

Skýrsla

heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra um 117. fund framkvæmdastjórnar WHO í Genf 23.–28. janúar 2006, alþjóðaheilbrigðisdaginn 7. apríl 2006, 59. alþjóðaheilbrigðisþingið í Genf 22.–27. maí 2006, sérstakan fund framkvæmdastjórnarinnar í Genf 23. maí 2006, 118. fund framkvæmdastjórnar WHO í Genf 29. maí–1. júní 2006 og fund svæðisnefndar WHO í Evrópu í Kaupmannahöfn 11.–14. september 2006, 119. fund framkvæmdastjórnar WHO í Genf 6.–8. nóvember 2006 og sérstakan fund alþjóðaheilbrigðisþingsins í Genf 9. nóvember 2006..

(Lögð fyrir Alþingi á 133. löggjafarþingi 2006–2007.)

Stofnskrá Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (WHO) var samþykkt 22. júlí 1946 á sérstöku alþjóðlegu heilbrigðismálaþingi. Stofnunin sjálf tók ekki til starfa fyrr en 7. apríl 1948 þegar 26 af 61 aðildarríki Sameinuðu þjóðanna höfðu staðfest stofnskrána. Aðildarríki WHO eru nú 193.

Höfuðstöðvar stofnunarinnar eru í Genf en auk þess fer stór hluti starfseminnar fram í sex svæðisnefndum og skrifstofum þeirra. Svæðisskrifstofurnar eru í eftirtöldum löndum:

- Kongó (Brazzaville).
- Bandaríkjunum (Washington).
- Egyptalandi (Alexandríu).
- Danmörku (Kaupmannahöfn).
- Indlandi (Nýju-Delhi).
- Filippseyjum (Maníla).

Alþjóðaheilbrigðisþingið, sem haldið er einu sinni á ári, er sá vettvangur sem tekur helstu ákvarðanir varðandi starfsemi WHO og markar stefnu stofnunarinnar á hverjum tíma. Framkvæmdastjórnin, sem kemur saman tvisvar á ári, er hins vegar framkvæmdanefnd þingsins. Svæðisnefndir WHO koma saman einu sinni á ári, í eina til tvær vikur hverju sinni. Þess á milli starfa fastanefndir svæðisskrifstofanna.

Meginmarkmið Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar er að stuðla að sem bestu heilsufari allra jarðarbúa. Heilbrigði er skilgreint í stofnskrá WHO sem svo að það feli í sér fullkomið líkamlegt, andlegt og félagslegt velferði, ekki einungis firð sjúkdóma og vanheilinda.

Helstu viðfangsefni WHO eru:

- Leiðsögn í heilbrigðismálum á heimsvísu.
- Samvinna við ríkisstjórnir á sviði áætlanagerðar, stjórnunar og mats á framkvæmd aðgerða í heilbrigðismálum.
- Þróun og miðlun viðeigandi heilbrigðistækni, upplýsinga og gæðastaðla fyrir heilbrigðisþjónustu.

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin starfar í nánun samstarfi við aðildarríkin, alþjóðlegar og svæðisbundnar stofnanir og samtök, frjáls félagasamtök og sérhæfðar miðstöðvar á ýmsum sviðum heilbrigðismála. Jafnframt tengist starfsemi WHO viðfangsefnum margra annarra stofnana Sameinuðu þjóðanna.

WHO hefur einkum náð árangri á sviði tóbaksvarna, smitsjúkdóma og með lækun dánartíðni og lengingu lífs, dreifingu lífsnauðsynlegra lyfja og aðgerðum til þess að bæta heilsufarið í borgum heimsins. Verkefni fram undan eru hins vegar óþrjótandi og má þar m.a. nefna aðgerðir til þess að tryggja heilbrigði allra, hefta útbreiðslu nýrra og eldri sjúkdóma, koma á nánari samvinnu þeirra sem vinna að heilbrigðismálum, bæta umhverfið og stuðla að heilsusamlegum lífsháttum fólks.

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin hefur gegnt forustuhlutverki á sviði heilbrigðismála í heiminum um áratugaskeið. Á síðustu árum hafa hins vegar alþjóðlegar stofnanir eins og Alþjóðabankinn, Heimssjúðurinn í baráttu gegn alnæmi, berklum og malaríu (e. The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria) auk svæðisbundinna fjárfestingarbanka og einkaaðila, svo sem stofnun Bill og Melinda Gates, orðið æ meira áberandi á heilbrigðis-sviðinu. Hefur það aðallega komið til af því að fjárhagslegur stuðningur og lánaþyrirgreiðsla við einstök lönd hefur í vaxandi mæli tengst ákveðnum aðgerðum í heilbrigðismálum.

117. FUNDUR FRAMKVÆMDASTJÓRNAR WHO Í GENF 23.–28. JANÚAR 2006

1. Inngangur.

Framkvæmdastjórnin hittist að venju tvisvar á ári. Fyrri fundurinn er haldinn í janúar og sá seinni í maí í beinu framhaldi af alþjóðaheilbrigðisþinginu sem haldið er ár hvert. Framkvæmdastjórnin fer með æðsta vald í málefnum stofnunarinnar en í henni sitja 34 fulltrúar. Sæti stjórnarinnar skiptast milli svæða á þann hátt að Evrópa hefur átta sæti, Afríka sjö sæti, Norður- og Suður-Ameríka sex sæti, Austur-Miðjarðarhaf fimm sæti, Vestur-Kyrrahaf fimm sæti og Suðaustur-Asía þrjú sæti. Fyrir framkvæmdastjórnina eru lagðar skýrslur frá skrifstofu framkvæmdastjóra stofnunarinnar, eins konar greinargerðir og oft með tillögum eða ályktunum. Þegar þær hafa verið afgreiddar fara þær til endanlegrar staðfestingar á alþjóðaheilbrigðisþingi stofnunarinnar. Fundina sækja ásamt fulltrúum framkvæmdastjórnarinnar áheyrnarfulltrúar margra aðildarríkja og aðrir hagsmunaaðilar, svo sem frjáls félagasamtök.

Fundurinn átti að vera síðasti framkvæmdastjórnarfundurinn sem fulltrúi Íslands sæti, á tímabili sínu í stjórninni, þar sem hver fulltrúi er kosinn til þriggja ára í senn. Þess má geta að efnt var til aukafundar stjórnarinnar í maí sama ár sem Ísland sat og greint verður frá síðar í skýrslunni. Fulltrúi Íslands, Davíð Á. Gunnarsson, ráðuneytisstjóri heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins, gegndi einnig á tímabilinu, frá maí 2004 til maí 2005, stöðu formanns framkvæmdastjórnarinnar. Með aðild að framkvæmdastjórninni svo og formannssetunni hefur Ísland fengið tækifæri til þess að koma að mikilvægum ákvörðunum um starfsemi og stefnu WHO. Ísland hefur í stjórnartíð sinni lagt megináherslu á málefni kvenna, barna og ungmenna sem víða um heim búa við bág kjör. Ísland hefur að auki lagt áherslu á að efla heilsusamlega lífshætti, svo sem stuðla að aukinni hreyfingu, hollu mataræði og lagt baráttunni gegn ofneyslu áfengis lið. Einnig hefur Ísland lagt áherslu á málefni fatlaðra. Ísland hefur jafnframt staðið að og unnið að í samstarfi við önnur aðildarríki að gerð fjölda ályktana á tímabili sínu í stjórninni.

Á fundinum voru samþykktar samtals 13 ályktanir og sóttu fundinn, fyrir Íslands hönd, Davíð Á. Gunnarsson ráðuneytisstjóri, Ingimar Einarsson skrifstofustjóri, Sveinn Magnússon

skrifstofustjóri, Vilborg Ingólfssdóttir skrifstofustjóri, Helgi Már Arthúrssón upplýsinga-
fulltrúi og Haraldur Briem, sóttvarnalæknir landlæknisembættisins.

2. Ræða framkvæmdastjóra.

Framkvæmdastjóri WHO, dr. Lee Jong-wook, lagði í upphafsræðu sinni áherslu á for-
gangsmálefni stofnunarinnar. Hann fór einnig yfir atburði liðins ár og þau markmið sem
stofnunin þyrfti að huga að í framtíðinni. Við upphaf aldarinnar hefði áhersla verið lögð á
tengslin milli fátæktar, heilsu og þróunar. Á seinni hluta þessa áratugar yrði mjög mikilvægt
að halda þessari vinnu áfram en nýtt málefni, heilsa og öryggi, hefði litið dagsins ljós og yrði
það jafnframt þema alþjóðaheilbrigðisdagsins árið 2007.

Meðal þeirra erfiðu viðfangsefna sem stofnunin stæði nú frammi fyrir væru fuglaflensa
og influensa. Aðildarríki þyrftu að vera viðbúin því að faraldur brytist út án fyrirvara og
nefndi dr. Lee í því sambandi tilfelli sem upp komu í Tyrklandi árið áður þar sem fyrir-
varalaust kom upp fuglaflensuþema í mönnum þótt ekki hefði áður greinst sýking í fiðurfénaði
á þeim slóðum. Þessi tilfelli hefðu minnt heiminn á hversu mikilvæg skilvirk eftirlits- og
viðvörðunarkerfi væru. Dr. Lee blés á gagnrýnisráddir sem hefðu haldið því fram að stofnunin
gerði of mikið úr þessari ógn. Hann taldi að eina leiðin til að minnka skaða hugsanlegs
faraldurs á menn og efnahag væri að taka ógnina alvarlega og standa vel að viðbúnaði. Þetta
væri heimsvandamál og kæmi því öllum þjóðum við. Stofnunin hefði útbúið aðgerðaáætlun
varðandi influensu sem tæki til næstu tveggja ára en væri háð innleiðingu aðildarríkjanna.
Án samvinnu þjóða væri aðgerðaáætlunin þó einungis gagnslaust plagg. Til að geta brugðist
við ógn sem þessari þyrfti mikla fjármuni. Sameinuðu þjóðirnar hefðu nú þegar safnað 1,9
milljörðum bandaríkjadala til þessa verkefnis. Af þeirri upphæð var óskað eftir því að 100
milljónir bandaríkjadala yrðu eyrnamerkar WHO. Dr. Lee sagðist mundu fylgjast grannt
með umræðum framkvæmdastjórnarinnar um að framfylgja án tafar völdum ákvæðum
endurskoðaðrar reglugerðar um hindrun útbreiðslu sjúkdóma, sem snúa að influensu.

Því næst tók dr. Lee fyrir útrýmingu mænuóttar en hann sagði það eitt af þeim dæmum
þar sem miklar framfarir hefðu náðst vegna skuldbindingar alþjóðasamfélagsins. Við upphaf
árs 2006 hafði sjúkdómurinn verið landlægur í einungis fjórum löndum og væri það lægsta
tíðni hans í sögunni. Þjóðir heims væru við það að útrýma mænuótt. Fyrstu mænuóttar-
tilvikin mætti rekja til Egyptalands aftur um 5 þúsund ár en Egyptaland hefði nú verið mænu-
óttarfrítt í heilt ár. Útbreiðslu mænuóttar hefur náðst að stöðva í 14 af 21 landi sem orðið
hefði fyrir endursmiti á árinu 2005 en þessi árangur hefði einungis náðst vegna tilstuðlan
nýrra lyfja gegn mænuótt og skuldbindinga alþjóðasamfélagsins. Hvatti hann aðildarríki til
að styðja áfram við átakið.

Dr. Lee tók næst fyrir alnæmi og sagði að fyrir tveimur árum hefði WHO ásamt sam-
eiginlegri áætlun Sameinuðu þjóðanna gegn alnæmi (UNAIDS) og Heimssjúðnum gegn
alnæmi, berklum og malaríu sett af stað átak þar sem veita átti 3 milljónum manna í Afríku
alnæmislyfjameðferð fyrir árslok 2005. Þetta takmark hefði því miður ekki náðst en herferðin
hefði stuðlað að mikilli hugarfarsbreytingu þar sem sýnt hefði verið fram á að vinna þyrfti
saman að forvörnum, meðferð og aðhlyningu vegna sjúkdómsins. Hann hélt því fram að
átakið hafði verið hvati að því að G-8 hópur ríkja hefði á þúsaldarfundi Sameinuðu þjóðanna
komist að þeirri niðurstöðu að víkka þyrfti átakið og tryggja að allir alnæmissjúkir fengju
aðhlyningu og meðferð. Stofnunin og aðildarríki hefðu því breytt áherslunni frá því að ná
til einungis 3 milljóna í að ná til allra sem á þyrftu að halda. Notast hefði verið við nýtt og
einfalt fyrirkomulag varðandi meðferð og umönnun sem virtist skila miklum árangri, jafnvel

þar sem aðföng væru af skornum skammti. Við lok árs 2005 hefðu 81 lyf við sjúkdómnum verið forskráð af stofnuninni. Fjöldi alnæmislyfja hefði aukist og verð margra þeirra lækkað í kjölfarið. Hann lagði áherslu á að þegar lyfjagjöf væri hafin mætti ekki hætta henni og hefðu því margar ríkisstjórnir tekið á sig miklar skuldbindingar til að geta veitt alnæmisjúkum þegnum sínum lyfjameðferð til framtíðar.

Að lokum greindi dr. Lee frá því að honum væri ánægja að tilkynna að fyrsti fundur aðildarríkja tóbaksvarnasamnings stofnunarinnar yrði haldinn í febrúar árið 2006.

Davíð Á. Gunnarsson þakkaði framkvæmdastjóranum fyrir ræðuna og þann árangur sem stofnunin hefði náð undir handleiðslu hans, sérstaklega varðandi fátækt, öryggi og félagslega áhrifaþætti á heilsu. Hann harmaði að ekki hefði náðst markmiðið um að veita 3 milljónum manna í Afríku alnæmislyf fyrir lok ársins 2005 en studdi að áttakinu yrði haldið áfram þar sem það væri hvati að frekari aðgerðum. Að lokum sagði hann að nýafstaðnir jarðskjálftar í Suður-Asíu hefðu sýnt að stofnunin hefði þá getu sem til þarf til að bregðast skjótt við.

3. Helstu umræðuefni fundarins.

3.1 Jarðskjálfti í Suður-Asíu: viðbrögð WHO.

Hinn 8. október 2005 olli jarðskjálfti af stærðinni 7,6 á Richtervarða miklum hamförum í norðurhluta Pakistan, Indlandi og Afganistan. Ósk um aðstoð frá stofnuninni kom aðallega frá Pakistan þar sem 73 þúsund manns létust. Sýnt var á fundinum myndbrot af því mikla starfi sem íbúar, stjórnvöld og alþjóðasamfélagið hefðu unnið á jarðskjálftasvæðunum í Pakistan. Talsmaður WHO sagði að aðgerðir stofnunarinnar bæði á Indlandi og í Pakistan hefðu verið skjótar og árangursríkar. Þrátt fyrir umfangsmiklar aðgerðir væri enn margt ógert vegna stærðargráðu hamfaranna og slæmra veðurskilyrða. Í framhaldi af umræðunni lagði fulltrúi Pakistan fram ályktun þar sem meðal annars var kallað eftir aðgerðum af hálfu aðildarríkja og WHO varðandi viðbúnað við slíkum hamförum.

Davíð Á. Gunnarsson talaði fyrir hönd Íslands og sagði nauðsynlegt að stofnunin væri svo búin að hún gæti brugðist við hamförum og heilsuógn án fyrirvara. Viðbrögð heimamanna skiptu mestu máli fyrsta sólarhringinn eftir að neyðarástand skapaðist en eftir það væri utanaðkomandi aðstoð mjög mikilvæg. Ísland styddi ályktun Pakistan í meginráttum en gæti, líkt og aðrar þjóðir, ekki stutt stofnun sérstaks sjóðs um neyðarástoð þar sem margir væru á móti þeirri hugmynd að stofna enn einn sjóðinn. En hins vegar lagði hann til breytingartillögu við ályktun Pakistan þar sem WHO, í samræmi við verkvið sitt, væri tryggt svigrúm til að bregðast við neyðarástandi og aðildarríki hvött til að aðstoða stofnunina hvað það varðaði. Önnur ríki kynntu síðan aðrar breytingartillögur og var ákveðið að framkvæmdastjórnin kæmist að niðurstöðu um ályktunina fyrir alþjóðaheilbrigðisþingið sama ár.

3.2 Efling viðbúnaðar og viðbragða við influensufaraldri.

Þónokkur umræða var um viðbúnað við hugsanlegum heimsfaraldri influensu. Greint var frá útbreiðslu H5N1 veirunnar í Suðaustur-Asíu og í Evrópu og hvaða líkur væru á því að faraldur mundi brjótast út. Í Evrópu hafði sjúkdómsins verið vart í Rússlandi, Kasakstan, Rúmeníu og Króatíu og ný tilvik hefðu einnig komið upp í Tyrklandi rétt fyrir fundinn. Mínst var á fund um fuglaflensu og influensu sem haldinn var í nóvember 2005 en þar voru þjóðir beðnar um að framfylgja án tafar völdum ákvæðum endurskoðaðrar reglugerðar um hindrun útbreiðslu sjúkdóma (e. International Health Regulations). Völdu ákvæðin sneru að influensu en reglugerðina í heild sinni á ekki að innleiða fyrir en í maí 2007.

Davíð Á. Gunnarsson talaði fyrir hönd Íslands og hvatti aðildarríki til að framfylgja fyrrnefndum ákvæðum án tafar og studdi hann ályktunina sem lá fyrir þess efnis. Mikilvægt væri að gæta að gegnsæi í öllum vinnubrögðum hvað þetta varðaði. Taka þyrfti fyrir hvernig bæta mætti þeim bændum skaðann sem þurft hefðu að farga fiðurfénaði sínum vegna sjúkdómsins eða gruns um hann. Mikil þörf væri á nýjum bóluefnum og bað hann stofnunina um að fylgjast vel með þeirri þróun og miðla upplýsingum til aðildarríkja.

3.3 *Alþjóðaviðskipti og heilsa.*

Þessi umræða hófst upphaflega á fundi stjórnarinnar í maí 2004 þegar Taíland lagði fram drög að ályktun um alþjóðaviðskipti og heilbrigði en í ljósi fjölda athugasemda sem komu frá framkvæmdastjórninni dróst það að niðurstaða fengist í málinu þar til nú. Á sínum tíma virtust aðildarríkin ekki tilbúin að ræða þessi mál og komu fram athugasemdir um að stofnunina vantaði sérfræðiþekkingu um viðskipti til að geta tekið fullnægjandi á þessum málum. Einnig var bent á að málaflokkurinn væri of víðtækur og ekki ljóst hvert markmiðið væri. Margir höfðu lagt áherslu á að umræðan ætti að fara fram í samráði við aðrar alþjóðastofnanir sem kæmu að viðskiptum, svo sem Alþjóðaviðskiptastofnunina (WTO). Ísland hvatti áður í umræðunni til þess að augin samskipti og umræða færi fram á milli þeirra sem móta stefnu á heilbrigðissviði og á viðskiptasviði. Augljós þörf væri fyrir viðskiptaþekkingu á heilbrigðissviði og WHO ætti að hafa samstarf við stofnanir sem starfa á þessu sviði. Á fundinum var stofnaður vinnuhópur sem fór yfir þær breytingartillögur sem fyrir lágu og var að lokum samþykkt ályktun sem felur stofnuninni að gefa skýrslu um stöðu mála á alþjóðaheilbrigðisþinginu árið 2008.

3.4 *Útrýming mænusóttar.*

Samþykkt var á þinginu ályktun með tilmælum um hvernig bregðast ætti við mænusóttartilfellum og hvernig hægt væri að koma í veg fyrir frekari útbreiðslu sjúkdómsins. Talsmaður WHO gerði grein fyrir starfsemi stofnunarinnar og hvernig til hefði tekist að upp-ræta mænusóttartilfelli í Asíu og Afríku. Á árunum 2004–2006 hefðu komið upp mænusóttartilfelli í 21 landi sem áður hefðu verið lýst mænusóttarlaus. Af þessum löndum fyndist mænusótt nú í einungis 7 þeirra. Það hversu skjótt tókst að hefta útbreiðsluna væri að þakka sterkum pólitískum vilja. Tengslanet sem hefði verið byggt upp fyrir bólusetningu barna hefði t.d. einnig verið notað til að dreifa A-vítamíni svo og til að dreifa netum sem notuð eru til varnar malaríu. Tengslanetið hafði einnig verið notað til að meta ástand smitsjúkdóma í Pakistan eftir jarðskjálftann þar árið áður og á sínum tíma þegar HABL (SARS) faraldurinn braust út í Asíu. Miklar umræður sköpuðust um það hvernig hægt væri að nýta tengslanetið og hvert hlutverk þess gæti orðið í baráttunni við aðra smitsjúkdóma en mænusótt.

Davíð Á. Gunnarsson talaði fyrir hönd Norðurlandanna og sagðist fagna framförum sem miðuðu að útrýmingu mænusóttar. Hins vegar hefðu nýafstaðnir atburðir sýnt fram á þörf á viðbragðsáætlun, þar sem í fyrsta skiptið hefði mænusóttartilfelli í löndum sem urðu fyrir endursmiti verið fleiri en í þeim löndum þar sem sjúkdómurinn væri landlægur. Einnig væri mikilvægt að viðhafa nákvæmt eftirlit með sjúkdómnum og fyrir WHO að veita aðildarríkjum tæknilega aðstoð. Í framhaldi af því sagðist hann styðja ályktunina sem fyrir lá.

3.5 *Alnæmi.*

Tekin voru fyrir tvö málefni er varða alnæmi, annað um aðgengi allra að forvörnum, umönnun og meðferð sjúkdómsins og hitt um næringu og alnæmi. Greint var frá áætlun

WHO og sameiginlegri áætlun Sameinuðu þjóðanna gegn alnæmi (UNAIDS) til að fá þjóðir heims til að ná þeim markmiðum sem miða að því að allir hafi jafnan aðgang að forvörnum, umönnun og meðferð við alnæmi fyrir árið 2010. Bólívía lagði fram ályktun um þetta efni sem var samþykkt eftir töluverða yfirlegu.

Samráðsfundur var haldinn um næringu og alnæmi í Suður-Afríku í apríl 2005 á vegum WHO, Matvæla- og landbúnaðarstofnunar Sameinuðu þjóðanna (FAO), matvælaáætlunar SP (WFP), sameiginlegrar áætlunar SP gegn alnæmi (UNAIDS), Flóttamannastofnunar SP (UNHCR), Barnahjálpar SP (UNICEF), Alþjóðabankans, Heilbrigðisstofnunar Bandaríkja-anna og heilbrigðisráðuneytis Suður-Afríku. Markmið fundarins var að skýra frá nýjustu rannsóknum um samband alnæmis og næringar en fullnægjandi næring er forsenda öflugs ónæmiskerfis alnæmissjúkra. Farið var yfir hvernig Afríkuríkjunum hafði tekist til við að útvega þegnum sínum næg matvæli. Einnig var farið yfir gildi næringar við alnæmislyfjameðferðir. Að endingu var íhugað að útbúa hagnýtar leiðbeiningar um hvernig best væri að standa að matvælainngripum í áætlunum aðildarríkja um forvarnir og meðhöndlun alnæmis. Tillögur fyrrnefnds samráðsfundar voru lagðar fram í maí 2005 til upplýsingar fyrir framkvæmdastjórnina en tillögurnar munu grundvalla áframhaldandi vinnu stofnunarinnar varðandi næringu og alnæmi og var á framkvæmdastjórnarfundinum nú samþykkt ályktun þess efnis.

Davíð Á. Gunnarsson sagðist sammála því að vinna ætti saman að forvörnum, meðferð og umönnun sjúkdómsins en til þess þyrfti að styrkja grunnheilbrigðisþjónustu landanna. Hann sagði að vissulega skyldi reynt að ná þessum markmiðum fyrir árið 2010 og studdi því fyrirbyggjandi ályktun.

3.6 Bólusótt: útrýming bóluefnabirgða.

Miklar og líflugar umræður spruttu upp um þetta málefni en 26 ár eru síðan aðildarríki stofnunarinnar ákváðu að útrýma bólusótt. Sjúkdómnum var útrýmt en bólusóttarveiran varðveitt í rannsóknarskyni. Alþjóðaheilbrigðisþingið samþykkti á sínum tíma að bólusóttarveirunni skyldi eytt eigi síðar en árið 2002 og studdi Ísland þá samþykkt. Þegar kom að því að útrýma veirunni var hins vegar mælt með því að nýta til rannsóknar þá stofna hennar sem enn væru til svo bæta mætti greiningu á veirunni og þróa virkari og öruggari bóluefni ef bólusóttartilfelli kæmu upp, sérstaklega í ljósi vaxandi hryðjuverkaógnar. Ísland studdi að frestað yrði eyðingu á fyrirbyggjandi birgðum. Á fundinum kom upp umræða um það af hverju WHO bæri ekki ábyrgð á þeim bóluefnabirgðum sem til væru í heiminum en þær eru geymdar á tveimur þekktum rannsóknastofum, einni í Bandaríkjunum og annarri í Rússlandi. Talsmaður WHO sagði stofnunina ekki ráða yfir svo sérhæfðum og öruggum rannsóknastofum og því hefði þetta orðið niðurstaðan á þeim tíma. Aðildarríki hefðu á sínum tíma verið beðin um að koma sínum bóluefnabirgðum til WHO eða þessara fyrrgreindu rannsóknastofa en engin fullkomin skráning væri til um það hvort ríki hefðu farið eftir því. Því væri ekki hægt að vita hvort lifandi veirur væri að finna á öðrum rannsóknastofum en þessum tveimur.

Davíð Á. Gunnarsson sagði að sú staða gæti komið upp að frekari rannsóknir þyrfti við gerð nýrra bóluefna. Áður fyrr hefðu rannsóknastofur á Norðurlöndunum verið í stakk búnar að framleiða lyf gegn bólusótt. Því væri áhugavert að vita hvort rannsóknir þessara tveggja fyrrnefndu rannsóknastofa yrðu eign almennings eða háðar einkaleyfum. Fulltrúi Frakklands var sammála þessum málflutningi og sagði að enn væri ekki tímabært að útrýma bóluefnabirgðunum. Lögfræðingur WHO svaraði því til að ekki væri ljóst hvaða tilkall WHO hefði

til bóluefnabirgðanna. Til þess að styrkja þessi mál var ákveðið að aðalskrifstofa WHO gerði drög að ályktun um næstu skref og að stofnaður yrði vinnuhópur opinn öllum aðildarríkjum til að skoða drögin og gera nauðsynlegar breytingar. Framkvæmdastjórinn skyldi síðan senda ályktunina frá vinnuhópnum til alþjóðaheilbrigðisþingsins sama ár, í maí 2006, til samþykktar.

3.7 Sigðkornablóðleysi.

Sigðkornablóðleysi er erfðasjúkdómur sem stafar af hálfbanvænu geni. Þónokkra tíðni sjúkdómsins er að finna í Vestur-Afríku en sami erfðabáttur gerir þá sem hafa sjúkdóminn nær ónæma fyrir malaríu. Þetta málefni var tekið fyrir að frumkvæði Afríkuríkjanna og gaf skýrslan, sem lögð var fram undir þessum lið, upplýsingar um sjúkdóminn. Í henni er sett fram áætlun og leiðbeiningar um eftirlit, forvarnir og meðhöndlun sjúkdómsins. Nokkur ríki Afríku lögðu einnig fram ályktun sama efnis sem var samþykkt.

3.8 Fyrirbygging blindu og sjónskerðingar.

Sjö ár voru liðin frá því að átakið „Sýn 2020 – rétturinn til sjónar“ var sett af stofnuninni en það miðar að útrýmingu blindu, sem koma má í veg fyrir, úr heiminum fyrir árið 2020. Talsmaður WHO sagði að frá því að átakið hófst hefðu komið í ljós nýir áhættuþættir sem orsakað gætu blindu og sjónskerðingu, þar á meðal ýmsir langvinnir sjúkdómar og áföll. Augnsjúkdómar í börnum væru einnig mjög alvarlegt vandamál en átakið sýn 2020 væri þess eðlis að auðvelt væri að aðlaga það breyttum aðstæðum. Mikilvægi þess að fylgst sé með framvindu var viðurkennt með stofnun sérstakrar nefndar sem koma átti saman árið 2006 og yrðu niðurstöður hennar lagðar fyrir alþjóðaheilbrigðisþingið sama ár, þ.e. í maí 2006. Skýrslan sem lögð var fram á fundinum greindi frá aukinni tíðni langvinnra sjúkdóma sem gætu leitt til blindu. Talsmaður WHO lýsti áhyggjum yfir því hversu illa hefði gengið að ná markmiðum um blinduvarnir.

Davíð Á. Gunnarsson talaði fyrir hönd Íslands og sagðist styðja ályktunina sem fyrir lá, sérstaklega þar sem 9 af hverjum 10 blindum kæmu frá fátækum ríkjum heims. Hann sagði að öll Norðurlöndin vonuðust til að alþjóðaheilbrigðisþingið setti þetta málefni á forgangslista sinn.

3.9 Hugverkaréttur, nýsköpun og lýðheilsa.

Í febrúar 2004 var stofnuð nefnd um hugverkarétt, nýsköpun og lýðheilsu sem safna átti upplýsingum og tillögum frá hinum ýmsu aðilum og útbúa skýrslu um þennan málaflokk. Nefndin átti að greina fjármögnunarpörf og hvernig hægt væri að hvetja til þróunar nýrra eða endurbættra lyfja og lækningatækja við sjúkdómum sem hrjá þróunarlöndin sérstaklega. Áætlað var að leggja skýrslu nefndarinnar fram á fundi stjórnarinnar í janúar árið 2005 en vegna flókinna málefna sem nefndin þurfti að skoða nánar var ákveðið að skýrslunni ætti að skila í janúar 2006. Skýrslan var enn ekki tilbúin og gagnrýndu margir seinaganginn. Greint var frá því að áætlað væri að klára hana fyrir alþjóðaheilbrigðisþingið í maí 2006. Kenía og Brasília lögðu fram drög að ályktun en tregða var meðal annarra stjórnarmeðlima að samþykka ályktunina án þess að hafa séð skýrslu nefndarinnar. Þá var bent á að þar sem nefndin væri óháð yrði það ekki í verkahring stjórnarinnar að breyta neinu í skýrslunni þegar hún kæmi út. Svo fór að lokum að ályktunin var samþykkt en margir valkostir í henni voru skildir eftir opnir og sendir til nánari skoðunar á alþjóðaheilbrigðisþinginu sama ár þar sem þeir voru háðir því sem kæmi fram í skýrslu fyrrnefndrar nefndar um hugverkarétt, nýsköpun og lýðheilsu.

3.10 Heilsutengd þúsaldarmarkmið Sameinuðu þjóðanna.

Sérfræðingur WHO greindi frá framlagi stofnunarinnar til þess að ná þúsaldarmarkmiðum Sameinuðu þjóðanna sem varða heilsu. Hann fór yfir helstu viðburði og skuldbindingar stofnunarinnar á árinu 2005 sem tengjast markmiðunum og tók sérstaklega fyrir niðurstöður fundar háttsettra embættismanna á allsherjarþingi Sameinuðu þjóðanna í september 2005. En þar var sett fram áætlun til að styrkja heilbrigðiskerfi aðildarríkja. Því næst tók hann fyrir framlag stofnunarinnar til innleiðingar áætlunar fyrir heilbrigði og þroska barna og unglínga, með áherslu á að ná þúsaldarmarkmiðunum. Gerð var grein fyrir áætlunum í heiminum til að draga úr barnadauða og efla heilsu barna og unglínga. Tiltekin voru sjö forgangsverkefni en engin ályktun var lögð fram undir þessum lið.

Davíð Á. Gunnarsson talaði fyrir hönd Íslands og sagði að eitt af lykilatriðunum til að ná þúsaldarmarkmiðunum væri að efla kynheilbrigði. Þetta kæmi fram í ályktun um efnið frá alþjóðaheilbrigðisþinginu árið 2004 og skuldbindingum þúsaldarfundar Sameinuðu þjóðanna frá árinu 2005 um aðgengi allra að kynheilbrigðisþjónustu fyrir árið 2015. Stofnunin ætti að standa við þessar mikilvægu skuldbindingar og styðja við innleiðingu kynheilbrigðisáætlana í aðildarríkjunum. Stofnunin ætti sérstaklega að huga að vandamálum tengdum ótímabærum þungunum og fóstureyðingum sem ekki væru framkvæmdar á öruggan hátt. Árið 2000 var talið að um 19 milljónir kvenna hefðu farið í fóstureyðingar sem voru óöruggar og þar af hefðu um 68 þúsund látist vegna vandamála sem upp komu í kjölfar þeirra. Davíð lagði áherslu á að hægt væri að ráðast til atlögu við þetta heilbrigðisvandamál óháð mismunandi löggjöf landa. Að lokum sagðist hann biðja eftir gagnreyndum upplýsingum og leiðbeiningum frá WHO um hvernig hægt væri að ná þeim markmiðum sem sett voru varðandi bætt aðgengi að kynheilbrigðisþjónustu fyrir árið 2015.

3.11 Hlutverk WHO og ábyrgð á sviði heilbrigðisrannsókna.

Í framhaldi af ályktun sem samþykkt var á alþjóðaheilbrigðisþinginu árið áður, þ.e. í maí 2005, var útbúið stöðuskjal um hlutverk WHO og ábyrgð á sviði heilbrigðisrannsókna og var meginniðurstaða þess skjals að WHO ætti að gegna þar forustuhlutverki. Á fundinum var lögð fram ályktun þar sem aðildarríki eru hvött til þess að leggja 2% af fjármagni til heilbrigðismála í rannsóknir á heilbrigðissviði. Í ályktuninni er WHO meðal annars hvött til að útbúa tilkynningakerfi um þær rannsóknir sem stofnunin vinnur að og bæta aðgengi að rannsóknarniðurstöðum og var ályktunin samþykkt.

Davíð Á. Gunnarsson talaði fyrir hönd Íslands og sagðist ánægður með að ályktunin færi fram á að WHO skoðaði hvernig og í hversu miklum mæli stofnunin byggði helstu ákvarðanir sínar og ráðleggingar á gagnreyndum upplýsingum. Þar sem ekki hefði gefist tími til að leyfa samstarfsaðilum stofnunarinnar að taka þátt í gerð stöðuskjalsins bað hann um endurskoðun á skjalinu í samvinnu við svæðis- og landaskrifstofur WHO svo og samstarfsaðila eins og ríkisstjórnir, stofnanir og frjáls félagasamtök. Endurskoðað stöðuskjalið ætti svo að gefa út tímanlega fyrir alþjóðaheilbrigðisþingið í maí sama ár til þess að auðvelda upplýstar umræður. Til að halda kostnaði í lágmarki við þessa framkvæmd væri hægt að hafa þessi samskiptin rafræn. Sérfræðingur WHO sagði lítinn tíma til stefnu og því eflaust ekki hægt að skipuleggja samráð en hann bað aðildarríki að senda athugasemdir sínar til stofnunarinnar og þeim yrði komið til skila í stöðuskjalinu.

3.12 Rafræn heilbrigðisþjónusta: tillögur að búnaði og þjónustu.

Rafræn heilbrigðisþjónusta er ekki nýr málaflokkur innan stofnunarinnar og var samþykkt ályktun á alþjóðaheilbrigðisþinginu árið áður, þ.e. í maí 2005, þess efnis að WHO legði nú fram lista yfir hugsanleg verkefni og áætlaði það fjármagn sem þyrfti í hvert verkefni, með það að leiðarljósi að þróa tækni og þjónustu sem nýst gæti öllum aðildarríkjum. Hugsanleg verkefni sem stofnunin lagði nú fram voru að stofna nefnd um lagaleg og siðferðileg málefni tengd rafrænni heilbrigðisþjónustu, að stofna alþjóðlega athugunarstöð fyrir rafræna heilbrigðisþjónustu sem mundi fylgjast með starfsemi í aðildarríkjunum, kanna hvernig hægt væri að nota upplýsinga- og fjarskiptatækni í tengslum við nám og kennslu heilbrigðisstarfsfólks og þá sérstaklega í þróunarlöndunum svo að eitthvað sé nefnt.

Davíð Á. Gunnarsson talaði fyrir hönd Íslands og fagnaði skýrslunni sérstaklega þar sem áður hefði ekki verið ljóst hvaða búnaði og þjónustu ætti að veita forgang innan rafrænnar heilbrigðisþjónustu. Þar sem rafrænar sjúkraskrár skipuðu mikilvægan sess í rafrænni heilbrigðisþjónustu væri einnig mikilvægt að aðildarríki hefðu aðgang að stöðluðu hugtakasafni. Hann bað því um að stöðluð hugtakasöfn yrðu rædd á næsta fundi stjórnarinnar í maí 2006.

3.13 Heilsuefning: Eftirfylgni við alþjóðlega ráðstefnu um heilsuefningu.

Undanfarin tuttugu ár hefur WHO staðið fyrir alþjóðlegum ráðstefnum um heilsuefningu og var sú sjötta í röðinni haldin í Bangkok árið 2005. Ísland, fyrir hönd Norðurlandanna, fór fram á að þessi dagskrárliður fengi meiri sess í umfjöllun stjórnarinnar á þessum fundi og varð það raunin. Davíð Á. Gunnarsson talaði fyrir hönd Íslands og sagði að þrátt fyrir takmarkað fjármagn hefði stofnunin greint frá því árið áður að 60% af sjúkdómsbyrðinni í heiminum væru af völdum langvinnra sjúkdóma. Hann taldi því að sú staðreynd kallaði á einhverja endurskoðun á úthlutun fjármagns innan stofnunarinnar til hinna ýmissa verkefna. Í framhaldi af því lagði Ísland fram ályktun auk 17 annarra landa sem kallaði á aukna áherslu stofnunarinnar á langvinna sjúkdóma og var hún samþykkt.

3.14 Framkvæmdaáætlun fyrir tímabilið 2006–2015.

Þetta var í ellefta sinn sem stofnunin lagði fram framkvæmdaáætlun sína og nær hún yfir 10 ára tímabil. Drög að áætluninni höfðu verið til umfjöllunar af svæðisskrifstofum stofnunarinnar árinu áður og var nú gefið færi á lokaumræðu áður en drögin yrðu send til samþykktar á alþjóðaheilbrigðisþinginu sama ár. Mörgum fannst áætlunin ekki nægilega ítarleg og að í hana vantaði bæði áherslu og stefnu. Öðrum fannst áætlunin hafa víða sýn á heilbrigði en gerði þó áhrifaþáttum heilbrigðis góð skil og benti á hvað væri nauðsynlegt að gera til að efla heilbrigði. Í framkvæmdaáætluninni er bent á erfið viðfangsefni sem þarft er að leysa og hugsanlegar lausnir, einnig leggur hún til leiðir að því hvernig efla megi viðbrögð stofnunarinnar við síbreytilegum kringumstæðum. Ákveðið var að halda aukafund áætlanana-, fjárhags- og stjórnunarnefndar framkvæmdastjórnarinnar í febrúar 2006 sem fara ætti yfir áætlunina og ályktunina sem fyrir lá og leggja þær svo fyrir alþjóðaheilbrigðisþingið í maí 2006.

3.15 Grundvallarreglur um skiptingu fjármagns milli svæðisskrifstofa WHO.

Á alþjóðaheilbrigðisþinginu árið 2004 voru lögð fram drög að grundvallarreglum fyrir skiptingu fjármagns innan stofnunarinnar og þar á meðal milli svæðisskrifstofanna. Þessi drög hafa verið rædd mikið á fundum stjórnarinnar en þar sem þau þóttu ekki nógu ítarleg hafa þau alltaf verið send til baka til fjármálaskrifstofu stofnunarinnar. Nú var lögð fram

aðeins ítarlegri tillaga sem gaf upp á hvaða bili fjármagn skyldi vera til hvernar svæðis-
skrifstofu fyrir sig.

Davíð Á. Gunnarsson talaði fyrir hönd Íslands og sagði það áhyggjuefni að grundvallar-
reglurnar, sem samþykktar voru af áætlana-, fjárhags- og stjórnunarnefnd framkvæmda-
stjórnarinnar, virtust ekki fá samþykki í framkvæmdastjórninni og jafnvel ekki samþykki
þeirra sem sátu í fyrrnefndri nefnd og samþykkt hefði hana vikunni áður. Hugsanlega þyrfti
að endurskoða starfshætti nefndarinnar. Allir væru samþykkir því að aðföng og fjármunir
ættu að fara þangað sem þörfin væri brýnust. Það væri ógjörningur að útbúa reiknireglu fyrir
dreifingu aðfanga og fjármuna sem mundi uppfylla óskir allra aðildarríkja. Nauðsynlegt væri
að komast að samkomulagi. Án samkomulags á þessum fundi yrði stofnunin að halda áfram
að fara eftir ályktun samþykkttri á alþjóðaheilbrigðisþinginu árið 1998 sem óánægja ríkti um.
Niðurstaðan varð samt sú að ákveðið var að fresta umræðunni þar til á næsta fundi stjórn-
arinnar í maí 2006 þar sem enn væri mörgum spurningum ósvarað.

3.16 Fasteignasjóður.

Lögð var fram áætlun um hvernig standa skyldi að viðhaldi bygginga stofnunarinnar. Að
auki var farið yfir framtíðarhúsnæðisþörf stofnunarinnar og leiðir til fjármögnunar. Þess má
geta að svissneska ríkisstjórnin veitti nýlega stofnuninni lán án vaxta til að reisa nýja
byggingu fyrir stofnunina sem verður samnýtt af sameiginlegri áætlun Sameinuðu þjóðanna
gegn alnæmi (UNAIDS).

3.17 Starfsmannamál.

Á hverju ári er þessi dagskrárliður með sama sniðinu en fenginn er einn af yfirmönnum
starfsmannadeildar höfuðstöðva WHO til að fara yfir stöðu mála. Það kom fram í umræðu
hans að við lok síðasta árs hefðu verið 4268 fastráðnir starfsmenn við stofnunina og þar af
væru 1.681 í sérfræðistörfum. Á árinu 2005 hefi fastráðnum við stofnunina fjölgað um 8%.
Hlutfall kvenna í sérfræðistörfum var 35,6% og voru 52% sérfræðinga 50 ára eða eldri.

Davíð Á. Gunnarsson talaði fyrir hönd Íslands og sagði að hans eigin reynsla af stjórnun
hafði gert honum grein fyrir því erfiða viðfangsefni að halda jafnvægi á milli væntinga
starfsmanna og niðurskurðar. Vænta mætti að flutningur fjármuna frá höfuðstöðvum til
svæðisskrifstofa yrði erfiður fyrir starfsfólk stofnunarinnar en þar sem þessi ákvörðun hefði
verið tekin þyrfti að framfylgja henni. Hann minnti viðstadda stjórnarmenn á að þeir hefðu
verið skipaðir af ríkisstjórnnum til að leiða starfsemi stofnunarinnar og að starfsmannamál
hefðu verið falin stjórnendum stofnunarinnar. Þrátt fyrir djúpa samúð hans og annarra
framkvæmdastjórnarmeðlima með starfsfólki stofnunarinnar þá ætluðust ríkisstjórnir ekki
til þess að framkvæmdastjórnarmeðlimir blönduðu sér í starfsmannamál stofnunarinnar.

3.18 Forvarnir og meðferð kynsjúkdóma: drög að alþjóðaáætlun.

Drög að alþjóðaáætlun um forvarnir og meðferð kynsjúkdóma sem útbúa átti fyrir fundinn
voru ekki tilbúin og lýstu mörg ríki yfir vonbrigðum sínum. Ákveðið var að framkvæmda-
stjórnin hefði rafræn samskipti um drögin þegar þau lögju fyrir og þar með væri tryggt að
þetta mikilvæga umræðuefni kæmist á dagskrá alþjóðaheilbrigðisþingsins í maí 2006.

5. Ályktanir fundarins.

Á fundinum voru samþykktar eins og fyrr greinir þrettán ályktanir, sbr. fylgiskjal I.

ALÞJÓÐAHEILBRIGÐISDAGURINN 2006

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin stendur á hverju ári fyrir alþjóðlegum heilbrigðisdegi sem haldið er upp á hinn 7. apríl. Deginum er ætlað að vekja athygli almennings á mikilvægum heilbrigðismálum og hvetja til umræðu. Í ár var dagurinn tileinkaður heilbrigðisstarfsfólki og mönnum heilbrigðisþjónustunnar víða um heim og gekk undir yfirskriftinni „Samstarf í þágu heilbrigðis“. Hlutfall heilbrigðisstarfsfólks á íbúa er mjög breytilegt frá einu svæði til annars í heiminum. Í OECD-löndunum eru heilbrigðisstarfsmenn til dæmis 10–15 sinnum fleiri að meðaltali á íbúa en í löndum Afríku sunnan Sahara. Sérmenntað heilbrigðisstarfsfólk í þessum löndum leitar þar að auki í vaxandi mæli til ríkari landa þar sem laun og aðbúnaður er mun betri en í fátæku löndunum. Afleiðingin er sú að ekki er hægt að halda uppi grunnheilbrigðisþjónustu í þróunarlöndunum og heilbrigðisástandið í þessum löndum fer versnandi. Mörg aðildarríki notuðu þennan dag til að auka vitund þegna sinna og á Íslandi efndu heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið og landlæknisembættið til morgunverðarfundar þar sem fjallað var um mannaúð og heilsu, heilbrigðisstarfsfólk á Íslandi og stöðu og spár um þróun mannafla, aðgerðir Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar til að ráða bót á mönnunarvanda heilbrigðisþjónustu víða um heim og þróunaraðstoð Íslands á sviði heilbrigðismála.

Siv Friðleifsdóttir, heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra, sagði í opnunarræðu sinni að í hennar huga væri enginn vafi á því að góð heilbrigðisþjónusta byggðist fyrst og fremst á góðu og vel menntuðu starfsfólki. Vel menntað heilbrigðisstarfsfólk flytti nú í vaxandi mæli frá fátækum ríkjum til hinna ríkari þar sem laun og annar aðbúnaður væri mun betri. Afleiðingin væri sú að ekki væri hægt að halda uppi nægjanlega góðri heilbrigðisþjónustu í þróunarlöndum og heilbrigðisástand í þeim færi versnandi. Þetta gæti haft mikil áhrif á viðbúnað þeirra gagnvart hugsanlegum heimsfaraldri inflúensu, rýrt möguleika ríkja til þess að ná þúsaldarmarkmiðum Sameinuðu þjóðanna og dregið úr árangri WHO í baráttunni við þá sjúkdóma sem helst þjaka íbúa heims. Því væri nauðsynlegt að spornaði yrði við þessari þróun. Því næst beindi ráðherra athygli að stöðunni á Íslandi en þar sagði hún að þessi mál tengdust mörg hver vinnuumhverfi heilbrigðisstétta og þeirri staðreynd að í bili fjölgaði ekki nægjanlega mikið í öllum heilbrigðisstéttum. Vænta mætti á næstu árum vaxandi skorts á hjúkrunarfræðingum og sjúkraliðum en hins vegar gæfu athuganir í ljós að nægjanlegur fjöldi yrði á læknum, tannlæknum og sjúkraþjálfurum. Ráðherra sagði að þróunin kallaði á aukið samstarf yfirvalda heilbrigðismála og menntamála. Sjá yrði til þess að ákveðið jafnvægi ríkti á vinnumarkaði heilbrigðisstétta og að ákvarðanir um aðgang að einstökum námsbrautum og skólum tækju mið af því. Ráðherra benti að lokum á mannaflaspá til lengri tíma fyrir heilbrigðisþjónustuna sem ráðuneytið og Hagfræðistofnun Háskóla Íslands hefðu unnið að og vonaðist ráðherra til að hún veitti stuðning við að bæta starfsmannamál heilbrigðisþjónustunnar og skapa heilbrigðisstarfsmönnum betri starfsskilyrði en þeir byggju við nú.

ALÞJÓÐAHEILBRIGÐISÞINGIÐ 2006

1. Inngangur.

Alþjóðaheilbrigðisþingið var að venju haldið í Þjóðabandalagshöllinni í Genf dagana 22.–27. maí 2006. Þetta var í fimmtugasta og níunda skiptið sem þingið var haldið og var það fjölsótt. Yfir tvö þúsund og tvö hundruð fulltrúar sóttu þingið og sendu 187 aðildarríki WHO fulltrúa sína, þar af fóru ráðherrar fyrir flestum sendinefndum, einnig sóttu fundinn yfir 500 fulltrúar frá 75 frjálsum félagasamtökum.

Fráfarandi forseti þingsins, Elena Salgado, heilbrigðis- og neytendamálaráðherra Spánar, setti þingið með tilkynningu um skyndilegt fráfall framkvæmdastjórans, dr. Lee Jong-wook, fyrr um morguninn. Dr. Lee hafði verið framkvæmdastjóri stofnunarinnar frá júlí 2003 er hann tók við af dr. Gro Harlem Brundtland. Elena Salgado, sagði að dr. Lee hefði verið framúrskarandi einstaklingur og framkvæmdastjóri stofnunarinnar og var viðhöfð tveggja mínútu þögn í minningu hans. Hann var aðeins 61 árs þegar hann lést.

Forseti þingsins var kosinn prófessor Paulo Ivo Garrido, heilbrigðisráðherra Mósambík. Varaforsetar voru kosnir dr. M. Soledad Barría frá Chile, M.M. Miguil frá Djíbútí, E. Nicolaescu frá Rúmeníu, dr. Siti Fadilah Supari frá Indónesíu og Pehin Suyoi Osman frá Brúnei Darússalam en þeir sáu um fundarstjórnina í sameinaðri málstofu þingsins. Að auki var dr. Anbumani Ramadoss frá Indlandi kosinn formaður nefndar A og dr. Ali Jaffer Mohammad frá Óman formaður nefndar B.

Þingið starfar að hluta í sameinaðri málstofu en meginstarfið fer fram í nefndum, nefnd A og nefnd B. Nefnd A fjallar um stöðu heilbrigðismála, áhersluþætti í forvarnastarfi, sérhæfð verkefni stofnunarinnar og áætlanir hennar, svo og fjárlagatillögur tengdar sérstökum verkefnum. Á dagskrá nefndar B eru hins vegar aðallega stjórnunarleg, fjárhagsleg og lögfræðileg málefni. Enn fremur eru á alþjóðaheilbrigðisþinginu haldnir fræðslu- og umræðufundir um einstök efni.

Sendinefnd Íslands í ár skipuðu Davíð Á. Gunnarsson ráðuneytisstjóri, Matthías Halldórsson aðstoðarlandlæknir, Ragnheiður Haraldsdóttir skrifstofustjóri, Ingimar Einarsson skrifstofustjóri, Vilborg Ingólfssdóttir skrifstofustjóri og Ásthildur Knútsdóttir sérfræðingur en auk þess voru starfsmenn fastanefndar Íslands í Genf sendinefndinni til halds og trausts.

Á dagskrá þingsins að þessu sinni voru meðal annars tæknileg málefni með 17 undirflokkum og málefni er vörðuðu stjórnun, fjármál og starfsmannamál stofnunarinnar. Alls voru 27 ályktanir og 14 ákvarðanir samþykktar af þinginu, sbr. fylgiskjal II með yfirliti yfir ályktanir.

2. Fráfall aðalframkvæmdastjóra.

Dr. Bill Kean, yfirmaður skrifstofu framkvæmdastjóra, las upp útdrátt úr ræðu sem dr. Lee hugðist flytja við upphaf þingsins. Í ræðunni hafði dr. Lee ætlað að minnast á áherslur sínar en þær hefðu verið að takast á við erfið viðfangsefni sem stofnunin stæði frammi fyrir og reyna að breyta væntingum manna með því að setja mörkin hærra. Það sem hafði skipt hann mestu máli hefðu ekki verið orð heldur athafnir og hann vonaðist til þess að athafnir stofnunarinnar töluðu fyrir sig. Í ræðunni hafði dr. Lee ætlað að leggja sérstaka áherslu á skort á heilbrigðisstarfsfólki, sérstaklega í þróunarríkjunum, og hvernig hægt væri að takast á við þann vanda. Hann hafði einnig ætlað að ræða mikilvægi þess að allir íbúar heims ættu kost á forvörnum og meðferð við alnæmi fyrir árið 2010 og að lokum hvernig hægt væri að vinna bug á malaríu og svo útrýma mænusótt. Dr. Lee hafði það að venju að bjóða athafnamönnum sem hann hafði kynnst á ferðalögum sínum í starfi að koma á alþjóðaheilbrigðisþingið og kynna það sem þeir væru að vinna að. Í ár hafði dr. Lee ætlað sér að kynna ungan athafnamann frá Kenía, Johnson Mwakazi, sem mætti á þingið og flutti ljóð af mikilli innlifun þar sem hann hvatti til þess að endi yrði bundinn á stimulun einstaklinga sem hafa smitast af alnæmi.

3. Ávarp Karls Bretaprins.

Karl Bretaprins var gestafyrirlesari að þessu sinni en hann er einnig forseti The Prince's Foundation for Integrated Health, auk þess er hann verndari nokkurra líknarfélaga. Bretaprins talaði um mikilvægi samþættrar heilsuverndar. Hann taldi að við stefnumótun á heilbrigðisviði þyrfti að taka tillit til margra þátta, svo sem næringar, lyfja, landbúnaðar, umhverfismála og félagsmála. Hann taldi einnig að slæm heilsa væri afleiðing samspils margra þátta, svo sem samfélagsins, menningar, lífsstíls og umhverfisþátta. Menn þyrftu að gera sér grein fyrir því að með því að menga jörðina væru þeir að menga fyrir sjálfum sér. Hann taldi að þar með misstu einstaklingar tengslin við umhverfi sitt. Tími væri til kominn að huga að því hvernig jörðin væri yrkt, hvernig fæða væri framleidd, hvernig borgir væru byggðar og hvernig hugsað væri um verðmætar náttúruauðlindir. Þá sagði Karl að þjóðir heims gætu lært mikið hver af annarri.

4. Ályktanir og helstu umræðuefni tekin fyrir í nefnd A.

4.1 Styrking viðbúnaðar og viðbragða við heimsfaraldri inflúensu, þ.m.t. aðgerðir endurskoðaðrar reglugerðar um hindrun útbreiðslu sjúkdóma.

Eitt af hitamálum þingsins var umræðan um það hvort aðildarríki ættu án tafar af frjálsum og fúsum vilja að innleiða hluta af endurskoðaðri reglugerð um hindrun útbreiðslu sjúkdóma. Reglugerðin var formlega samþykkt á alþjóðaheilbrigðisþinginu árið 2005 en átti ekki að öðlast gildi fyrr en í maí 2007. Þau ákvæði sem aðildarríkin voru beðin um að innleiða, áður en reglugerðin í heild sinni tæki gildi, eru tengd fuglaflensu og hugsanlegum heimsfaraldri inflúensu. Ákvæðin tengjast skjótri og gegnsærri tilkynningarskyldu, stuðningi stofnunarinnar við aðildarríki og að hún veiti aðildarríkjum nauðsynlegar upplýsingar, þar á meðal leiðbeiningar um hvernig meðhöndla eigi slíkan faraldur.

Aðildarríki létu í ljós áhyggjur sínar yfir því að í mörgum löndum væri viðbúnaði við neyðarástandi ábótavant og að mörg lönd væru ekki fær um að bregðast við neyðarástandi af þessari stærðargráðu. Alþjóðaheilbrigðisþingið samþykkt á fundinum ályktun þess efnis þar sem aðildarríki eru beðin um að styrkja áætlanir sínar varðandi viðbúnað og viðbrögð og útbúa enduruppbyggingaráætlanir með sérstakri áherslu á uppbyggingu heilbrigðiskerfa. Stofnunin var einnig beðin um að auka þátttöku sína í mannúðarstarfi og útbúa gagnagrunn til að geta betur greitt fyrir viðbrögðum heilbrigðiskerfisins ef neyðarástand skapaðist.

4.2 Útrýming mænuveiki.

Til stuðnings áttakinu um útrýmingu mænuveiki samþykkt alþjóðaheilbrigðisþingið ályktun sem kallar á aukna áherslu á að draga úr smiti á svæðum þar sem sjúkdóminn er enn til staðar. Að aðildarríki gangist undir staðla um skjót viðbrögð ef mænuveiki kemur upp og að aðildarríki fylgi tæknilegum ráðleggingum um áætlanir eftir að mænuveiki verður útrýmt.

WHO heiðraði William T. Sergeant, einn af frumkvöðlum átaksins sem miðar að útrýmingu mænuveiki, en hann hefur sl. 12 ár leitt átakið fyrir Alþjóðaskrifstofu Rótarý. Í lokaorðum sínum til þingsins sagði dr. Anders Nordström, settur framkvæmdastjóri WHO, að viðstaddir ættu að minnast þess hve dr. Lee hefði verið ákveðinn í að mænuveiki yrði útrýmt. Í minningu og til heiðurs öllu sem hann hafði staðið fyrir það dr. Anders Nordström alþjóðasamfélagið um að leggja lóð sitt á vogarskálarnar svo að markmiðinu yrði náð sem allra fyrst.

4.3 Alnæmi.

Aðildarríki lýstu yfir ánægju sinni með framtak stofnunarinnar hvað varðaði „3 fyrir 5“ átakið og lýstu yfir miklum stuðningi við gerð fimm ára áætlunar sem miðaði að því að allir sem á þyrftu að halda ættu kost á forvörnum, meðferð og umönnun við alnæmi að þeim tíma loknum. Aðildarríki tóku sérstaklega fyrir hvernig stofnunin ætti að efla starf sitt til að ná markmiðum þessarar fimm ára áætlunar. Samþykkt var ályktun um alnæmi og næringu sem hvatti aðildarríki til að tryggja að sérstök áhersla yrði lögð á að næring væri samþætt öllum stefnum og áætlunum sem viðkoma alnæmi og tryggja að ríki séu í stakk búin til að útbúa gagnreyndar stefnur og áætlanir varðandi alnæmi og næringu. Þingið samþykkti einnig ályktun sem hvatti WHO til að vinna nánar með öðrum stofnunum Sameinuðu þjóðanna og hjálparstofnunum til að tryggja aukna skipulagða aðstoð við aðildarríki.

4.4 Sigðkornablóðleysi.

Sigðkornablóðleysi er erfðasjúkdómur sem stafar af hálfbanvænu geni. Þónokkra tíðni sjúkdómsins er að finna í Vestur-Afríku en sami erfðabáttur gerir þá sem hafa sjúkdóminn nær ónæma fyrir malaríu. Þetta málefni var tekið fyrir að frumkvæði Afríkuríkjanna á framkvæmdastjórnarfundum stofnunarinnar fyrr á árinu. Skýrslan sem lögð var fram á þinginu gaf upplýsingar um sjúkdóminn og þar voru jafnframt settar fram áætlanir og leiðbeiningar um eftirlit, forvarnir og meðferð hans. Samþykkt var ályktun um auknar forvarnir og meðferð við sigðkornablóðleysi, sérstaklega í löndum með meðaltekjur eða litlar tekjur.

4.5 Bólusótt: útrýming bóluþefnabirgða.

Undanfarin ár hefur oft verið rætt um að útrýma bólusóttarveirunni en hún hefur verið varðveitt í rannsóknarskyni þó svo að sjúkdómnum hafi verið útrýmt. Ákveðið var á framkvæmdastjórnarfundinum í janúar 2006 að höfuðstöðvar WHO gerðu drög að ályktun um næstu skref og að stofnaður yrði vinnuhópur sem væri opinn öllum aðildarríkjum til að skoða drögin og gera nauðsynlegar breytingar. Ályktunin skyldi síðan tekin fyrir á alþjóðaheilbrigðisþinginu. Miklar umræður urðu um ályktunina á þinginu og studdi Ísland að birgðunum verði að endingu eytt en að það lægi ekki á því að ákveða dagsetningu á meðan rannsóknir og vinna að gerð bóluþefnis væri ekki lokið. Engin niðurstaða náðist og var ákveðið að taka þetta mál upp á framkvæmdastjórnarfundum stofnunarinnar í janúar 2007.

4.6 Forvarnir og meðferð kynsjúkdóma: drög að alþjóðaáætlun.

Samþykkt var áætlun á alþjóðaheilbrigðisþinginu sem miðar að forvörnum og meðferð kynsjúkdóma og nær áætlunin til ársins 2015. Áætlunin veitir aðildarríkjum leiðbeiningar um hvernig þau geta aukið og bætt áætlanir sínar gegn kynsjúkdómum og hvernig þau geta tryggt að þessi þjónusta sé tengd annarri heilbrigðisþjónustu, svo sem fjölskylduáætlunum, heilsu mæðra og forvörnum og meðferð alnæmis. Í umræðu sinni lögðu aðildarríkin áherslu á mikilvægi heildstæðra inngripa, sérstaklega fyrir ungt fólk, þar sem hægt væri að finna svo að segja allt undir einum hatti, svo sem upplýsingar, kennslu um forvarnir og meðferð við kynsjúkdómum.

4.7 Fyrirbygging blindu og sjónskerðingar.

Talið er að um 37 milljónir manna í heiminum séu blindar og að koma megi í veg fyrir um 75% tilvika með annaðhvort forvörnum eða lækningu. Sjö ár eru liðin frá því að átakinu „Sýn 2020 – réttur til sjónar“ var hrundið af stokkunum og sett það markmið að útrýma

blindu, sem koma má í veg fyrir, fyrir árið 2020. Einnig er áætlað að snúa við því ferli að sjónskerðing tvöfaldist í heiminum á þessum sama tíma eins og spár hafa gefið til kynna. Lagðar voru fyrir þingið tillögur nefndar sem ætlað er að fylgjast með framvindu átaksins en hún hélt sinn fyrsta fund fyrir á árinu eða í janúar 2006. Tillögum nefndarinnar var ætlað að ná markmiðum átaksins og í þeim koma m.a. fram óskir um að aðildarríki leggi aukna fjármuni í átakið og safni upplýsingum um augnsjúkdóma hvert fyrir sig. Samþykkt var að lokum ályktun þar sem WHO og aðildarríki voru hvött til þess að vinna að verkefnum.

4.8 Næring ungbarna.

Talið er að á hverju ári megi rekja um 5 milljónir dauðsfalla barna undir 5 ára aldri til næringarskorts. Árið 2003 útbjó WHO ásamt UNICEF alþjóðaáætlun um næringu ungbarna. Lögð var fram á þinginu skýrsla um hvernig stofnuninni og aðildarríkjum hefði tekist að vinna að áætluninni. Einn mikilvægra þátta í þessu starfi var að fylgja eftir alþjóðareglum um markaðssetningu á þurrmjólk, en 25 ár eru síðan þessar reglur voru settar. Áætlunin um næringu ungbarna hefur fengið aukna áherslu aðildarríkja þar sem hún fer vel saman við þúsaldarmarkmið Sameinuðu þjóðanna sem snúa að útrýmingu fátæktar og hungurs, að draga úr barnadauða og auka heilbrigði mæðra. Lögð var fram ályktun á þinginu sem hvetur aðildarríki til að endurnýja skuldbindingar sínar varðandi að fylgja eftir alþjóðareglum um markaðssetningu á þurrmjólk og að endurvekja átak um barnvæn sjúkrahús og var hún samþykkt.

Norðurlöndin töldu að aðildarríki þyrftu að huga enn frekar að því að fylgja eftir áætlunum um næringu ungbarna. Matarþurrð, sérstaklega í Afríku, væri mikið áhyggjuefni. Sýnt hefði verið fram á mikilvægi brjóstgjafar við að draga úr dánartíðni ungbarna og því ætti að ýta undir hana. Í ár væri tuttugu og fimm ára afmæli alþjóðareglna um markaðssetningu á þurrmjólk og væru það kjörin tímamót til að endurnýja reglurnar með það að markmiði að vernda brjóstgjöf og bæta heilsu og næringu ungbarna. Verið er að huga að því að taka í notkun nýja alþjóðavaxtarstaðla fyrir ungabörn og sögðu Norðurlöndin að aukna fjármuni yrði að leggja í þá vinnu. Átakið barnvænir spítalar væri skilvirkasta leiðin til að styðja við brjóstgjöf og það væri hægt að útvíkka það átak til að ná einnig til gjörgæsludeilda nýbura svo og heilbrigðisstofnana fyrir börn á alþjóðavísu. Jafnframt ætti að setja aðgerðir í forgang sem viðkæmu brjóstgjöf og alnæmi. Norðurlöndin sögðust ætla að halda áfram að stuðla að bættri næringu og heilbrigði barna í löndum sínum og mundu vilja frekara samstarf við WHO. Þau studdu ályktunina en hefðu viljað sjá hana tekna til umræðu af framkvæmdastjórninni í janúar 2006 áður en hún var lögð fram fyrir þingið.

4.9 Framlag WHO til innleiðingar áætlunar um heilbrigði og þroska barna og unglunga.

Árið 2003 voru samþykktar á alþjóðaheilbrigðisþinginu stefnumótandi reglur um hvernig bæta mætti heilsu og þroska barna og unglunga. Síðar voru gerðar áætlanir í hverri álfu fyrir sig, t.d. var útbúin sérstök Evrópuáætlun árið 2005 um þetta efni. Á fundi framkvæmdastjórnarinnar í janúar 2006 var lýst yfir áhyggjum stjórnarinnar um að nokkrum þúsaldarmarkmiðum Sameinuðu þjóðanna yrði ekki náð nema með auknu átaki. Þetta eru sérstaklega þau markmið sem varða börn og unglunga. Á þinginu lýstu margir yfir áhyggjum sínum af því hve lítið hefði dregið úr barnadauða í sumum löndum eða að hægt hefði á árangri. Ástæðuna fyrir þessu töldu margir vera að átak sem sett var af stað til að draga úr vannæringu barna og ná átti til allra með nauðsynlegum inngripum hefði verið ófullnægjandi. Samt sem áður hefði málaflokkurinn um heilbrigði barna og mæðra fengið þónokkra athygli á

síðustu tveimur árum þar sem áhersla alþjóðaheilbrigðisskýrslu stofnunarinnar fyrir árið 2005 var undir yfirskriftinni „Sérhver móðir – sérhvert barn“. Bent var á að börn og unglingar væru auður hverrar þjóðar og mundi fjárfesting í heilbrigði þeirra því skila sér margfalt aftur til samfélagsins. Talsmaður WHO lagði til að meiri áhersla yrði lögð á heilsu unglunga þar sem sá málaflokkur hefði ekki fengið þá athygli sem vonir stóðu til um. Engin ályktun var lögð fram undir þessum lið en aðildarríki lýstu yfir vilja sínum til að ná markmiðum sínum á þessu sviði.

4.10 Alþjóðaviðskipti og heilsa.

Samþykkt var ályktun þar sem aðildarríki voru hvött til að vinna að því að samhæfa viðskipta- og heilbrigðisstefnur sínar og stuðla að auknu samráði milli heilbrigðis-, fjármála- og viðskiptaráðuneyta. Einnig voru þessir aðilar hvattir til að ræða við aðra hagsmunaaðila, bæði opinbera og einkaaðila, um erfið viðfangsefni eða áhrif sem alþjóðaviðskipti og viðskiptasamningar hafa á lýðheilsu. Í ályktuninni er WHO falið að greina frá stöðu mála á alþjóðaheilbrigðisþinginu árið 2008.

4.11 Flutningur heilbrigðisstarfsfólks: erfið viðfangsefni fyrir heilbrigðiskerfi þróunarríkjanna.

Flutningur heilbrigðisstarfsfólks frá þróunarríkjunum var ræddur á þinginu en þetta var að hluta til þema alþjóðaheilbrigðisdagsins 2006. Kom fram í skýrslu sem lögð var fram á þinginu að fyrir hverja 100 lækna sem vinna í Afríku sunnan Sahara vinna 23 læknar, menntaðir frá Afríku, í OECD-löndunum. Varð þetta skiljanlega mikið hitamál á þinginu fyrir þróunarríkin, þá sérstaklega Afríkuríkin, sem létu í ljós áhyggjur sínar af því hversu erfiðlega þeim gengi að halda í heilbrigðisstarfsfólk þar sem betri kjör og aðstaða byðist í mörgum öðrum ríkjum. Afríkuríkin bentu á að þjálfun heilbrigðisstarfsfólks væri kostnaðarsöm, sérstaklega ef illa gengi að halda í starfsfólk eftir að það lyki námi. Alþjóðaheilbrigðisþingið samþykkti að lokum ályktun sem kvað á um skjót viðbrögð til að fjölga heilbrigðisstarfsfólki í heiminum. Ályktunin hvetur lönd til að efla þjálfun, þar á meðal stofna til samstarfs á milli stofnana sem sjá um þjálfun og aðstoða þróunarlöndin við fjármögnun stofnana sem sjá um þjálfun heilbrigðisstarfsfólks. Þingið staðfesti einnig skuldbindingu sína um að styrkja starfsstéttir hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra, þar á meðal að setja á laggirnar áætlanir um hvernig standa skuli að ráðningu og halda þessum starfsstéttum í starfi. Þingið bað WHO um að tryggja að hjúkrunarfræðingar og ljósmæður tækju þátt í áætlanagerð á vegum stofnunarinnar varðandi heilbrigðisstarfsfólk.

Í kjölfarið voru stofnuð ný samtök kölluð Alþjóðasamtök heilbrigðisstarfsfólks sem eiga að takast á við skort á læknum, hjúkrunarfræðingum, ljósmæðrum og öðru heilbrigðisstarfsfólki. Samtökunum er ætlað að leita leiða til að bæta vinnuaðstöðu, takast á við flutning heilbrigðisstarfsfólks og aðstoða við að koma af stað áætlunum til að þjálfra fleira heilbrigðisstarfsfólk í þeim löndum þar sem mikill skortur ríkir.

4.12 Lýðheilsa, nýsköpun, grunnrannsóknir og hugverkaréttindi: verkefnaáætlun.

Í febrúar 2004 var stofnuð nefnd um hugverkarétt, nýsköpun og lýðheilsu sem safnaði upplýsingum um hvernig hvetja mætti til þróunar nýrra eða endurbættra lyfja og lækningatækja við sjúkdómum sem hrjá þróunarlöndin sérstaklega. Skýrslan kom út rétt fyrir þingið og fór ályktunin sem samþykkt var á þinginu fram á að stofnaður yrði vinnuhópur

opinn öllum aðildarríkjum sem útbúa ætti alþjóðaáætlun með verkefnalista byggða á niðurstöðum skýrslunnar og skila henni inn á alþjóðaheilbrigðisþinginu í maí 2007.

4.13 Viðbúnaður og viðbrögð við neyðarástandi.

Mikill jarðskjálfti reið yfir norðurhluta Pakistan, Indland og Afganistan í október 2005 og ákvað framkvæmdastjórnin á fundi sínum í janúar 2006 að leggja fram ályktun sem kallaði eftir aðgerðum af hálfu aðildarríkja og WHO varðandi viðbúnað við hamförum. Ekki náðist að ljúka gerð ályktunarinnar á fundi stjórnarinnar og var því ákveðið að vinna að henni fyrir alþjóðaheilbrigðisþingið. Í umræðunum kom fram að aðildarríkin vildu koma í veg fyrir skörun og stofnunin var því beðin um að vinna að gera tillögur að viðbrögðum við neyðarástandi í samráði við aðrar stofnanir Sameinuðu þjóðanna sem sinntu einnig þessu hlutverki. Fulltrúi Bandaríkjanna benti á að þessar aðgerðir mundu kosta stofnunina um 13 milljónir bandaríkjadala og vildi fá nánari skýringar á því hvernig hægt væri að fjármagna þetta verk. Ákveðið var að gera breytingar á ályktuninni og kostnaður við hana lækkaður um helming og var hún að lokum samþykkt.

4.14 Öryggi sjúklinga.

Aðildarríki og frjáls félagasamtök fögnuðu árangri Heimssamtaka tengdra öryggi sjúklinga en þau voru stofnuð í október 2004 á vegum WHO. Yfir 40 lönd höfðu gerst aðilar að fjölþjóðlegu verkefni sem samtökin stóðu fyrir og kallast „Hreinlæti og örugg heilbrigðisþjónusta haldast í hendur“. Þess má geta að Ísland gerðist aðili að verkefninu 8. febrúar 2007. Verkefnið felur í sér að þátttakendur takast á hendur ákveðnar skuldbindingar um aðgerðir til að vinna að fækkun sýkinga sem eiga upptök sín í heilbrigðisþjónustunni. Samtökin beita sér einnig fyrir öðrum tæknilegum framkvæmdum, svo sem atvikaskráningu, vinnu að kennsluefni og gagnvirkri þátttöku sjúklinga.

Norðurlöndin sögðust ánægð með þá áherslu sem stofnunin legði á öryggi sjúklinga og þær áherslur sem Heimssamtökin hefðu sett sér. Koma þyrfti á góðu skráningarkerfi fyrir óhöpp og mistök og góðri úrvinnslu upplýsinga þar sem hún væri forsenda fyrir auknu öryggi og umbótum á þessu sviði. Markmið með skráningu þyrfti að vera ljóst og tryggt að ekki væri leitað sökudólga heldur leitað lausna á vandamálum. Skilvirk skráning gæti einnig orðið grunnurinn að þróun gæðavísa varðandi öryggi sjúklinga. Norðurlöndin hvöttu að lokum WHO til að leiðbeina aðildarríkjum við þessa framkvæmd.

4.15 Innleiðing ályktana: framvinduskýrsla.

Undir þessum lið var farið yfir hvernig gengi að innleiða ályktanir sem samþykktar höfðu verið á fyrri fundum alþjóðaheilbrigðisþingsins. Helstu málefni sem tekin voru fyrir voru heilbrigði fjölskyldna, kynheilbrigði og alheimsáætlun um mataræði, hreyfingu og almennt heilbrigði.

Varðandi heilbrigði fjölskyldna minntust Norðurlöndin á að það sem áður hefði verið talin hefðbundin skilgreining á fjölskyldu og hlutverkaskiptum hennar endurspegladi ekki nýja tíma, taka þyrfti því tillit til mismunandi fjölskyldumynstra í gerð fjölskylduáætlana. Því næst sögðust Norðurlöndin fylgjast grannt með kynheilbrigðisáætlun stofnunarinnar og hvöttu hana ásamt aðildarríkjum að fara eftir tillögum ársskýrslu WHO frá árinu 2005. Svo virtist sem mörg aðildarríki færu eftir áætluninni og væru á góðri leið með að auka aðgengi og gæði kynheilbrigðisþjónustu sinnar en enn væru mörg aðildarríki sem vanræktu þennan málaflokk. Norðurlöndin sögu það sérstaklega mikilvægt að veita óöruggum fóstureyðingum

athygli og hvernig vinna mætti bug á þeim. Að lokum tóku Norðurlöndin fyrir alheimsáætlun um mataræði, hreyfingu og almennt heilbrigði. Þau sögðu að áætlunin væri mjög mikilvæg, einkum í ljósi aukinnar tíðni langvinnra sjúkdóma. Ofþyngd og offita, sérstaklega meðal barna og unglinga, kallaði á samstilltar aðgerðir. Auk áhættuþátta eins og ofþyngdar og offitu spiluðu einnig aðrir þættir eins og ónóg hreyfing og óhollt mataræði veigamikil hlutverk í mörgum alvarlegum langvinnum sjúkdómum. En þessir áhættuþættir væru ekki einungis á ábyrgð einstaklinga heldur samfélagsins í heild. Þar af leiðandi þyrfti að bjóða upp á fleiri holla valkosti og í framhaldi af því lýstu Norðurlöndin yfir ánægju sinni varðandi frumkvæði stofnunarinnar að því að takmarka markaðssetningu á óhollum mat og drykkjum til barna. Minntust Norðurlöndin einnig á Evrópska ráðherraráðstefnu um offitu sem haldin yrði í Tyrklandi í nóvember 2006 þar sem áætlað var að útbúa sáttmála gegn ofþyngd og offitu. Barátta gegn ofþyngd og offitu ætti að vera forgangsverkefni hjá WHO. Bent hafði verið á hversu litlu fjármagni væri veitt til heilsuverndar og meðferðar langvinnra sjúkdóma bæði í aðildarríkjum og á heimsvísu. Norðurlöndin sögðust því vona að þessir sjúkdómar og forvarnir þeirra fengju verðskuldaða athygli í miðannar-verkefnaáætlun stofnunarinnar svo og í næstu fjárlögum hennar.

5. Ályktanir og helstu umræðuefni tekin fyrir í nefnd B.

5.1 Heilsuástand á hernumtum svæðum Palestínu, þar með talið í Austur-Jerúsalem og á hernumtum svæðum Gólanhæða.

Fyrsta verk nefndarinnar var að taka fyrir ályktun um heilsufarsástand araba sem búa á hernumtum landsvæðum í Miðausturlöndum, þ.m.t. Palestínu. Þau lönd sem stóðu að baki gerð ályktunarinnar voru Alsír, Barein, Kúba, Djíbútí, Egyptaland, Indónesía, Jórdanía, Kúveit, Líbanon, Líbía, Sírland, Madagaskar, Malasía, Malí, Míritanía, Marokkó, Óman, Pakistan, Katar, Sádi-Arabía, Súdan, Túnis, Sameinuðu arabísku furstadæmin og Jemen. Segja má að þetta sé orðinn árlegur viðburður á þinginu og er yfirleitt eitt af hitamálum þingsins. Aðildarríki töldu að ályktunin í ár væri með svipuðu sniði og áður en að venju mótmæltu Ísraelar henni harðlega og sögðu að pólitískar ástæður lægju að baki en ekki ásetningur um að bæta heilsu Ísraela og Palestínumanna. Að venju óskuðu Bandaríkin að lokum eftir atkvæðagreiðslu um ályktunina og varð niðurstaðan sú að 57 ríki samþykktu hana samanborið við 95 ríki árið áður og 9 ríki mótmæltu henni en 8 ríki árið áður. 61 ríki sat hjá samanborið við 11 ríki árið áður og var Ísland meðal þeirra.

5.2 Framkvæmdaáætlun fyrir tímabilið 2006–2015.

Þetta er í ellefta sinn sem stofnunin leggur fram framkvæmdaáætlun sína og nær hún í þetta skiptið yfir 10 ár tímabil eða til ársins 2015. Þess má geta að tekið var mið af þúsaldarmarkmiðum Sameinuðu þjóðanna við gerð framkvæmdaáætlunarinnar en áætlað er að ná þeim markmiðum fyrir lok árs 2015. Mikil umræða hafði farið fram um framkvæmdaáætlunina í tvö ár og var hún loksins samþykkt með ályktun þingsins. Framkvæmdaáætlunin tekur sérstaklega fyrir starfsemi og ábyrgð WHO sem forustuafls á sviði heilbrigðismála í heiminum. Hún er ólík fyrri framkvæmdaáætlunum stofnunarinnar þar sem hún kallar eftir sameiginlegum aðgerðum alþjóðasamfélagsins til að auka heilbrigði í heiminum. Áætlað er að endurskoða framkvæmdaáætlunina á alþjóðaheilbrigðisþinginu árið 2010 og síðan árið 2014.

5.3 Fjárhagsáætlun og fjármál.

Nokkur málefni voru tekin fyrir undir þessum lið. Fyrst var fjallað um þau ríki sem misst höfðu kosningarétt sinn á alþjóðaheilbrigðisþinginu vegna vanskila framlaga en þau voru Argentína, Antígva og Barbúda, Kómoreyjar, Gínea-Bissá, Kirgisistan, Líbería, Nárú, Níger og Sómalía.

Því næst voru tekin til umræðu þau lönd sem fengu aftur kosningarétt á þinginu þar sem samkomulag hafði náðst um greiðslu skulda þeirra. Þau ríki sem náðist samkomulag við voru Afganistan, Armenía, Mið-Afríkulýðveldið, Dóminíska lýðveldið og Túrkménistan.

Að lokum var farið yfir frammistöðumat á fjárhagsáætlun stofnunarinnar og reikningsskil fyrir tímabilið 2004–2005. Talsmaður WHO sagði að á tímabilinu hefði verið lögð áhersla á að gera réttu hlutina, á réttum stöðum og á réttan hátt. Hann sagði að kröfur aðildarríkja til stofnunarinnar hefðu aukist á tímabilinu en lögð hefði verið áhersla á eflingu heilbrigðiskerfa, á að veita alnæmissmituðum aðgang að lyfjum, á baráttuna við berkla og malaríu, á viðbrögð við nýjum smitsjúkdómum og neyðarástandi, á aukna áherslu á að ná þúsaldarmarkmiðum Sameinuðu þjóðanna, þar á meðal að bæta heilsu kvenna og barna, bregðast við aukinni tíðni langvinnra sjúkdóma og geðsjúkdóma, viðurkenna tengsl á milli fátæktar og slæmrar heilsu og að skilja betur áhrif umhverfis og félagslegra þátta á heilsu. Einnig má segja að miklar framfarir hefðu orðið á tímabilinu, svo sem það að reglugerð um hindrun smitsjúkdóma hafði verið endurskoðuð árið 2005 þótt hún öðlaðist ekki gildi fyrr en í maí 2007. Einnig hefði verið samþykktur tóbaksvarناسamningur WHO sem markaði tímamót fyrir stofnunina. Í lokin var talað um að á árunum 2004–2005 hefði skapast neyðarástand, svo sem jarðskjálftar og flóðbylgjur á Indlandshafi, jarðskjálftar í Suður-Asíu, neyðarástand í Darfúr og Súdan og aukin ógn stafaði af fuglaflensu. Heildarútgjöld á tímabilinu voru 2.729 milljónir bandaríkjadala sem var 33% aukning frá tímabilinu á undan en samt innan samþykks fjárlagaramma fyrir tímabilið.

5.4 Eftirlaunasjóður starfsmanna WHO.

Stjórn eftirlaunasjóðs starfsmanna WHO samanstendur af níu fulltrúum og níu varafulltrúum sem skipaðir eru til þriggja ára. Á þinginu var Davíð Á. Gunnarsson, ráðuneytisstjóri, skipaður sem varafulltrúi í sjóðnum til næstu þriggja ára, eða til maí 2009.

5.5 Samstarf við aðrar stofnanir Sameinuðu þjóðanna og alþjóðastofnanir.

Á hverju þingi er lögð fram skýrsla um samstarf WHO við aðrar stofnanir Sameinuðu þjóðanna og alþjóðastofnanir og var í ár engin breyting þar á. Á þinginu árið áður hafði verið samþykkt ályktun þar sem farið var fram á að WHO tæki af fullum krafti þátt í þeim umbótum sem hafnar eru á starfi og uppbyggingu Sameinuðu þjóðanna. Í ályktuninni frá árinu áður var mælt til þess að WHO hygði að vinnu sinni í aðildarríkjunum með tilliti til vinnu annarra stofnana Sameinuðu þjóðanna til að koma í veg fyrir skörun á starfssviðum og til að auka skilvirkni. Samkvæmt ályktuninni bar stofnuninni að skila inn skýrslu um gang mála á þinginu sem hún og gerði.

5.6 Heilsuefling í alþjóðavæddum heimi.

Árið 2007 voru 20 ár liðin frá því að Ottawa-sáttmálinn um heilsueflingu var samþykktur en hann markar upphafið að vinnu WHO að heilsueflingu. Á janúarfundi framkvæmdastjórnarinnar árið 2006 kallaði Ísland auk annarra þjóða eftir meiri áherslu stofnunarinnar á heilsueflingu. Tími væri kominn til að festa heilsueflingu í sessi innan stofnunarinnar og í

aðildarríkjum. Skoraði framkvæmdastjórnin á aðildarríki að fjárfesta í viðeigandi heilsuefningu og móta sér haldþæra stefnu á sviði heilsuefningar því hún væri ein meginstöð félagslegrar og efnahagslegrar þjóðfélagsþróunar. Lögð var fram ályktun á þinginu og þó að einhugur ríkti meðal aðildarríkja um mikilvægi þessa málaflokks vannst ekki tími til að koma inn breytingartillögum nokkurra aðildarríkja og var því ákveðið að fresta þessum dagskrárlið fram til framkvæmdastjórnarfundarins í janúar 2007.

5.7 Hlutverk WHO og ábyrgð á sviði heilbrigðisrannsókna.

Í framhaldi af ályktun sem samþykkt var á alþjóðaheilbrigðisþinginu árið 2005 var útbúið stöðuskjal um hlutverk WHO og ábyrgð á sviði heilbrigðisrannsókna og var meginniðurstaða þess skjals að WHO ætti að gegna þar forustuhlutverki. Á fundi framkvæmdastjórnarinnar fyrr á árinu, þ.e. í janúar 2006, var lögð fram ályktun sem var samþykkt og send til þingsins. Norðurlöndin sögðu í umræðu á þinginu að rannsóknarvinna WHO hefði aukist síðustu 30 árin og mikilvægi þeirrar vinnu kæmi greinilega fram í elleftu framkvæmdaáætlun stofnunarinnar. Ályktunin sem lægi fyrir væri mikilvæg þar sem stofnunin hefði enn enga áætlun um hvernig skipuleggja, stjórna og forgangsraða ætti verkefnum og hvernig afla ætti fjár til rannsókna. Þrátt fyrir mikla umræðu náðist ekki samkomulag um ályktunina og var ákveðið að taka hana aftur á dagskrá á fundi framkvæmdastjórnarinnar í janúar 2007.

5.8 Útkoma fyrsta fundar aðildarríkja tóbaksvarناسamnings WHO.

Fyrsti fundur aðildarríkja að tóbaksvarناسamningi WHO var haldinn í febrúar 2006 undir forsæti sendiherra Chile, Juan Martabit. Þegar fundurinn var haldinn höfðu 113 ríki fullgilt tóbaksvarناسamninginn en mánuði síðar höfðu fullgilt hann 124 ríki. Á þessum fyrsta fundi tóbaksvarناسamningsins voru samþykktar vinnureglur og fjármálareglur aðildarríkja samningsins. Einnig var ákveðið að hefja vinnu að reglum um auglýsingar sem berast yfir landamæri, t.d. auglýsingar í blöðum, svo og ólögleg viðskipti með tóbaksvörur. Ákveðið var að halda fund einu sinni á ári og samþykkt að skrifstofa samningsins yrði staðsett í höfuðstöðvum WHO í Genf og var á þinginu samþykkt ályktun þess efnis.

5.9 Starfsreglur alþjóðaheilbrigðisþingsins um afgreiðslu skjala.

Á undanförunum árum hafa vinnuskjöl þingsins komið sífellt seinna út og aðildarríki kvartað undan því að geta ekki undirbúið sig sem skyldi fyrir þingið. Samþykkt var ályktun þar sem stefnt er að því að aðildarríkin fái öll skjöl í hendurnar a.m.k. sex vikum fyrir þingið.

6. Samráðsfundir.

6.1 Norðurlandahópurinn.

Á hverjum morgni hittust fulltrúar Norðurlandanna og fóru yfir stöðu mála. Ísland stjórnaði þessum fundum við upphaf þingsins en Danir tóku svo við stjórninni þar sem Danmörk tók við sæti Íslands í framkvæmdastjórn stofnunarinnar. Á fundunum var farið yfir dagskrá þingsins og innlegg hvers lands fyrir sig svo og sameiginleg innlegg Norðurlandanna sem lágu fyrir.

6.2 Vestur-Evrópski hópurinn og aðrir (WEOG).

Sömuleiðis héldu lönd Vestur-Evrópu og fleiri hópar (e. Western European and Other Groups) samráðsfund á hverjum morgni. Þar var einnig farið yfir stöðu og horfur mála á þinginu. Fundir þessir voru undir forsæti Sviss.

7. Dagskrá Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar árið 2007.

Ákveðið var að halda 120. fund framkvæmdastjórnarinnar 22.–30. janúar, alþjóðaheilbrigðisdagurinn verður að venju 7. apríl og verður hann að þessu sinni tileinkaður heilsu og öryggi. 60. alþjóðaheilbrigðisþingið verður haldið 14.–23. maí og fundur Evrópudeildar WHO verður haldinn 17.–20. september í Belgrad.

SÉRSTAKUR FUNDUR FRAMKVÆMDASTJÓRNARINNAR Í GENF 23. MAÍ 2006

Vegna skyndilegs fráfalls framkvæmdastjóra stofnunarinnar, dr. Lee Jong-wook, var ákveðið að boða til sérstaks fundar framkvæmdastjórnarinnar þann 23. maí. Eins og áður hefur komið fram féll dr. Lee frá snemma morguns á setningardegi alþjóðaheilbrigðisþingsins. Virtist í fyrstu sem ekki hefði verið gengið frá því hver mundi taka við stöðu hans, þar til nýr framkvæmdastjóri yrði kosinn af aðildarríkjum stofnunarinnar, ef aðstæður sem þessar kæmu upp. Ákveðið var því að boða í skyndi til þessa fundar framkvæmdastjórnarinnar en á sama tíma fannst bréf, dagsett 14. nóvember 2003, þar sem dr. Lee fól dr. Anders Nordström, einum af aðstoðarframkvæmdastjórum sínum, að taka tímabundið við starfi framkvæmdastjóra ef ske kynni að hann gæti ekki sinnt því sjálfur. Margir gagnrýndu að bréfinu skyldi hafa verið haldið leyndu fyrir aðildarríkjunum. Það var svo að lokum fyrir tilstuðlan íslenska fulltrúans í framkvæmdastjórn, Davíðs Á. Gunnarssonar, að dr. Anders Nordström var settur tímabundið í embættið.

Á fundinum sagði fulltrúi Íslands að stofnunin yrði að koma fram sem sterk og sameinuð út á við. Þó að ferlið hefði ekki verið gegnsætt þá hefði dr. Lee útbúið bréfið til að tryggja framtíð stofnunarinnar á skynsamlegan hátt, með því að velja staðgengil til að taka tímabundið við stöðu hans ef hann gæti ekki sinnt henni sjálfur. Í framhaldi af því lagði fulltrúi Íslands fram drög að tveimur ákvörðunum fyrir stjórnina og voru þær báðar samþykktar eftir mikla umræðu. Í þeirri fyrri var ákveðið að stofnunin gerði án tafar viðeigandi ráðstafanir til þess að flýta kosningu næsta framkvæmdastjóra stofnunarinnar. Í þeirri síðari var ákveðið að staðfesta efni bréfs dr. Lee frá 14. nóvember 2003 og setja dr. Anders Nordström framkvæmdastjóra stofnunarinnar þar til nýr framkvæmdastjóri yrði kosinn. Öðrum ákvörðunum um hvernig staðið yrði að kosningaferlinu var frestað til 118. fundar framkvæmdastjórnarinnar.

118. FUNDUR FRAMKVÆMDASTJÓRNAR WHO Í GENF 29. MAÍ–1. JÚNÍ 2006

1. Inngangur.

Í beinu framhaldi af 59. alþjóðaheilbrigðisþinginu var haldinn 118. fundur framkvæmdastjórnar WHO í Genf. Þetta var fyrsti fundur sem haldinn var eftir að setu Íslands lauk í framkvæmdastjórn. Danir tóku við sæti Norðurlandanna af Íslandi en í raun er ekki um fast sæti Norðurlandanna að ræða þar sem 53 lönd tilheyra Evrópudeild WHO en einungis 8 ríki eiga sæti í framkvæmdastjórn á hverjum tíma. Undanfarin ár hefur verið sífellt erfiðara fyrir Norðurlöndin að halda sæti sínu. Þau lönd sem tóku sæti í stjórninni ásamt Danmörku voru Afganistan, Bandaríkin, Djíbútí, El Salvador, Kína, Lettland, Malí, Singapúr, Slóvenía, Srí Lanka og Tyrkland. Fyrir Íslands hönd sótti fundinn Ingimar Einarsson skrifstofustjóri og voru á fundinum samþykktar alls 5 ályktanir.

2. Helstu umræðuefni fundarins.

2.1 Niðurstöður alþjóðaheilbrigðisþingsins 2006.

Dagskrá alþjóðaheilbrigðisþingsins var að venju yfirgripsmikil og voru samþykktar á þinginu alls 27 ályktanir og teknar 14 ákvarðanir. Ákveðið var að fresta umræðu um þrjú málefni til fundar framkvæmdastjórnarinnar í janúar 2007 en þau voru útrýming bóluafna-birgða bólusóttar, heilsuefning í alþjóðavæddum heimi og hlutverk WHO og ábyrgð á sviði heilbrigðisrannsókna.

2.2 Kosning nýs framkvæmdastjóra stofnunarinnar.

Eins og greint var frá hér að framan var ákveðið að framkvæmdastjórnin tæki ákvörðun um tilhögun kosningar nýs framkvæmdastjóra vegna fráfalls dr. Lee. Ákveðið var að flýta kosningaferlinu og efna til framkvæmdastjórnarfundar 6.–8. nóvember sama ár, þ.e. 2006, þar sem kosið yrði um nýjan framkvæmdastjóra stofnunarinnar. Gefinn var frestur til 5. september fyrir skil á umsóknum og var samþykkt ályktun þess efnis. Í henni var ákveðið að kalla til sérstaks fundar alþjóðaheilbrigðisþingsins 9. nóvember sama ár þar sem hægt yrði að staðfesta kosningu framkvæmdastjórnarinnar á nýjum framkvæmdastjóra. Samkomulags-atriði yrði svo hvenær nýr framkvæmdastjóri mundi hefja störf.

2.3 Meðhöndlun Leishmanssyki.

Leishmanssyki er landlæg í 88 löndum og einn af þeim sjúkdómum sem dregur flest fólk til dauða í þróunarlöndunum. Sjúkdómurinn flokkast sem hitabeltissjúkdómur og veldur sníkill honum sem berst til manna með biti sandflugna. Talið er að um 14 milljónir manna hafi sjúkdóminn og um 2 milljónir nýrra tilvika komi upp á ári hverju. Meðferð við sjúkdómnum er kostnaðarsöm og deyja milljónir árlega úr honum, margir hverjir í kjölfar eyðnismits. Á fundinum var rætt um eftirlit, greiningu og meðferð sjúkdómsins svo og þörfina fyrri virkara lyfi gegn honum. Samþykkt var ályktun þar sem stofnunin var beðin um að hvetja til alþjóðasamstarfs í því skyni að meðhöndla og útrýma sjúkdómnum.

2.4 Miðjarðarhafsbloodleysi og aðrir blóðrauðakvillar.

Blóðrauðakvillar eru erfðasjúkdómar sem talið er að um 5% mannkyns bera, þ.e. heilbrigðir einstaklingar sem bera sjúkdóminn með sér. Á hverju ári fæðast um 90 þúsund börn með Miðjarðarhafsbloodleysi og 210 þúsund með sigðkornablóðleysi en þessir sjúkdómar flokkast báðir undir blóðrauðakvilla. Í Bandaríkjunum eiga um 10% íbúa á hættu að fá sigðkornablóðleysi en um 2% íbúa í Norðvestur-Evrópu. Miðjarðarhafsbloodleysi kemur fram á milli sex mánaða til tveggja ára aldurs barna en án greiningar og meðferðar deyja flest þeirra úr blóðleysi eða sýkingum á fyrstu æviárum sínum. Sjúklingar með Miðjarðarhafsbloodleysi þurfa reglulegar blóðgjafir en meðferð sjúkdómsins fylgja mörg vandamál sem enn hafa ekki verið leyst. Samþykkt var ályktun sem kveður á um að stofnunin vinni að auknu aðgengi að heilbrigðisþjónustu þar sem tekið er á forvörnum og meðferð sjúkdómanna. Að auki var stofnunin hvött til að veita aðildarríkjum tækniaðstoð, útbúa leiðbeiningar um forvarnir og meðferð sjúkdómanna og styðja við rannsóknir á sjúkdómnum.

2.5 Skynsamleg notkun lyfja: staða innleiðingar lyfjaáætlunar WHO.

Lyfjameðferð er ein af kostnaðarhagkvæmstu meðferðum við sjúkdómum. Um 10–20% af heilbrigðisútgjöldum þróunarríkjanna fara í lyf en um 20–40% heilbrigðisútgjalda vest-rænna ríkja. Markmið lyfjaáætlunar WHO fyrir árin 2004–2007 er að allir sem þess þarfnast

hafi aðgang að nauðsynlegum lyfjum, að lyfin séu örugg, hafi góða virkni, standist gæðakröfur og að þeim sé ávísað og þau notuð skynsamlega. Umræðan um skynsamlega notkun lyfja tekur því á van- og ofávísun lyfja svo og ónægri meðferðarfylgni sjúklinga, sérstaklega hvað varðar lyf við langvinnum sjúkdómum eins og alnæmi og sykursýki. Á fundinum var kallað eftir sérstakri umræðu um aðgengi að lyfjum fyrir börn og var minnst á að fundur þess efnis yrði haldinn í ágúst síðar á árinu. Var því ákveðið að fresta þessari umræðu til framkvæmdastjórnarfundarins í janúar 2007 því skynsamlegt væri að bíða eftir niðurstöðu fyrrnefnds ágústsfundar.

2.6 Dregið úr magni arsens í grunnvatni.

Mikil heilbrigðisógn stafar af ólífrænu arseni, einkum frá menguðu drykkjarvatni. Oftast tekur um 5–20 ár fyrir arseneitrun að myndast í líkamanum og ekki er hægt að snúa við sumum afleiðingum hennar. Nokkrir langvinnir kvillar geta hlotist af eitruninni, svo sem húðvandamál og krabbamein í húð auk krabbameina í þvagblöðru, nýrum og lungum, æðasjúkdómar í fótleggjum og hugsanlega einnig sykursýki og háþrýstingur. Sums staðar í heiminum er þetta mikið vandamál, svo sem í Argentínu, Bangladess, Kambódíu, Chile, Kína, Ungverjalandi, Mexíkó, Rúmeníu, Bandaríkjunum og Víetnam. Í umræðum kom fram að tiltölulega einfalt væri að fjarlægja arsen úr drykkjarvatni og greint var frá því að WHO hefur útbúið leiðbeiningar um greiningu, meðferð og eftirlit með arseneitrun. Engin ályktun var lögð fram undir þessum lið.

2.7 Grundvallarheilbrigðistækni.

Undir heilbrigðistækni flokkast öll þau aðföng sem notuð eru til að mæta heilbrigðisþörfum heilbrigðra eða sjúkra. Þetta geta þetta verið lyf, lækningatæki eða lækni meðferðir. Á fundinum var mikil umræða um það að heilbrigðistækni þyrfti að vera örugg, skilvirk, gagnreynd og í samræmi við staðla, bæði alþjóðastaðla og staðla setta af aðildarríkjunum sjálfum. Minnst var á að mikill hluti fólks í heiminum lifir við fátækt og hefur ekki aðgang að þeim úrræðum sem heilbrigðistækni skapar. En aðgengi að heilbrigðistækni er nauðsynleg til að minnka bilið á milli fátækra og ríkra landa, svo og bilið milli þjóðfélagshópa í hverju landi fyrir sig. Bent var á að um 95% af þeirri heilbrigðistækni sem er innflutt til þróunar-ríkjanna hentar ekki þörfum heilbrigðiskerfa þeirra. Einnig var talið að um 50% lækningatækja í þróunarlöndunum væri ónothæf vegna fjárskorts og skorts á viðhaldi eða þjálfuðu starfslíði til að nota þau. Minnt var á að stofnunin hefði hug á að útbúa leiðbeiningar og kennslufni fyrir grundvallarheilbrigðistækni og innleiða góðar klínískar starfsvenjur.

2.8 Staða innleiðingar ályktunar um fatlanir, þ.m.t. meðhöndlun, endurhæfingu og forvarnir.

Ályktunin sem hér var rædd var á sínum tíma lögð fram að tilstuðlan Davíðs Á. Gunnarssonar, fyrrverandi fulltrúa Íslands í framkvæmdastjórn. Á fundinum var greint frá því að drög að aðgerðaáætlun um fatlanir og endurhæfingu fyrir tímabilið 2006–2011 hefðu verið útbúin. Einnig væri hafin vinna að alþjóðaskýrslu um sama málefni. Minnt var á árlegan alþjóðlegan dag fatlaðra, 3. desember, sem væri til þess ætlaður að auka vitund um málefni fatlaðra. Einnig var greint frá því að unnið væri að leiðbeiningum fyrir heilbrigðisstarfsfólk um hvernig hægt væri að þróa og styrkja endurhæfingarþjónustu og var áætlað að ljúka leiðbeiningunum árið 2007. Engin ályktun var lögð fram undir þessum lið.

2.9 Heilbrigðisupplýsingakerfi sem stuðningur við þúsaldarmarkmið SP.

Þúsaldarmarkmið Sameinuðu þjóðanna hafa beint sjónum manna að undirliggjandi veikleika heilbrigðisupplýsingakerfa margra landa. Nauðsynlegar upplýsingar eru oft ekki til í þeim löndum þar sem þeirra er hvað mest þörf. Í þróunarríkjunum eru upplýsingakerfi oft óskilvirk og nýtast ekki sem skyldi við stefnumótun, þ.e. þau gefa ekki nauðsynlegar upplýsingar sem annars væri hægt að nota við stefnumótun til að bæta heilsufar þessara þjóða. WHO var einn af stofnendum Heilbrigðismælinets (e. The Health Metrics Network) en það hefur verið starfrækt frá árinu 2005 með það að markmiði að aðstoða aðildarríki við að bæta söfnun heilbrigðisupplýsinga. Í upphafi átti þessi dagskrárliður einungis að vera til upplýsingar en Afganistan, Bútan, Kenía, Madagaskar, Mexíkó, Sri Lanka og Taíland lögðu fram ályktun sem hvatti meðal annars aðildarríki til að styrkja heilbrigðisupplýsingakerfi sín. Ályktunin var samþykkt og verður send áfram til samþykktar á alþjóðaheilbrigðisþinginu í maí 2007.

2.10 Rafræn heilbrigðisþjónusta: staðlað hugtakasafn.

Á framkvæmdastjórnarfundinum fyrr á árinu, þ.e. í janúar 2006, lagði WHO fram lista með hugsanlegum verkefnum stofnunarinnar tengdum rafrænni heilbrigðisþjónustu. Á þeim fundi óskaði Ísland eftir því að rætt yrði hvort stofnunin og aðildarríki ættu að taka upp staðlað hugtakasafn fyrir rafræna heilbrigðisþjónustu. Flestir voru sammála um mikilvægi þess að taka upp staðlað hugtakasafn en skiptar skoðanir voru um hvernig stofnunin ætti að koma að gerð þess. Tvær leiðir voru nefndar í þessum efnum, annars vegar gæti stofnunin unnið í samvinnu við alþjóðastaðlastofnanir en þær eru nokkrar. Hins vegar gæti WHO komið að stofnun sjálfstæðrar staðlastofnunar. Stjórnin kallaði eftir meiri upplýsingum um hvaða tæknilegu og fjárhagslegu afleiðingar þessir valkostir mundu hafa í för með sér og var því ákveðið að fresta umræðunni þar til á næsta fundi stjórnarinnar í janúar 2007.

3. Ákvarðanir og ályktanir fundarins.

Á fundinum voru samþykktar eins og fyrr greinir fimm ályktanir, sbr. fylgiskjal III.

FUNDUR SVÆÐISNEFNDAR WHO Í EVRÓPU Í KAUPMANNAHÖFN 11.–14. SEPTEMBER 2006

1. Inngangur.

56. fundur svæðisnefndar Evrópu í Kaupmannahöfn var haldinn 11.–14. september 2006. Fundurinn var vel sóttur að venju og sendu 50 af 53 aðildarríkjum svæðisskrifstofunnar fulltrúa sína á fundinn. Fulltrúar alþjóðasamtaka og alþjóðastofnana sóttu einnig fundinn.

Heilbrigðisráðherra Tyrklands, Rəcəp Akdag, var kjörinn forseti fundarins, dr. Jens Kristian Gotrik frá Danmörku og dr. David Harper frá Bretlandi varafundarstjórar og Zamira Sinoimeri frá Albaníu skýrslugjafi. Voru á fundinum samþykktar sex ályktanir.

Fyrir Íslands hönd sóttu fundinn Siv Friðleifsdóttir heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra, Davíð Á. Gunnarsson ráðuneytisstjóri, Svavar Gestsson sendiherra, Kolbrún Ólafsdóttir, aðstoðarmaður ráðherra, Ragnheiður Haraldsdóttir skrifstofustjóri, Ingimar Einarsson skrifstofustjóri, Sveinn Magnússon skrifstofustjóri, Vilborg Ingólfsdóttir skrifstofustjóri, Ásthildur Knútsdóttir sérfræðingur og Anna Björg Aradóttir, yfirhjúkrunarfræðingur landlæknisembættisins.

2. Ræða framkvæmdastjóra Evrópuskrifstofu.

Dr. Marc Danzon, framkvæmdastjóri Evrópuskrifstofunnar, hóf ræðu sína á að fara yfir starfsemi skrifstofunnar frá því að síðasti fundur svæðisnefndarinnar sem haldinn í Búkarest í september 2005. Hann benti á að komið hefði út skýrsla um störf skrifstofunnar á tímabilinu 2004–2005 og fagnaði því að Montenegro hefði nýverið orðið 53 ríkið sem gerist aðili að Evrópuskrifstofunni.

Dr. Danzon sagði það hafa verið mikið áfall þegar framkvæmdastjóri stofnunarinnar hefði orðið bráðkvaddur og þegar þrír starfsmenn skrifstofunnar létust í bílslysi í Tyrklandi og vottaði hann þeim öllum virðingu sína.

Á fundi svæðisnefndarinnar árið áður hafði dr. Danzon vakið athygli á slæmu ástandi í Kósovó þar sem almenningur var útsettur fyrir blýeitrun og bjó við ósættanlega hreinlætis- aðstöðu. Evrópuskrifstofan hafði á árinu eftl starfsemi sína í Kósovó og hefðu 600 manns, þar á meðal 250 börn, notið góðs af aðstoðinni. Í framhaldi af því þakkaði dr. Danzon þann stuðning sem heilbrigðisráðuneyti Serbíu hefði veitt Evrópuskrifstofunni.

Dr. Danzon sagði að í þeim 28 löndum sem hefðu landaskrifstofur á vegum Evrópuskrifstofunnar hefði verið lögð áhersla á að framkvæma áætlanir skrifstofunnar. Að auki væri ætlunin að gera samninga til tveggja ára við þau lönd sem ekki hafa landaskrifstofur þar sem farið verður yfir þarfir þeirra og skoðað hvað Evrópuskrifstofan getur aðstoðað við. Byrjað verður á samningum við Andorra, Belgíu, Þýskaland og Portúgal. Skrifstofan hefði einnig unnið að því að gera stuðning sinn við aðildarríki skilvirkari og aukið samstarf sitt við aðrar stofnanir og félagasamtök. Til að mynda hefur skrifstofan eftl samstarf sitt við Alþjóðabankann, Evrópusambandið, aðrar stofnanir Sameinuðu þjóðanna og frjáls félagasamtök.

Áhersla væri á forvarnir langvinnra sjúkdóma svo og smitsjúkdóma í samvinnu við höfuðstöðvar WHO, Sóttvarnastofnun Evrópu (ECDC), Evrópusambandið og aðrar stofnanir. Samstarfið á árinu hafði verið með besta móti, sérstaklega þegar tekist var á við fuglaflensu- tilfelli sem upp komu í mönnum í Tyrklandi og Aserbaídsjan. Þar hafði tæknileg aðstoð, alþjóðasamstarf og pólitískur vilji greitt fyrir skjótum viðbrögðum. Evrópuskrifstofan hafði einnig aðstoðað Kýpur við að takast á við flæði flóttamanna inn í landið. Í október 2005 var í fyrsta sinn haldin svokölluð Evrópsk bólusetningarvika sem hvatti foreldra til að láta bólusetja börn sín. Að auki hefði skrifstofan unnið í samvinnu við sameiginlega áætlun Sameinuðu þjóðanna gegn alnæmi (UNAIDS) og aðrar stofnanir að því að viðhalda meðferð og auka forvarnir gegn alnæmi. Annar langvinnur sjúkdómur sem mikilvægt er að fyrirbyggja eru berklar og krefst hann aukins pólitísku stuðnings innan álfunnar.

Reykingar eru stór áhættuþáttur í mörgum langvinnum sjúkdómum. Mörg Evrópulönd hafa bannað tóbaksauglýsingar og reykingar á almannafæri en dr. Danzon sagði að betur mætti ef duga skal þar sem 14 Evrópulönd hefðu enn ekki fullgilt tóbaksvarnasamning WHO. Því næst vakti dr. Danzon athygli á að haldinn yrði ráðherrafundur um offitu í Tyrklandi í nóvember 2006 á vegum Evrópuskrifstofunnar og hvatti hann aðildarríki til að taka virkan þátt í ráðstefnunni.

Að lokum sagði dr. Danzon að Evrópuskrifstofan hefði gert áætlun sem bæta ætti starfsmannastjórnun skrifstofunnar.

3. Ávarp Mary Donaldsson, krónprinsessu Dana.

Krónprinsessan þakkaði fyrir tækifærið til að halda erindi á þessum fundi. Í hlutverki sínu sem verndari Evrópsku svæðisskrifstofunnar væri ætlun hennar að auka vitund innan Evrópu um að margir byggju enn við bág heilsukjör og lélegt aðgengi að grunnheilbrigðisþjónustu.

Hún fagnaði því að langvinnir sjúkdómar fengju sérstaka athygli á fundinum þar sem stóran hluta sjúkdómsbyrðar og dauðsfalla í Evrópu mætti rekja til þeirra. Offita væri vaxandi vandamál hjá börnum og væri það henni sem og öðrum mikið áhyggjuefni. Hún sagðist í því sambandi hafa ákveðið að taka þátt í vinnu tengdri ráðherrafundinum um offitu sem haldinn yrði í Istanbúl í nóvember 2006. Jafnframt vildi hún hvetja Evrópuþjóðir til aukinnar heilsuefingar.

Að auki mundi hún taka þátt í tveimur öðrum verkefnum skrifstofunnar, annað væri tengt bólusetningu og forvörnum gegn sjúkdómum en hitt að tryggja aðgang að hreinu drykkjarvatni en þannig má fækka sjúkdómum og dauðsföllum í álfunni. Það væri henni einnig sérstakt áhyggjuefni að ekki ættu öll börn álfunnar kost á hreinu drykkjarvatni. Að lokum sagði hún að sem verndari tveggja geðheilbrigðisstofnana í Danmörku mundi hún vinna að því að draga úr stimplun þeirra sem lifðu við geðsjúkdóma í álfunni.

4. Ræða sitjandi aðalframkvæmdastjóra WHO.

Það kom fram í ræðu sitjandi aðalframkvæmdastjóri WHO, dr. Anders Nordström, að aðildarríki færu í ríkari mæli fram á að WHO væri leiðandi stofnun. Því þyrfti t.d. að gera heilbrigðisránsóknum hærra undir höfði. Dr. Nordström tók það fram að stofnunin sjálf stæði ekki fyrir ránsóknum en hefði mikilvægu hlutverki að gegna hvað varðaði söfnun upplýsinga og hefði óneitanlega áhrif á þær ránsóknir sem gerðar væru með því að kalla eftir ránsóknum.

Það væri einnig í verkahring stofnunarinnar að aðstoða aðildarríki við að útbúa stefnur og áætlanir sem ykju skilvirkni heilbrigðiskerfa. Einnig ætti stofnunin að veita aðildarríkjum tæknaðstoð og byggja upp getu landa til að ná alþjóðamarkmiðum eða þeim markmiðum sem þau hefðu sett sér sjálf. Eftirlit væri einnig hlutverk stofnunarinnar og dreifing upplýsinga með gæði og traust að leiðarljósi.

Dr. Nordström sagðist einnig vilja minnst sérstaklega á þrjú atriði. Í fyrsta lagi á forvarnir og meðhöndlun langvinnra sjúkdóma en mikilvægt væri að vinna gegn áhættuþáttum langvinnra sjúkdóma. Evrópuáætlun gegn langvinnnum sjúkdómum væri mikilvæg fyrir álfuna, sérstaklega áhersla hennar á baráttuna við offitu. Í öðru lagi sagði hann að alþjóðaheilbrigðisdagurinn 7. apríl 2007 yrði tileinkaður heilsu og öryggi og í þriðja lagi benti hann á að Evrópuskrifstofan gæti deilt reynslu sinni af fjármögnun heilbrigðiskerfa með öðrum álfum heims.

Að lokum beindi hann athygli að þeirri vinnu sem færi fram í höfuðstöðvum WHO en þar er unnið að miðannar-verkefnaáætlun stofnunarinnar fyrir tímabilið 2008–2013 og drög að fjárhagsáætlun fyrir tímabilið 2008–2009. Hann sagði að eftir umræðu um þessi málefni á fundum svæðisskrifstofa stofnunarinnar yrðu áætlanirnar endurskoðaðar og lagðar fyrir framkvæmdastjórnarfund stofnunarinnar í janúar 2007. Áætluð aukning fjárlaga stofnunarinnar endurspegladi auknar væntingar og kröfur aðildarríkjanna. Gert væri ráð fyrir að föst framlög aðildarríkjanna mundu hækka um 8,6% eða um 1 milljarð bandaríkjadala. Þrátt fyrir þessa aukningu lækkuðu föst framlög aðildarríkjanna hlutfallslega um 23% miðað við frjáls framlög til stofnunarinnar og það væri miður. Með þessu ykist fjármagn til Evrópuskrifstofunnar um 35% miðað við fjárhagstímabilið á undan og væri það aukning um 72 milljónir bandaríkjadala. Í heildina rynnu 273 milljónir bandaríkjadala til Evrópuskrifstofunnar.

5. Ályktanir og helstu málefni tekin fyrir á fundinum.

5.1 Ályktanir og ákvarðanir teknar á alþjóðaheilbrigðisþinginu 2006.

Þótt allar 27 ályktanir alþjóðaheilbrigðisþingsins frá árinu 2006 væru mikilvægar vöktu nokkrar þeirra meiri umræðu en aðrar. Mikil umræða varð um ályktun um drög að áætlun um forvarnir og meðferð kynsjúkdóma. Lengi hafði verið beðið eftir þeirri ályktun og fékk hún blendin viðbrögð en fyrir tilstilli nokkurra Evrópuríkja náðist að lokum að samþykkja hana. Einnig vakti ályktun um 11. framkvæmdaáætlun stofnunarinnar mikla umræðu og höfðu aðildarríki Evrópu einnig mikil áhrif á að þessi ályktun var að lokum samþykkt.

Varðandi ályktun um innleiðingu valinna ákvæða endurskoðaðrar reglugerðar um hindrun útbreiðslu sjúkdóma var lögð áhersla á þörfina á að aðstoða aðildarríki við að byggja upp getu sína til að bregðast við faröldrum sjúkdóma. Evrópuskrifstofan sagðist vinna í nánú samstarfi við skrifstofu WHO í Lyon í Frakklandi sem hefði með viðbúnað og viðbrögð við faröldrum að gera og stóðu vonir til að sú skrifstofa mundi aðstoða, sérstaklega lönd í Evrópu, hvað varðandi viðbúnað.

Hvað viðkom ályktun um alnæmi sem kallaði á aukna skipulagningu sagðist skrifstofan skipuleggja starf sitt í samvinnu við sameiginlega áætlun Sameinuðu þjóðanna gegn alnæmi (UNAIDS), við Heimssjóðinn í baráttu gegn alnæmi, berklum og malaríu og við aðrar stofnanir. Skrifstofan hefði sett upp teymi 50 starfsmanna sem ynnu að málefnum tengdum alnæmi bæði á Evrópuskrifstofunni og á vettvangi.

Að lokum var minnt á stofnun milliríkjahóps sem væri opinn öllum aðildarríkjum og ætti að taka fyrir verkefnaáætlun um hugverkaréttindi og yrði fyrsti fundur vinnuhópsins haldinn í desember 2006.

5.2 Evrópuáætlun um forvarnir gegn langvinnnum sjúkdómum.

Í Evrópu valda helstu langvinnu sjúkdómarnir 86% af öllum dauðsföllum og 77% af sjúkdómsbyrði. Hjarta- og æðasjúkdómar og krabbamein eru taldir valda um tveimur þriðja hluta allra dauðsfalla í álfunni og ef geðsjúkdómum er bætt við bera þessir sjúkdómar ábyrgð á ríflega 50% af sjúkdómsbyrðinni í álfunni. Af völdum hjarta- og æðasjúkdóma létust á árinu 2005 um 5 milljónir og 2 milljónir létust af völdum krabbameina. Smitsjúkdómar ollu færri dauðsföllum í álfunni á sama tíma. Stærsta dánarorsök í álfunni eru því hjarta- og æðasjúkdómar, sérstaklega í Austur-Evrópu og fyrrverandi Sovétríkjunum þar sem tíðni þeirra er hve mest.

Það kom fram í umræðum á fundinum að vaxandi byrði langvinnra sjúkdóma á heilbrigðiskerfi, efnahag og samfélag þjóða væri mikið umhugsunarefni. Helstu orsakavaldar og áhættuþættir langvinnra sjúkdóma væru þekktir. Um 60% langvinnra sjúkdóma væru tengdir sjö áhættuþáttum, þ.e. háþrýstingi, tóbaksnotkun, áfengisnotkun, háu kólesteróli, ofþyngd, of lítilli ávaxta- og grænmetisneyslu og hreyfingarleysi. Einnig var minnst á að sykursýki væri mikill áhættuþáttur. Mikið samspil virðist vera á milli þessara þátta og því mikilvægt að beita heildstæðri nálgun við forvarnir gegn þessum sjúkdómum. Til eru áhrifaríkar leiðir til að koma í veg fyrir langvinna sjúkdóma og talið að hægt sé að koma í veg fyrir um 80% af hjartasjúkdómum, kransæðastíflum og áunninni sykursýki og um 40% krabbameina ef dregið er úr þekktum áhættuþáttum. Til þess að þetta væri framkvæmanlegt þyrfti að snúa áherslum heilbrigðisþjónustunnar við en í dag er meiri áhersla lögð á að lækna sjúkdóma en minna á forvarnir. Ef litið er á heildarheilbrigðisútgjöld OECD-landa fara einungis um 3% í forvarnir og lýðheilsuverkefni. En sem betur fer hafa orðið framfarir í mörgum löndum og nokkur þeirra hafa náð að lækka dánartíðni af völdum langvinnra sjúkdóma.

Varðandi framtíðarþróun langvinnra sjúkdóma eru vísbendingar um að skólabörn séu að þyngjast. Einnig eru Evrópubúar að eldast og er talið að árið 2050 verði yfir einn fjórði hluti Evrópubúa eldri en 65 ára. Jafnframt er talið að einn þriðji hluti karlmannna yfir 60 ára glími þá við tvo eða fleiri langvinna sjúkdóma.

Aðildarríki lýstu yfir ánægju sinni með þessar áherslur skrifstofunnar en kölluð eftir verkefnaáætlun. Nokkur lönd Austur-Evrópu og fyrrverandi Sovétríkjanna sögðust hafa orðið vör við aukningu langvinnra sjúkdóma samfara versnandi lífskjörum og hruni heilbrigðiskerfa sinna. Þessi þróun hefði orðið samfara aukinni áfengisneyslu og lækkandi lífaldri í þessum löndum. Talsmaður svæðaskrifstofunnar sagði að vinnan væri rétt hafin en nú yrði hugað að gerð verkefnaáætlunar og með því var ályktunin sem fyrir lá samþykkt.

5.3 Fjárhagsáætlun fyrir tímabilið 2008–2009 og miðannar-verkefnaáætlun fyrir tímabilið 2008–2013.

Kynnt voru drög að fjárhagsáætlun WHO fyrir tímabilið 2008–2009 og miðannar-verkefnaáætlunin fyrir tímabilið 2008–2013. Í miðannar-verkefnaáætluninni er brugðist við þeim þörfum sem komu fram við gerð elleftu framkvæmdaáætlunar stofnunarinnar sem er nú í gildi og nær yfir tímabilið 2006–2015. Aðildarríki höfðu gefið til kynna að þau 36 svið sem notuð voru til að byggja upp fyrrverandi fjárhagsáætlanir stofnunarinnar hindruðu samvinnu á milli sviðanna. Einnig væri fjárhagsáætlun stofnunarinnar, sem samkvæmt venju væri gerð til tveggja ára, illa löguð að vinnu stofnunarinnar. Þess vegna væri í nýju aðgerðaáætluninni lögð áhersla á 16 forgangsatríði sem mundu haldast næstu þrjú fjárhagsáætlunartímabil eða til ársins 2013. Nýja fjárhagsáætlunin væri því kynnt sem hluti af verkefnaáætlun stofnunarinnar og innihéldi m.a. þrjár fjáröflunarleiðir. Ein af þessum leiðum væri frjáls framlög sem samið verður um og væri það ný leið.

Tillagan að auknum fjárframlögum til svæðisskrifstofu Evrópu var 8,6% miðað við fjárhagstímabilið 2006–2007. Heildaraukning fjárframlaganna mun hins vegar nema 38% og nemur heildarfjárhagsrammi fyrir tímabilið 4,2 milljörðum bandaríkjadala. Sú fyrirætlun að beina auknu fjármagni frá höfuðstöðvunum til svæðisskrifstofa og aðildarríkja þeirra mundi halda áfram og væri áætlað að á tímabilinu 2008–2009 færu 70% alls fjármagns stofnunarinnar til svæðisskrifstofa og aðildarríkja þeirra.

Formaður fastanefndar Evrópuskrifstofunnar sagði að nefndin hefði verið mjög gagnrýnin á nýjar áherslur aðgerðaáætlunarinnar og enn væri því ósvarað hvort þessi nýja leið mundi gera stofnuninni kleift að auka afkastagetu sína. Að auki hefði nefndin áhyggjur af því hvort þessi mikla aukning á fjárframlögum væri raunhæf og líklegt væri að hlutfallið á milli fastra og frjálsra framlaga mundi aukast. Að lokum sagði formaðurinn að þótt fyrirhugað væri að auka fjármagn til Evrópuskrifstofunnar þá væri sú aukning lítil samanborið við þau erfiðu viðfangsefni sem Evrópa stæði frammi fyrir og einnig lítil samanborið við það fjármagn sem aðrar svæðisskrifstofur hefðu úr að mæla.

5.4 Framtíðaráform Evrópuskrifstofunnar.

Evrópuskrifstofan hefur tekið saman leiðarvísa fyrir vinnu skrifstofunnar til ársins 2020 og er þeim ætlað að vinna gegn óréttlæti í heilbrigðiskerfinu, hvetja til notkunar gagnreyndra upplýsinga við gerð heilbrigðisstefna og áætlana, styrkja heilbrigðiskerfi Evrópuríkja, hvetja til aukinnar samvinnu við samstarfsaðila, gera heilbrigðiskerfi Evrópuríkja færari um að takast á við neyðarástand og auka vægi Evrópuskrifstofunnar í heilbrigðismálum í álfunni. Ályktun þess efnis var samþykkt á fundinum.

5.5 Heilsa og öryggi.

Á síðustu árum hefur skapast aukin hættan á neyðarástandi vegna: hugsanlegs smits dýrasjúkdóma til manna, aukinnar alþjóðavæðingar, bæði með auknum samgöngum og viðskiptum, og aukinnar hættu á notkun efnavopna í heiminum. Þetta hefur kallað á það að huga þarf að viðbúnaði aðildarríkja svo og fara yfir viðbrögð ef neyðarástand skapast. Áður fyrr var litið á öryggi sem mál þjóðar og hvernig þær stæðu að vörnum sínum en með tímanum hefur þetta orði sífellt flóknara fyrirbæri. Undanfarið hefur sú krafa aukist að WHO sé fært um að takast á við atvik sem geta haft alvarleg heilsufarsleg áhrif í för með sér. Á fundinum var minnst á að auka þyrfti samvinnu alþjóðlegra stofnana til að tryggja samfellu. Talað var um mikilvægi þess að koma upplýsingum á framfæri til almennings og á réttum tíma. Einnig var sagt að endurskoðuð reglugerð um hindrun útbreiðslu sjúkdóma mundi styrkja viðbúnað aðildarríkja við smitsjúkdómum og neyðarástandi sem upp gæti komið af þeirra völdum. Talsmaður Evrópusambandsins sagði þetta mál mjög mikilvægt og hefði í því sambandi verið sérstaklega unnið að viðbrögðum við efnavopnum og inflúensufaraldri. Útbúið hefði verið viðvörunar- og upplýsingakerfi og búið væri að skipa nefnd um heilsu og öryggi. Svæðisstjórnin lagði áherslu á að kerfi sem ekki störfuðu vel undir venjulegum kringumstæðum mundu ekki starfa vel í neyðarástandi. Því væri mikilvægt að nægum fjármunum væri varið til að viðhalda heilsu og öryggi.

5.6 Málefni rædd á fyrri fundum svæðisnefndarinnar.

Minnt var á að Evrópska tóbaksvarnaáætlunin hefði verið samþykkt árið 2002 af aðildarríkjum svæðisskrifstofunnar. Hægt væri að greina framfarir í þessum málaflokki síðan áætlunin var samþykkt en ekki í öllum löndum og á mismunandi hraða. Dánartíðni af völdum lungnakrabba hjá karlmönnum hefði lækkað en tóbak væri áfram einn af helstu áhættuþáttum sjúkdómsbyrðar í flestum aðildarríkjunum. Einnig hefðu reykingar aukist hjá lægra settum þjóðfélagshópum og hafði það breikkað bilið á milli þeirra sem hefðu hve minnst og þeirra sem hefðu hve mest á milli handanna. Tóbaksvarnir hefðu aukist í álfunni með banni á auglýsingum og reykingum á almannafæri, einnig hefðu skattar á tóbaki verið hækkaðir og varúðarmerkingar á pakkingum stækkaðar. Nú þegar hefðu 38 lönd álfunnar fullgilt tóbaksvarnasamning stofnunarinnar og hefði stuðningur samfélagsins við strangari löggjöf og framkvæmd aukist samfara í álfunni.

Næst var tekin fyrir endurskoðuð heilbrigðisáætlun byggð á markmiðum WHO um *Heilbrigði fyrir alla*. Meiri hluti aðildarríkja hefur sett sér heilbrigðisáætlanir til lengri tíma sem endurskoðaðar eru með reglulegu millibili. Áætlanirnar byggjast á mælanlegum markmiðum sem bæta eiga almennt heilsufar þjóðanna. Skrifstofan vinnur að því að útbúa staðlaða vísa sem gefa eiga vísbendingu um hvernig aðildarríkjunum gengur að fara eftir áætluninni og hvernig endurskoðunin gengur. Minnst var á að aðildarríki hefðu mismunandi skoðanir og skilning á vísunum. Enn fremur var bent á að margar skilgreiningar vantaði til að miða þessari vinnu áfram.

5.7 Kosningar.

Til setu í framkvæmdastjórn stofnunarinnar til næstu þriggja ára voru kosnir fulltrúar Moldóvu og Bretlands en þeir munu taka við sæti sínu á alþjóðaheilbrigðisþinginu í maí 2007. Í fastanefnd svæðisskrifstofunnar voru kosnir fulltrúar Georgíu, Noregs og Kirgisistans til þriggja ára frá og með september 2006.

5.8 Næstu fundir Svæðisnefndar Evrópu.

Ákveðið var að halda næsta fund svæðisnefndarinnar dagana 17.–20. september 2007 í Belgrad í Serbíu, 58. fund svæðisnefndarinnar dagana 15.–18. september 2008 í Kaupmannahöfn, 59. fund nefndarinnar dagana 14.–17. september 2009 en staðsetning óákveðin og 60. fund nefndarinnar dagana 13.–16. september 2010 í Kaupmannahöfn.

6. Ályktanir fundarins.

Á fundinum voru samþykktar eins og fyrr greinir sex ályktanir, sbr. fylgiskjal IV.

119. FUNDUR FRAMKVÆMDASTJÓRNAR WHO Í GENF 6.–8. NÓVEMBER 2006 OG SÉRSTAKUR FUNDUR ALÞJÓÐAHEILBRIGÐISÞINGSINS Í GENF 9. NÓVEMBER 2006.

Dagana 6.–8. nóvember 2006 kom framkvæmdastjórn WHO saman til þess að fjalla um fyrirliggjandi framboð til stöðu framkvæmdastjóra stofnunarinnar og gera tillögu um framkvæmdastjóra. Alþjóðaheilbrigðisþingið hélt svo sérstakan fund 9. nóvember 2006 þar sem tillaga framkvæmdastjórnarinnar um nýjan framkvæmdastjóra var samþykkt.

Val framkvæmdastjóra fór þannig fram að í byrjun júnímánaðar 2006 óskaði settur framkvæmdastjóri eftir tillögum frá öllum aðildarríkjunum um frambjóðendur. Þann 5. september, sama ár, rann út frestur til að skila tillögum um forstjóra og mánuði seinna eða 5. október voru þær sendar öllum aðildarríkjunum til kynningar.

Í kjölfar 59. alþjóðaheilbrigðisþingsins og 118. fundar framkvæmdastjórnar WHO í maí 2006 komu fram fyrirspurnir um hvort Davíð Á. Gunnarsson, ráðuneytisstjóri í heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu, áformaði að gefa kost á sér í embætti framkvæmdastjóra WHO. Kannaður var stuðningur við hugsanlegt framboð hans meðal þeirra ríkja sem sæti áttu í framkvæmdastjórninni og virtist njóta umtalsverðs stuðnings.

Davíð Á. Gunnarsson hefur um árabíl verið mjög virkur á vettvangi Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar. Hann sat í stjórn Evrópudeildar WHO 1997–2000, var einn af fundarstjórum alþjóðaheilbrigðisþingsins 2001, sat í framkvæmdastjórn WHO 2003–2006 og var formaður hennar tímabilið 2004–2005. Davíð þótti mjög afgerandi í formennskutíð sinni og naut almenns stuðnings og trausts aðildarríkja WHO. Ákvað ríkisstjórn Íslands því að tilnefna Davíð Á. Gunnarsson í framboð til embættis framkvæmdastjóra WHO.

Alls gáfu þrettán frambjóðendur kost á sér í stöðu framkvæmdastjóra stofnunarinnar en tveir dró sig til baka rétt fyrir kosningar. Því voru það eftirtaldir auk Davíðs Á. Gunnarssonar sem tóku þátt í kjörinu: dr. Kazem Behbehani frá Kúveit, dr. Margaret Chan frá Kína, dr. Julio Frenk frá Mexíkó, dr. Nay Htun frá Mjanmar, dr. Bernard Koucher frá Frakklandi, dr. Pascoal Manuel Mocumbi frá Mósambík, dr. Shigeru Omi frá Japan, prófessor Pekka Puska frá Finnlandi, Elena Salgado Méndez frá Spáni og prófessor dr. Tomris Türmen frá Tyrklandi.

Fyrsta fundardaginn skar framkvæmdastjórnin fjölda frambjóðenda niður í fimm með leynilegri atkvæðagreiðslu. Þeir sem komust frá þeim niðurskurði voru frambjóðendur Kúvætt, Kína, Mexíkó, Japan og Spánar. Annan fundardaginn voru tekin viðtöl við þessa fimm frambjóðendur sem komust á listann og þriðja daginn var kosið á milli þeirra og bar dr. Margaret Chan frá Kína sigur af hólmi. Alþjóðaheilbrigðisþingið kom svo saman daginn eftir og staðfesti tilnefningu dr. Margaret Chan í embætti nýs framkvæmdastjóra WHO.

Fylgiskjal I.

Ályktanir 117. framkvæmdastjórnarfundarins.

Nr.	Efni ályktunar	Bakgrunns-skjöl	Niðurstaða
EB117.R1	Útrýming mænusóttar	EB117/4	<p><i>WHO hvött til:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – að tryggja aðildarríkjum tækniástoð. – að aðstoða við fjármögnun á viðbrögðum og tryggja nægjanlegar bóluefnabirgðir. – að veita aðildarríkjum ráðleggingar um hvernig takmarka megi útbreiðslu mænusóttarveirunnar. – að greina frá gangi mála á fundi framkvæmdastjórnarinnar í janúar 2006. <p><i>Aðildarríki þar sem mænusótt er landlæg hvött til:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – að leggja rækt við skuldbindingar sínar og koma í veg fyrir útbreiðslu veirunnar með bóluefnum. <p><i>Aðildarríki laus við mænusótt hvött til að fylgjast með mænusóttartilfellum með því:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – að framkvæma frumrannsókn, innan 72 tíma, ef grunur leikur á smiti. – að framkvæma ónæmisaðgerðir með bóluefnum a.m.k. þrisvar sinnum og í fyrsta skiptið innan 4 vikna frá staðfestingu á smiti og svo með 4 vikna millibili þar á eftir. – að ná til allra barn undir 5 ára aldri þar sem smit kemur upp og á aðliggjandi svæðum og ná a.m.k. 95% bóluefnaþekju. – að tryggja að framkvæmdar séu a.m.k. tvær bóluefnaherferðir á svæðum þar sem mænusóttarveiran finnst.
EB117.R2	Næring og alnæmi	EB117/7, EB116/12–viðauki, WHA57.14	<p><i>WHO hvött til:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – að veita aðildarríkjum tæknilegar leiðbeiningar um hvernig hægt er að taka tillit til alnæmis í áætlunum og stefnum um næringu. – að finna leið til að málefnið fái forgang í heilbrigðisáætlunum. – að styðja við gerð gagnreyndra leiðbeininga og upplýsinga fyrir næringarmeðferð alnæmissjúkra. – að aðstoða við að fræðsla um næringu verði hluti af þjálfun heilbrigðisstarfsfólks. – að halda áfram að efla rannsóknir á næringu og alnæmi. – að styðja við þróun viðeigandi mælitækja svo hægt sé að skoða hversu vel gengur að koma næringarmeðferð inn í alnæmisáætlanir og til að mæla svo áhrif þeirra. – að tryggja samvinnu allra hagsmunaaðila. – að stuðla að gerð leiðbeininga um fjármögnunartillögur. <p><i>Aðildarríki hvött til:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – að næringarmeðferð verði hluti af meðferð við alnæmi. – að efla, endurskoða eða útbúa nýjar leiðbeiningar og matstæki fyrir næringarmeðferð alnæmissjúkra á mismunandi stigum sjúkdómsins með tilliti til kyns og aldurs. – að veita stuðning og efla leiðir til að bæta næringu og koma í veg fyrir vannæringu hjá alnæmissmituðum börnum.
EB117.R3	Sigðokornablóðleysi	EB117/34, WHA57.13, Assembly/AU/Dec.81(V)	<p><i>WHO hvött til:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – að auka vitund alþjóðasamfélagsins á sjúkdómsbyrði sjúkdómsins og stuðla að jafnræði í aðgengi að heilbrigðiskerfinu. – að veita aðildarríkjum tækniástoð, stuðning og ráðgjöf. – að hvetja og styðja við samstarf innan aðildarríkja til að auka þjálfun og þekkingu starfsfólks og að styðja við aukinn flutning á hátækni og sérþekkingu til þróunarlandanna. – að halda áfram venjubundnu starfi WHO við að útbúa áætlun fyrir forvarnir og meðferð sjúkdómsins. – að efla, styðja og skipuleggja rannsóknir til að auka lengd og gæði lífs þeirra sem lifa við sjúkdóminn.

Nr.	Efni ályktunar	Bakgrunns-skjöl	Niðurstaða
			<p><i>Aðildarríki hvött til:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – að þróa, innleiða og styrkja á kerfisbundinn, sanngjarnan og haldgóðan hátt, heildstæða og samþætta áætlun fyrir forvarnir og meðferð við sjúkdómnum, þar á meðal eftirlit, skimun, miðlun upplýsinga og vitundarvakningu. – að byggja upp getu til að meta útbreiðslu sjúkdómsins og áhrif aðgerða innan lands. – að efla þjálfun heilbrigðisstarfsfólks á svæðum þar sem sjúkdómstíðni er há. – að þróa og styrkja erfðafræðilega lækniþjónustu, innan heilsugæslunnar. – að styrkja fræðslu fyrir almenning um sjúkdóminn. – að styrkja alþjóðasamvinnu í baráttunni gegn sjúkdómnum.
EB117.R4	Forvarnir gegn blindu og sjónskerðingu	EB117/35, WHA56.25	<p>WHO hvött til:</p> <ul style="list-style-type: none"> – að veita forgang forvörnum gegn blindu og sjónskerðingu. – að veita aðildarríkjum tækniaðstoð og styðja samvinnu landa við forvarnir. – að fylgjast með framgangi alþjóðaáttaks um forvarnir gegn blindu í samvinnu við alþjóðahagsmunaaðila og leggja fram skýrslu um gang mála á þriggja ára fresti. <p><i>Aðildarríki hvött til:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – að leggja enn meiri áherslu á að fylgja áætluninni „Sýn 2020“ eins og kveðið er á um í ályktun þingsins, WHA56.26. – að styðja við áætlunina „Sýn 2020“ með því að tryggja nægjanlegt fjármagn innan lands til verkefnisins. – að taka tillit til forvarna gegn blindu og sjónskerðingu við gerð heilbrigðisáætlana og setningu markmiða. – að flýta fyrir að tekið sé tillit til forvarna gegn blindu og sjónskerðingu í áætlunum sem þegar eru til staðar. – að hvetja til samstarfs milli hins opinbera, frjálsra félagasamtaka og einkageirans í áætlunum og framkvæmdum um til að fyrirbyggja blindu og sjónskerðingu.
EB117.R5	Alþjóðaviðskipti og heilsa	EB117/10, WHA52.19, WHA53.14, WHA56.23, WHA56.27, WHA57.14 og WHA57.19	<p>WHO hvött til:</p> <ul style="list-style-type: none"> – að veita aðildarríkjum, sem þess óska og í samvinnu við viðkomandi alþjóðastofnanir, stuðning við stefnumótun á sviði viðskipta og heilsu. – að bregðast við beiðni aðildarríkja um aðstoð við að auka skilning á áhrifum alþjóðaviðskipta og viðskiptasamninga á heilsu. – að halda áfram samvinnu við viðkomandi alþjóðastofnanir til að styðja við samfellu í stefnum milli viðskipta- og heilsugeirans, bæði svæðisbundnum og alþjóðlegum, þar á meðal að útbúa og dreifa gögnum um tengsl viðskipta og heilsu. – að leggja fram skýrslu um gang mála á 61. alþjóðheilbrigðisþinginu árið 2008. <p><i>Aðildarríki hvött til:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – að hvetja til umræðu innan lands um samband alþjóðaviðskipta og heilsu. – að setja sér, þar sem við á, stefnu, lög eða reglur til að takast á við málefni undir þessum málaflokki. – að nýta eða stofna til, þar sem við á, samvinnu fjármála-, heilbrigðis- og viðskiptaráðuneyta svo og viðkomandi stofnana til að takast á við heilsutengda þætti alþjóðaviðskipta. – að mynda sambönd milli hins opinbera og einkageirans með það að leiðarljósi að mynda samfellu milli viðskipta- og heilbrigðisstefna. – að halda áfram að byggja upp getu til að greina hugsanleg tækifæri eða erfið viðfangsefni viðskipta og viðskiptasamninga fyrir heilbrigðisgeirann og áhrif þeirra á heilbrigðisútkomu.
EB117.R6	Hlutverk WHO og ábyrgð á sviði heilbrigðisrannsókna	EB117/14, WHA58.34	<p>WHO hvött til:</p> <ul style="list-style-type: none"> – að styrkja rannsóknarmenningu stofnunarinnar og að tryggja að niðurstöður rannsókna séu kynntar.

Nr.	Efni ályktunar	Bakgrunnsskjöl	Niðurstaða
			<ul style="list-style-type: none"> – að útbúa tilkynningakerfi um rannsóknastarfsemi stofnunarinnar. – að efla samstarf rannsóknateyma. – að skoða notkun á niðurstöðum rannsókna í stefnu og ákvarðanatöku innan stofnunarinnar. – að koma á vinnureglum um framkvæmd rannsókna, notkun á niðurstöðum rannsókna, skráningu rannsóknatillagna í opinn gagnagrunn, jafningjarýni og miðlun niðurstaðna. – að stuðla að betri aðgangi að rannsóknaniðurstöðum. – að veita aðildarríkjum stuðning við að byggja upp getu sína til að framkvæma heilbrigðisrannsóknir. <p><i>Aðildarríki hvött til:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – að íhuga innleiðingu tillagna nefndar um heilbrigðisrannsóknir frá árinu 1990 þar sem þróunarlönd eru hvött til að fjárfesta a.m.k. 2% af heildarheilbrigðisútgjöldum sínum í rannsóknir, að byggja upp rannsóknagetu sína og að þróunarstofnanir ættu að eymamerkja a.m.k. 5% af verkefnastöð fyrir heilbrigðisgeirann til rannsókna og til að byggja upp rannsóknargetu. – að hafa rannsóknir sem hluta af áætlunum og framkvæmdum innan lands og hvetja til aukins aðgangs að rannsóknaniðurstöðum. – að styrkja síðanefndir sem meta tillögur um heilbrigðisrannsóknir.
EB117.R7	Beiting endurskoðaðrar reglugerðar um varnir gegn útbreiðslu sjúkdóma (2005)	EB117/31, WHA58.3, WHA58.5	<p><i>WHO hvött til:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – að tilnefna án tafar WHO-tengilið fyrir aðildarríki skv. 4. gr. reglugerðarinnar. – að gera ráðstafanir varðandi II. og III. hluta reglugerðarinnar sem eru í samræmi við þessa ályktun. – að flýta fyrir því að skipuð verði nefnd sérfræðinga og biðja um tilnefningar þess efnis skv. 47. gr. í reglugerðinni. – að starfshópur um influensufaraldur verði nýttur tímabundið til að gefa stofnuninni ráðleggingar um viðbrögð við fuglaflensuni. – að starfa í samstarfi við aðildarríki að innleiðingu þessarar ályktunar. – að aðstoða þróunarríkin, í samstarfi við önnur aðildarríki, að byggja upp þá getu sem þau þurfa til að fara eftir reglugerðinni. – að nota tækniaðbúnað WHO, þar sem hægt er, til að styðja aðildarríki við að fylgja eftir og innleiða reglugerðina. – að greina frá gangi mála á WHA60 og á hverju ári þar á eftir. <p><i>Aðildarríki hvött til:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – að framfylgja án tafar ákvæðum endurskoðaðrar reglugerðar um varnir gegn útbreiðslu sjúkdóma sem snúa að fuglaflensu eða influensufaraldri. – að tilnefna án tafar tengilið sinn. – að fylgja, í málum sem snerta smit í mönnum af völdum fuglaflensu, leiðbeiningum og aðferðum sem settar eru fram í reglugerðinni um sjúkdóma sem gætu valdið alþjóðlegu neyðarástandi. – að tilkynna á gegnsæjan og skjótan hátt til WHO ef hugsanleg eða staðfest tilfelli fuglaflensu koma upp, þar á meðal útflutt eða innflutt tilfelli, og halda áfram að greina WHO frá stöðu mála eftir það. – að veita WHO tímanlega viðeigandi upplýsingar og sýni. – að styrkja samstarf stofnana innan lands sem bera ábyrgð á heilsu manna og dýra. – að virða tímamörk sem koma fram í reglugerðinni. – að vinna í samvinnu, þar á meðal við að virkja fjárstuðning, við að byggja, styrkja og viðhalda eftirliti með influensu og viðbrögðum í löndum þar sem greinst hefur fuglaflensa. – að framfylgja tillögum framkvæmdastjóra ásamt tæknilegum ráðleggingum frá starfshópi um influensufaraldur á vegum stofnunarinnar sem taldar eru nauðsynlegar fyrir viðbrögð á alþjóðavísu við fuglaflensu eða influensufaraldri.

Nr.	Efni ályktunar	Bakgrunns-skjöl	Niðurstaða
EB117.R8	Framkvæmd WHO á tilmælum alþjóðaverkefnateymisins um aukið samstarf um alnæmi milli fjölþjóðlegra stofnana og alþjóða-hjálparstofnana	EB117/6	<ul style="list-style-type: none"> – að greina framkvæmdastjóra WHO frá því sem hefur verið gert til að framfylgja reglugerðinni. <p><i>WHO hvött til:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – að fara eftir tilmælum alþjóðaverkefnateymisins um aukið samstarf um alnæmi milli fjölþjóðlegra stofnana og alþjóða hjálparstofnana til að undirbúa viðeigandi áætlanir, í samstarfi við UNAIDS og aðra stuðningsaðila, innan þess frests sem settur hefur verið. – að greina frá gangi mála á alþjóðaheilbrigðisþinginu árið 2007 og á tveggja ára fresti þar á eftir. – að veita aðildarríkjum tækniástoð. <p><i>Aðildarríki hvött til:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – að flýta fyrir innleiðingu á reglum um skipulagningu innan lands á viðbrögðum við alnæmi, í samræmi við stöðu mála í hverju aðildarríki fyrir sig.
EB117.R9	Heilsuefning í alþjóðavæddum heimi	EB117/11, WHA42.44, WHA51.12, WHA57.16	<p><i>WHO hvött til:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – að auka vægi heilsuefningar í verkefnum stofnunarinnar til að geta betur stutt aðildarríki. – að nýta þau sambönd sem aðildarríki hafa við fjölþjóðlega hagsmunaaðila, áhugasamar stofnanir og aðra til að hvetja til heilsuefningar. – að hvetja til þess að reglulega verði haldin alþjóðaráðstefna um heilsuefningu. – að meta framfarir og greina helstu annmarka á heilsuefningu á alþjóðavísu. – að greina frá gangi mála á alþjóðaheilbrigðisþinginu árið 2007 (WHA60). <p><i>Aðildarríki hvött til:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – að líta á aukna fjárfestingu í heilsuefningu sem mikilvægan hluta af félagslegri og efnahagslegri þróun. – að auðvelda ríkisstjórnnum að takast á skilvirkan hátt á við félagslega áhrifaþætti á heilbrigði. – að styðja og ýta undir þátttöku borgara, einkageirans og frjálsra félagasamtaka auk heilbrigðisstofnana í heilsuefningu. – að fylgjast reglulega með áætlunum, aðstöðu og fjármunum sem veitt er til heilsuefningar. – að nota til fullnustu heilsuefningu sem grundvallast á þekkingu.
EB117.R10	Staðfesting á breyttum starfsmannareglum		Framkvæmdastjórnin samþykkti breytingar á starfsmannareglu 12.2.
EB117.R11	Laun starfsmanna í öflokkuðum störfum og laun aðalframkvæmdastjóra		<p><i>Framkvæmdastjórnin fer fram á það við alþjóðaheilbrigðisþingið:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – að það staðfesti laun aðstoðarframkvæmdastjóra og svæðastjóra sem 160.578 bandaríkjadali á ári fyrir starfsmannamat, frá og með 1. janúar 2006. – að það staðfesti laun aðalframkvæmdastjóra sem 217.945 bandaríkjadali á ári fyrir starfsmannamat, frá og með 1. janúar 2006.
EB117.R12	Samskipti við frjáls félagasamtök		<p><i>Framkvæmdastjórnin ákvað:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – að stofna til sambands við The transplantation Society, The International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect og the International Association of Biologists. – að slíta sambandi við Federation for International Cooperation of Health Services and Systems Research Centers, International Consultation on Urological Diseases, International Federation of Chemical, Mine, Energy and General Workers' Unions, International Society of Chemotherapy og the International Union of Local Authorities.

Nr.	Efni ályktunar	Bakgrunnsskjöl	Niðurstaða
EB117.R13	(Alþjóðaregluverkum) nauðsynlegar heilbrigðisránsóknir	WHA52.19, WHA53.14, WHA54.10, WHA56.27, WHA57.14	<p><i>WHO hvött til:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – að stofna vinnuhóp opinn öllum aðildarríkjum. – að leggja fram árlega framvinduskýrslu. <p><i>Aðildarríki hvött til:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – að leggja áherslu á lyf og alþjóðaheilbrigði. – að taka tillit til (niðurstöðu nefndar um hugverkarétt og) regluverka sem fyrir liggja. – að tryggja að framfarir í vísindum og líflækningum séu notaðar til að útbúa bætтар, öruggar og ódýrar heilbrigðisvörur, svo sem lyf, bóluefni og greiningartæki. – að hvetja til þess að tvíhliðasamningar taki tillit til sveigjanleika TRIPS-samnings Alþjóðaviðskiptastofnunarinnar. – (að tryggja að skýrsla nefndar um hugverkarétt sé tekin fyrir á fundum svæðisnefnda WHO árið 2006.)

Fylgiskjal II.

Ályktanir 59. alþjóðaheilbrigðisþingsins.

1. Tæknileg málefni.

Nr.	Efni ályktunar	Bakgrunnsskjöl	Aðalskrifstofa WHO hvött til:	Aðildarríkin hvött til:
WHA59.1	Útrýming mænuðóttar	WHA59/60	<ul style="list-style-type: none"> – að tryggja aðildarríkjum tækniástoð. – að aðstoða við fjármögnun á viðbrögðum og tryggja nægjanlegar bóluefnabirgðir. – að veita aðildarríkjum ráðleggingar um hvernig takmarka megi útbreiðslu mænuðóttarveirunnar. – að greina frá gangi mála á fundi framkvæmdastjórnarinnar í janúar 2006. 	<p><i>Aðildarríki þar sem mænuðótt er landlæg hvött til:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – að leggja rækt við skuldbindingar sínar og koma í veg fyrir útbreiðslu veirunnar með bóluefnum. <p><i>Aðildarríki laus við mænuðótt hvött til að fylgjast með mænuðóttartilfellum með því:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – að framkvæma frumrannsókn, innan 72 tíma, ef grunur leikur á smiti. – að framkvæma ónæmissaðgerðir með bóluefnum a.m.k. þrisvar sinnum og í fyrsta skiptið innan 4 vikna frá staðfestingu á smiti og svo með 4 vikna millibili þar á eftir. – að ná til allra barn undir 5 ára aldri þar sem smit kemur upp og á aðliggjandi svæðum og ná a.m.k. 95% bóluefnabekju. – að tryggja að framkvæmdar séu a.m.k. tvær bóluefnaherferðir á svæðum þar sem mænuðóttarveiran finnst.
WHA59.2	Beiting endurskoðaðrar reglugerðar um varnir	WHA59/5, WHA58.3, WHA58.5	<ul style="list-style-type: none"> – að tilnefna án tafar WHO-tengilið fyrir aðildarríki skv. 4. gr. reglugerðarinnar. – að gera ráðstafanir varðandi II. og III. hluta reglugerðarinnar sem eru 	<ul style="list-style-type: none"> – að framfylgja án tafar ákvæðum endurskoðaðrar reglugerðar um varnir gegn útbreiðslu sjúkdóma sem snúa að fuglaflensu eða inflúensufaraldri.

Nr.	Efni ályktunar	Bakgrunnsskjöl	Aðalskrifstofa WHO hvött til:	Aðildarríkin hvött til:
	gegn útbreiðslu sjúkdóma (2005)		<p>í samræmi við þessa ályktun.</p> <ul style="list-style-type: none"> – að flýta fyrir því að skipuð verði nefnd sérfræðinga og biðja um tilnefningar þess efnis skv. 47. gr. í reglugerðinni. – að starfshópur um influensufaraldur verði nýttur tímabundið til að gefa stofnuninni ráðleggingar um viðbrögð við fuglaflensunni. – að starfa í samstarfi við aðildarríki við innleiðingu þessarar ályktunar. – að aðstoða þróunarríkin, í samstarfi við önnur aðildarríki, að byggja upp þá getu sem þau þurfa til að fara eftir reglugerðinni. – að nota tækniaðbúnað WHO, þar sem hægt er, til að styðja aðildarríki við að fylgja eftir og innleiða reglugerðina. – að greina frá gangi mála á WHA60 og á hverju ári þar á eftir. 	<ul style="list-style-type: none"> – að tilnefna án tafar tengilið sinn. – að fylgja, í málum sem snerta smit í mönnum af völdum fuglaflensu, leiðbeiningum og aðferðum sem settar eru fram í reglugerðinni um sjúkdóma sem gætu valdið alþjóðlegu neyðarástandi. – að tilkynna á gegnsæjan og skjótan hátt til WHO ef hugsanleg eða staðfest tilfelli fuglaflensu koma upp, þar á meðal útflutt eða innflutt tilfelli, og halda áfram að greina WHO frá stöðu mála eftir það. – að veita WHO tímanlega viðeigandi upplýsingar og sýni. – að styrkja samstarf stofnana innan lands sem bera ábyrgð á heilsu manna og dýra. – að virða tímamörk sem koma fram í reglugerðinni. – að vinna í samvinnu, þar á meðal við að virkja fjárstuðning, við að byggja, styrkja og viðhalda eftirliti með influensu og viðbrögðum í löndum þar sem greinst hefur fuglaflensa. – að framfylgja tillögum framkvæmdastjóra ásamt tæknilegum ráðleggingum frá starfshópur um influensufaraldur á vegum stofnunarinnar sem taldar eru nauðsynlegar fyrir viðbrögð á alþjóðavísu við fuglaflensu eða influensufaraldri. – að greina framkvæmdastjóra WHO frá því sem hefur verið gert til að framfylgja reglugerðinni.
WHA59.11	Næring og alnæmi	WHA59/7, WHA57.14	<ul style="list-style-type: none"> – að veita aðildarríkjum tæknilegar leiðbeiningar um hvernig hægt er að taka tillit til alnæmis í áætlunum og stefnum um næringu. – að finna leið til að málefnið fái forgang í heilbrigðisáætlunum. – að styðja við gerð gagnreyndra leiðbeininga og upplýsinga fyrir næringarmeðferð alnæmissjúkra. – að aðstoða við að fræðsla um næringu verði hluti af þjálfun heilbrigðisstarfsfólks. – að halda áfram að efla rannsóknir á næringu og alnæmi. – að styðja við þróun viðeigandi mælitækja svo hægt sé að skoða hversu vel gengur að koma næringarmeðferð inn í alnæmisáætlanir og til að mæla svo áhrif þeirra. – að tryggja samvinnu allra 	<ul style="list-style-type: none"> – að næringarmeðferð verði hluti af meðferð við alnæmi. – að efla, endurskoða eða útbúa nýjar leiðbeiningar og matstæki fyrir næringarmeðferð alnæmissjúkra á mismunandi stigum sjúkdómsins með tilliti til kyns og aldurs. – að veita stuðning og efla leiðir til að bæta næringu og koma í veg fyrir vannæringu hjá alnæmissmituðum börnum.

Nr.	Efni ályktunar	Bakgrunnsskjöl	Aðalskrifstofa WHO hvött til:	Aðildarríkin hvött til:
			hagsmunaaðila. – að stuðla að gerð leiðbeininga um fjármögnunartillögur.	
WHA59.12	Framkvæmd WHO á til-mælum alþjóðaverkefnateymisins um aukið samstarf um alnæmi milli fjölþjóðlegra stofnana og alþjóðahjálparstofnana	WHA59/8	– að fara eftir tilmælum alþjóðaverkefnateymisins um aukið samstarf um alnæmi milli fjölþjóðlegra stofnana og alþjóðahjálparstofnana til að undirbúa viðeigandi áætlanir, í samstarfi við UNAIDS og aðra stuðningsaðila, innan þess frests sem settur hefur verið. – að greina frá gangi mála á alþjóðaheilbrigðisþinginu árið 2007 og á tveggja ára fresti þar á eftir. – að veita aðildarríkjum tækniástoð.	– að flýta fyrir innleiðingu á reglum um skipulagningu innan lands á viðbrögðum við alnæmi, í samræmi við stöðu mála í hverju aðildarríki fyrir sig.
WHA59.17	Niðurstaða fyrsta fundar aðildarríkja tóbaksvarnasamnings WHO	WHA59/40, WHA49.17, WHA52.18, WHA56.1, FCTC/COP1(10)	– að opna skrifstofu samningsins í Genf. – að halda áfram að styðja við, og þar sem það á við að styrkja tóbaksvarnaátakið á tímabilinu 2008–2009 til að aðstoða skrifstofu samningsins við innleiðingu samningsins.	– að samþykkja og fullgilda tóbaksvarnasamninginn, ef það hefur ekki verið gert nú þegar.
WHA59.19	Forvarnir kynsjúkdóma: alþjóða-áætlun	WHA46.37, WHA53.14, WHA56.30, WHA57.12, UNGA60/1	– að útbúa verkefnaáætlun. – að auka vitund meðal aðildarríkja um beiðnina um að innleiða og aðlaga áætlunina sínum aðstæðum. – að greina frá innleiðingu ályktunarinnar á alþjóðaheilbrigðisþinginu árið 2009, 2012 og 2015.	– að samþykkja áætlunina. – að forvarnir og meðferð við kynsjúkdómum sé hluti af forvörnum gegn alnæmi og hluti af kynheilbrigðisáætlunum aðildarríkja. – að fylgjast með innleiðingu áætlana innan lands.
WHA59.20	Sigðkornablóðleysi	WHA59/9, WHA57.13, Assembly/AU/Dec.81(V)	– að auka vitund alþjóðasamfélagsins á byrði sjúkdómsins og stuðla að jafnræði í aðgengi að heilbrigðiskerfinu. – að veita aðildarríkjum tækniástoð, stuðning og ráðgjöf. – að hvetja og styðja við samstarf innan aðildarríkja til að auka hjálfun og þekkingu starfsfólks og að styðja við aukinn flutning á hátækni og sérþekkingu til þróunarlandanna. – að halda áfram venjubundnu starfi WHO við að útbúa áætlun fyrir forvarnir og meðferð sjúkdómsins. – að efla, styðja og skipuleggja rannsóknir til að auka lengd og gæði lífs þeirra sem lifa við sjúkdóminn.	– að þróa, innleiða og styrkja á kerfisbundinn, sanngjarn og haldgóðan hátt, heildstæða og samþætta áætlun fyrir forvarnir og meðferð við sjúkdómnum, þar á meðal eftirlit, skimun, miðlun upplýsinga og vitundarvakningu. – að byggja upp getu til að meta útbreiðslu sjúkdómsins og áhrif aðgerða innan lands. – að efla hjálfun heilbrigðisstarfsfólks á svæðum þar sem sjúkdómstíðni er há. – að þróa og styrkja erfðafræðilega lækniþjónustu innan heilsugæslunnar. – að styrkja fræðslu fyrir almenn-ing um sjúkdóminn. – að styrkja alþjóðasamvinnu í baráttunni gegn sjúkdómnum.
WHA59.21	Næring barna og kornabarna 2006	WHA59/13, WHA34.22, WHA35.26, WHA37.30, WHA39.28, WHA41.11, WHA43.3, WHA49.15,	– að veita aðildarríkjum tækniástoð og framfylgja stöðlum um markaðssetningu á þurrmjólk og viðeigandi ályktunum alþjóðaheilbrigðisþingsins.	– að styðja við þetta framtak og framfylgja stöðlum um markaðssetningu á þurrmjólk og skyldum ályktunum heilbrigðisþingsins og að endurvekja átakið um barnvæn sjúkrahús til að vernda, hvetja til og styðja við brjóstagiöf.

Nr.	Efni ályktunar	Bakgrunnsskjöl	Aðalskrifstofa WHO hvött til:	Aðildarríkin hvött til:
WHA59.22	Viðbúnaður og viðbrögð við neyðarástandi	WHA54.2, WHA58.32, WHA44.33, WHA55.25 WHA59/20, WHA58.1, UNGA60/124	<ul style="list-style-type: none"> – að veita aðildarríkjum nauðsynlega tækniástoð og stuðning til að byggja upp viðbúnað og viðbrögð heilbrigðiskerfisins við neyðarástandi, þar á meðal að styrkja viðbúnað og viðbrögð samfélagsins. – að byggja á Hyogo-áætluninni fyrir tímabilið 2005–2015, sem gerð var á ráðstefnu um hvernig draga mætti r hamförum, sem haldin var í Hyogo í Japan árið 2005. – að tryggja að WHO, samkvæmt umboði sínu, geti brugðist við neyðarástandi á skilvirkan hátt og að WHO haldi áfram að vinna í samstarfi við aðrar stofnanir SP. – að kanna leiðir til að auka þátttöku WHO í mannúðarstarfi. – að útbúa gagnabanka yfir bær yfirvöld til að auðvelda viðbrögð heilbrigðisgeirans við neyðarástandi. – að útbúa og viðhalda í samstarfi við viðkomandi stofnanir SP og aðra samstarfsaðila, eftirlitskerfi sem mun fylgjast með og meta dánartíðni. – að taka þátt í kerfi SP fyrir stjórnun á flutningi og birgðum sem tryggja mun lífsnauðsynlegan búnað ef neyðarástand skapast. – að greina frá stöðu mála á alþjóðaheilbrigðisþinginu árið 2007 (WHA60). 	<ul style="list-style-type: none"> – að veita WHO og löndum þar sem neyðarástand ríkir stuðning svo hægt sé að bregðast strax við ástandinu.
WHA59.23	Fjölgun heilbrigðisstarfsfólks	WHA57.19	<ul style="list-style-type: none"> – að veita aðildarríkjum tækniástoð. – að hvetja alþjóðlega samstarfsaðila á heilbrigðisviði til að styðja við menntastofnanir fyrir heilbrigðisstarfsfólk. – að hvetja til samstarfs aðildarríkja um þjálfun heilbrigðisstarfsfólks. – að aðstoða aðildarríki við að skapa áætlanateymi um málefni heilbrigðisstarfsfólks. – að greina frá stöðu mála á WHA63. 	<ul style="list-style-type: none"> – að íhuga að setja upp kerfi til að draga úr neikvæðum áhrifum á þróunarríkin við það að missa heilbrigðisstarfsfólk. – að hvetja til þjálfunar heilbrigðisstarfsfólks. – að hvetja alþjóðlega samstarfsaðila til að styrkja menntastofnanir fyrir heilbrigðisstarfsfólk í þróunarlöndunum. – að hvetja til samvinnu iðnríkja og þróunarríkja við þjálfun heilbrigðisstarfsfólks, þar með talin skipti á kennurum og nemendum. – að hvetja til þess að sett verði áætlanateymi í hverju landi sem stendur frammi fyrir skorti á heilbrigðisstarfsfólki. – að nota nýjar aðferðir við kennslu.

Nr.	Efni ályktunar	Bakgrunnsskjöl	Aðalskrifstofa WHO hvött til:	Aðildarríkin hvött til:
WHA59.24	Lýðheilsa, nýsköpun, grunnheilbrigðisrannsóknir og hugverkaréttindi: alþjóða-áætlun og verkefna-áætlun.	WHA56.27, WHA52.19, WHA54.10, WHA57.14,	<ul style="list-style-type: none"> – að kalla án tafar saman milliríkjavinnuhópinn. – að bjóða áheyrnaraðilum á fund milliríkjahópsins. – að bjóða einnig sérfræðingum og viðkomandi aðilum úr einkageiranum og frá hinu opinbera á fund milliríkjahópsins. – að halda áfram lýðheilsutengdum rannsóknum og útbúa framvindu-skýrslur. – að halda áfram að fylgjast með áhrifum hugverkaréttinda og annarra þátta sem minnst er á í skýrslu nefndar um hugverkarétt og greina alþjóðaheilbrigðisþinginu frá gangi mála. 	<ul style="list-style-type: none"> – að leggja áherslu á lyf og alþjóðaheilbrigði. – að taka tillit til niðurstaðna skýrslunnar. – að tryggja að framfarir í vísindum og líflækningum séu notaðar til að útbúa bættari, öruggari og ódýrari heilbrigðisvörur, svo sem lyf, bóluefni og greiningartæki. – að hvetja til þess að viðskiptasamningar taki tillit til sveigjanleika TRIPS-samnings Alþjóða- viðskiptastofnunarinnar. – að tryggja að skýrsla nefndar um hugverkarétt sé tekin fyrir á fundum svæðisnefnda WHO árið 2006.
WHA59.25	Forvarnir gegn blindu og sjónskerðingu	WHA59/12, WHA56.25	<ul style="list-style-type: none"> – að veita forgang forvörnum gegn blindu og sjónskerðingu. – að veita aðildarríkjum tækniástoð og styðja samvinnu landa við forvarnir. – að fylgjast með framgangi alþjóðaátaks um fyrirbyggingu blindu í samvinnu við alþjóðahagsmunaaðila og leggja fram skýrslu um gang mála á þriggja ára fresti. 	<ul style="list-style-type: none"> – að leggja enn meiri áherslu á að fylgja áætluninni „Sýn 2020“ eins og kveðið er á um í ályktun þingsins, WHA56.26. – að styðja við áætlunina „Sýn 2020“ með því að tryggja nægjanlegt fjármagn innan lands til verkefnisins. – að taka tillit til forvarna gegn blindu og sjónskerðingu við gerð heilbrigðisáætlana og setningu markmiða. – að flýta fyrir að tekið sé tillit til forvarna gegn blindu og sjónskerðingu í áætlunum sem þegar eru til staðar. – að hvetja til samstarfs milli hins opinbera, frjálsra félagsamtaka og einkageirans í áætlunum og framkvæmdum um forvarnir gegn blindu og sjónskerðingu.
WHA59.26	Alþjóða- viðskipti og heilsa	WHA59/15, WHA52.19, WHA53.14, WHA56.23, WHA56.27, WHA57.14, og WHA57.19	<ul style="list-style-type: none"> – að veita aðildarríkjum, sem þess óska og í samvinnu við viðkomandi alþjóðastofnanir, stuðning við stefnumótun á sviði viðskipta og heilsu. – að bregðast við beiðni aðildarríkja um aðstoð við að byggja upp getu til að skilja áhrif alþjóðaviðskipta og viðskiptasamninga á heilsu. – að halda áfram samvinnu við viðkomandi alþjóðastofnanir til að styðja við samfellu í stefnum milli viðskipta- og heilsugeirans, bæði svæðisbundnum og alþjóðlegum, þar á meðal að útbúa og dreifa gögnum um tengsl viðskipta og heilsu. – að leggja fram skýrslu um gang mála á 61. alþjóðaheilbrigðisþinginu árið 2008. 	<ul style="list-style-type: none"> – að hvetja til umræðu innan lands um samband alþjóðaviðskipta og heilsu. – að setja sér, þar sem við á, stefnu, lög eða reglur til að takast á við málefni undir þessum málaflokki. – að nýta eða stofna til, þar sem við á, samvinnu fjármála-, heilbrigðis- og viðskiptaráðuneyta svo og viðkomandi stofnana til að takast á við heilsutengda þætti alþjóðaviðskipta. – að mynda sambönd milli hins opinbera og einkageirans með það að leiðarljósi að mynda samfellu milli viðskipta- og heilbrigðis- stefna. – að halda áfram að byggja upp getu til að greina hugsanleg tækifæri eða erfið viðfangsefni viðskipta og viðskiptasamninga fyrir

Nr.	Efni ályktunar	Bakgrunnsskjöl	Aðalskrifstofa WHO hvött til:	Aðildarríkin hvött til:
WHA59.2.7	Stuðningur við hjúkrunarfræðinga og ljósmæður	WHA57.19, WHA42.27, WHA45.5, WHA49.1, WHA54.12, WHA59/23	<ul style="list-style-type: none"> – að tryggja að þessar starfsstéttir séu hafðar með í ráðum þegar gerðar eru áætlanir fyrir/um heilbrigðisstarfsfólk. – að veita áframhaldandi stuðning við alþjóðlegan ráðgjafarhóp um þessar stéttir og að tryggja að þessar stéttir séu ráðnar í öll viðkomandi WHO-verkefni. – að veita aðildarríkjum stuðning í samstarfi við svæðisbundna og alþjóðlega samstarfsaðila til að styrkja notkun siðferðilegra leiðbeininga við ráðningu. – að styðja aðildarríkin við að nýta framlag þessara starfsstétta að fullnustu. – að hvetja og styðja aðildarríki við að gera vinnuumhverfið öruggt og að það styðji við að halda þessum starfsstéttum í starfi. – að greina frá stöðu mála á alþjóðaheilbrigðisþinginu árið 2008 og árið 2010. 	<ul style="list-style-type: none"> – heilbrigðisgeirann og áhrif á heilbrigðisútkomu. – að útbúa áætlanir fyrir mannaússtjórnun. – að gera þessar starfsstéttir að þátttakendum í þróun heilbrigðiskerfa. – að tryggja að haldið sé áfram að innleiða stefnumótun fyrir þessar starfsstéttir. – að endurskoða reglulega lög og reglur sem koma þessum stéttum við. – að veita söfnun upplýsinga tengdum þessum starfsstéttum stuðning. – að styðja við þróun og innleiðingu siðferðilegrar ráðningar þessara starfsstétta bæði innan lands og á alþjóðavettvangi.

2. Fjármál.

Nr.	Efni ályktunar	Bakgrunnsskjöl	Niðurstaða
WHA59.4	Framkvæmdáætlun fyrir tímabilið 2006–2015	WHA59/25	Framkvæmdáætlunin samþykkt. Framkvæmdastjóri beðinn um að uppfæra áætlunina eftir þörfum og greina frá gangi mála á WHA63 og WHA67.
WHA59.5	Aðildarríki sem ekki hafa greitt nægan hluta framlaga sinna og missa þar með kosningarétt sinn á alþjóðaheilbrigðisþinginu eins og kveður á um í grein 7 í stjórnarskrá WHO	WHA59/26	Þau lönd sem höfðu ekki kosningarétt á WHA59 vegna vanskila framlaga voru: Argentína, Antígva og Barbúda, Kómoreyjar, Gínea-Bissá, Kirgisistan, Líbería, Nárú, Níger og Sómalía.
WHA59.6	Vanskil á framlögum: Afganistan	WHA59/26	Afganistan fékk aftur kosningarétt þar sem samkomulag náðist um greiðslu á skuld þess sem nemur 232.500 bandaríkjadöllum á næstu 14 árum. Aðalframkvæmdastjóri beðinn um að greina frá stöðu mála á WHA60.
WHA59.7	Vanskil á framlögum: Armenía	WHA59/26	Armenía fékk aftur kosningarétt þar sem samkomulag náðist um greiðslu á skuld þess sem nemur 2.446.150 bandaríkjadöllum á næstu 18 árum. Aðalframkvæmdastjóri beðinn um að greina frá stöðu mála á WHA60.
WHA59.8	Vanskil á framlögum: Mið-Afríkúlýðveldið	WHA59/26	Mið-Afríkúlýðveldið fékk aftur kosningarétt þar sem samkomulag náðist um greiðslu á skuld þess sem nemur 164.841 bandaríkjadöllum á næstu 5 árum. Aðalframkvæmdastjóri beðinn um að greina frá stöðu mála á WHA60.
WHA59.9	Vanskil á framlögum: Dóminíska lýðveldið	WHA59/26	Dóminíska lýðveldið fékk aftur kosningarétt þar sem samkomulag náðist um greiðslu á skuld þess sem nemur 1.019.572 bandaríkjadöllum á næstu 15 árum. Aðalframkvæmdastjóri beðinn um að greina frá stöðu mála á WHA60.
WHA59.10	Vanskil á framlögum:	WHA59/26	Türkmenistan fékk aftur kosningarétt þar sem

Nr.	Efni ályktunar	Bakgrunnsskjöl	Niðurstaða
	Türkmenistan		samkomulag náðist um greiðslu á skuld þess sem nemur 1.259.014 bandaríkjadöllum á næstu 10 árum. Aðalfrankvæmdastjóri beðinn um að greina frá stöðu mála á WHA60.
WHA59.13	Reikningsskil fyrir tímabilið 2004–2005	WHA59/28 og viðhengi 1, WHA59/29, WHA59/31	Þingið samþykkti reikningsskil stofnunarinnar fyrir tímabilið 2004–2005.
WHA59.14	Laun starfsmanna í óflokkuðum störfum og laun aðalfrankvæmdastjóra		<i>Alþjóðaheilbrigðisþingið beðið um:</i> <ul style="list-style-type: none"> – að staðfesta laun aðstoðarfrankvæmdastjóra og svæðastjóra sem 160.574 bandaríkjadali á ári fyrir starfsmannamat frá og með 1. janúar 2006. – að staðfesta laun aðalfrankvæmdastjóra sem 217.945 bandaríkjadali á ári fyrir starfsmannamat, frá og með 1. janúar 2006.

3. Önnur mál.

Nr.	Efni ályktunar	Bakgrunnsskjöl	Aðalskrifstofa WHO hvött til:
WHA59.3	Heilsuástand á hernumdum svæðum Palestínu, svo og í Austur-Jerúsalem og á Gólanhæðum	WHA59/24, fyrri ályktanir um heilsuástand á hernumdum svæðum í Miðausturlöndum	<ul style="list-style-type: none"> – að skipuleggja eins dags fund til að fjalla um málefnið. – að veita heilbrigðis- og dýraheilbrigðisþjónustu í Palestínu stuðning. – að útbúa skýrslu um heilbrigðis- og efnahagsástand á svæðinu. – að veita nauðsynlega tækniástoð til að mæta þörfum Palestínumanna, þar með töldum þörfum fatlaðra og slasaðra. – að stuðla að þróun heilbrigðiskerfisins í Palestínu. – að leggja fram skýrslu um gang mála á WHA60.
WHA59.15	Samstarf innan Sameinuðu þjóðanna og við aðrar milliríkjastofnanir, þar með talin þátttaka í endurbótum SP	WHA58/40, UNGA59/250, WHA57.14	<ul style="list-style-type: none"> – að tryggja að starfsemi skrifstofa stofnunarinnar í aðildarríkjum sé í takt við forgangsróðun verkefna stofnunarinnar. – að tryggja að starfsfólk stofnunarinnar vinni að forgangsverkefnum stofnunarinnar. – að leggja fram skýrslu um gang mála á alþjóðaheilbrigðisþinginu 2006.
WHA59.16	Fæðustaðlanefndin: breytingar á samþykktum	WHA59/38	Samþykktar voru breytingar á 1. gr. samþykktar fæðustaðlanefndarinnar.
WHA59.18	Reglur alþjóðaheilbrigðisþingsins: Regla 14. um afgreiðslu skjala	WHA51.30	– að tryggja að aðildarríki fái öll skjöl þingsins í hendurnar a.m.k. sex vikum fyrir þingið.

Fylgiskjal III.

Ályktanir 118. framkvæmdastjórnarfundarins.

Nr.	Efni ályktunar	Bakgrunnsskjöl	Niðurstaða
EB118.R1	Miðjarðarhafsbloðleysi og aðrir blóðrauðakvillar	EB118/5, WHA57.13, EB117.R3	<p><i>WHO hvött til:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – að auka vitund alþjóðasamfélagsins um sjúkdómanna. – að veita aðildarríkjum tækniaðstoð og leiðbeiningar við gerð áætlana um forvarnir og meðhöndlun sjúkdómanna. – að hvetja til samstarfs innan aðildarríkja. – að halda áfram að vinna að því útbúa leiðbeiningar um forvarnir og meðferð sjúkdómanna. – að hvetja til rannsókna á sjúkdómunum. – að íhuga að tileinka bráðlega alþjóðaheilbrigðisdaginn þessum sjúkdómum. <p><i>Aðildarríki hvött til:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – að útbúa og innleiða áætlanir um forvarnir og meðferð sjúkdómanna. – að auka getu sína til að fylgjast með sjúkdómunum og meta hvaða áhrif áætlanir aðildarríkja hafa á þá. – að auka menntun heilbrigðisstarfsfólks um sjúkdómanna, sérstaklega þar sem gættir hárrar tíðni þeirra. – að þróa og styrkja heilbrigðisþjónustu sína. – að stuðla að fræðslu um sjúkdómanna. – að hvetja til alþjóðasamstarfs í baráttunni við þessa sjúkdóma. – að styðja við rannsóknir á sjúkdómunum.
EB118.R2	Flýtt fyrir kosningaferli næsta framkvæmdastjóra stofnunarinnar	EB118/20 og viðauki 1, EBSS(2)	<p>Ákveðið var að frambjóðendur skyldu skila inn umsóknnum frá 1. júní til 5. september 2006. Aðildarríki myndu svo fá allar upplýsingar um frambjóðendur 5. október 2006. Haldinn yrði 119. fundur framkvæmdastjórnarinnar dagana 6.–8. nóvember 2006 þar sem kosið yrði milli frambjóðenda. Kallað yrði til sérstaks fundar alþjóðaheilbrigðisþingsins 9. nóvember 2006 þar sem nýr framkvæmdastjóri stofnunarinnar yrði skipaður og samningur hans samþykktur.</p>
EB118.R3	Meðhöndlun Leishmanssýki	EB118/4	<p><i>WHO hvött til:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – að auka vitund um sjúkdómsbyrði Leishmanssýki. – að útbúa leiðbeiningar um forvarnir og meðferð sjúkdómsins. – að styrkja samstarf hinna ýmsu hagsmunaaðila. – að útbúa áætlun fyrir meðferð sjúkdómsins. – að hvetja til rannsókna á sjúkdómnum. – að fylgjast með framförum í meðferð sjúkdómsins. – að greina frá stöðu mála á WHA63. <p><i>Aðildarríki þar sem sjúkdómurinn er mikið heilbrigðisvandamál hvött til:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – að setja upp varnaráætlanir. – að efla forvarnir, greiningu og meðferð til að minnka sjúkdómsbyrði. – að styrkja afskekktar heilbrigðisstofnanir. – að framkvæma faraldsfræðilegt mat. – að auka samstarf við önnur lönd þar sem sjúkdómurinn er einnig mikið heilbrigðisvandamál. <p><i>Öll aðildarríki hvött til:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – að tala fyrir gæðum lyfja og viðráðanlegu verði. – að hvetja til rannsókna á sjúkdómnum.
EB118.R4	Styrking heilbrigðisupplýsingakerfa	EB118/16, WHA58.30,	<p><i>WHO hvött til:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – að styrkja upplýsinga- og þekkingarsamfélag

		WHA58.28, WHA58.34	<p>stofnunarinnar.</p> <ul style="list-style-type: none"> – að auka starfsemi WHO varðandi heilbrigðistölfraði á öllum sviðum. – að efla aðgengi að heilbrigðistölfraði – að efla samhæfingu og skipulagningu aðgerða á sviði heilbrigðisupplýsinga – að gera reglulegt yfirlit yfir reynslu aðildarríkja. – að styðja við endurskoðun á Heilbrigðismælinetinu og að greina frá gangi mála á WHA62. <p><i>Aðildarríki hvött til:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – að styrkja heilbrigðisupplýsingakerfi sín. – að koma saman aðilum úr tækni og þróunargeiranum við gerð áætlana um styrkingu heilbrigðisupplýsingakerfa. – að auka getu skipuleggjenda og stjórnenda til að nota heilbrigðisupplýsingar fyrir gagnreynda ákvarðanatöku. – að styrkja getu heilbrigðisstarfsfólks til að safna nákvæmum og viðkomandi heilbrigðisupplýsingum. – að tengja styrkingu heilbrigðisupplýsingakerfa við stefnur og áætlanir sem byggja eiga upp tölfræðilega afkastagetu.
EB118.R5	Staðfesting á breytingum á starfsmannareglum stofnunarinnar	EB118/11	Ákveðið var að breytingarnar tækju gildi frá og með 1. janúar 2007.

Fylgiskjal IV.

Ályktanir 56. fundar svæðisnefndar WHO í Evrópu.

Nr.	Efni ályktunar	Bakgrunnsskjöl	Niðurstaða
EUR/RC56/R1	Skýrsla svæðisstjóra um vinnu WHO í Evrópu á tímabilinu 2004–2005	EUR/RC56/4, EUR/RC56/INF. Doc./1	Svæðisstjóri beðinn um að taka mið af umræðum á fundinum við ákvarðanir um verkefni skrifstofunnar.
EUR/RC56/R2	Forvarnir og meðferð langvinnra sjúkdóma í Evrópu	EUR/RC56/8, WHA53.17, WHA55.25, WHA57.17, WHA58.26, WHA58.22, WHA58.23, EB117.R9, EUR/RC52/R12, EUR/RC55/R1, EUR/RC50/R8, EUR/RC54/R3, EUR/RC55/R2, EUR/RC55/R6	<p><i>Svæðisstjóri hvattur til:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – að styðja við innleiðingu áætlunarinnar. – að aðstoða aðildarríki við að innleiða áætlunina. – að greina frá stöðu mála á 58. fundi svæðisnefndarinnar árið 2008. <p><i>Aðildarríki hvött til þess:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – að útbúa/styrkja lýðheilsuáætlanir sínar. – að efla heilbrigðiskerfi sín til að geta betur sinnt forvörnum og meðferð langvinnra sjúkdóma. – að sjá forvarnir sem skilvirka fjárfestingu. – að tryggja að allir þegnar hafi aðgang að heilsuefningu, forvörnum og heilbrigðisþjónustu. – að setja upp eftirlit með lýðheilsuáætlunum sínum.
EUR/RC56/R3	Framtíð Evrópuskrifstofunnar	EUR/RC55/R5, EUR/RC55/4 og viðauki 1, EUR/RC56/11	Svæðisstjóri beðinn um að greina frá stöðu mála á 59. fundi svæðisnefndarinnar árið 2009.
EUR/RC56/R4	Drög að fjárhagsáætlun fyrir tímabilið 2008–2009 og miðannar verkefnaáætlun fyrir tímabilið 2008–2013	EUR/RC65/10 og viðauki 1	Svæðisstjóri beðinn um að koma á framfæri við framkvæmdastjóra WHO viðhorfum, athugasemdum og tillögum svæðisnefndarinnar.
EUR/RC56/R5	Dagsetningar og staðsetningar næstu funda Evrópusvæðisnefndar WHO	–	Að 57. fundur svæðisnefndarinnar verði haldinn dagana 17.–20. september 2007 í Belgrad, Serbíu og að 58. fundur svæðisnefndar Evrópu verði haldinn dagana 15.–18. september 2008 í svæðisskrifstofunni í Kaupmannahöfn.
EUR/RC56/R6	Skýrsla fastanefndar svæðisnefndarinnar	EUR/RC56/6 og viðauki 1	Skýrsla nefndarinnar samþykkt. Evrópuskrifstofan beðin um að taka mið af niðurstöðum og tillögum skýrslunnar.

Fylgiskjal V.

Dagskrár funda.

Dagskrá EB117: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB117/B117_1R1-en.pdf

Dagskrá WHA59: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59/A59_1Rev1-en.pdf

Dagskrá EB118: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB118/B118_1Rev1-en.pdf

Dagskrá EURO56: <http://www.euro.who.int/Document/RC56/edoc02rev1.pdf>

Dagskrá EB119: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB119/b119_1rev1-en.pdf

Dagskrá WHASSA1: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHASSA1/SSA1_1-en.pdf