⁵ Ook zijn landen verplicht om antwoord te geven op verzoeken van de WHO om officiële rapporten te verifiëren en te communiceren over gebeurtenissen die een mondiale noodsituatie voor de volksgezondheid kunnen zijn. Lidstaten zijn verder verplicht om nationale IHR *focal points* in te stellen.

Sinds mei 2008 zijn de lidstaten verplicht om jaarlijks te rapporteren over de stand van zaken bij de uitvoering van de IHR. Voor deze rapportage heeft de WHO een monitoringraamwerk ontwikkeld waarin de kerncapaciteiten worden geoperationaliseerd (bijlage 4 geeft een overzicht).⁵⁶ Al snel blijkt echter dat lang niet alle lidstaten ook daadwerkelijk rapporteren over hun IHR-implementatie; met name Afrikaanse lidstaten blijven hierin achter.⁵⁷ Overigens zijn de kwaliteit en de betrouwbaarheid van de informatie over de kerncapaciteiten wisselend, omdat het rapportagesysteem geheel is gebaseerd op zelfrapportage. Daar komt bij dat al in 2010 duidelijk werd dat voor veel landen de deadline van juni 2012 niet realistisch was omdat zij te maken hadden met een scala aan problemen.⁵⁸ In december 2013 kregen 118 van de 194 landen uitstel tot juni 2014; slechts 42 staten gaven aan geen uitstel nodig te hebben.⁵⁹

- ⁵⁵ De term 'event' is een '*manifestation of disease or an occurrence that creates a potential for disease*' waarbij 'disease' duidt op '*an illness or medical condition that presents or could present significant harm to humans, irrespective of origin or source*'. WHO (2008: 11). Annex 2 van de IHR bevat een '*decision instrument*' dat lidstaten dienen te gebruiken bij hun inschatting van *public health events*. Daarvoor is een niet-verplicht '*guidance document*' gemaakt. Bron: WHO (2008).
- ⁵⁶ Dit vertegenwoordigt een '*consensus of technical expert views drawn globally from WHO Member States, technical institutions, partners, and from within WHO*'. Bron: WHO (2013b: 10). Het is niet bindend en ook geen middel om de prestaties tussen landen te vergelijken. De WHO heeft verder verschillende instrumenten, publicaties, richtlijnen, enzovoort samengebracht op de website van de IHR (<http://www.who.int/ihr>).
- ⁵⁷ In 2011 rapporteerden 126 (65 procent) van de 194 lidstaten, in 2012 waren dat er 152 (78 procent), en 122 in 2013 (62 procent).
- ⁵⁸ De voornaamste belemmeringen zijn een gebrek aan wetgeving en beleid; de nationale IHR *focal points* zijn onvoldoende toegerust om effectief leiding te kunnen geven aan de implementatie van de IHR; een gebrek aan financiering dat zich vertaalt in onder andere onvoldoende investering in nationale actieplannen, onvoldoende menskracht (zowel kwalitatief als kwantitatief); en onvoldoende laboratoriumcapaciteit (personeel, equipment, en procedures) en kwaliteitscontrole; onvoldoende samenwerking tussen de verschillende sectoren die bij ziekte-uitbraken een rol (kunnen) spelen – te veel wordt ervan uitgegaan dat alleen de gezondheidssector verantwoordelijk is voor de IHR. A65/17, Add. 1 (2012: 4-5); WHO (2012: 5); WHO (2013c: 5, 8-9); EB136/22 Add.1 (2015); EB138/19 (2016: 6). Gebrek aan richtlijnen, officiële documenten in lokale talen of alle officiële talen van de WHO en het gebrek aan middelen voor vertaling vormen een serieus obstakel voor het uitwerken van contextspecifiek trainings- en oefenmateriaal uit de praktijk. A65/17 Add. 1 (2012: 5).
- ⁵⁹ Zie EB136/22 Add 1 (2015: 4); A67/35 (2014: 4); WHO (2014b); EB136/22 Add.1. (2015: 4).

Het tweede IHR Review Committee concludeerde in 2015 dat ondanks de verbeteringen op sommige terreinen nog 81 landen een tweede verlenging nodig hadden, omdat zij nog steeds met dezelfde problemen kampten.⁶⁰ Daarnaast was er maar beperkte internationale steun om de kerncapaciteiten van deze achterblijvers te helpen opbouwen.⁶¹ Ook Nederland heeft verlenging aangevraagd, omdat de Caribische Koninkrijksdelen nog niet aan hun verplichtingen voldeden. Het IHR Review Committee concludeerde verder dat landen die om een verlenging tot 2016 hebben gevraagd, deze ook moeten krijgen. Het comité heeft verder een groot aantal aanbevelingen gedaan om de capaciteit en de kwaliteitscontrole van laboratoria, datamanagement en -rapportage en de training van gezondheidswerkers te versterken. Ook pleitte het voor verbetering van de rapportage over de kerncapaciteiten, versterking van het systeem van zelfrapportage en de overgang naar een combinatie van zelfevaluatie en onafhankelijke *peer review*. Het comité heeft specifiek aandacht gevraagd voor de fragiele staat van gezondheidssystemen in veel ontwikkelingslanden, die niet de benodigde middelen hebben.

Onvoldoende nationale en internationale investeringen in gezondheidssystemen

Uit de geraadpleegde reviews blijkt dat overheden van ontwikkelingslanden onvoldoende prioriteit hebben gegeven aan en onvoldoende hebben geïnvesteerd in de opbouw van hun eigen gezondheidssysteem.⁶² Maar ook de internationale gemeenschap heeft te weinig geïnvesteerd in de versterking van deze gezondheidssystemen. In plaats daarvan heeft zij haar middelen ingezet op de eigen, nationale beleidsprioriteiten en gefocust op specifieke onderdelen van deze systemen – waaronder seksuele reproductieve gezondheid en rechten (SRGR) en ziekten als polio en HIV/aids. De rapporten stellen ook dat de lidstaten de IHR tot nu toe onvoldoende serieus hebben genomen.⁶³ De donorgemeenschap is zich er onvoldoende van bewust dat veel ontwikkelingslanden externe steun nodig hebben om hun kerncapaciteiten onder de IHR op te bouwen. Volgens de door de Inspectie Ontwikkelingssamenwerking en Beleidsevaluatie (IOB) geïnterviewde partijen is vaak ten onrechte verondersteld dat de WHO in belangrijke mate zou kunnen volstaan met normering, standaarden en richtlijnen, en dat de lidstaten wel zelf zouden zorgen voor de implementatie daarvan.

| 44 |

4.2 De kritiek op de WHO

Het Ebola Interim Assessment Panel reserveert de grootste kritiek voor de WHO. Het komt tot de conclusie dat de WHO niet aan het haar toevertrouwde mandaat (zie tekstbox 4.2) heeft kunnen voldoen en niet de leidende rol heeft gespeeld die van haar werd verwacht. Wel wordt onderkend dat Ebola niet de enige crisis was waarmee de WHO in 2014/2015 werd geconfronteerd. Er traden meerdere acute en langdurige crises tegelijk op – van Syrië tot de

⁶⁰ Zie EB136/22 (2015) en EB136/22 Add.1 (2015) voor meer details.

⁶¹ Zie EB136/22 Add.1 (2015); A65/17 Add. 1 (2012: 4); EB136/22 Add.1 (2015: 8) en A67/35 (2014: 10).

⁶² Zie bijvoorbeeld High-level panel (2016: 33).

⁶³ The Lancet (2015). Zie ook Moon et al. (2015: 2204, 2208).

Centraal Afrikaanse Republiek. De organisatie was hierop onvoldoende voorbereid en ontbeerde de capaciteit die nodig was om een volledige noodhulprespons te kunnen leveren.⁶⁴ Duidelijk is ook dat de WHO maar in zeer beperkte mate opvolging heeft gegeven aan de aanbevelingen uit het rapport van het eerste IHR Review Committee uit 2011. De belangrijkste aanbeveling die de organisatie sindsdien wél heeft opgepakt, maar waaraan ze bij de Ebola-uitbraak niet veel had, was het zogenoemde *Pandemic Influenza Preparedness Framework*.

Tekstbox 4.2 *Het mandaat van de WHO en haar verschillende rollen*

Het statuut van de WHO geeft de organisatie het mandaat om in relatie tot rampenparaatheid en het beheersen van noodsituaties en rampen verschillende rollen te vervullen, namelijk: (i) een normerende rol; (ii) een rol bij het verlenen van technische assistentie en andere hulp bij de bestrijding van langdurige en acute noodsituaties met een gezondheidsaspect; en (iii) een rol bij het voorkomen van dergelijke situaties door steun te verlenen bij de opbouw van nationale capaciteiten, om het risico te verminderen op rampen in de gezondheidssector, en bij de opbouw van kerncapaciteiten van de IHR. Daarnaast is in de loop van de jaren een aantal WHA-resoluties aangenomen waarin deze rollen staan bevestigd.⁶⁵ Verder zijn twee resoluties, uit 1991 en 2005, van de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties (VN) van belang. Deze hebben betrekking op de versterking van de coördinatie van het humanitaire systeem van de VN en de benoeming van de WHO tot regieorganisatie van het 'Mondiale Gezondheidscluster' van het humanitaire systeem van de VN.⁶⁶ De uitwerking van de humanitaire taken is uitgebreid beschreven in verschillende beleidsdocumenten, strategische plannen en het reguliere werkprogramma van de WHO. Met name het *Emergency Response Framework* (ERF) uit 2013 is daarbij van belang (zie bijlage 4).

| 45 |

In de reviews worden verscheidene oorzaken genoemd voor de late reactie door de WHO op de Ebola-uitbraak. Zo is de WHO – ondanks het mandaat op het terrein van rampenparaatheid en het beheersen van noodsituaties en rampen – vooral een technische organisatie, die internationale normen opstelt op een breed scala van terreinen, en veel minder een uitvoeringsorganisatie. Ze heeft geen robuuste cultuur van noodoperaties. Uit door IOB gehouden interviews is gebleken dat de lidstaten in het verleden zelf ook de nadruk hebben gelegd op de normerende rol van de WHO en veel minder op het bredere mandaat, dat zich ook uitstrekt naar het daadwerkelijk voorkomen en bestrijden van ziekte-uitbraken en het optreden in humanitaire noodsituaties. De reviews wijzen tevens op een aantal structurele organisatorische en financiële problemen waarmee de organisatie te kampen heeft. Deze worden hieronder uiteen gezet.

⁶⁴ Zie Moon et al. (2015: 2206, 2216).

⁶⁵ Het betreft WHA-resolutie 46.6 (1993), WHA-resolutie 48.2 (1996), WHA-resolutie 58.1 (2005), WHA-resolutie 59.22 (2006), WHA-resolutie 64.10 (2011) en WHA-resolutie 65.20 (2012).

⁶⁶ Dit betreft resoluties 46/182 (1991) en 60/124 (2005). De *transformative agenda* die in 2010 is gelanceerd, bouwt voort op de hervorming van het humanitaire systeem van 2005.

Organisatorische problemen...

Een eerste organisatorisch probleem is de gelaagde structuur van de WHO. Met een hoofdkantoor in Genève, zes regionale kantoren, en meer dan 150 landenkantoren is de WHO een van de meest gedecentraliseerde VN-organisaties. De regionale kantoren hebben hun eigen governancestructuren en een grote mate van autonomie.⁶⁷ De regionale directeuren hebben dubbele lijnen van verantwoordelijkheid: via de Executive Board (EB) en de World Health Assembly (WHA) leggen zij verantwoording af aan de directeur-generaal (DG) en de lidstaten van de WHO, en daarnaast rapporteren ze ook aan de regionale comités. De voorzitter van het eerste IHR Review Committee was van mening dat deze structuur de mogelijkheid van de organisatie beperkt om leiding te geven aan een coherente en gecoördineerde respons ten tijde van een mondiale noodsituatie voor de volksgezondheid.⁶⁸ Ook de Ebola-uitbraak maakt duidelijk dat dit soort noodsituaties een éénduidige commandolijn vereisen. Het Ebola Interim Assessment Panel benadrukt in dit verband het belang van een duidelijke en expliciete taakverdeling tussen de verschillende niveaus van de organisatie.

Intern heeft de WHO verder te maken met een falende communicatiestrategie, naast inefficiënte management- en administratieve structuren en procedures. Zo had de WHO geen duidelijke strategie voor het omgaan met kritiek op het eigen functioneren. Tijdens de Ebola-uitbraak werd dit probleem nog versterkt door het late uitroepen van een mondiale noodsituatie voor de volksgezondheid, onduidelijke berichten op Twitter en gelekte interne documenten.

| 46 |

... en bredere samenwerking laat te wensen over

Ondanks dat de WHO herhaaldelijk is opgeroepen om vaker en beter samen te werken met andere VN-organisaties, met het bedrijfsleven en met non-gouvernementele organisaties (ngo's)⁶⁹, blijft samenwerking een chronisch probleem voor de organisatie. Volgens het rapport van het High-level Panel hebben de afwezigheid van een sterke responscapaciteit op

⁶⁷ Volgens Van de Pas & Van Schaik zijn '(coordination) and coherence between WHO headquarters and the regional offices ... a matter of concern, with fundraising and allocation not always connected to global strategic objectives' en '(the) current regional structure, with its different levels of management and performance, can be considered a key impediment to its effectiveness'. Van de Pas & Van Schaik (2014: 197).

⁶⁸ Fineberg (2014: 1339).

⁶⁹ Diverse bronnen maken duidelijk dat meer samenwerking met deze zogenoemde niet-staatelijke spelers nog altijd controversieel is. Tegelijkertijd wordt duidelijk dat deze spelers in toenemende mate essentieel zijn voor de financiering van de activiteiten van de WHO. Zo waren ze goed voor meer dan een derde van de inkomsten van de organisatie in 2012. Hieronder bevonden zich ook filantropische instellingen zoals de Bill and Melinda Gates Foundation. Al jaren wordt gepoogd te komen tot een kader met afspraken over hoe om te gaan met dergelijke spelers. Het blijft echter moeilijk om de lidstaten op één lijn te krijgen, ondanks een reeks van formele en informele consultatierondes, verschillende conceptvoorstellen en meerdere intergouvernementele bijeenkomsten in 2015. De lidstaten zien in dat de WHO haar rol moeilijk kan vervullen als ze geen relaties kan aangaan met het brede scala van niet-staatelijke actoren op het terrein van de mondiale gezondheid, maar toch blijven ze beducht voor hun invloed op het werk van de WHO, zowel via de financiering als de detacheringen. De crux is dat, zeker bij het stellen van normen en standaarden, de organisatie gevrijwaard dient te blijven van belangenverstrengeling.

het niveau van de WHO en onduidelijkheid over de taakverdeling tussen de verschillende VN-organisaties bijgedragen aan de trage reactie ten tijde van de Ebola-uitbraak.

Enkele reviewers stellen dat het bij een betere en eerdere samenwerking tussen de verschillende VN-organisaties niet nodig zou zijn geweest de United Nations Mission for Ebola Emergency Response (UNMEER) op te richten. UNMEER was weliswaar de katalysator voor politieke en financiële steun en heeft ertoe geleid dat verschillende lidstaten militaire steun inschakelden, maar de missie was geen succes als het gaat om de coördinatie van de hulp in de getroffen landen.⁷⁰ Het instellen van UNMEER betekende bovendien dat voorbij werd gegaan aan OCHA, het al bestaande VN-lichaam voor de coördinatie van noodhulp. De officiële reden hiervoor is dat de Ebola-uitbraak als louter een gezondheidscrisis werd beschouwd, waardoor het Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA) van de VN niet verantwoordelijk was voor de coördinatie van de hulp. Het afroepen van een mondiale noodsituatie voor de volksgezondheid door de WHO stond bovendien niet gelijk aan het uitroepen van een *Level 3 emergency* volgens het VN-systeem. Hierdoor kon geen gebruik worden gemaakt van de zogenoemde clusterbenadering. Ook was het niet mogelijk een beroep te doen op de noodhulpfinanciering van de VN. Volgens het Ebola Interim Assessment Panel is het ten slotte ook nog eens onduidelijk hoe een mondiale noodsituatie voor de volksgezondheid past binnen het bredere humanitaire systeem en op welk moment een ziekte-uitbraak overgaat in een humanitaire noodsituatie die een VN-systeem-brede respons vereist.⁷¹

Het inkomen en de wijze van financiering van de WHO...

Het beleid van de nominale nullijn voor de verplichte bijdragen dat al meerdere jaren VN-breed wordt gevoerd, heeft geleid tot chronische onderfinanciering van de WHO. Dit heeft de slagkracht van de WHO uitgehold terwijl de kosten van het veldwerk – vooral tijdens humanitaire operaties (logistiek, veiligheid) – de laatste jaren alleen maar zijn gestegen. Hoewel sinds 2010 al herhaaldelijk is geopperd de verplichte bijdragen te verhogen⁷², is dit beleid van nominale nulgroei onverminderd voortgezet. Daar staat tegenover dat in 2015 is besloten het programmabudget met 8 procent te laten stijgen. Deze stijging moet echter volledig uit *vrijwillige* bijdragen worden gefinancierd.

Terwijl het aandeel van de verplichte bijdragen op de totale WHO-begroting is gedaald van 40 procent in 2002-2003 tot 20 procent in 2014 (zie tabel 4.1), zijn de vrijwillige bijdragen steeds belangrijker geworden. Het leeuwendeel van die vrijwillige bijdragen is strikt geoormerkt voor onderdelen van de begroting die de lidstaten en andere donoren

⁷⁰ Zie ook Moon et al. (2015: 2210).

⁷¹ DuBois et al. stellen: *'The fact that the outbreak was framed as a health crisis rather than a humanitarian' en '(not) employing the 'humanitarian' label meant that the surge capacity, emergency funding and coordination structures typical of a large-scale disaster response were not triggered, and the formal cluster system was not activated across the board' en 'that its wider implications, for instance for education, livelihoods, protection and political stability, were downplayed or ignored'*. DuBois et al. (2015: vi, 27). Het betekent ook dat de respons zich primair richtte op gezondheidsdiensten voor het beëindigen van de Ebola-uitbraak, ten koste van andere ziekten zoals malaria. DuBois et al. (2015: 26).

⁷² De Raad van de EU vraagt de EU-lidstaten in 2010 om de geoormerkte bijdragen geleidelijk te vervangen door meer steun voor het algemene WHO-budget. Council of the European Union (2010: 3).

(zoals internationale organisaties, VN-trustfondsen, filantropische instellingen en het bedrijfsleven) het belangrijkste vinden.⁷³ Het gevolg hiervan is dat sommige populaire onderdelen van het programmabudget meer, en veelal geoordeelde, financiering krijgen, ongeacht of de WHO hiervoor het best is geïdentificeerd.⁷⁴

Tabel 4.1 Inkomsten van de WHO naar type bijdragen, 2010-2014 (in miljoenen USD en %)

	2010-2011		2012-2013		2014	
	USD	%	USD	%	USD	%
Verplichte bijdragen	1.016	21	948	19	492	19
Ongeoordeelde vrijwillige bijdragen	249	5	263	5	132	5
Geoordeelde vrijwillige bijdragen	3.308	68	3.501	72	1.970	75
Andere inkomsten	274	6	188	4	35	1
Totaal	4.847	100	4.899	100	2.629	100

Hoewel donoren eerder de portemonnee trekken voor acute noodrespons dan voor de financiering van rampenparaatheid, blijkt uit WHO-rapporten dat ook de financieringsverzoeken voor noodrespons onvoldoende geld opleveren. Van de USD 191 miljoen die de WHO in 2012 nodig had, werd slechts USD 77 miljoen ontvangen: een begrotingsgat dus van 60 procent. Dit begrotingsgat nam in omvang af naar 46 procent in 2013, maar groeide in 2014 weer, naar maar liefst 64 procent (doordat na een oproep voor USD 617 miljoen slechts USD 214 miljoen werd ontvangen). Rapportages uit 2015 en recente data uit 2016 maken duidelijk dat deze financieringsproblemen voortduren en gelden voor alle zogenoemde *Grade 3 emergencies* waarover wordt gerapporteerd.⁷⁵ Voor 2016-2017 wordt zelfs verwezen naar een tekort van meer dan USD 1,1 miljard.

| 48 |

... en de implicaties daarvan

De financiële crisis van de jaren 2008-2009 ertoe geleid dat de vrijwillige bijdragen van de lidstaten en andere donoren zijn afgenomen. Dit raakte vooral het budget voor het humanitaire werk van de WHO. Zo ontving de organisatie in de jaren 2012-2013 slechts 42 procent van de benodigde USD 107 miljoen.⁷⁶ Dit tekort heeft ook geleid tot aanzienlijke

⁷³ Ongeveer 80 procent van deze vrijwillige financiering komt van twintig donoren, inclusief elf niet-lidstaten. De top tien donoren waren in 2012-2013: VS, VK, Canada, Australië, Japan, Duitsland, Noorwegen, Frankrijk, Nederland en Zweden; en in 2014: VS, VK, Canada, Japan, Duitsland, Australië, Noorwegen, Zweden, Frankrijk en China. De top tien vrijwillige donoren waren in 2012-2013: Bill and Melinda Gates Foundation, VS, VK, GAVI Alliance, Canada, Australië, Noorwegen, EC, CERF, Duitsland; en in 2014: VS, Bill and Melinda Gates Foundation, VK, GAVI Alliance, Canada, Rotary, EC, UNDP, Noorwegen en OCHA.

⁷⁴ Zie EB126/3 (2010: 2); EB128/3 (2011: 1, 3); EB130/4 (2012: 2); EBPBAC/EXO2/2 (2012: 3-4); EB132/43 (2013: 4).

⁷⁵ Er was een aanzienlijk verschil tussen de benodigde middelen in 2015 en het aandeel dat daadwerkelijk was ontvangen in april van datzelfde jaar. Ter illustratie: de Centraal Afrikaanse Republiek had USD 63 miljoen nodig en ontving 0 procent; Zuid-Soedan had USD 16,7 miljoen nodig en ontving 16 procent; Irak had USD 120,3 miljoen nodig en ontving 0 procent; Syrië had USD 132 miljoen nodig en ontving iets meer dan 10 procent; Ebola had USD 350 miljoen nodig en ontving minder dan 65 procent.

⁷⁶ A67/40 (2014: 29).

bezuinigingen op de staf die inzetbaar is bij de ziekte-uitbraak en de respons daarop. In een intern rapport van december 2014 meldde de WHO dat van de 1.587 voor noodoperaties benodigde stafleden er maar 530 daadwerkelijk in functie waren.⁷⁷ Deze bezuinigingen reflecteren ook de eerder genoemde positie van de lidstaten en het belang dat zij hechten aan de normerende rol van de WHO.

Mede als gevolg van deze ontwikkelingen heeft de organisatie een gebrek aan capaciteit en expertise om lidstaten te kunnen ondersteunen bij het opbouwen van de kerncapaciteiten die de IHR vereist. Het High-level Panel stelt in dit verband dat de uitgaven aan capaciteit voor paraatheid, toezicht en respons voor ziekte-uitbraken met meer dan 50 procent zijn gedaald; van USD 469 miljoen in 2012-2013 naar USD 228 miljoen in 2014-2015. Daarnaast is een aanzienlijk aantal medewerkers op het hoofdkantoor en in het Afrikaanse regiokantoor wegbezuinigd.⁷⁸ Deze bezuinigingen vertalen zich, net als in het verleden, in problemen bij het tijdig en voor langere tijd uitzenden van voldoende mensen met de vereiste kwalificaties en ervaring.⁷⁹ Ook monden ze uit in onvoldoende stafkwaliteit op de landenkantoren van de WHO.

De maatregelen die de WHO sinds 2013 heeft genomen – inclusief de overeenkomsten met organisaties zoals Global Outbreak Alert and Response Network (GOARN) voor een snelle mobilisatie van verschillende soorten experts bij een *Grade 3 emergency*⁸⁰ – betalen zich onvoldoende uit. Tijdens de Ebola-uitbraak ontbrak een duidelijk beeld over de benodigde aantallen mensen en hun kwaliteit. Plannen over de vereiste menskracht op landenniveau werden pas eind oktober 2014 gepubliceerd. Daar komt bij dat de procedures om mensen uit de WHO-netwerken en nieuwe experts in te zetten complex en tijdrovend bleken, waardoor er minder mensen ter plekke waren dan voorzien, er veel personeelwisseling optrad en de eigen staf onder druk kwam te staan. Er bleek geen opvolging te zijn gegeven aan de aanbeveling van het IHR Review Committee uit 2011, dat soortgelijke problemen al

⁷⁷ A68/23 (2015: 8). Zie ook Fink (2014) over de gevolgen van de *outbreak* en *emergency response units* van de WHO.

⁷⁸ High-level Panel on the Global Response to Health Crises (2016: 46).

⁷⁹ Het tweede IHR Review Committee constateert in 2015 dat gaten in de nationale en internationale gezondheid *workforce* negatieve invloed hebben gehad op de mobilisatie van experts voor het bestrijden van Ebola. Het comité verwijst in zijn rapport onder andere naar de complexiteit van het managen van de uitzending van experts, de tijd die het heeft gekost om expertise te mobiliseren en de problemen die er zijn om een voldoende aantal goed uitgeruste mensen voor langere tijd uit te zenden. In de door Ebola getroffen landen waren er te weinig nationale experts, die bovendien vaak slecht getraind, slecht uitgerust en slecht betaald waren. Er is dan ook maar weinig voortgang is geboekt sinds 2011. De WHO en de lidstaten worden opgeroepen om dit op korte termijn aan te pakken. EB136/22 Add.1 (2015: 12).

⁸⁰ In 2013 zijn die goed voor elf uitzendingen, in 2014 gaat het om 47 missies en in januari 2013-december 2015 om een totaal van 232 mensmaanden voor dertien WHO-kantoren en voor het hoofdkantoor in Genève. Meer dan twintig van die missies hebben betrekking op Ebola. Bron: WHO (2015e: 16).

eerder signaleerde, om een vooraf getrainde *reservepool van gezondheidswerkers* te vormen die, waar nodig, kon worden ingezet bij grootschalige noodsituaties.⁸¹

Strikte oormerking betekent ook dat de WHO niet echt kan schuiven binnen de begroting om tijdig te zorgen voor voldoende respons bij ziekte-uitbraken of humanitaire noodsituaties. Er bestaat geen kernfinanciering voor noodhulp, al wordt hieraan uit de donorbijdragen wel elk jaar een flink bedrag besteed. Zoals hierboven al is gesteld, heeft de WHO een gebrek aan fondsen voor snelle respons, mede als gevolg van het besluit in 2012 om geen opvolging te geven aan de aanbeveling van het IHR Review Committee in 2011 om een noodfonds op te richten (zie tekstbox 4.3).

Tekstbox 4.3 *Het noodfonds*

In de periode 2009-2012 zijn verschillende pogingen gedaan om een speciaal fonds op te zetten voor noodsituaties en onvoorziene gebeurtenissen. Deze mislukten echter. Zelfs nadat het IHR Review Committee in 2011 adviseerde om een noodfonds op te zetten van USD 100 miljoen, gebeurde er niets. De meningen over de wenselijkheid van een dergelijk fonds liepen uiteen. Aanvankelijk waren er te veel onbeantwoorde vragen over de reikwijdte en de omvang van het fonds, de financiering en het beheer ervan, en de voorwaarden en situaties voor het gebruik ervan. Onduidelijk was ook hoe het fonds zich zou moeten verhouden tot andere noodfondsen waartoe de WHO toegang had, waaronder het *Central Emergency Response Fund* (CERF). In december 2012 probeerde de organisatie een antwoord te geven op deze vele vragen, maar de lidstaten bleven sceptisch. De Europese Unie (EU) nam de positie in dat een oplossing voor de financiering van de noodhulpactiviteiten *binnen* het reguliere programmabudget moest worden gevonden. Met andere woorden: de WHO diende de eigen prioriteiten te herschikken.⁸² In reactie op deze afwijzende houding besloot de DG van de WHO toen de bestaande praktijk te continueren, en in een crisis- of noodsituatie internationale financiering op vrijwillige basis te mobiliseren.⁸³

⁸¹ In zijn rapport verwijst het comité naar de belangrijke rol van het GOARN als mechanisme om de lidstaten te helpen in geval van een gebeurtenis op het gebied van volksgezondheid. Daarnaast coördineert GOARN de internationale respons en de inzet van experts bij het onderzoek en de controle van ziekte-uitbraken. Hoewel GOARN inderdaad effectief is, wordt duidelijk dat de lange duur van de H1N1-griep пандemie en de intensiteit van langetermijnondersteuning een flinke belasting vormen voor zowel de WHO-staf als het lokale personeel.

⁸² European Union Statement (2012a).

⁸³ A68/26 (2015: 2).

4.3 De Nederlandse positie

Nederland onderschrijft de bevindingen van de diverse panels, adviesgroepen en comités. Zo erkenden de ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en voor Buitenlandse Handel, en Ontwikkelingssamenwerking (BHOS) tijdens diverse overleggen met het parlement in oktober en november 2014 al dat de WHO de coördinatie van de Ebolacrisis onvoldoende had opgepakt en te lang had gewacht met het opschalen van de aanpak van de crisis.⁸⁴ Een maand eerder had de minister voor BHOS nog tegen het parlement gezegd dat de internationale gemeenschap en de WHO geen steken hadden laten vallen, maar dat de crisis vooral was geëscaleerd doordat in de getroffen landen een basisgezondheidszorg ontbrak.⁸⁵ In een gesprek met de DG van de WHO in diezelfde maand en tijdens het *World Economic Forum* in Davos in februari 2015 benadrukte de minister de noodzaak van een betere coördinatie door de WHO en het Nederlandse onbegrip over de late reactie van de organisatie.⁸⁶ Via formele en informele overleggen heeft de Nederlandse permanente vertegenwoordiging (PV) in Genève diverse malen druk uitgeoefend op de WHO om de capaciteit voor noodrespons te verbeteren. Ook gaf de PV aan dat Nederland snelle stappen verwachtte maar hier geen extra financiering voor vrij zou maken.⁸⁷

Ook na het verschijnen van het rapport van het Ebola Interim Assessment Panel blijft Nederland zich kritisch opstellen ten aanzien van de WHO. De ministers van VWS en voor BHOS onderschrijven de bevindingen van het panel en zijn het eens met de conclusie dat de WHO niet de capaciteit heeft om op te treden bij grote gezondheids crises en dat grote hervormingen nodig zijn.⁸⁸ Net als andere EU-lidstaten is Nederland van mening dat de WHO de enige organisatie is die het mandaat heeft om op te treden in het geval van grote gezondheids crises. De EU-lidstaten hebben meerdere malen hun steun uitgesproken voor het leiderschap van de WHO binnen het Global Health Cluster en de daaruit vloeiende humanitaire en noodactiviteiten.⁸⁹ Nederland herkent ook de kritiek over de gebrekkige samenwerking tussen de WHO en andere partijen. Bij de inzet van de Karel Doorman verlieden de communicatie met en de coördinatie vanuit de WHO moeizaam. Alle contacten tussen Nederland en de WHO verlieden via communicatie met de EU enerzijds en het WHO-hoofdkantoor in Genève, en later de landenkantoren in de getroffen landen, anderzijds. Met het Afrikaanse regiokantoor is zelfs nooit contact geweest. Bovendien bleek de door Genève geleverde informatie achterhaald. Uiteindelijk heeft Nederland rond de inzet van de Karel Doorman in de Ebolacrisis meer contact gehad met het World Food Programme (WFP) – de regisseur van het logistieke cluster van de VN-noodhulp – dan met de WHO, die de regie zou moeten hebben over het Global Health Cluster van de VN.

⁸⁴ KST 25295-25 (2014: 19); KST 21501-02-1442 (2014: 12).

⁸⁵ Ah-tk-20142015-43 (2014: 2).

⁸⁶ KST 33625-149 (2015: 2).

⁸⁷ KST 33625-153 (2015).

⁸⁸ Ah-tk-20142015-3091 (2015); KST 33625-175 (2015: 5-6).

⁸⁹ European Union Statement (2012b); European Union Statement (2014a); European Union Statement (2014b); European Union Statement (2015d).

Tegelijkertijd is duidelijk dat de aanbevelingen van het IHR Review Committee uit 2011 ook in Nederland maar weinig reactie hebben uitgelokt. Er was destijds maar weinig aandacht voor de aanbevelingen van het rapport. Hoewel het erkende dat er bij de WHO tekortkomingen waren, sprak het parlement voornamelijk over de goede prestaties van de WHO tijdens de H1N1-grieppandemie.⁹⁰ Ook tijdens de WHA in mei 2011 was de Nederlandse reactie vrij algemeen. De instructies voor de Nederlandse delegatie bij deze vergadering luidden dat Nederland de aanbevelingen kon ondersteunen maar dat een reactie op de aanbeveling over het noodfonds pas zou kunnen volgen nadat hiervoor een voorstel was uitgewerkt. Ook de reactie in EU-verband ging niet verder dan een algemene waardering van het rapport.⁹¹ Toen de WHO in januari 2012 met een meer uitgewerkt voorstel kwam voor het noodfonds, maakten de EU-lidstaten duidelijk dat ze sceptisch stonden tegenover een nieuw financieringsmechanisme (zie ook tekstbox 4.3).⁹² Geïnterviewde personen bevestigden dat ook Nederland niet echt warm liep voor het instellen van het noodfonds. Het vreesde dat de inzet van zo'n fonds te veel een speelbal zou worden van politieke afwegingen. Ook was in Nederland sprake van een afnemend gevoel van urgentie omdat de review pas in 2011 verscheen, ruim een jaar na de H1N1-pandemie. Het voorstel om een *workforce* in te stellen viel evenmin in vruchtbare bodem. Nederland was van mening dat het nut van zo'n snelle interventiemacht afhankelijk was van het type ziekte dat moest worden bestreden. Anders dan bij de uitbraak van SARS of de recente Ebola-uitbraak, zou zo'n *workforce* bijvoorbeeld niet zinvol zijn voor het bestrijden van de H1N1-uitbraak. De geïnterviewde personen wijzen tot slot ook op een gebrek aan vertrouwen in Nederland in de operationele capaciteit van de WHO.

| 52 |

Het verwijt van de diverse panels en comités dat de lidstaten in hun internationale beleid onvoldoende prioriteit gaven aan de IHR, is ook van toepassing op Nederland. Terwijl de IHR binnen het Koninkrijk wel prioriteit hadden, wat zich onder andere heeft vertaald in een recente samenwerkingsregeling over de IHR in de Caribische Koninkrijksdelen,⁹³ waren deze geen prioritair thema voor het Nederlandse partnerschapsprogramma met de WHO. Ook in EU-verband was de aandacht beperkt tot een jaarlijks terugkerende uitspraak over het belang van een correcte toepassing van de IHR en de toezegging van de EU-lidstaten zelf om aan de IHR te voldoen. Ze moedigden de WHO weliswaar aan om andere WHO-lidstaten hierin te steunen met technische assistentie, maar koppelden die steun niet aan een financiële bijdrage.

In Nederland lijkt de Ebola-uitbraak inmiddels een zekere kentering in het denken over de WHO teweeg te hebben gebracht. Sinds 2015 is er meer aandacht voor de toepassing van de IHR en de noodzaak om gezondheidssystemen te versterken. Dit heeft zich vertaald in de

⁹⁰ KST 22894-300 (2011: 5); KST 22894-302 (2011: 17, 25).

⁹¹ European Union Statement (2011).

⁹² European Union Statement (2012a). Een jaar later, in 2013, was de houding minder kritisch, toen de EU de WHO om een rapport vroeg met meer informatie over de functie, het doel en de administratie van het fonds; European Union Statement (2013). Het is onduidelijk of dat gevraagde rapport er ooit is gekomen.

⁹³ Medio 2015 is een officiële samenwerkingsregeling opgesteld voor de implementatie van de IHR in de overige drie landen van het Koninkrijk. Zie ook: Staatscourant (2015).

financiering van projecten in Sierra Leone en Guinee⁹⁴ en de toezegging van een bijdrage van EUR 5 miljoen aan het *Ebola Recovery and Reconstruction Trust Fund* van de Wereldbank.⁹⁵ Nederland erkent ook dat de lidstaten en donoren medeverantwoordelijk zijn voor het feit dat de WHO niet de capaciteit of de middelen heeft om grote noodsituaties aan te pakken. Het implementeren van de IHR en crisisparaatheid en respons zijn voor de donoren geen prioriteit gebleken. Door vast te houden aan het oormerken van vrijwillige bijdragen en het beleid van nominale nulgroei van de WHO-begroting was hiervoor nauwelijks bestedingsruimte.⁹⁶

Het feit dat Nederland in 2015 zijn positie over de verplichte bijdrage heeft bijgesteld, is een positieve ontwikkeling. Hetzelfde geldt voor de Nederlandse erkenning dat er structureel geld beschikbaar moet komen voor het bestrijden van grote crises. In de aanloop naar de 68^e WHA in 2015 heeft Nederland een voorstel willen ondersteunen om de *verplichte bijdragen* aan de WHO met 5 procent te laten stijgen, mits deze bijdragen ook zouden worden ingezet voor paraatheid, uitbraken en crisisrespons. Dit standpunt heeft Nederland echter niet formeel uitgedragen, omdat de DG van de WHO het voorstel al voor aanvang van de WHA weer van tafel had gehaald. Wat overbleef, was een voorstel om het budget te verhogen met 8 procent, te financieren uit vrijwillige bijdragen. Nederland was hiertegen omdat dit het probleem van structurele onderfinanciering niet oplost, maar bleek hierin uiteindelijk alleen te staan. Omwille van de consensus heeft het uiteindelijk schoorvoetend ingestemd met deze verhoging met 8 procent van het programmabudget.

| 53 |

Ook de kritiek op de structuur van de WHO en de werkverdeling binnen de organisatie wordt door Nederland gedeeld. In augustus 2015 noemde de minister voor BHOS de drielagenstructuur en de zwakke aansturing vanuit Genève als één van de structurele problemen die de organisatie moet aanpakken.⁹⁷ Nederland is voorstander van één aansturingslijn vanuit het hoofdkantoor en vindt dat de DG van de WHO hierin meer de regie moet nemen. Het geeft hieraan ruchtbaarheid in zowel bilateraal overleg als tijdens bijeenkomsten van de bestuurslichamen van de WHO. Zo hebben Nederland en de EU tijdens de WHA in 2015 een verklaring afgelegd waarin het verband wordt gelegd tussen de hervormingen en de noodzaak van het op één lijn brengen van de drie lagen van de organisatie.⁹⁸

⁹⁴ Dit betreft het tweejarige *Post-Ebola Resilience project*, dat een bijdrage wil leveren aan de preventie van risico's en het beperken van de gevolgen van uitbraken van Ebola en andere infectieziekten. Het Koninklijk Instituut voor de Tropen (KIT) geeft daarbij leiding aan een consortium van partners uit Nederland (KIT en Wageningen Universiteit), Sierra Leone (Njala Universiteit), Guinee (Sinfonia Universiteit, Health Focus), Rwanda (HDP) en Ghana (Noguchi Memorial Research Institute). Het budget is EUR 2,2 miljoen.

⁹⁵ Dit fonds is door de Wereldbank in het leven geroepen om de economische en sociale impact van de Ebola-uitbraak aan te pakken. In december 2015 was daarvoor USD 1,6 miljard aan fondsen gemobiliseerd, waarvan het leeuwendeel (USD 1,2 miljard) is gefinancierd door de International Development Association.

⁹⁶ KST 32605-165 (2015: 22).

⁹⁷ Ah-tk-20142015-3091 (2015: 2-3).

⁹⁸ European Union Statement (2015a).

4.4 Conclusies en reflecties

De verschillende reviews, panels en adviesgroepen zijn het erover eens: de WHO en de internationale gemeenschap hebben te laat gereageerd op de Ebola-uitbraak. Ook de manier waarop de WHO de uitbraak uiteindelijk heeft aangepakt, laat duidelijk te wensen over. De reviews tonen ook aan dat het niet gaat om een incident, de problemen zijn structureel van aard en vinden hun oorsprong in:

- onvoldoende aandacht voor de opbouw van gezondheidssystemen, zowel op landenniveau als binnen de internationale donorgemeenschap;
- onvoldoende prioriteit voor de opbouw van de kerncapaciteiten die de IHR vereisen voor het tijdig identificeren van uitbraken van potentieel grensoverschrijdende ziekten, en voor het bestrijden en voorkomen daarvan. De donorgemeenschap, inclusief Nederland, heeft hieraan onvoldoende aandacht besteed in landen die niet de capaciteit hebben om de kerncapaciteiten alleen op te bouwen. Bovendien functioneert het huidige systeem van monitoring van de IHR onvoldoende;
- al langer slepende interne WHO-problemen, zoals het ontbreken van één aansturinglijn door een te grote onafhankelijkheid van de regionale directeuren, door gebrekkige procedures en communicatielijnen en door onvoldoende samenwerking met andere actoren, inclusief VN-organisaties, bij grootschalige crises;
- het ontbreken van structurele financiering voor het WHO-werk op het gebied van de paraatheid en respons in noodsituaties, in combinatie met het in toenemende mate oormerken van bijdragen voor specifieke onderdelen van het programmabudget en het vasthouden aan een financieringsbeleid van nominale nulgroei.

| 54 |

De WHO heeft geen opvolging gegeven aan enkele specifieke aanbevelingen uit 2011 die gericht waren op het verbeteren van de aanpak van grote gezondheids crises: het opzetten van een noodfonds om snel geld te kunnen mobiliseren en van een *workforce* om de problemen aan te kunnen pakken met het tijdig rekruteren, voorbereiden, uitzenden en terughalen van voldoende gekwalificeerde mensen.

Nederland heeft de kritische bevindingen van het Ebola Interim Assessment Panel onderschreven. Terwijl het van mening is dat de WHO de enige organisatie is die het mandaat heeft om op te treden in het geval van grote gezondheids crises, heeft het in het verleden weinig ondernomen om de organisatie ook in staat te stellen aan dit mandaat uitvoering te geven. Net als de andere lidstaten heeft het niet of nauwelijks opvolging gegeven aan het advies uit 2011 om de capaciteit voor noodrespons van de WHO te versterken. De IHR waren noch element in het Nederlandse internationale gezondheidsbeleid, noch onderdeel van het samenwerkingsprogramma met de WHO. Er was weinig aandacht voor de consequenties die ziekte-uitbraken buiten Nederland zouden kunnen hebben voor de Nederlandse samenleving zelf. Voor Nederland heeft de Ebola-uitbraak dan ook gefunctioneerd als een alarm signaal. De noodzaak van een hervorming van de WHO-capaciteit voor paraatheid en respons in het geval van gezondheids crises wordt inmiddels breed gedragen. Hoe Nederland tot nu toe is omgegaan met de aanbevelingen hieromtrent, wordt beschreven in het volgende hoofdstuk.

5

Opvolging van de aanbevelingen om de WHO te versterken

Dit hoofdstuk geeft een samenvatting van de belangrijkste aanbevelingen die zijn gedaan om de capaciteit van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) voor paraatheid en respons bij gezondheids crises te versterken, en van de opvolging die daaraan inmiddels is gegeven. De nadruk ligt op drie centrale elementen: de *International Health Regulations* (IHR), de rol van de WHO en de samenwerking tussen de WHO en andere spelers.⁹⁹ Speciale aandacht wordt besteed aan voorstellen die al in 2011 zijn gedaan voor het opzetten van het noodfonds en de *workforce*. Daarbij zij aangetekend dat de stappen die zijn gezet om opvolging te geven aan deze aanbevelingen, zich veelal nog in de beginfase bevinden. Veel zal afhangen van de (financiële) ruimte die de lidstaten en de donoren de WHO geven – en van de ruimte die de WHO zelf neemt – en de uitkomst van de debatten tijdens de World Health Assembly (WHA) van mei 2016.

5.1 De aanbevelingen

Aanbevelingen over de IHR

Om de wereld te kunnen beschermen tegen toekomstige uitbraken van besmettelijke ziekten en humanitaire rampen moet de internationale gemeenschap de IHR veel serieuzer nemen. Alle landen moeten ervoor zorgen dat zij aan de vereiste kerncapaciteiten voldoen en blijven voldoen; waar nodig dienen die kerncapaciteiten te worden gepreciseerd. Het High-level Panel betwijfelt overigens of de huidige deadline voor de IHR (2016) realistisch is en stelt voor deze te verschuiven naar 2020.¹⁰⁰ Landen die nog niet aan de IHR voldoen, dienen daartoe plannen te ontwikkelen, zo nodig met hulp van de WHO, en daarvoor zelf de nodige financiën beschikbaar te maken. Als de eigen middelen ontoereikend zijn, moet de internationale gemeenschap deze landen steunen. De WHO wordt een rol toebedacht bij het mobiliseren van internationale financiële en technische hulp en de Wereldbank voor extra financiering. Van de donorgemeenschap wordt ook verwacht dat ze meer gaat investeren in de nationale gezondheidssystemen van ontwikkelingslanden. Dit is in lijn met de vele internationale resoluties die de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties (VN) in recente jaren heeft aangenomen en met de afspraken over de nieuwe Duurzame Ontwikkelingsdoelen (SDGs).¹⁰¹

⁹⁹ Onderzoek en ontwikkeling (R&D) is een ander onderwerp dat aandacht krijgt in de rapporten. Er is overeenstemming tussen de panels en de adviesgroepen over de centrale rol die de WHO op dit terrein zou moeten spelen. Het High-level Panel en Harvard pleiten ook voor een 'portfolio of projects in drugs, vaccines, diagnostics, personal protective equipment, and medical devices' – met een prijskaartje van USD 1 miljard. Bron: Moon et al. (2015: 2214); High-level Panel on the Global Response to Health Crises (2016: 66).

¹⁰⁰ In de door IOB gehouden interviews is overigens benadrukt dat het stellen van een deadline een verkeerd signaal geeft. Voldoen aan de kerncapaciteiten van de IHR moet een continu proces zijn en geen eenmalige exercitie.

¹⁰¹ Met het aannemen van resolutie 70/1 van september 2015 blijken de VN-lidstaten het eens over de zeventien Duurzame Ontwikkelingsdoelen van de post-2015 ontwikkelingsagenda. SDG 3 gaat over gezondheidszorg en besteedt aandacht aan de bestrijding van ziekten als aids, TBC en malaria en de versterking van gezondheidsgerelateerde waarschuwingssystemen en risicomanagement, met name in ontwikkelingslanden. Soortgelijke punten worden ook genoemd in de VN-resoluties 69/283 en 66/288 van juni en juli 2015, waarin de nadruk ligt op meer (inter)nationale samenwerking voor de versterking van gezondheidssystemen om zo op landenniveau de capaciteit te vergroten op het terrein van het omgaan met rampen op het gebied van gezondheid, het uitvoeren van de IHR en het opbouwen van veerkrachtige gezondheidssystemen.

Tegelijkertijd moet het systeem van zelfanalyse van de kerncapaciteiten en van het monitoren van de naleving van regels op de schop, zoals ook het tweede IHR Review Committee in 2015 heeft aanbevolen. Het is hiernaast van belang om naar de IHR *zelf* te kijken. Het Ebola Interim Assessment Panel pleit ervoor dat het derde IHR Review Committee zich buigt over de waarde van een tussentijdse waarschuwing voor een mondiale noodsituatie voor de volksgezondheid, die moet voorkomen dat een (beginnende) gezondheids crisis uit de hand loopt. De vraag is ook of het mogelijk is een systeem van beloningen te introduceren voor landen die zich wél aan de IHR houden en ziekte-uitbraken tijdig rapporteren, en sancties in te stellen tegen landen die handelen in strijd met de IHR. Een voorbeeld hiervan is het afkondigen van handels- en reisbeperkingen zonder wetenschappelijke rechtvaardiging, zoals gebeurde tijdens de Ebola-uitbraak. Het panel pleit er verder voor om de besluitvorming over de afkondiging van een mondiale noodsituatie voor de volksgezondheid aan te passen door het mandaat daarvoor te beleggen bij een onafhankelijke permanente crisiscommissie, die wordt voorgezeten door de directeur-generaal (DG) van de WHO.

Aanbevelingen over de capaciteit voor noodrespons

Van de WHO wordt veel verwacht. Ze dient zich te herpositioneren als een operationele organisatie, zonder het technisch leiderschap op het gebied van de gezondheid te verliezen. Ze moet de capaciteit ontwikkelen om te worden gezien als een onafhankelijke en onpartijdige organisatie die: (i) prioriteit geeft aan de gezondheid en het welzijn van alle mensen, vooral de meest kwetsbaren, en (ii) tijdig de nodige actie onderneemt om mensen te ondersteunen die risico lopen op, of geconfronteerd worden met, ziekte-uitbraken of noodsituaties. De WHO moet in staat zijn de leiding te nemen bij grootschalige ziekte-uitbraken en noodsituaties. Daarvoor zijn fundamentele veranderingen nodig in het leiderschap en de besluitvorming. Er dient een organisatiecultuur te ontstaan waarin de rol van de WHO op het gebied van paraatheid en respons in noodsituaties en de WHO als hoofd van het Global Health Cluster wordt geaccepteerd.¹⁰² Dit vereist niet alleen aanpassingen in de werkmethoden, de informatieverschaffing en de toewijzing van financiële middelen, maar ook politiek *commitment* bij alle stakeholders van het werk van de WHO.¹⁰³

Om die operationele rol te kunnen vervullen vindt de Advisory Group on Reform het belangrijk dat er één centraal programma komt voor paraatheid en respons, dat in staat is tot actie op zowel het hoofdkantoor en, de regionale kantoren als het landenniveau.¹⁰⁴ Voor de uitvoering hiervan moet de WHO de nodige technische capaciteit hebben,

¹⁰² Harvard suggereert in dit verband dat inzake *outbreak response*, 'WHO should focus on four core functions: supporting national capacity building through technical advice; rapid early response and assessment of outbreaks (including potential emergency declarations); establishing technical norms, standards, and guidance; and convening the global community to set goals, mobilise resources, and negotiate rules. Beyond outbreaks, WHO should maintain its broad definition of health but substantially scale back its expansive range of activities to focus on core functions (to be defined through a process launched by the WHO Executive Board'. Moon et al. (2015: 2205).

¹⁰³ Advisory Group on Reform (2016: 1-3).

¹⁰⁴ Dit *Global Programme for Outbreaks and Emergencies Management* moet een aparte entiteit binnen de WHO worden. Tegelijk moet de samenwerking tussen de verschillende onderdelen en niveaus van de organisatie worden versterkt.

een eigenstandig budget, een nieuwe organisatiestructuur en procedures. De Advisory Group on Reform hanteert de volgende kernbegrippen voor dit nieuwe programma:

- flexibel, dat wil zeggen in staat zijn om zich aan te passen aan de verschillende typen gezondheids crises en noodsituaties;
- in staat om snel in beweging te komen en op te schalen;
- samenwerking met geëngageerde partners.

Daarnaast wijst het panel terecht op de noodzaak dat de WHO verantwoording aflegt over zowel de geboekte resultaten als de wijze waarop ze het geld heeft ingezet.¹⁰⁵ De huidige evaluatiefunctie van de WHO is hiervoor nog niet voldoende uitgerust (zie tekstbox 5.1).

Tekstbox 5.1 *De evaluatiefunctie van de WHO*

Een goede evaluatiefunctie is een belangrijk element van het WHO-hervormingsproces en is essentieel voor verantwoording en transparantie.¹⁰⁶ In 2011/2012 had de WHO echter te kampen met fundamentele problemen: er was geen evaluatiebeleid of -cultuur, toezicht op de kwaliteit van de evaluaties en opvolging van de evaluatieaanbevelingen ontbraken en de evaluatiecapaciteit van het Office of Internal Oversight Services (OIOS) was onvoldoende.¹⁰⁷

Na meerdere concepten en discussies keurde de Executive Board (EB) in 2012 een evaluatiebeleid goed. De kernprincipes daarvan zijn¹⁰⁸: onpartijdigheid, onafhankelijkheid, kwaliteit, gebruik van evaluaties in de besluitvorming en transparantie. Er is een tweejaarlijkse evaluatieprogrammering.¹⁰⁹ Het OIOS moet rapporteren over de uitvoering van het beleid.¹¹⁰ Discussies binnen de EB in 2014 wijzen echter op frustratie over de langzame vooruitgang in de uitvoering van het beleid. Ook extern is er kritiek op de evaluatiefunctie.¹¹¹ Er blijven zich problemen voordoen op het gebied van de beschikbare menskracht en financiën. In 2014 was het beschikbare budget maar 55 procent van het aanvankelijk goedgekeurde budget, en de uiteindelijke uitgaven voor evaluaties bedroegen maar 29 procent van dit goedgekeurde budget.

¹⁰⁵ Advisory Group on Reform (2015f: 9); Advisory Group on Reform (2016: 1, 5).

¹⁰⁶ EB128/21 (2010): 5; EB128/INF.DOC./3 (2011: 1-2); EB132/30 (2012: 3). Zie ook CIDA (2013: x); United Nations Joint Inspection Unit (2012: 36).

¹⁰⁷ Zie EB130/5 Add. 8 (2011: 1); EB55/2/2 (2011: 38); A65/33 (2012: 8); EBPBAC22/3 (2015: 6).

¹⁰⁸ EB130/5 Add. 8 (2011: 3-4, 8-9); EB131/3 (2012: 8). Zie ook EB 132/30 (2012: 1); EB133/8 (2013: 1).

¹⁰⁹ Het plan voor 2014-2015 wordt in januari 2014 door de EB goedgekeurd. Dat voor 2016-2017 is in januari 2016 aangeboden.

¹¹⁰ EB133/8 (2013: 1).

¹¹¹ Zie ook Van de Pas & Van Schaik (2014: 197).

Hoewel in augustus 2014 een aparte eenheid voor evaluatie en leren binnen de organisatie is ingesteld, kwalificeert de gemeenschappelijke inspectie-eenheid van de VN de WHO nog altijd als een van de minder goede evaluatiediensten binnen het VN-systeem.¹¹² Reorganisatie van de evaluatiefunctie, additionele taken en betrokkenheid bij het werk van het Ebola Interim Assessment Panel hebben ertoe geleid dat verschillende centrale evaluaties vertraging hebben opgelopen en zijn uitgesteld van 2015 naar 2016. Hoewel er in 2015 een raamwerk is gekomen voor versterking van de evaluatie-afdeling,¹¹³ blijkt uit interviews dat het onder de huidige beperkingen twijfelachtig is of deze afdeling haar taken in de komende jaren daadwerkelijk kan vervullen, zeker als het gaat om de kwaliteitscontrole van decentrale evaluaties.

Volgens het High-level Panel zou het nieuwe noodprogramma ook de verantwoordelijkheid moeten nemen voor de repons van het Global Health Cluster, de coördinatie van de *workforce*, het management van het noodfonds, gegevensverzameling en de verspreiding van kennis over epidemiologische gebeurtenissen.¹¹⁴ In samenwerking met het Inter-Agency Standing Committee (IASC), moet het ook zorgen voor standaardprocedures voor het omgaan met gezondheids crises. Het High-level Panel pleit verder voor onafhankelijk toezicht door een aparte raad van advies.¹¹⁵

| 60 |

Over de aansturing en bemensing van de nooddaken van de WHO benadrukt de Advisory Group on Reform dat er één aansturingslijn moet zijn voor de besluitvorming en voor het omgaan met incidenten. Om de organisatie in staat te stellen snel besluiten te nemen en tot actie over te gaan is het zaak incidentenmanagers op landenniveau meer bevoegdheden te geven, zodat zij snel ondersteunende teams en hulpgoederen kunnen mobiliseren. Hiervoor is het noodzakelijk de capaciteiten op landenniveau te versterken en tijdig te zorgen voor de juiste mensen op de juiste plaats (zie ook tekstbox 5.2). Op landenniveau dient de WHO-vertegenwoordiger een onafhankelijke stem te hebben en zich verzekerd te weten van steun van de regionale directeur en de DG, aldus het Ebola Interim Assessment Panel. Het Harvard Panel pleit er in dit verband ook voor de lidstaten een DG te laten aanstellen die in staat is om zelfs de machtigste regeringen uit te dagen wanneer dat nodig is voor de bescherming van de volksgezondheid.

¹¹² Zie JIU (2014).

¹¹³ Zie EB136/38 (2014: 2) en EB137/7 (2015: 1).

¹¹⁴ Dit aspect wordt gedeeld door het Ebola Interim Assessment Panel, dat ervoor pleit dat de WHO 'must re-establish itself as the authoritative body communicating on health emergencies' en 'must fulfil its role in rapidly, fully and accurately informing governments and publics across the world about the extent and severity of an outbreak'.
Bron: Ebola Interim Assessment Panel (2015: 7).

¹¹⁵ Volgens het High-level Panel zouden vertegenwoordigers van VN-organisaties, nationale overheden, ngo's en 'institutionele partners' daarvan deel moeten uitmaken.

Tekstbox 5.2 *De personeelsproblematiek van de WHO*

De designaleerde bemensingsproblemen voor de landenkantoren zijn een weerspiegeling van de bredere personeelsproblematiek uit het verleden. Dit betreft zaken als een discrepantie tussen duurzame financiering, programmaprioriteiten en bemensing, en tussen de beschikbare financiering en het vermogen om een kwalitatief goed, flexibel en mobiel personeelsbestand te behouden. Deze problemen vloeien deels voort uit eerdere bezuinigingsmaatregelen. Zo is het aantal stafleden in de jaren 2010-2013 flink gedaald. Maar liefst 937 vaste posities zijn in die periode opgeheven en het aantal tijdelijke stafleden daalde van meer dan 5.000 in 2002 naar 789 in 2012. Daarnaast werden tijdelijke contracten niet verlengd, kwam er een moratorium op permanente contracten en werd nieuwe rekrutering bevroren.

In januari 2014 heeft de WHO een nieuw strategisch personeelsbeleid gepresenteerd voor de periode 2016-2020. Dit moet ervoor zorgen dat de organisatie weer in staat is snel te reageren op veranderende omstandigheden en behoeftes.¹¹⁶ De uitvoering van het beleid hangt mede af van de vraag of de WHO op een voorspelbare manier kan worden gefinancierd.¹¹⁷ Hoewel het inzicht in de uitvoering van dit beleid beperkt is, lijkt er wel sprake te zijn van een betere planning en snellere selectieprocedures.¹¹⁸

| 61 |

De adviesgroepen en expertpanels zijn het erover eens dat de WHO alleen aan de verwachtingen kan voldoen wanneer de lidstaten voldoende in de organisatie investeren. Het gaat hier om voorspelbare en ongeoormerkte bijdragen voor de *basistaken* van het programmabudget en om incidentele vrijwillige bijdragen voor specifieke noodhulpoperaties. De lidstaten moeten afzien van het beleid van nominale nulgroei en instemmen met een toename van de verplichte bijdragen – een idee waarvoor eerder weinig steun bestond. Sommige auteurs spreken van een toename met 5 procent, terwijl het High-level Panel over een benodigde stijging spreekt van minstens 10 procent.¹¹⁹ Hoewel de adviesgroepen en experts menen dat de WHO voor de financiering van noodhulp maximaal gebruik dient te maken van bestaande bronnen zoals het CERF, benadrukken ze unaniem het belang van onmiddellijke en volledige financiering van het noodfonds waarmee de lidstaten inmiddels hebben ingestemd.¹²⁰ Ze verschillen echter van mening over de omvang van dit fonds: sommige lidstaten spreken over USD 100 miljoen, het High-level Panel over een minimum van USD 300 miljoen. Er zijn ook meningsverschillen over de wijze van financiering: het Ebola Interim Assessment Panel spreekt van vrijwillige bijdragen, andere bronnen benadrukken het belang van een verhoging van de verplichte bijdragen opdat de financiering

¹¹⁶ WHO (2014a: 96). Zowel landenkantoren, regiokantoren als Genève hebben hierbij een rol.

¹¹⁷ EB134/INF.2 (2014: 1-2).

¹¹⁸ EB138/5 (2016: 4).

¹¹⁹ Harvard stelt hier overigens wel voorwaarden bij die de bredere hervormingen van de WHO raken, zoals hervormingen op het gebied van goed bestuur en personeelsbeleid, en informatiebeheer. Ook pleit het voor het opzetten van een Inspector General's office. Moon et al. (2015: 2217).

¹²⁰ Advisory Group on Reform (2015a: 3); Advisory Group on Reform (2015e: 7); Advisory Group on Reform (2016: 16).

voorspelbaar en duurzaam is.¹²¹ De lidstaten wordt ook gevraagd de instelling van de *workforce* te ondersteunen. Het Ebola Interim Assessment Panel vindt het spijtig dat de aanbeveling uit 2011 hierover niet is opgevolgd en ook het tweede IHR Review Committee acht deze aanbeveling nog altijd relevant.

De gevraagde veranderingen kunnen beslist niet worden gefinancierd uit het bestaande budget. Zo heeft de Advisory Group on Reform in haar eerste rapport het over een geschatte USD 300 miljoen per jaar, uitgaande van ongeveer 25 ziekte-uitbraken en noodsituaties per jaar en 1.200 stafleden die te allen tijde beschikbaar moeten zijn. Hiernaast wordt gesproken van een substantiële aanloopinvestering.

De samenwerking met het humanitaire systeem

Het is voor de expertpanels en adviesgroepen duidelijk dat de WHO een belangrijke rol heeft binnen het humanitaire systeem, met eigen verantwoordelijkheden en een eigen expertise. Ze hoeft echter niet altijd alles *zelf* te doen; haar voornaamste operationele rol is om andere partijen te coördineren. Daarbij gaat het vooral om samenwerking binnen het IASC. Het High-level Panel pleit er ook voor het clustersysteem zelf nader te bezien en de WHO een sterkere en meer zichtbare rol in het IASC-mechanisme en de *health clusters* te laten spelen en meer samen te laten werken met andere clusters (zoals die voor water en voedselzekerheid). De Advisory Group on Reform pleit voor afstemming van de *emergency grades* van de WHO, het *Emergency Response Framework* (ERF) en de verklaringen van een mondiale noodsituatie voor de volksgezondheid met de *emergency levels* die door het bredere humanitaire systeem worden toegepast.¹²² Dit geldt ook voor de relevante bepalingen in de IHR.¹²³ De WHO heeft verder een rol bij de verbetering van de synergie tussen de verschillende spelers op het terrein van de gezondheid – ook op landenniveau – en dient daarvoor te investeren in haar relaties met lokale, nationale, regionale en internationale actoren (zoals UNICEF, OCHA, AzG, enzovoort) en de respectievelijke rollen en verantwoordelijkheden te verduidelijken.¹²⁴

¹²¹ Het High-level Panel benadrukt in dit verband dat de afhankelijkheid van vrijwillige financiering voor noodhulp heeft bijgedragen aan trage en slecht gecoördineerde respons en suggereert dat lidstaten bijdragen '*according to the scale of their current assessment*' en dat het fonds bij uitputting wordt aangevuld. Bron: High-level Panel on the Global Response to Health Crises (2016: 17). De VN suggereert ook dat 10 procent van alle vrijwillige bijdragen aan de WHO, behoudens de zogenoemde *programme support costs*, verplicht wordt ingezet voor de steun aan het Programme for Emergency Preparedness and Response. Bron: High-level Panel on the Global Response to Health Crises (2016: 65).

¹²² De Advisory Group on Reform (2015f) beveelt aan om het ERF uit te breiden naar alle fasen van de noodhulpcyclus. Het raamwerk zou zes belangrijke functies moeten omvatten die de WHO moet vervullen bij ziekte-uitbraken en noodsituaties: '(i) *leadership for the health of all people*; (ii) *engagement with political leaders (when necessary, beyond the Minister for Health)*; (iii) *coordination*; (iv) *scientific and technical expertise (backed by research and development)*; (v) *information and communications*; and (vi) *facilitation of access to essential health services for people whose urgent needs are not being met by any other provider*'. Bron: Advisory Group on Reform (2015f: 1).

¹²³ Advisory Group on Reform (2016: 8).

¹²⁴ Advisory Group on Reform (2015c: 2).

5.2 Eerste stappen in de uitvoering van de hervormingsvoorstellen

Algemeen

In mei 2015 heeft de WHA de toezegging van de DG van de WHO verwelkomd om – in navolging van de Ebolaresolutie – de taken op het gebied van rampenparaatheid en -respons te hervormen. In haar reactie op het rapport van het Ebola Interim Assessment Panel van august 2015 gaf de DG aan inmiddels bezig te zijn met de implementatie van de voorstellen van mei van dat jaar. Ze erkende de noodzaak van capaciteitsversterking en cultuurverandering en van één programma met een duidelijke visie en missie, heldere rollen, verantwoordelijkheden en een organisatiestructuur voor alle niveaus waarin preventie, risicobeperking, paraatheid, controle, respons en herstel zijn geïntegreerd.¹²⁵ Ook onderschreef ze het belang van herziening van het ERF en van een betere samenwerking en afstemming met het bredere humanitaire systeem.

Het projectmanagementteam en het emergency-programma

Parallel aan het werk van de Advisory Group on Reform is binnen de WHO een projectteam ingesteld om de hervormingsvoorstellen van het Ebola Interim Assessment Panel en de Advisory Group on Reform uit te voeren. Het team heeft een resultatenkader ontwikkeld, de zogenoemde *Roadmap for Action*.¹²⁶ Het streven is om het management van noodsituaties van de WHO te versterken, zodat de organisatie beter is toegerust om de lidstaten te ondersteunen bij de opbouw en de versterking van hun nationale capaciteit voor noodhulp. Wanneer deze capaciteit tekort schiet, zou de WHO moeten kunnen optreden als leider en coördinator van de internationale respons bij grootschalige ziekte-uitbraken en noodsituaties.¹²⁷

| 63 |

In lijn met de aanbevelingen wil de WHO een aparte operationele entiteit (ze gebruikt de term ‘programma’) in het leven roepen voor voorbereiding, paraatheid en respons en voor het tijdig identificeren en bestrijden van infectieziekten en andere gezondheidsrisico's.¹²⁸ Samenwerking met lokale, nationale en internationale partners, zoals de Amerikaanse, Europese, Chinese en Afrikaanse centra voor ziektebeheersing en -preventie, is hiervoor van groot belang. Organisatorisch bouwt het programma voort op de recent gecreëerde Global Health Cluster Unit binnen het departement voor Emergency Risk Management en Humanitarian Response.¹²⁹

¹²⁵ WHO (2015f: 3).

¹²⁶ WHO (2015i: 2-9).

¹²⁷ EB138/55 (2016: 2).

¹²⁸ EB138/55 (2016: 2).

¹²⁹ De taken van dit departement zijn tweërlei: (i) technische taken – informatie, monitoring en evaluatie, beleid en *surge and crisis support*; en (ii) kernprogrammataken zoals (resource) management, coördinatie, enzovoort. Deze taken moeten onder andere worden gerealiseerd door de piekcapaciteit van de WHO te versterken, door opbouw van de capaciteit van coördinatoren van de gezondheidsclusters en hun teams, door technische ondersteuning van clusterteams en door ontwikkeling van een nieuwe ‘*multi-year strategy to secure sustainable resources for core cluster response and support functions*’. WHO (2015e: 23).

De IHR krijgen speciale aandacht in het programma. Enerzijds gaat het hierbij om de verbetering van de functionaliteit, transparantie, effectiviteit en efficiëntie van de IHR zelf, anderzijds om de opbouw van de vereiste kerncapaciteiten op landenniveau, waar nodig met steun van de WHO. Daarnaast is gesproken over een herziening van het ERF, die de kritische functies van de WHO integreert voor alle fasen van de noodhulpcyclus.¹³⁰

De WHO heeft zich behalve op dit programma ook gericht op het noodfonds en de *workforce*: twee instrumenten die al figureerden in de aanbevelingen van 2011 maar om uiteenlopende redenen geen opvolging hebben gekregen.¹³¹

Het noodfonds

Door de Ebola-uitbraak en het rapport van het tweede IHR Review Committee van begin 2015 is de discussie over het noodfonds in maart-mei 2015 nieuw leven ingeblazen, dus nog voordat de rapporten van de diverse panels en adviesgroepen verschenen. De Ebolaresolutie die in januari 2015 werd aanvaard, vroeg de WHO nogmaals opties voor het noodfonds uit te werken. Dit betekende ook een principiële akkoord hiervoor van de EB. Om te voorkomen dat het fonds toch weer van de agenda zou verdwijnen, werden ook informele consultaties gehouden tussen de WHO en een groep lidstaten verenigd in de zogenoemde Group of Friends of the WHO Emergency Response (zie tekstbox 5.3). Tijdens deze gesprekken formuleerden diverse lidstaten, waaronder Nederland, hun eisen en verwachtingen, onder meer over het beheer van het fonds.

| 64 |

Tekstbox 5.3 *De Group of Friends of the WHO Emergency Response*

De Group of Friends of the WHO Emergency Response is ingesteld na de speciale Ebolasessie van de EB in januari 2015. Terwijl bij de VN in New York dergelijke groepen al langer bestaan, is dit in Genève een nieuw fenomeen. De groep is mede opgericht op aandringen van Nederland, om toe te zien op de uitvoering van de Ebolaresolutie.¹³² Ze is open voor alle WHO-lidstaten en wordt voorgezeten door Zuid-Afrika en de Verenigde Staten (VS). Ze heeft geen formele status en ook geen vast ledenaantal, en fungeert vooral als klankbord voor de WHO om de lidstaten te raadplegen en te informeren over de noodhulphervormingen. Sinds de oprichting in maart 2015 is de groep ten minste vijf keer bijeengekomen. Nederland is een van de meer actieve landen en ziet deelname als een kans om in breder verband de druk op de organisatie te houden om de beloofde noodhulphervormingen zo snel mogelijk door te voeren. Nederland legt hiertoe ook regelmatig het verband met de bredere hervormingsdiscussie, onder andere door te wijzen op de noodzaak tot herziening van de organisatiestructuur van de WHO.

¹³⁰ EB138/55 (2016: 3). Zie ook Advisory Group on Reform (2015d: 3); Advisory Group on Reform (2015b: 3-4).

¹³¹ De WHO wijt dit deels aan een verlies aan momentum – de H1N1-pandemie was kleiner dan verwacht – en deels aan de mondiale financiële crisis van 2008-2010, die een negatieve weerslag heeft gehad op de capaciteit voor paraatheid, controle en respons van de WHO. WHO (2015f: 3).

¹³² Ah-tk-20142015-3091 (2015).

Tijdens de WHA van mei 2015 presenteerde de DG een nieuw voorstel voor het noodfonds. In dit voorstel staat dat het fonds kan worden aangesproken in de eerste dagen van een noodsituatie, ter overbrugging naar het moment waarop de WHO voldoende vrijwillige bijdragen heeft gemobiliseerd.¹³³ Het fonds stelt de WHO in staat om experts in te schakelen uit de geplande *workforce* en uit het Global Outbreak Alert and Response Network (GOARN).¹³⁴ Het centrale idee is dat het fonds mede moet helpen voorkomen dat een gebeurtenis uitgroeit tot een mondiale noodsituatie voor de volksgezondheid of een *Grade 3 emergency*. Het budget zou USD 100 miljoen omvatten.¹³⁵

Omdat consultaties onder de lidstaten duidelijk maakten dat een verhoging van de verplichte bijdragen geen unanieme instemming zou krijgen, werd voorgesteld het fonds te financieren uit vrijwillige bijdragen van zowel oude als nieuwe donoren (inclusief het bedrijfsleven). Na enkele aanpassingen van het conceptvoorstel ging de 68^e WHA uiteindelijk akkoord met het instellen van een hernieuwbaar noodfonds van USD 100 miljoen, te financieren uit vrijwillige bijdragen. Afgesproken werd dat het fonds onder de autoriteit van de DG WHO komt te vallen en dat bestaande fondsen (waaronder het *Rapid Response Account* en het *Nuclear Threat Initiative Emergency Outbreak Response Fund*) in het noodfonds worden genomen.

Op 25 juli 2015 werd het noodfonds officieel ingesteld als onderdeel van de eerder genoemde *Roadmap for Action*. In een speciale prospectus, van november 2015, staat wat de doelen zijn van het fonds, wanneer en hoe het kan worden aangesproken en wat de relatie is met de Pandemic Emergency Financing Facility van de Wereldbank.¹³⁶

| 65 |

Ondanks de eerdere positieve reacties liep het echter niet storm met de toezeggingen van lidstaten en donoren om bij te dragen aan het fonds. Kort na de instelling ontving de WHO een bijdrage van het VK en van India, later gevolgd door toezeggingen van China en Duitsland. In januari 2016 schreef de Advisory Group on Reform in haar tweede rapport echter dat op dat moment nog maar USD 12,8 miljoen van de benodigde USD 100 miljoen was toegezegd. De Advisory Group on Reform benadrukte recent dan ook opnieuw het belang van voldoende middelen, niet alleen nu maar ook in de toekomst, om het fonds na een noodsituatie te kunnen aanvullen.¹³⁷

¹³³ A68/26 (2015: 6-7). Het idee is om het *ERF grading system* te gebruiken 'as the trigger for drawing down the Contingency Fund'. Gostin, Friedman en Hougendobler (2015: 5).

¹³⁴ Deze experts kunnen bijvoorbeeld helpen bij het opzetten van ICT-systemen, dataverzameling en -analyse, advisering van overheden en informatieverbreiding, het opzetten van veldkantoren, en een snelle start van de noodhulp. Wat het fonds niet financiert, zijn bestaande *emergency-programma's* van de WHO en de kosten van opslag van voorraden.

¹³⁵ Volgens Gostin, Friedman en Hougendobler (2015: 4-5) is die USD 100 miljoen te weinig in het licht van de miljarden aan noodhulp en wanneer het doel is om escalatie naar het niveau van een PHEIC of een *Level 2/3 emergency* te voorkomen.

¹³⁶ http://who.int/about/who_reform/emergency-capacities/contingency-fund.pdf.

¹³⁷ Advisory Group on Reform (2016: 18). De WHO meldt in januari 2016 dat er USD 25 miljoen beschikbaar is; EB138/27 (2016: 5). Het is niet duidelijk waar dit verschil vandaan komt.

De Global Health Emergency Workforce

In de Ebolaresolutie van januari 2015 werd de DG ook gevraagd een plan voor een *workforce* op te zetten. Het gaat hier om 'comprehensive emergency response teams' die snel en efficiënt kunnen worden gemobiliseerd, ook voor langere tijd en met de juiste uitrusting. Ter voorbereiding voerde de WHO overleg met de lidstaten over de samenstelling, kenmerken en organisatie van de *workforce* en de voorwaarden voor mobilisatie.¹³⁸ De WHO presenteerde het uiteindelijke voorstel, inclusief een conceptueel plan voor de *workforce*, tijdens de WHA van mei 2015. Dit voorstel bevatte informatie over:

- de vereiste competenties van stafleden;
- de opzet van een registratiesysteem en een werkschema;
- de organisatie van trainingen en kwaliteitscontrole;
- samenwerking met bestaande netwerken en met VN-organisaties zoals UNFPA, UNICEF, WFP, en OCHA; en
- aspecten van planning, medische evacuatie en terugkeer garanties.¹³⁹

De WHO heeft toegezegd zelf zorg te dragen voor voldoende gekwalificeerde staf op alle drie de niveaus van de organisatie. Hun aantal zal worden verhoogd, met name op landenniveau en in landen met een hoog risico. Ook komt er een kernteam in Genève en een flink aantal stafleden op regionaal niveau om de landenteams te ondersteunen. Omdat de mensen uit meerdere nationale en internationale organisaties afkomstig zijn, zullen ook verschillende financieringsbronnen nodig zijn. Voor wat betreft de WHO zal een deel van de kosten uit het programmabudget worden gefinancierd; daarnaast zal worden geput uit het noodfonds.¹⁴⁰ In het voorstel werd de hoop uitgesproken dat de *workforce* in september 2015 zou kunnen worden ingesteld.

| 66 |

In mei 2015 stemde de WHA in met het conceptvoorstel.¹⁴¹ Ook de Advisory Group on Reform verwelkomde het, maar gaf wel aan meer informatie te willen ontvangen over onder andere het informatiebeheer en de protocollen voor de *workforce*.¹⁴² In januari 2016 erkende de DG die noodzaak tegenover de EB en ze maakte verder duidelijk dat:

- er inmiddels sprake is van intensieve samenwerking met de EU en enkele Aziatische en Latijns-Amerikaanse landen op het gebied van gezamenlijke registratie en verificatie van al bestaande medische noodteams;

¹³⁸ WHO (2015g). Afgesproken werd dat de benodigde expertise zal worden geleverd door nationale overheden en ngo's, aangevuld met internationale experts en teams gespecialiseerd in noodsituaties die op korte termijn kunnen worden gemobiliseerd en een groep reservisten bestaande uit mensen van buiten de *emergency*-sector. Ook werd overeengekomen dat, om inzet van de *workforce* op grotere schaal te 'triggere', men het eens moet zijn over omvang van de noodsituatie, urgentie en context. Geadviseerd werd hiervoor een link te leggen met IHR-triggers en met het systeem van *emergency grading* van de WHO, zoals vastgelegd in het ERF.

¹³⁹ A68/27 (2015); A68/28 (2015).

¹⁴⁰ A68/27 (2015: 10).

¹⁴¹ A68/DIV./3 (2015). Daarbij wordt wel erkend dat bij een ziekte-uitbraak of noodsituatie het getroffen land zelf eerste verantwoordelijke is om op te treden. Daarnaast kan de *workforce* worden ingeschakeld.

¹⁴² Advisory Group on Reform (2016: 15).

- de WHO de samenwerking met OCHA heeft geïntensifieerd en dat alle leden van het *Disaster Assessment and Coordination*-systeem van de VN (onder andere verantwoordelijk voor het uitzenden van *search and rescue teams* in noodsituaties) zijn getraind om ook medische teams voor noodsituaties aan te sturen;
- de WHO, in samenwerking met onder andere enkele centra voor de controle en preventie van ziekten, normen heeft opgesteld voor het inzetten van nationale snelle responsteams.¹⁴³

5.3 De Nederlandse positie

Nederland is het eens met de aanbeveling van het panel dat het humanitaire systeem en het gezondheidssysteem van de VN beter op elkaar moeten worden afgestemd voor de aanpak van mondiale gezondheidscrisis.¹⁴⁴ Ook kan het zich vinden in de aanbeveling dat de WHO moet hervormen om beter uitvoering te geven aan haar rol als coördinator binnen deze systemen, want 'de WHO is nu niet goed genoeg opgezet als uitvoerende noodhulporganisatie'.¹⁴⁵ Deze visie op de rol van de WHO wordt niet door alle lidstaten gedeeld. Zo bleek tijdens de EB van januari 2016 dat sommige landen van mening zijn dat de WHO zich moet beperken tot haar normerende rol.

Nederland is van mening dat de WHO de hervormingsvoorstellen van de Advisory Group on Reform zo snel en zo volledig mogelijk moet doorvoeren. Dat dit geen gegeven is, bleek wel tijdens de EB-sessie van januari 2016, bij de presentatie van het rapport over de uitwerking van het nieuwe noodhulpprogramma. Die uitwerking voorzag in veel meer zelfstandigheid voor de regiodirecteuren dan menig land verstandig achtte.¹⁴⁶ Nederland heeft toen, samen met enkele gelijkgezinde landen zoals de VS, Noorwegen, Zwitserland en Australië, geprotesteerd tegen deze 'afgezwakte reactie' op het rapport van de Advisory Group on Reform en de DG opgeroepen alle elementen van het advies te implementeren. Immers, de expertpanels en adviesgroepen hadden na de Ebola-uitbraak geconcludeerd dat de drielagenstructuur van de WHO de slagvaardigheid van de organisatie in noodsituaties had ondermijnd. Nederland hecht veel waarde aan een duidelijke structuur met één aansturingslijn vanuit het hoofdkantoor van de WHO naar de regio- en landkantoren. Niet alle lidstaten delen echter die opvatting. Vooral onder de Afrikaanse en Latijns-Amerikaanse landen leeft de angst dat hiermee de rol en de invloed van 'hun' regionale directeuren wordt ingeperkt. In haar slotverklaring heeft de DG niettemin aangegeven dat zij en de regionale directeuren het advies van de Advisory Group on Reform volledig zouden overnemen.¹⁴⁷

¹⁴³ EB138/27 (2016: 3-4).

¹⁴⁴ KST 33625-175 (2015: 5-6); Ah-tk-20142015-3091 (2015).

¹⁴⁵ Ah-tk-20142015-3091 (2015).

¹⁴⁶ EB138/55 (2016).

¹⁴⁷ *Closing remarks at the 138th session of the Executive Board.*

Om dit standpunt verder kracht bij te zetten hebben Nederland, veertien andere lidstaten en de Europese Commissie in februari 2016 een brief aan de DG WHO gestuurd.¹⁴⁸ Hierin roepen ze de DG nogmaals op alle aanbevelingen van de Advisory Group on Reform zo snel en zo volledig mogelijk door te voeren. De wereld heeft een sterke WHO nodig die in staat is landen in tijden van nood bij te staan en te helpen met het versterken van hun gezondheidssysteem, aldus de brief. De ondertekenaars verwelkomen ook de toezegging van de WHO om haar humanitaire werk grondig te hervormen en hopen dat de aanbevelingen van de Advisory Group on Reform over onafhankelijke toezichts- en monitoringsmechanismen voor het nieuwe noodprogramma zullen worden uitgevoerd. Ze vragen de DG de rol van de WHO als clusterleider voor gezondheidszorg te versterken en nauwer samen te werken met het bredere humanitaire systeem.

Uit interviews en documentatie blijkt dat Nederland zich al tijdens de speciale Ebolasesessie van de EB in januari 2015 hard heeft gemaakt voor het noodfonds. Samen met het VK heeft het een belangrijke rol gespeeld bij het opstellen van een gezamenlijk standpunt ter zake van de EU-lidstaten. Mede dankzij de bemiddelende rol van Nederland hebben alle EU-lidstaten uiteindelijk de Ebolaresolutie gesteund, inclusief de instelling van het noodfonds van USD 100 miljoen.¹⁴⁹ Ook tijdens de WHA van mei 2015 heeft Nederland zich opgeworpen als pleitbezorger van het fonds en in EU-verband werd opnieuw een verklaring afgegeven ter ondersteuning hiervan.¹⁵⁰ Tot een concrete toezegging over een Nederlandse bijdrage is het vooralsnog niet gekomen, ook niet nu de WHO de vele vragen heeft beantwoord over de precieze opzet en invulling van het fonds. Deze afwachtende houding staat op gespannen voet met de eerdere Nederlandse mondelinge toezeggingen en de inspanningen voor het fonds.

| 68 |

De EU-lidstaten – inclusief Nederland – zien de instelling van de *workforce* als een ambitieuze stap in de goede richting. Wel benadrukken ze dat een duidelijk triggermechanisme nodig is om de *workforce* te operationaliseren.¹⁵¹ Ook pleiten zij voor meer samenwerking met bestaande netwerken, inclusief het *Medical Evacuation System (MEDEVAC)* dat de EU in samenwerking met de WHO heeft opgericht en het *European Union Civil Protection Mechanism*. Ze verwelkomen het voorstel voor het instellen van een stuurgroep waarin de verschillende netwerken zijn vertegenwoordigd.¹⁵² Ze gaan ervan uit dat de kosten van de *workforce* in het WHO-programmabudget voor 2016-2017 worden opgenomen en dat ook het noodfonds een financieringsbron van de *workforce* zal zijn.

¹⁴⁸ Deze brief is ondertekend door vertegenwoordigers van Australië, Brazilië, Canada, Denemarken, de Europese Commissie, Finland, Frankrijk, Duitsland, Japan, Nederland, Noorwegen, Zweden, Zwitserland, Thailand, het VK en de VS.

¹⁴⁹ EBSS/3/CONF./1 REV.1 (2015); KST 33625-149 (2015: 5).

¹⁵⁰ European Union Statement (2015b). Het EU-statement benadrukte verder nog, onder andere op voorspraak van Nederland, dat het noodfonds onder de verantwoordelijkheid van de DG WHO moest vallen en eerdere soortgelijke fondsen diende te vervangen. Zoals uit de beschrijving van het fonds blijkt, is hieraan bij het uiteindelijke ontwerp voldaan.

¹⁵¹ European Union statement (2015c).

¹⁵² Extern is er is ook kritiek; zie bijvoorbeeld Gostin, Friedman en Hougendobler (2015: 3).

Ter concretisering van de Nederlandse positie zegt de minister van Buitenlandse Zaken in een brief van februari 2016 aan de Eurocommissaris voor humanitaire hulp en crisismangement een bijdrage toe voor het European Medical Corps, dat op zijn beurt een bijdrage zal leveren aan de *workforce*. Deze toezegging betreft de beschikbaarstelling van de Nederlandse medische evacuatiecapaciteit en behandelbedden voor besmette personen binnen het European Medical Corps. Hiernaast biedt Nederland aan om samen met de EU te onderzoeken hoe experts op onder andere het gebied van volksgezondheid en psychosociale hulp binnen dit Europese netwerk kunnen worden ingezet.

5.4 Conclusies en reflecties

In de voor deze evaluatie geraadpleegde rapporten en reviews staan tal van aanbevelingen voor de hervorming van de WHO-taken op het gebied van rampenparaatheid en -respons, die ook Nederland onderschrijft. Hoewel de expertpanels en adviesgroepen op details van mening verschillen, zijn ze eensgezind over een aantal structurele problemen die moeten worden aangepakt. Het gaat hier om de noodzaak van:

- serieuze aandacht voor de implementatie van de IHR, de opbouw van de vereiste kerncapaciteiten in alle landen en internationale steun voor de opbouw van gezondheidssystemen in landen die dat niet zelf kunnen;
- verandering van de financiering van de WHO: meer structurele financiering door hogere verplichte bijdragen;
- versterking van de institutionele capaciteit van de organisatie en het instellen van: (i) een apart *Programme for Emergency Preparedness and Response* dat de noodhulptaken van de organisatie coördineert, (ii) een noodfonds dat in staat is snel geld te mobiliseren, en (iii) een *workforce* die snel ter plaatse kan zijn in het geval van een grootschalige ziekte-uitbraak of humanitaire ramp;
- verandering van de structuur van de organisatie: één aansturingslijn bij ziekte-uitbraken en humanitaire rampen; en
- versterking van de internationale samenwerking bij ziekte-uitbraken en humanitaire rampen, ook binnen het humanitaire systeem van de VN.

De WHO heeft inmiddels de eerste stappen in de goede richting gezet. Een noodfonds is ingesteld, maar de financiering ervan schiet schromelijk tekort. Ook Nederland is nog niet verder gekomen dan mondelinge instemming; van financiële toezeggingen is nog geen sprake. Wel heeft het aangekondigd indirect, via de EU, een bijdrage te zullen leveren aan de operationalisering van de *workforce*. De discussies tijdens de EB van januari 2016 maken echter ook duidelijk dat de lidstaten nog altijd van mening verschillen over de structurele problemen binnen de WHO. Dit stemt weinig hoopvol dat de hervormingsplannen voor de crisistaken van de WHO verder zullen worden uitgevoerd.

Bijlagen

Bijlage 1 Over IOB

Doelstellingen

De Inspectie Ontwikkelingssamenwerking en Beleidsevaluatie (IOB) levert een bijdrage aan de kennis over de uitvoering en effecten van het Nederlandse buitenlandbeleid. IOB voorziet in de behoefte aan onafhankelijke evaluatie van beleid en uitvoering ten aanzien van alle beleidsterreinen die vallen binnen de homogene groep buitenlanduitgaven (HGIS). Verder adviseert IOB over de programmering en uitvoering van de evaluaties die onder verantwoordelijkheid van de beleidsdirecties van het ministerie van Buitenlandse Zaken en de ambassades worden verricht.

IOB-evaluaties stellen de bewindspersonen in staat om *verantwoording* af te leggen over het gevoerde beleid en de besteding van middelen. Evaluaties bieden hiernaast kansen voor *leren*, door lessen en verbetermogelijkheden aan te reiken die kunnen worden verankerd in de beleidscyclus van het ministerie. Gewapend met de kennis over de resultaten van het gevoerde beleid kunnen beleidsmakers nieuwe interventies beter en doelgerichter voorbereiden.

Organisatie en kwaliteitsborging

IOB beschikt over een staf van ervaren onderzoekers en een eigen budget om zo nodig specialistische kennis van buiten te kunnen benutten. Voor de kwaliteitsbewaking stelt IOB voor elke evaluatie een externe referentiegroep samen, waarin naast externe deskundigen ook betrokken beleidsmedewerkers van het ministerie en andere relevante deskundigen zitting hebben. Bovendien wijst IOB voor elke evaluatie enkele inspecteurs aan als kritische meelezers. IOB's *Evaluatiebeleid en richtlijnen voor evaluaties* zijn beschikbaar op de website www.iob-evaluatie.nl en in papieren vorm via het IOB-secretariaat.

| 71 |

Programmering

De IOB-evaluatieprogrammering maakt deel uit van het overzicht van voorgenomen evaluaties dat, gerangschikt naar beleidsartikel, is opgenomen in de Memorie van Toelichting van de Begroting van het ministerie van Buitenlandse Zaken. IOB heeft eindverantwoordelijkheid voor de evaluatieprogrammering op het terrein van ontwikkelingsamenwerking, en adviseert over de programmering op het terrein van buitenlandbeleid. De onderwerpkeuze wordt mede bepaald op grond van de behoeften vanuit het ministerie, het parlement en de relevantie voor de samenleving. IOB stemt de eigen evaluatieprogrammering ook af op die van andere donoren en ontwikkelingsorganisaties.

Aanpak en methodologie

IOB streeft naar relevantie, hoge kwaliteit en methodologische vernieuwing. Het evaluatieonderzoek maakt bij voorkeur gebruik van zowel kwantitatieve als kwalitatieve onderzoeksmethoden die – zo mogelijk – uitmonden in robuuste impactstudies. IOB verricht tevens systematische overzichtsstudies van beschikbare empirische resultaten op prioritaire beleidsterreinen. Met de evaluatiediensten van andere landen binnen het evaluatienetwerk van de OESO-Commissie voor ontwikkelingsamenwerking werkt IOB nauw samen, onder meer door het uitwisselen van kennis en expertise en het uitvoeren van gezamenlijke evaluaties.

Bijlage 2 Lijst van gesprekspartners

Naam	Functie	Organisatie
Barnard, H.	Directeur Internationale Zaken	VWS
Bassiri, S.	Director Planning, Resource Coordination and Performance Monitoring	WHO
Berg, S. van den	Directie Multilaterale Organisaties en Mensenrechten	BZ
Born, T. van den	Directie Publieke Gezondheid	VWS
Briand, S.	Director Pandemic and Epidemic Diseases	WHO
Buijs, R.	Plaatsvervangend directeur-generaal Internationale Samenwerking	BZ
Coninck, P. de	Directie Internationale Zaken	VWS
Dalen, P. van	Directie Publieke Gezondheid	VWS
Dijk, T. van	Directie Publieke Gezondheid	VWS
Dijk, W. van	Beleidsmedewerker	Permanente vertegenwoordiging van Nederland in Genève
Docter, H.	Ambassadeur Ghana / Ebolagezant	BZ
Does, M. van der	Directie Stabiliteit en Humanitaire Hulp	BZ
Driece, R.	Directie Internationale Zaken	VWS
Engels, M.	Directie Multilaterale Organisaties en Mensenrechten	BZ
Esveld, M.	Directie Internationale Zaken	VWS
Fukuda, K.	Assistant Director-General Health Security	WHO
Galazoula, G.	Technical Officer Planning, Resource Coordination and Performance Monitoring	WHO
Girod, M.	Policy Adviser Specialised Agencies and Humanitarian Team	UK Mission to the United Nations in Geneva
Halén, A.	Counsellor for Health Affairs	Permanent Mission of Sweden to the United Nations in Geneva
Kébé, A.	Technical Officer Coordinated Resource Mobilisation	WHO
Kertesz, D.	Director Emergency Health Reform	WHO
Kort, M. de	Directie Sociale Ontwikkeling	BZ
Lindgren, T. E.	Health Counsellor	Permanent Mission of Norway in Geneva
Linkins, J.	Chief Programme Operations and Cluster Management	WHO

Naam	Functie	Organisatie
Maas, J.	Directie Sub-Sahara Afrika	BZ
Makubalo, L.	Health Minister	South African Permanent Mission to the United Nations in Geneva
Matthews, M.	First Secretary Health and Food Safety	Permanent Delegation of the EU to the UN Office and other international organisations in Geneva
Mertens, P.	Coordinator management, Director-General's Office (retired)	WHO
Nabarro, D.	United Nations Secretary-General's Special Envoy on Ebola	VN
Niekerk, J. van	Directie Stabiliteit en Humanitaire Hulp	BZ
Renganathan, E.	DG Representative for Evaluation and Organisational Learning	WHO
Rietveld, G-J.	Health Counsellor	Permanente vertegenwoordiging van Nederland in Genève
Rodier, G.	Director Global Capacities, Alert and Response	WHO
Silberschmidt, G.U.	Director Partnerships and Non-State Actors	WHO
Smith, I.	Executive Director	WHO
Tomas, B.	Technical Officer Planning, Resource Coordination and Performance Monitoring	WHO
Vos, R.	Plaatsvervangend permanent vertegenwoordiger	Permanente vertegenwoordiging van Nederland in Genève

Bijlage 3 Geraadpleegde bronnen

Kamerstukken

- ah-tk-20142015-3091 (2015), Aanhangsel 3091. *Antwoord op vragen van het lid Taverne over de werkwijze van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO)*, 20 augustus 2015.
- ah-tk-20142015-43 (2014), Aanhangsel 43, *Antwoord op vragen van de leden Van Laar en Sjoerdsma over de strijd tegen Ebola*, 29 september 2014.
- ah-tk-20142015-939 (2014), Aanhangsel 939, *Antwoord op vragen van de leden Van Laar en Sjoerdsma over gaten in de huidige ebola-hulpverlening*, 12 december 2014.
- KST 21501-02-1442 (2014), Raad Algemene Zaken en Raad Buitenlandse Zaken; *Verslag van een algemeen overleg, gehouden op 15 oktober 2014*, 2 december 2014.
- KST 22894-300 (2011), Preventiebeleid voor de volksgezondheid; *Evaluatie aanpak Nieuwe Influenza A (H1N1)*, Brief regering, 14 juni 2011.
- KST 22894-302 (2014), Preventiebeleid voor de volksgezondheid; *Verslag van een algemeen overleg, vastgesteld 28 oktober 2014*.
- KST 25295-25 (2014), Infectieziektenbestrijding; *Verslag van een algemeen overleg gehouden op 26 november 2014, over Infectiepreventie (incl. Ebola)*, 26 november 2014.
- KST 32605-158 (2015), Beleid ten aanzien van ontwikkelingssamenwerking; *Motie van het lid Sjoerdsma over de Nederlandse rol bij het evaluatierapport van de Wereldgezondheidsorganisatie*, 30 april 2015.
- KST 32605-165 (2015), Beleid ten aanzien van ontwikkelingssamenwerking; *Verslag van een algemeen overleg gehouden op 8 april 2015 over Noodhulp*, 8 april 2015.
- KST 32605-2 (2011), Beleid ten aanzien van ontwikkelingssamenwerking. *Focusbrief Ontwikkelingssamenwerking*, 18 maart 2011.
- KST 32605-53 (2011), Beleid ten aanzien van ontwikkelingssamenwerking; *Multilateraal OS-beleid*, 7 oktober 2011.
- KST 33000-XVI-2 (2011), Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2012; *Memorie van Toelichting*, 21 september 2011.
- KST 33625-129 (2014), Hulp, handel en investeringen; Brief regering; *Ebola*, 21 oktober 2014.
- KST 33625-132 (2014), Hulp, handel en investeringen; Brief regering; *Overzicht Nederlandse inspanningen ter bestrijding van Ebola*, 13 oktober 2014.
- KST 33625-136 (2014), Hulp, handel en investeringen; *Motie van het lid Sjoerdsma c.s. over een evaluatie van het optreden van de WHO*, 19 november 2014.
- KST 33625-146 (2014), Hulp, handel en investeringen; Brief regering; *Overzicht Nederlandse inspanningen ter bestrijding van Ebola*, 19 november 2014.
- KST 33625-148 (2014), Hulp, handel en investeringen; Brief regering; *Overzicht Nederlandse inspanningen ter bestrijding van Ebola*, 19 december 2014.
- KST 33625-149 (2015), Hulp, handel en investeringen; Brief regering; *Stand van zaken van de Nederlandse inspanningen bij de bestrijding van de Ebola-crisis*, 6 februari 2015.
- KST 33625-153 (2015), Hulp, handel en investeringen; Brief regering; *Overzicht Nederlandse hulpinspanningen Ebola*, 3 april 2015.

KST 33625-175 (2015), Hulp, handel en investeringen; Brief regering; *Brief van de ministers voor Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*, 18 augustus 2015.

Interne stukken

Ministerie van Buitenlandse Zaken (2010), *Policy and monitoring framework paper 2010-2013*.

Ministerie van Buitenlandse Zaken (2012), *Kaderinstructie WHO 2012*.

Ministerie van Buitenlandse Zaken (2013a), *Kaderinstructie WHO 2013*.

Ministerie van Buitenlandse Zaken (2014a), *Kaderinstructie WHO 2014*.

Ministerie van Buitenlandse Zaken (2014b), *Policy framework paper: 2014-2017*.

Ministerie van Buitenlandse Zaken (2015a), *Kaderinstructie WHO 2015*.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2012), *VWS-WHO Strategie 2012-2016*.

WHO – World Health Assembly

World Health Assemblies vóór 2010

46th World Health Assembly. Resolution 46.6. *Emergency and Humanitarian Relief Operations*. May 1993.

48th World Health Assembly. Resolution 48.2. *Emergency and Humanitarian Action*. May 1995.

58th World Health Assembly. Resolution 58.3. *Revision of the International Health Regulations*. May 2005.

59th World Health Assembly. Resolution 59.22. *Emergency preparedness and response*. May 2006.

2010 – 63rd World Health Assembly

A63/5 Add.1. Provisional agenda item 11.2 Implementation of the International Health Regulations (2005). *Report of the first meeting of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) in relation to Pandemic (H1N1) 2009*. Report by the Director-General. 15 May 2010.

2011 – 64th World Health Assembly

64th World Health Assembly. Resolution 64.10. *Strengthening National Health Emergency and Disaster Management Capacities and Resilience of Health Systems*. May 2011.

A64/10 Add.1 Provisional agenda item 13.2. Implementation of the International Health Regulations (2005). *Report of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) in relation to Pandemic (H1N1) 2009*. Report by the Director-General. 12 May 2011.

A64/10. Provisional agenda item 13.2. Implementation of the International Health Regulations (2005). *Report of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) in relation to Pandemic (H1N1) 2009*. Report by the Director-General. 5 May 2011.

2012 – 65th World Health Assembly

- 65th World Health Assembly. Resolution 65.20. *WHO's Response, and Role as the Health Cluster Lead, in Meeting the Growing Demands of Health in Humanitarian Emergencies*. May 2012.
- A65/25. Provisional agenda item 13.15. 16 March 2012.
- A65/17. Provisional agenda item 13.7. *Implementation of the International Health Regulations (2005)*. Report by the Director-General. 22 March 2012.
- A65/17 Add.1. Provisional agenda item 13.7. *Implementation of the International Health Regulations (2005)*. *Report on development of national core capacities required under the Regulations*. Report by the Secretariat. 15 May 2012.
- A65/33. Provisional agenda item 17.2. *Report of the Internal Auditor*. 13 April 2012.

2014 – 67th World Health Assembly

- A67/35 Add.1 Provisional agenda item 16.1. *Implementation of the International Health Regulations (2005)*. Report by the Director-General. 9 May 2014.
- A67/40. Provisional agenda item 17. *Progress reports*. Report by the Secretariat.

2015 – 68th World Health Assembly

- A68/2. Provisional agenda item 2. *Report of the Executive Board on its 135th and 136th sessions, and on its special session on Ebola*. 15 May 2015.
- A68/26. Provisional agenda item 16.1. *2014 Ebola virus disease outbreak and follow-up to the special session of the Executive Board on Ebola: options for a contingency fund to support WHO's emergency response capacity*. Report by the Director-General. 12 May 2015.
- A68/51 Rev.1. Provisional agenda item 16.1. *2014 Ebola virus disease outbreak and follow-up to the Special Session of the Executive Board on Ebola Draft decision proposed by the Secretariat*. 18 May 2015.
- A68/51. Provisional agenda item 16.1. *2014 Ebola virus disease outbreak and follow-up to the Special Session of the Executive Board on Ebola*. *Draft decision proposed by the Secretariat*. 14 May 2015.
- A68/56. Provisional agenda item 16.1. *2014 Ebola virus disease outbreak and follow-up to the special session of the Executive Board on Ebola: options for a contingency fund to support WHO's emergency response capacity*. *Report of the Programme, Budget and Administration Committee of the Executive Board to the Sixty-eighth World Health Assembly*. 18 May 2015.
- A68/A/CONF./5. Agenda item 16.1. *2014 Ebola virus disease outbreak and follow-up to the Special Session of the Executive Board on Ebola*. *Outcome of the drafting group*. 23 May 2015.
- A68/10. *2014 Ebola virus disease outbreak and follow-up to the Special Session of the Executive Board on Ebola*.
- A68/DIV./3. *Decisions and list of resolutions*. 5 June 2015.
- A68/6. Provisional agenda item 12.1. *Implementation of Programme budget 2014–2015: mid-term review*. Report by the Secretariat. 8 May 2015.
- A68/22. Provisional agenda item 15.3. *Implementation of the International Health Regulations (2005)*. *Responding to public health emergencies*. Report by the Director-General. 15 May 2015.
- A68/5. Agenda item 15.3. *The recommendations of the Review Committee on Second Extensions for Establishing National Public Health Capacities and on IHR Implementation*. 26 May 2015.
- A68/23. Provisional agenda item 15.4. *WHO response in severe, large-scale emergencies*. Report of the Director-General. 15 May 2015.
- A68/25. Provisional agenda item 16.1. *Ebola Interim Assessment Panel*. Report by the Secretariat. *Annex: Ebola Interim Assessment Panel*. *First report of the Panel*. 8 May 2015.
- A68/27. Provisional agenda item 16.1. *Global health emergency workforce*. Report by the Director-General. 15 May 2015.

WHO – Executive Board

2010 – 126th & 127th Executive Board

EB126/3. Provisional agenda item 3. *Report of the Programme, Budget and Administration Committee of the Executive Board*. 18 January 2010.

2011 – 128th & 129th Executive Board

EB128/21. Provisional agenda item 5. *The future of financing for WHO Report by the Director-General*. 15 December 2010.

EB128/3. Provisional agenda item 3. *Report of the Programme, Budget and Administration Committee of the Executive Board*. 17 January 2011.

EB128/INF.DOC./3. Agenda item 5. *The future of financing for WHO. Summary of the Director-General's concluding remarks*. 22 January 2011.

EBSS/2/2. Special session on WHO reform. Provisional agenda item 3. *WHO reforms for a healthy future. Report by the Director-General*. 15 October 2011.

2012 – 130th & 131st Executive Board

EB130/4. Provisional agenda item 4. *Report of the Programme, Budget and Administration Committee of the Executive Board*. 16 January 2012.

EB130/5 Add. 8. Provisional agenda item 5. *WHO reform. WHO evaluation policy*. 22 December 2011.

EB131/3. Provision agenda item 5. *WHO reform. Draft formal evaluation policy*. 3 May 2012.

Programme, budget and administration committee of the Executive Board. EBPBAC/EXO2/2. Second extraordinary meeting. Provisional agenda item 2. *Proposals to improve WHO's financing. Report by the Secretariat*. 23 November 2012.

2013 – 132nd & 133rd Executive Board

EB 133/8. Provisional agenda item 7.1. *Evaluation: annual report*. 23 April 2013.

EB132/30. Provisional agenda item 13.2. *Evaluation: update and proposed workplan for 2013*. 9 November 2012.

EB132/43. Provisional agenda item 3. *Report of the Programme, Budget and Administration Committee of the Executive Board*. 21 January 2013.

2014 – 134th & 135th Executive Board

EB134/INF.2. Provisional agenda item 12.4. *Revised human resources strategy*. 10 January 2014.

2015 – 136th & 137th Executive Board

22nd Programme, budget and administration committee of the Executive Board.

EBPAC22/3. Provisional agenda item 3.2. *Report of the Independent Expert Oversight Advisory Committee*. 8 May 2015.

EB136/22 Add.1. Provisional agenda item 8.3. 16 January 2015. A68/22 Add.1. *Implementation of the International Health Regulations (2005). Report of the Review Committee on Second Extensions for Establishing National Public Health Capacities and on IHR Implementation. Report by the Director-General. Annex 1. Report to the Director-General of the Review Committee on Second Extensions for establishing National Public Health Capacities and on IHR implementation*. 13-14 November 2014, Geneva, Switzerland.

- EB136/22 Add.1. Provisional agenda item 8.3. *Implementation of the International Health Regulations (2005). Report of the Review Committee on Second Extensions for Establishing National Public Health Capacities and on IHR Implementation. Report by the Director-General. Annex 2. Draft resolution on the recommendations of the Review Committee on second extensions for establishing national public health capacities and on IHR implementation.* 16 January 2015.
- EB136/38. Provisional agenda item 13.1. *Evaluation. Report by the Secretariat.* 5 December 2014.
- EB137/7. Provisional agenda item 8.2. *Evaluation: annual report.* 8 May 2015.
- EBSS/3/3. Special session on Ebola Provisional agenda item 3. Executive Board. EB136/49. Provisional agenda item 9.4. *Ensuring WHO's capacity to prepare for and respond to future large-scale and sustained outbreaks and emergencies. Report by the Secretariat.* 9 January 2015.
- EBSS/3/CONF./1 REV.1. Special session on Ebola. Agenda item 3. *Ebola: Ending the current outbreak, strengthening global preparedness and ensuring WHO capacity to prepare for and respond to future large-scale outbreaks and emergencies with health consequences.* 25 January 2015.
- EBSS/3/INF./4. Special session on Ebola Provisional agenda item 3. Executive Board EB136/INF./7 136th session. Provisional agenda item 9.4. *IHR and Ebola. Special Session of the Executive Board on the Ebola Emergency.* 9 January 2015.

| 78 |

2016 – 138th Executive Board

- EB138/19. Provisional agenda item 8.1. *Implementation of the International Health Regulations (2005). Report by the Director-General.* 8 January 2016.
- EB138/23. Provisional agenda item 8.4. *WHO response in severe, large-scale emergencies Report of the Director-General.* 22 January 2016.
- EB138/27. Provisional agenda item 9.1 *2014 Ebola virus disease outbreak and issues raised: follow-up to the Special Session of the Executive Board on the Ebola Emergency (resolution EBSS3.R1) and the Sixty-eighth World Health Assembly (decision WHA68(10)). Update on 2014 Ebola virus disease outbreak and Secretariat response to other issues raised.* 22 January 2016.
- EB138/5. Provisional agenda item 5.1. *Overview of reform implementation. Report by the Secretariat.* 15 January 2016.
- EB138/55. Provisional agenda item 9.1. *2014 Ebola virus disease outbreak and issues raised: follow-up to the Special Session of the Executive Board on the Ebola Emergency (resolution EBSS3.R1) and the Sixty-eighth World Health Assembly (decision WHA68(10)). High-level design for a new WHO health emergencies programme Report by the Director-General.*

WHO – Advisory group on emergency reform of WHO's work in Outbreaks and Emergencies

- Advisory group on reform (2015a), First Meeting by Teleconference. 28 July 2015.
- Advisory group on reform (2015b), Second Meeting of the Advisory Group. Meeting by Teleconference, 26 August 2015. *Meeting Report.*
- Advisory group on reform (2015c), *Partner consultations with the Chair of the Advisory Group on Reform of WHO's Work in Outbreaks and Emergencies with Health and Humanitarian Consequences*. Meeting with members of the Global Health Cluster by Teleconference. 7 September 2015.

- Advisory group on reform (2015d), Third Meeting of the Advisory Group on Reform of WHO's Work in Outbreaks and Emergencies with Health and Humanitarian Consequences Meeting by teleconference. 22 September 2015. Email invitation from the Chair to the Members. *Summary of consultations involving WHO Regional Offices and Chair of the Advisory Group: 1-7 September, 2015*. Prepared by the Chair and circulated to the Advisory Group 21st September 2015.
- Advisory group on reform (2015e), *Reflections of the Advisory Group Chair* [Updated October 13th 2015].
- Advisory group on reform (2015f), *First report*. 15 November 2015.
- Advisory group on reform (2016), *Second report*. 18 January 2016.

WHO – Overige bronnen

- Department of Global Capacities Alert and Response (2013), *Activity Report 2012*.
- Ebola Interim Assessment Panel (2015), *Second Report of the Ebola Interim Assessment Panel*.
- Statements on the meeting of the IHR Emergency Committee on the 2014 Ebola outbreak in West Africa: 8 August 2014, 22 September 2014, 23 October 2014, 21 January 2015, 10 April 2015, 7 July 2015.
- WHO (2008), WHO/HSE/IHR/2010.4. *WHO Guidance for the use of Annex 2 of the International Health Regulations (2005). Decision instrument for the assessment and notification of events that may constitute a public health emergency of international concern*.
- WHO (2012), WHO/HSE/GCR/2012.1. *Information to States Parties regarding determination of fulfilment of IHR Core Capacity requirements for 2012 and potential extensions*. January 2012
- WHO (2013a), *Emergency Response Framework*.
- WHO (2013b), WHO/HSE/GCR/2013.2. *IHR Core capacity monitoring framework: Checklist and Indicators for Monitoring Progress in the Development of IHR Core Capacities in States Parties*.
- WHO (2013c), WHO/HSE/GCR/2013.5. *Accelerating Implementation of the International Health Regulations (2005). A Summary Report. Key points and recommendations from the IHR stakeholders meetings on mapping of unmet needs*.
- WHO (2014a), *Programme budget 2014-2015*.
- WHO (2014b), WHO/HSE/GCR/2014.9. *Information to States Parties regarding determination of fulfilment of IHR national Core Capacity requirements and potential extensions*.
- WHO (2014c), *Ebola strategy. Ebola and Marburg virus disease epidemics: preparedness, alert, control, and evaluation*.
- WHO (2014d), *Interim guidance. Travel and transport risk assessment: Interim guidance for public health authorities and the transport sector*.
- WHO (2014e), *High level meeting on building resilient systems for health in Ebola-affected countries. 10-11 December 2014. Geneva*.
- WHO (2014f), *High level meeting on building resilient systems for health in Ebola-affected countries. Geneva, Switzerland 10-11 December 2014. Background document*.
- WHO (2015a), WHO/HSE/GCR/2015.8. *International Health Regulations (2005). IHR core capacity monitoring framework: questionnaire for monitoring progress in the implementation of IHR core capacities in States Parties. 2015 questionnaire*.
- WHO (2015b), *Ebola Virus Disease Preparedness: Taking Stock and Moving Forward*. Geneva, Switzerland. 14th-16th January, 2015. Report of a WHO meeting.
- WHO (2015c), *2015 WHO Strategic Response Plan. West Africa Ebola Outbreak*.

- WHO (2015d), *Ebola virus disease preparedness. Progress Report October 2014 - June 2015*.
- WHO (2015e), *Report on WHO's work in Emergency Risk and Crisis Management 2013-2014*. Emergency Risk Management and Humanitarian Response Department.
- WHO (2015f), *WHO Secretariat response to the Report of the Ebola Interim Assessment Panel*.
- WHO (2015g), *Note for the Record: Member States Consultation – global health emergency workforce*.
- WHO (2015h), *CFE Contingency Fund for Emergencies*.
- WHO (2015i), *Follow up to the World Health Assembly decision on the Ebola virus disease outbreak and the Special Session of the Executive Board on Ebola: Roadmap for Action*.
- WHO (2015j), *First meeting of the Review Committee on the functioning of the International Health Regulations (2005) in the Ebola outbreak and response, 24-25 August 2015, Geneva, Switzerland. Report of the First Meeting of the Review Committee on the Role of the International Health Regulations (2005) in the Ebola Outbreak and Response*.
- WHO (undated). *Frequently asked questions on IHR Emergency Committee*. Brochure.

Europese Unie

- European Union Statement (2011), WHO 64th World Health Assembly. Agenda item 13.2. *International Health Regulation*.
- European Union Statement (2012a), WHO Reform – Managerial Reforms (Agenda point 5). Geneva, 18 January 2012.
- European Union Statement (2012b), WHO 65th World Health Assembly (Geneva, 21-26 May 2012). 'WHO Reform: Governance' (Agenda item 12).
- European Union Statement (2013), WHO 132nd Executive Board (21-29 January 2013) 'Implementation of the International Health Regulations (2005)' (Agenda item 8.1). 23 January 2013.
- European Union statement (2014a), 134th WHO Executive Board (20-25 January 2014). *Progress Report 'WHO's response and role as the health cluster lead in meeting the growing demands of health in humanitarian emergencies'*. 25 January 2014.
- European Union Statement (2014b), WHO 67th World Health Assembly (19 -24 May 2014). Agenda item 17. *Progress Report 'WHO's response and role as the health cluster lead in meeting the growing demands of health in humanitarian emergencies'*.
- European Union Statement (2015a), WHO 68th World Health Assembly (Geneva, 18-26 May 2015) Agenda item 11. *Overview of WHO Reform implementation*. 18 May 2015.
- European Union Statement (2015b), WHO 68th World Health Assembly (18-26 May 2015). Agenda item 16.1. *2014 Ebola virus disease outbreak and follow up to the special session of the Executive Board on Ebola – Contingency fund*. 19 May 2015.
- European Union Statement (2015c), WHO 68th World Health Assembly (18-26 May 2015). Agenda item 16.1. *2014 Ebola virus disease outbreak and follow up to the special session of the Executive Board on Ebola – Global Health Emergency Workforce*. 19 May 2015.
- European Union Statement (2015d), WHO Regional Committee for Europe. 65th session. Agenda item 3. *IHR (2005): Core capacities monitoring and assessment*. Vilnius, Lithuania, 14-17 September 2015.

Overige literatuur

- Aleman, A. (2014), 'Hulp schiet nog steeds tekort in strijd tegen ebola'. In: *Vice Versa*, 11 september 2014.
- Bundesministerium für Gesundheit (2013), *Shaping Global Health. Taking Joint Action. Embracing Responsibility*. The Federal Government's Strategy Paper https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Screen_Globale_Gesundheitspolitik_engl.pdf (geraadpleegd op 25/01/16).
- Canadian International Development Agency (CIDA) (2013), *Development Effectiveness Review of the World Health Organization*.
- Commission on a Global Health Risk Framework for the Future (2015), *The Neglected Dimension of Global Security. A framework to counter infectious disease crises*. National Academy of Sciences.
- Council of the European Union (2010), *Council conclusions on the EU role in Global Health*. 3011th Foreign Affairs Council meeting.
- DuBois, M. and C. Wake, with S. Sturridge and C. Bennett (2015), *The Ebola response in West Africa – Exposing the politics and culture of international aid*, Humanitarian Policy Group Working Paper, ODI.
- Fineberg, H. V. (2014), 'Pandemic Preparedness and Response — Lessons from the H1N1 Influenza of 2009'. In: *The New England journal of medicine*, 3 April 2014. Downloaded from nejm.org on September 3, 2015, pp. 1335-1342.
- Fink, S. (2014), 'Cuts at W.H.O. Hurt Response to Ebola Crisis'. In: *The New York Times*. September 4, 2014 [online: September 3, 2014].
- Gostin, L. O., E. Friedman and D. Hougendobler (2015), *Ebola, the World Health Organisation and beyond: toward a framework for global health security*. Georgetown University Law Center. Briefing paper no. 11.
- Gostin, L. O., D. Sridhar and D. Hougendobler (2015), 'The normative authority of the World Health Organization'. In: *Public Health*. Vol. 129, Iss. 7, pp. 1-10.
- HERA (2012), *Joint technical mid-term review of the partnership programme of the Netherlands and the World Health Organisation DVF/SE-156/12*.
- High-level Panel on the Global Response to Health Crises (2016), *Protecting Humanity from Future Health Crises*. Advance unedited copy.
- Horton, R. (2015), 'Offline: "Our systems simply couldn't cope"'. In: *The Lancet*. Vol. 385, No. 9986, p. 2447.
- Maurice, J. (2015), 'Expert panel slams WHO's poor showing against Ebola'. In: *The Lancet*. Vol. 386, No. 9990, p. e1.
- Mensink, A. (2007), *Infectieziekten en veiligheid. Toekomstige uitdagingen voor maatschappij en beleid*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Centrum Infectieziektenbestrijding.
- Ministerie van Buitenlandse Zaken (2013b), *Balancing ideals with practice. Policy evaluation of Dutch involvement in sexual and reproductive health and rights 2007-2012*. Den Haag: Ministerie van Buitenlandse Zaken.
- Ministerie van Buitenlandse Zaken (2015b), *Scorecard WHO*. Den Haag: Ministerie van Buitenlandse Zaken.

- Moon, S. et al. (2015), 'Will Ebola change the game? Ten essential reforms before the next pandemic. The report of the Harvard-LSHTM Independent Panel on the Global Response to Ebola'. In: *The Lancet*. Vol. 386, No. 10009, pp. 2204-2221.
- RIVM (2011), *Strategisch beleidsplan Strategisch beleidsplan RIVM – Centrum Infectieziektebestrijding 2011-2015*.
- Staatscourant (2015), Nr. 19241, 13 juli 2015; Onderlinge regeling als bedoeld in artikel 38, eerste lid, van het Statuut voor het Koninkrijk der Nederlanden regelende de samenwerking op het gebied van de implementatie van de Internationale Gezondheidsregeling tussen Nederland, Aruba, Curaçao en Sint Maarten.
- The Lancet (2015), *A plan to protect the world—and save WHO*. Editorial. *The Lancet*. Vol. 386, No. 9989, p. 103.
- United Nations Joint Inspection Unit (2012), *Review of management, administration and decentralization in the World Health Organization (WHO). Part I Review of Management and Administration of WHO*. JIU/REP/2012/6. Geneva.
- United Nations Joint Inspection Unit (2014), *Analysis of the evaluation function in the United Nations System*. JIU/REP/2014/6. Geneva.
- Van de Pas, R. and L. G. van Schaik (2014), 'Democratizing the World Health Organization'. In: *Public health*. Vol. 128, Iss. 2, pp. 195-201.

Bijlage 4 Technische aspecten

Kerncapaciteiten onder de IHR

Het onderstaande overzicht (tabel 0.1) is gebaseerd op de enquête voor 2015 die dertien kerncapaciteiten onder de IHR onderscheidt waarop wordt gemonitord, en twintig indicatoren die sinds 2010 zijn geselecteerd voor rapportage aan de WHO.¹⁵³ Voor elke capaciteit wordt de implementatiestatus gemeten aan de hand van een vierpuntsschaal.¹⁵⁴

Tabel 0.1 IHR-kerncapaciteiten en indicatoren	
Kerncapaciteit	Indicatoren
Legislation, laws, regulations, administrative requirements, policies or other government instruments in place are sufficient for implementation of IHR.	Legislation, regulations, administrative requirements, policies or other government instruments in place are sufficient for implementation of obligations under the IHR.
Coordination at national level and the communication of National IHR Focal Points.	A mechanism is established for the coordination of relevant sectors in the implementation of the IHR. IHR NFP functions and operations are in place as defined by the IHR (2005).
Surveillance – including early warning function for the early detection of a public health event.	Indicator-based surveillance includes an early warning function for the early detection of a public health event. Event-based surveillance is established.
Response – rapid response capacity and infection prevention and control.	Public health emergency response mechanisms are established.
Preparedness – public health emergency preparedness and response.	Infection prevention and control (IPC) is established at national and hospital levels. Multi-hazard National Public Health Emergency Preparedness and Response Plan is developed. Priority public health risks and resources are mapped.
Risk communication – Policy and procedures for public communications and a Multi-hazard National Public Health Emergency Preparedness and Response Plan.	Mechanisms for effective risk communication during a public health emergency are established.
Human recourse capacity.	Human resources are available to implement IHR core capacity requirements.

¹⁵³ De vragenlijst voor 2015 is te vinden in WHO (2015a).

¹⁵⁴ Onderscheid wordt gemaakt tussen: 'Capability level < 1: is the foundation level, which represents critical attributes that facilitate implementation of the IHR; Capability level 1 is generally characterized as a 'moderate' level'. Het betekent veelal dat de vereiste 'inputs and processes' die nodig zijn 'to build or maintain IHR core capacities' aanwezig zijn. 'Capability level 2 represents 'strong' technical capacity and a high level of performance, with defined public health outputs and outcomes; Capability level 3 represents an advanced level of capabilities and achieving a 'reference model' of capability.' Het reflecteert 'advanced achievement whereby knowledge, findings, lessons learnt and experience gained from the outputs and outcomes are evaluated, documented and shared both within the country and internationally'. WHO (2013b: 14-15).

Tabel 0.1 IHR-kerncapaciteiten en indicatoren	
Kerncapaciteit	Indicatoren
Laboratory diagnostic and confirmation capacity.	Laboratory services are available to test for priority health threats. Laboratory biosafety and laboratory biosecurity (biorisk management) practices are in place.
Points of Entry (PoE) – i.e. effective surveillance and routine capacities plus effective response.	General obligations at PoE are fulfilled. Effective surveillance and other routine capacities is established at PoE. Effective response at PoE is established.
Zoonotic events.	Mechanisms for detecting and responding to zoonoses and potential zoonoses are established.
Food safety.	Mechanisms are established for detecting and responding to foodborne disease and food contamination.
Chemical events.	Mechanisms are established for the detection, alert and response to chemical emergencies.
Radiation emergencies.	Mechanisms are established for detecting and responding to radiological and nuclear emergencies.

Het Emergency Response Framework

Het *Emergency Response Framework* (ERF) bestaat sinds 2013 en is onderdeel van het algemene hervormingsproces van de WHO.¹⁵⁵ Het dient als gemeenschappelijk platform voor het werk van de WHO in humanitaire en volksgezondheids crises op landenniveau. Het speelt ook een centrale rol bij de verduidelijk van de verantwoordelijkheden en taken van de WHO in dergelijke crises. Het ERF heeft twee doelen: (i) het opbouwen van de benodigde capaciteiten op nationaal niveau om noodsituaties en rampen te managen en deze te integreren in het nationale gezondheidsbeleid; en (ii) het verlenen van steun voor acute en langdurige noodrespons in getroffen landen.

Om die doelen te realiseren heeft het raamwerk onder andere:

- een systeem om elke noodsituatie binnen twaalf uur te classificeren naar de benodigde steun, inclusief processen, procedures en criteria;
- een verklaring over de kernverplichtingen van de WHO, haar rol bij acute noodsituaties en de te nemen acties om levens te redden en negatieve gevolgen voor de gezondheid te minimaliseren;
- een overzicht van de kritische functies van de WHO bij noodrespons, onder meer op het gebied van leiderschap (van het Health Cluster), coördinatie, gegevensverzameling en -analyse;
- prestatiestandaarden om de kwaliteit van het optreden van de WHO in noodsituaties te kunnen meten;
- een *global emergency management team* met *emergency focal points* in Genève en in de regionale kantoren en de aanstelling van *health emergency leaders* op de landenkantoren;

¹⁵⁵ WHO (2015e: 13); WHO (2013a).

- een procedure die de WHO zal volgen van initiële alertering tot de ontwikkeling van een strategie voor de overgangsfase naar herstel en een verdeling van taken over de verschillende niveaus van de organisatie;
- beleid ten aanzien van piekcapaciteit en de toepassing van het uitgangspunt van 'no-regrets', dat voorschrijft dat het aan de WHO is om te bepalen hoeveel staf en middelen bij een noodsituatie nodig zijn.

Evaluatie- en studierapporten van de Inspectie Ontwikkelingssamenwerking en Beleidsevaluatie (IOB) gepubliceerd in 2012-2016

Evaluatierapporten die vóór 2012 gepubliceerd zijn, kunt u terugvinden op de IOB website: www.iob-evaluatie.nl.

IOB nr.	Jaar	Rapport	ISBN
414	2016	Voorkomen is beter dan genezen. Nederland en de WHO (2011-2015)	978-90-5328-482-7
412	2016	How to break the vicious cycle: Evaluation of Dutch Development Cooperation in the Palestinian Territories 2008-2014	978-90-5328-483-4
411	2016	Cultuur als kans. Beleidsdoorlichting van het internationaal cultuurbeleid 2009-2014	978-90-5328-480-3
410	2015	Vreedzame geschillenbeslechting en het tegengaan van straffeloosheid. Beleidsdoorlichting internationale rechtsorde	978-90-5328-478-0
409	2015	Evaluation of the Matra Programme in the Eastern Partnership countries 2008-2014	978-90-5328-475-9
408	2015	Aided Trade: An evaluation of the Centre for the Promotion of Imports from Developing Countries (2005-2012)	978-90-5328-477-3
407	2015	Opening doors and unlocking potential: Key lessons from an evaluation of support for Policy Influencing, Lobbying and Advocacy (PILA)	978-90-5328-474-2
406	2015	Beleidsdoorlichting van de Nederlandse humanitaire hulp 2009-2014	978-90-5328-473-5
405	2015	Gender sense & sensitivity: Policy evaluation on women's rights and gender equality (2007-2014)	978-90-5328-471-1
404	2015	Met hernieuwde energie. Beleidsdoorlichting van de Nederlandse bijdrage aan hernieuwbare energie en ontwikkeling	978-90-5328-472-8
403	2015	Premises and promises: A study of the premises underlying the Dutch policy for women's rights and gender equality	978-90-5328-469-8
402	2015	Work in Progress: Evaluation of the ORET Programme: Investing in Public Infrastructure in Developing Countries	978-90-5328-470-4
401	2015	Evaluation of the MDG3 Fund: 'Investing in Equality' (2008-2011)	978-90-5328-468-1
400	2015	The Only Constant is Change: Evaluation of the Dutch contribution to transition in the Arab region (2009-2013)	978-90-5328-467-4
399	2015	Gender, peace and security: Evaluation of the Netherlands and UN Security Council resolution 1325	978-90-5328-465-0
398	2014	Navigating a sea of interests: Policy evaluation of Dutch foreign human rights policy 2008-2013	978-90-5328-460-5
397	2014	Riding the wave of sustainable commodity sourcing: Review of the Sustainable Trade Initiative IDH 2008-2013	978-90-5328-464-3
396	2014	Access to Energy in Rwanda. Impact evaluation of activities supported by the Dutch Promoting Renewable Energy Programme	978-90-5328-463-6

IOB nr.	Jaar	Rapport	ISBN
395	2014	Strategie bij benadering. Nederlandse coalitievorming en de multi-bi benadering in het kader van de EU-besluitvorming (2008-2012)	978-90-5328-462-9
394	2014	Autonomy, partnership and beyond: A counterfactual analysis of policy coherence for Ghana	978-90-5328-459-9
393	2014	Balanceren tussen koopmanschap en diplomatie. Evaluatie van de Netherlands Business Support Offices 2008-2013	978-90-5328-458-2
392	2014	Good things come to those who make them happen: Return on aid for Dutch exports	978-90-5328-456-8
391	2014	Useful patchwork: Direct Funding of Local NGOs by Netherlands Embassies 2006-2012	978-90-5328-455-1
390	2014	Investeren in wereldburgerschap. Evaluatie van de Nationale Commissie voor Internationale Samenwerking en Duurzame Ontwikkeling (NCDO)	978-90-5328-454-4
389	2014	Op zoek naar focus en effectiviteit. Beleidsdoorlichting van de Nederlandse inzet voor Private Sector Ontwikkeling 2005-2012	978-90-5328-451-3
388	2013	Impact evaluation of improved cooking stoves in Burkina Faso: The impact of two activities supported by the Promoting Renewable Energy Programme	978-90-5328-449-0
387	2013	Between Ambitions and Ambivalence: Mid-term Evaluation SNV Programme 2007-2015	978-90-5328-448-3
386	2013	Evaluation issues in financing for development: Analysing effects of Dutch corporate tax policy on developing countries	978-90-5328-447-6
385	2013	Economic diplomacy in practice: An evaluation of Dutch economic diplomacy in Latin America	978-90-5328-446-9
384	2013	Achieving universal access to sexual and reproductive health and rights: Synthesis of multilateral contribution to advancing sexual and reproductive health and rights (2006-2012)	978-90-5328-445-2
383	2013	NGOs in action: A study of activities in sexual and reproductive health and rights by Dutch NGOs	978-90-5328-444-5
382	2013	Buscando novas relações : Avaliação da política externa dos Países Baixos para a América Latina. Informe especial sobre o Brasil	978-90-5328-453-7
382	2013	En busca de nuevas relaciones: Evaluación de la política exterior de los Países Bajos en América Latina. Resumen del informe principal	978-90-5328-450-6
382	2013	Op zoek naar nieuwe verhoudingen. Evaluatie van het Nederlandse buitenlandbeleid in Latijns-Amerika	978-90-5328-443-8
381	2013	Balancing Ideals with Practice: Policy evaluation of Dutch involvement in sexual and reproductive health and rights 2007-2012	978-90-5328-442-1
380	2013	Linking Relief and Development: More than old solutions for old problems?	978-90-5328-441-4
379	2013	Investeren in stabiliteit. Het Nederlandse fragiele statenbeleid doorgelicht	978-90-5328-440-7
378	2013	Public private partnerships in developing countries. A systematic literature review	978-90-5328-439-1

IOB nr.	Jaar	Rapport	ISBN
377	2013	Corporate Social Responsibility: the role of public policy. A systematic literature review of the effects of government supported interventions on the corporate social responsibility (CSR) behaviour of enterprises in developing countries	978-90-5328-438-4
376	2013	Renewable Energy: Access and Impact. A systematic literature review of the impact on livelihoods of interventions providing access to renewable energy in developing countries	978-90-5328-437-7
375	2013	The Netherlands and the European Development Fund – Principles and practices. Evaluation of Dutch involvement in EU development cooperation (1998-2012)	978-90-5328-436-0
374	2013	Working with the World Bank. Evaluation of Dutch World Bank policies and funding 2000-2001	978-90-5328-435-3
373	2012	Evaluation of Dutch support to human rights projects (2008-2011)	978-90-5328-433-9
372	2012	Relations, résultats et rendement. Évaluation de la coopération au sein de l'Union Benelux du point de vue des Pays-Bas	978-90-5328-434-6
372	2012	Relaties, resultaten en rendement. Evaluatie van de Benelux Unie-samenwerking vanuit Nederlands perspectief	978-90-5328-431-5
371	2012	Convirtiendo un derecho en práctica. Evaluación de impacto del programa del cáncer cérvico-uterino del Centro de Mujeres Ixchen en Nicaragua (2005-2009)	978-90-5328-432-2
371	2012	Turning a right into practice. Impact evaluation of the Ixchen Centre for Women cervical cancer programme in Nicaragua (2005-2009)	978-90-5328-429-2
370	2012	Equity, accountability and effectiveness in decentralisation policies in Bolivia	978-90-5328-428-5
369	2012	Budget support: Conditional results – Review of an instrument (2000-2011)	978-90-5328-427-8
369	2012	Begrotingssteun: Resultaten onder voorwaarden – Doorlichting van een instrument (2000-2011)	978-90-5328-426-1
368	2012	Civil Society, Aid, and Development: A Cross-Country Analysis	978-90-5328-425-4
367	2012	Energievoorzieningszekerheid en Buitenlandbeleid – Beleidsdoorlichting 2006-2010	978-90-5328-424-7
366	2012	Drinking water and Sanitation – Policy review of the Dutch Development Cooperation 1990-2011	978-90-5328-423-0
366	2012	Drinkwater en sanitaire voorzieningen – Beleidsdoorlichting van het OS-beleid 1990-2011	978-90-5328-422-3
365	2012	Tactische diplomatie voor een Strategisch Concept – De Nederlandse inzet voor het NAVO Strategisch Concept 2010	978-90-5328-421-6
364	2012	Effectiviteit van Economische Diplomatie: Methoden en Resultaten van onderzoek	978-90-5328-420-9

Als u een publicatie in gedrukte vorm wilt ontvangen, stuur dan een e-mail naar IOB@minbuza.nl, met vermelding van de titel en het IOB nummer.

Uitgebracht door:

Ministerie van Buitenlandse Zaken
Inspectie Ontwikkelingssamenwerking en Beleidsevaluatie (IOB)
Postbus 20061 | 2500 EB Den Haag

www.rijksoverheid.nl/bz-evaluaties
www.iob-evaluatie.nl
www.twitter.com/IOBevaluatie

Foto voorpagina: Opening van de 124e sessie van de Executive Board van de
Wereldgezondheidsorganisatie op 19 januari 2009. WHO | Thierry Parel

Opmaak: Xerox/OBT | Den Haag
ISBN: 978-90-5328-482-7

Redactie: Simone Langeweg Tekst- en Communicatieadvies, www.simonelangeweg.nl

© Ministerie van Buitenlandse Zaken | maart 2016

Op verzoek van de Tweede Kamer heeft de Inspectie Ontwikkelingssamenwerking en Beleidsevaluatie (IOB) van het ministerie van Buitenlandse Zaken (BZ) onderzoek gedaan naar de relatie tussen Nederland en de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) in de periode 2011-2015. De directe aanleiding voor dit onderzoek was de toenemende twijfel over de operationele capaciteit van de WHO om adequaat te reageren op de Ebola-uitbraak in

West-Afrika in 2014-2015. In deze evaluatie gaat IOB na wat de Nederlandse inzet is geweest bij de uitvoering van eerdere aanbevelingen over het optreden van de WHO in mondiale gezondheids crises en het functioneren van de International Health Regulations (IHR) uit 2005. Daarnaast formuleert IOB enkele lessen voor de Nederlandse overheid voor het toekomstig beleid ten aanzien van de WHO.

aluatie | nr. 414 | Voorkomen is beter dan genezen | IOB Evaluatie | nr. 414 | Voorkomen is beter dan genezen | IOB Evaluatie | nr. 414 | Voorkomen is bet

Uitgebracht door:

Ministerie van Buitenlandse Zaken
Inspectie Ontwikkelingssamenwerking en Beleidsevaluatie (IOB)
Postbus 20061 | 2500 EB Den Haag

www.rijksoverheid.nl/bz-evaluaties
www.iob-evaluatie.nl
www.twitter.com/IOBevaluatie

© Ministerie van Buitenlandse Zaken | maart 2016

16BUZ92701 | N