

# Skýrsla

**heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra um fund framkvæmdastjórnar WHO í Genf 19.–24. janúar 2004, alþjóðaheilbrigðisdaginn 7. apríl 2004, 57. alþjóðaheilbrigðisþingið í Genf 17.–22. maí 2004, fund framkvæmdastjórnar WHO í Genf 24.–27. maí 2004, fund svæðisnefndar WHO í Evrópu í Danmörku 6.–9. september 2004 og fund framkvæmdastjórnar WHO í Reykjavík 9.–10. desember 2004.**

(Lögð fyrir Alþingi á 131. löggjafarþingi 2004–2005.)

---

## FUNDUR FRAMKVÆMDASTJÓRNAR WHO Í GENF 19.–24. JANÚAR 2004

### 1. Inngangur.

Stofnskrá Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (WHO) var samþykkt 22. júlí 1946 á sérstöku alþjóðlegu heilbrigðismálaþingi. Stofnunin sjálf tók ekki til starfa fyrir en 7. apríl 1948 þegar 26 af 61 aðildarríki Sameinuðu þjóðanna höfðu staðfest stofnskrána. Aðildarríki WHO eru nú 192.

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 1–2 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 velferli, ekki einungis fríð 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 félagsamtök og sérhæfðar miðstöðvar á ýmsum sviðum heilbrigðismála. Jafnframt tengist starfsemi WHO viðfangsefnum margra annarra stofnana Sameinuðu þjóðanna.

WHO hefur einkum náð árangri á sviði 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) og svæðisbundnir fjárfestingarbankar orðið æ meira áberandi á heilbrigðissviðinu. Hefur það aðallega komið til af því að fjárhagslegur stuðningur og lánaþyrirgreiðsla við einstök lönd hefur í vaxandi mæli tengst ákveðnum aðgerðum í heilbrigðismálum.

Starfsemi stofnunarinnar hafa verið sett skýr markmið og eru þau:

- Að draga úr dánartíðni, sýkingum og fötlunum, þá sérstaklega í þróunarríkjunum.
- Að stuðla að heilbrigðum lífsstíl og draga úr umhverfis-, efnahags- og félagslegum áhættuþáttum.
- Að þróa heilbrigðisþjónustu sem er skilvirk, bregst við eftirspurn neytenda og er fjárhagslega sanngjörn/réttlát.
- Að styðja við uppbyggingu heilbrigðisstofnana, að mynda stuðningsramma fyrir heilbrigðisstefnu og að hvetja til þess að tekið sé tillit til heilbrigðismála við stefnumótun í félags-, efnahags-, umhverfis- og þróunarmálum.

## 2. Fundur framkvæmdastjórnar WHO í Genf 19.–24. janúar 2004.

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 32 aðildarríki hverju sinni. Ísland var formlega kosið í framkvæmdastjórn á alþjóðaheilbrigðisþinginu 2003 en 17 ár voru þá liðin frá því að Ísland gegndi þar síðast stöðu og er fulltrúi Íslands Davíð Á. Gunnarsson, ráðuneytisstjóri heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins.

Fyrir Íslands hönd sóttu fundinn Davíð Á. Gunnarsson, ráðuneytisstjóri og fulltrúi Íslands í framkvæmdastjórn, Ingimar Einarsson skrifstofustjóri, Sveinn Magnússon skrifstofustjóri, Vilborg Ingólfssdóttir yfirhjúkrunarfræðingur landlæknisembættisins, Helgi Már Arthúrssen upplýsingafulltrúi og Ásthildur Knútsdóttir, fulltrúi heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins í Genf.

Sæti stjórnarinnar skiptast milli svæða á eftirfarandi hátt: Evrópa hefur sjö sæti, Afríka sjö sæti, Norður- og Suður-Ameríka sex sæti, Austur-Miðjarðarhaf fimm sæti, Vestur-Kyrrahaf fjögur sæti og Suðaustur-Asía þrjú sæti.

Með aðild að framkvæmdastjórninni hefur Ísland tækifæri til þess að koma að mikilvægum ákvörðunum um starfsemi og stefnu WHO. Ísland hefur í stjórnartíð sinni lagt megin-

áherslu á málefni kvenna, barna og ungmenna sem víða um heim búa við bág kjör. Enn fremur hefur Ísland lagt áherslu á eflingu heilsusamlegra lífshátta, svo sem stuðla að aukinni hreyfingu, réttu mataræði og lagt baráttunni gegn ofneyslu áfengis lið. Að endingu hefur Ísland lagt áherslu á málefni fatlaðra og hreyfihamlaðra.

### 3. Ræða framkvæmdastjóra.

Þetta var fyrsti framkvæmdastjórnarfundur sem nýr framkvæmdastjóri, dr. Lee, sat en hann tók til starfa í júlí 2003. Í ræðu sinni fór dr. Lee yfir starfsemi stofnunarinnar frá því að hann tók við starfi aðalframkvæmdastjóra. Aukin áhersla hefur verið lögð á baráttuna gegn alnæmi og hefur stofnunin lagt sérstaka áherslu á að koma lyfjum til þeirra sem hve mest þurfa á að halda. Að auki hefur áttak verið gert í bólusetningu gegn lómunarveiki sem miðaði að útrýmingu hennar fyrir lok árs 2004. En dr. Lee lagði áherslu á að á meðan unnið væri að útrýmingu sjúkdómsins væri alltaf hætt á að smit tæki sig upp í þeim löndum sem hefðu verið yfirlýst sem laus við lómunarveiki.

Dr. Lee vakti athygli á því að á árinu 2003 hefðu um tveir milljarðar manna í um 50 löndum þolað skyndilegt neyðarástand, t.d. við jarðskjálftann í Bam í Íran. Aðrir hefðu lent í stríðsátökum. Hann benti á að stofnunin brygðist einnig við neyðarástandi sem hefði haft langan aðdraganda eins og t.d. af völdum alnæmis, berkla eða malaríu. Hægt væri að koma í veg fyrir neyðarástand af þessum völdum með forvörnum og öflugum viðbragði stofnunarinnar. Þó að áherslan virtist oft vera á brýnustu þarfirnar þegar neyðarástand skapaðist legði stofnunin einnig áherslu á styrkingu og enduruppbyggingu heilbrigðiskerfis aðildarríkja.

Styrking og enduruppbygging heilbrigðiskerfa var einmitt meginþema alþjóðaheilbrigðis-skýrslunnar árið 2003 en skýrslan er gefin út á hverju ári. Að auki bar skýrslan undirtitilinn „Mótun framtíðarinnar“ og er í henni gerð grein fyrir þeim markmiðum sem WHO hefur náð er varða þúsaldarmarkmið Sameinuðu þjóðanna, meðhöndlun sjúkdóma og þann vanda sem skapast hefur vegna síaukins skorts á heilbrigðisstarfsfólki í mörgum aðildarríkjum.

Dr. Lee greindi því næst frá því að stofnunin hefði sett fram mjög viðamikla áætlun í desember 2003 sem miðaði að því að 3 milljónir manna í Afríku ættu kost á alnæmislyfjum fyrir lok árs 2005. Nú þegar hefði 31 land beðið WHO um aðstoð vegna fyrirbyggingar alnæmis og meðferðar. Sett hefði verið á laggirnar sérstök deild sem fór með meðhöndlun lyfja og greiningartækja fyrir alnæmi. Enn fremur væri verið að vinna að gerð leiðbeininga fyrir meðhöndlun sjúkdómsins og lagði hann sérstaka áherslu á að Heimssjóðurinn í baráttu gegn alnæmi, berklum og malaríu og sameiginleg áætlun Sameinuðu þjóðanna gegn alnæmi (UNAIDS) hefðu mikilvægu hlutverki þar að gegna.

Davíð Á. Gunnarsson talaði fyrir hönd Íslands og lýsti yfir stuðningi við markmið WHO sem miðar að því að koma þremur milljónum alnæmissjúkra í Afríku á alnæmislyf fyrir lok árs 2005 og lagði áherslu á að alnæmisfaraldurinn væri einn alvarlegasti faraldur okkar tíma sem ógnaði heilsu manna og að WHO þyrfti á allri sinni tæknilegu þekkingu og pólitískum styrk að halda í baráttunni gegn sjúkdómnum. Hann beindi einnig sjónum að nauðsyn þess að aukin áhersla yrði lögð á fyrirbyggingu langvinnra sjúkdóma, s.s. hjarta- og æðasjúkdóma, því það væri oft kostnaðarminna fyrir samfélag að auka áherslu á forvarnir miðað við þann kostnað sem fælist í lækningu.

#### 4. Helstu umræðuefni fundarins.

##### 4.1 Endurskoðun alþjóðaheilbrigðisreglna.

Á alþjóðaheilbrigðisþinginu árið 2003 var samþykkt ályktun sem kvað á um endurskoðun á alþjóðaheilbrigðisreglum stofnunarinnar sem miða að viðbrögðum alþjóðasamfélagsins við smitsjúkdómum, sérstaklega í ljósi þess hve smitsjúkdómar á borð við HABL (e. SARS) geta haft miklar og snöggar afleiðingar bæði á heilsu og efnahag þjóða og hversu erfitt er að einangra útbreiðslu þeirra vegna aukinna samgangna ríkja á milli. Í ályktuninni var lögð áhersla á að endurskoðuninni yrði lokið fyrir alþjóðaheilbrigðisþingið í maí 2005 þar sem áætlað væri að aðildarríki samþykktu endurskoðunina.

Ísland studdi endurskoðunina og lagði áherslu á að tryggja yrði sem allra mest öryggi gegn smitsjúkdómum, auk þess sem leitast þyrfti við að hafa sem minnst áhrif á viðskipti og ferðapjónustu. HABL-faraldurinn hafði gert mönnum það ljóst að reglurnar þörfuðust endurskoðunar svo að stofnunin og aðildarríki gætu betur brugðist við nýjum áskorunum og mikilvægt væri að ljúka þessari vinnu sem fyrst.

##### 4.2 HIV og alnæmi.

Á hverju ári deyja um þrjár milljónir manna af völdum HIV og alnæmis og ár hvert sjúkast um fimm milljónir manna. Vakín var athygli á því að alþjóðasamfélagið hefði ekki náð þeim markmiðum sem birt voru í yfirlýsingu um baráttu þjóða gegn HIV og alnæmi á aukaallsherjarþingi Sameinuðu þjóðanna um alnæmisvandann sem haldið var í júní 2001. WHO, UNAIDS og Heimssjúðurinn gegn alnæmi, berklum og malaríu kynntu því áætlun haustið 2003 sem miðar að því að minnsta kosti þrjár milljónir manna í Afríku ættu kost á alnæmislyfjameðferð fyrir lok árs 2005. Gert var ráð fyrir einfaldri staðlaðri meðferðaráætlun fyrir sýkta sem gagnaðist þar sem aðstæður væru bágar. Einnig var ætlunin að sjá fátækum þjóðum fyrir greiningartækjum og aðstöðu til að fylgjast með lyfjaónæmi alnæmisveirunnar og lögð yrði áhersla á að þjálfa fólk á staðnum til verksins. Ætlunin var að nýta sér reynslu sem fengist hefur af skammtíma meðferð berkla og viðbrögðum við HABL-faraldrinum.

Ísland lagði áherslu á að óhjákvæmilegt væri að herða mjög sóknina gegn HIV og alnæmi bæði með forvörnum og meðferð. Verkefnið væri þó afar flókið og erfitt í framkvæmd og gera yrði ráð fyrir því að þar sem aðstæður væru bágar mundi reynast afar erfitt að fylgja meðferð eftir og mikil hætta væri á að lyfjaónæmið yrði illviðráðanlegt vandamál innan fárra ára. Engin ályktun var lögð fram undir þessum lið.

##### 4.3 Meðhöndlun og eftirlit með Buruli-sárum.

Lögð var fram ályktun um hvernig bregðast ætti við Buruli-sárum en sjúkdómurinn er algengur í Mið-Afríku og hefði hingað til verið vanræktur. Hvatt var til þess að reynt yrði að meta útbreiðslu sýkinga af völdum sáranna með bættri skráningu. Jafnframt yrði með öllum tiltækum ráðum reynt að hefta útbreiðslu sjúkdómsins sem fram til þessa hefur verið lítið sinnt. Ekki er vitað með vissu hvernig menn sjúkast eða hvort sjúkdómurinn sé að breiðast út.

##### 4.4 Heilsuefning og heilbrigðir lífshættir.

Ísland fór fram á að þessi dagskrárliður yrði tekinn fyrir og lagði fram ályktun sem fór fram á að WHO setti heilbrigða lífshætti sem efst á forgangslista sinn. Ályktuninni hvatti stofnunina til að beina sjónum sínum í auknum mæli að áfengisneyslu og áhættunni sem henni er samfara, ekki síst þar sem í hlut eiga börn, ungmenni og vanfærar konur. Sama gildi

um áfengi og akstur og áfengisneyslu á vinnustöðum. Ályktunin fékk í upphafi stuðning framkvæmdastjórnarmanna frá Kanada, Kína Tékklandi, Kasakstan, Maldívejum, Suður-Kóreu og Rússlandi en var að lokum samþykkt einróma af framkvæmdastjórninni.

#### 4.5 Alþjóðaáætlun um mataræði, hreyfingu og heilsu.

Í alþjóðaheilbrigðisskýrslunni frá árinu 2002 kemur fram að langvinnir sjúkdómar, s.s. hjarta og æðasjúkdómar, lungnasjúkdómar, sykursýki og krabbamein, valda um 60% dauðsfalla og stuðla að 47% sjúkdómsbyrði í heiminum en 79% þessara dauðsfalla verða í þróuðum löndum heims. Til að sporna við þessu lagði WHO á fundinum fram drög að áætlun um mataræði, hreyfingu og heilbrigða lífshætti þar sem aðildarríki voru hvött til þess að nota ýmsar aðferðir til þess að reyna að hvetja fólk til neyslu á heilsusamlegum matvælum. Í skýrslunni eru nefndar nokkrar leiðir sem stjórnvöld geta beitt, t.d. að hugsanlegt sé að skattleggja ýmis hættuleg efni í matvælum. Skýrslan fékk mikla gagnrýni frá sykuriðnaðinum í Bandaríkjunum og náðist ekki samstaða um hana á fundinum. Því var ákveðið að aðildarríki fengju frest til að senda inn ábendingar sem teknar yrðu inn í skýrsluna fyrir alþjóðaheilbrigðisþingið í maí sama ár þar sem hugsanlega væri hægt að samþykkja skýrsluna.

#### 4.6 Umferðaröryggi og heilsa.

Talið er að 1,2 milljónir manna í heiminum láti lífið á ári hverju af völdum umferðarslysa. Á framkvæmdastjórnarfundinum var lögð fram ályktun um umferðaröryggi en þetta var einnig þema alþjóðaheilbrigðisdagsins 2004. Átak WHO gegn umferðarslysum nær aftur til ársins 2001 en þá gaf WHO út fimm ára áætlun um fyrirbyggingu umferðarslysa sem stofnunin hefur farið eftir.

Ísland benti á að heilbrigðisráðuneyti gætu ein ekki komið í veg fyrir umferðarslys og þörf væri á víðtækara samstarfi við forvarnavinnu.

#### 4.7 Heilbrigði fjölskyldunnar í ljósi þess að 10 ár eru liðin frá því að haldið var upp á alþjóðlegt ár fjölskyldunnar.

Tíu ár voru liðin frá því að Sameinuðu þjóðirnar héldu upp á alþjóðlegt ár fjölskyldunnar og var ákveðið að nota þetta tækifæri til að endurvefja áhersluna á málefni fjölskyldunnar. Bandaríkin lögðu fram ályktun um þetta efni sem fékk stuðning framkvæmdastjórnarinnar en í henni var kveðið á um að aðildarríki sæju til þess að stefnur stjórnvalda aðstoðuðu við að veita fjölskyldum stuðningsríkt umhverfi. Ályktunin kvað einnig á um að tryggja að hver og einn fjölskyldumeðlimur nyti heilbrigðisþjónustu og að fjölskyldumeðlimum væri ekki mismunað vegna t.d. kyns eða aldurs. Að lokum var farið fram á það við WHO að stofnunin skilaði skýrslu um gang mála til alþjóðaheilbrigðisþingsins árið 2006.

Ísland sagði það nauðsynlegt fyrir WHO að halda málefnum fjölskyldunnar á lofti en mikilvægt væri að hafa skilgreininguna á fjölskyldu víðtækari og var ályktuninni breytt með það í huga að hún fengi að lokum samþykki allra eins og reyndar varð raunin.

#### 4.8 Kynheilbrigði.

Bretar og Svíar hafa verið baráttumenn þess að halda þessari umræðu á lofti innan stofnunarinnar en hafa fengið mótbyr frá aðildarríkjum sem ekki leyfa fóstureyðingar eða banna notkun getnaðarvarna. Að frumkvæði aðalframkvæmdastjóra WHO var lögð fram á fundinum tillaga að ályktun og drög að áætlun um hvernig hægt væri að herða átakið í að ná alþjóðaþróunarmarkmiðum sem snúa að kynheilbrigði. Þrjú af átta þúsaldarmarkmiðum

Sameinuðu þjóðanna eru tengd kynheilbrigði en þau snúa að lækkun mæðradauða og barnadauða undir fimm ára aldri og að draga úr útbreiðslu HIV og alnæmis. Þess má geta að Ísland lýsti á fundinum yfir stuðningi við ályktunina og drögin að áætluninni sem var svo samþykkt af framkvæmdastjórninni.

#### 4.9 Gæði og öruggi lyfja og blóðgjafa.

Alþjóðaheilbrigðisþing WHO hefur í gegnum árin samþykkt fjölda ályktana um gæði og öryggi lyfja, blóðgjafa, bóluafna og óhefðbundinna lyfja en þrátt fyrir það hefur um helmingur aðildarríkja ekki nægilegt eftirlit með lyfjum í heimalandi sínu og er talið að um 30% þeirra hafi engar reglur varðandi gæði og öryggi lyfja eða blóðgjafa. Þetta hefur ýtt undir áhyggjur af því hversu varnarlaus þessi lönd eru fyrir því, sérstaklega með auknum samgöngum, að inn í þau flæði lyfleysur, lyfjafalsanir, lyf sem standast ekki öryggiskröfur og lyf sem geta haft óþekktar afleiðingar. Að auki hafa framfarir í blóðskimun ekki skilað sér til margra landa og því er ekki hægt að koma í veg fyrir að veirur á borð við HIV og lifrabólgu berist manna á milli með blóð- eða blóðhlutagjöfum. Engin ályktun var lögð fram undir þessum lið en starfsmenn WHO skýrðu frá meginþáttunum í lyfjaáætlun stofnunarinnar fyrir tímabilið 2004–2007.

#### 4.10 Heilbrigðisþjónusta, þar með talin heilsugæsla.

Vandi hefur steðjað að í heilbrigðisþjónustu margra aðildarríkja, m.a. vegna pólitísku óstöðugleika, stríðsástands, hárrar skuldastöðu landa eða neyðarástands. Sérfræðingar WHO lýstu áhyggjum af því hversu mörg lönd standa frammi fyrir skorti á fjármagni, heilbrigðisstarfsfólki, lyfjum og tækjabúnaði og þeim vandamálum sem skapast hafa vegna ónægrar uppbyggingar og endurnýjunar á heilbrigðiskerfi margra landa. Vegna þessa hefði aðgengi að heilbrigðisþjónustu farið hríðversnandi í heiminum, sérstaklega í fátækum löndum heims.

Engin ályktun var lögð fram undir þessum lið en Ísland minnti á Alma Ata samþykktina frá árinu 1978 sem fer fram á að allir hafi jafnan aðgang að heilbrigðisþjónustu. Að auki lagði Ísland áherslu á að aðildarríki mældu útkomu heilbrigðisþjónustu sinnar til að geta metið hana og bætt.

#### 4.11 Erfðafræði og alþjóðaheilbrigði: skýrsla frá ráðgjafanefnd um heilbrigðisrannsóknir.

Aðalframkvæmdastjóri WHO fór fram á það í janúar 2001 að ráðgjafahópur um heilbrigðisrannsóknir ynni að gerð skýrslu um áhrif framfara í erfðafræði á alþjóðaheilbrigði. Skýrslan kom út í apríl 2002 og greinir hún m.a. frá nýjustu framförum innan greinarinnar og hvernig þessi þekking gæti leitt til framfara innan læknávisindanna og þar með stuðlað að betri viðbrögðum við sjúkdómum og faröldrum, þá sérstaklega í fátækum löndum heims. Á sama tíma var varað við hættum sem tengst geta þessum framförum og bent á að margar siðferðilegar spurningar geti vaknað samfara þeim.

Framkvæmdastjórninni var á síðasta fundi framkvæmdastjórnar boðið að samþykkja ályktun sem færi fyrir alþjóðaheilbrigðisþingið 2004 þar sem efni og niðurstöður skýrslunnar yrðu samþykktar. Margir framkvæmdastjórnarmeðlimir vildu fá lengri tíma til að skoða skýrsluna og var ákveðið að fresta þessari ákvörðun til framkvæmdastjórnarfundarins nú þar sem ályktunin var samþykkt.

Ísland lagði áherslu á að erfðafræðin hefði möguleika á að lækna marga sjúkdóma í framtíðinni en nú þegar væri hægt að leysa mörg brýnustu heilbrigðisvandamál heimsins, sérstaklega í þróunarlöndunum, með tiltölulega kostnaðarlitlum aðgerðum sem krefðust ekki flókinna tæknilegra úrlausna.

#### 4.12 Liffæra- og vefjaígræðslur.

Kólumbía og Spánn báðu um að þetta mál yrði tekið upp á fundi framkvæmdastjórnarinnar í maí árið áður í ljósi þess að líffæra- og vefjaígræðslur væru að verða hluti af heilbrigðisþjónustu nánast allra aðildarríkja. Litið hefði verið á ígræðslur sem kostnaðarsparandi í mörgum tilvikum, svo sem nýrnaígræðslur. En með þessari þróun hefðu vaknað margar siðferðilegar spurningar. Árið 1991 samþykkti alþjóðaheilbrigðisþingið ályktun um grundvallarreglur sem hafðar skyldu að leiðarljósi við líffæraígræðslur. Þessar reglur innihéldu ekki ákvæði um öryggisstaðla eða reglur varðandi greiðslur fyrir líffæri. Eftirspurnin eftir líffærum færi sífellt vaxandi en í auknu hlutfalli við framboð. Hefði því eftirspurn eftir lifandi líffæragjöfum aukist og þar með farið að bera á greiðslum fyrir líffæri eða að líffæri væru fjarlægð úr lifandi líffæragjafa án samþykkis hans. Ákveðið var að kalla saman hóp sérfræðinga sem skila mundi skýrslu um ástand mála til framkvæmdastjórnarinnar á þessum fundi en að auki var lögð fram ályktun um endurskoðun grundvallarreglnanna.

Ísland var þess fylgjandi á fundi árið 2003 að endurskoðun færi fram á grundvallarreglunum og lagði að auki áherslu á mikilvægi samvinnu aðildarríkjanna. Enn fremur studdi Ísland nú ályktunina sem lögð var fram en fór að auki fram á að ályktunin kæmi inn á vaxandi áhyggjur af ólöglegum viðskiptum með líffæri þar sem þau bitnuðu gjarnan á viðkvæmum og fátækum þjóðfélagsópum. Vandamálið væri vaxandi í Evrópu og hefði Evrópuráðið sett það framarlega á dagskrá sína en mjög mikilvægt væri að WHO sýndi frumkvæði þar sem vandamálið væri ekki einungis bundið við Evrópu heldur heim allan.

#### 4.13 Mislingar.

Mislingar voru taldir valda 750 þúsund dauðsföllum á ári hverju en flest dauðsföllum verða í Afríku. Fræðilega er talið hægt sé að útrýma mislingum og þar með bægjja þeim frá með bólusetningum. Nauðsynlegt er talið að bæta þekjun bólusetninga, einkum í þróunarlöndum, til að ná markmiðum WHO sem eru að helminga dauðsföllin af völdum mislinga árið 2005 miðað við 850 þúsund dauðsföll árið 1999.

Ísland sagði það afar brýnt að bæta þekjun bólusetninga þar sem þeim væri ábótavant. Á meðan mislingar geisðu í einhverjum hlutum heimsins væru þeir ógnun við þær þjóðir sem náð hafa að bægjja sjúkdómnum frá því jafnvel við bestu aðstæður væru margir einstaklingar óbólusettir af mismunandi ástæðum sem nytu verndar svokallaðs hjarðónæmis þar sem þekjun bólusetninga nær 90%.

#### 4.14 Heilkenni alvarlegrar bráðrar lungnabólgu (HABL).

Um miðjan nóvember 2002 kom upp faraldur af alvarlegri bráðri lungnabólgu í Guangdonghéraði í Kína. Faraldurinn breiddist út, einkum til nágrannalanda Kína. Hinn 12. og 15. mars 2003 gaf WHO út alþjóðlega viðvörun um sjúkdóminn. Alls greindust 8.422 tilfelli í 29 löndum, flest í Kína og 908 manns létust af völdum sjúkdómsins. Þann 5. júlí 2003 lýsti WHO því yfir að útbreiðslu sjúkdómsins meðal manna væri lokið í bili a.m.k.

HABL-faraldurinn olli miklum ótta og samfélagsröskun um allan heim. Talið er að kostnaður vegna faraldursins hafi numið 30–140 milljörðum dollara, einkum vegna samdráttar í ferðamennsku og minnkaðrar fjárfestingar. Markmið WHO var að koma í veg fyrir að HABL yrði landlægur sjúkdómur og að auki koma í veg fyrir að hann bærst þjóða á milli, einkum með alþjóðaflugum. Stofnunin mun halda áfram að byggja starf sitt á alþjóðasamvinnu við að afla þekkingar um sjúkdóminn.

Ísland benti á þær erfiðu ákvarðanir sem aðildarríki stæðu frammi fyrir þegar hugsanleg tilfelli hættulegra smitsjúkdóma kæmu upp. Þessar ákvarðanir krefðust skjótra viðbragða og þó svo að staðfesting á endanlegri greiningu lægi ekki fyrir gætu þær haft gríðarleg áhrif á ferðaþjónustu og efnahag landa.

#### 4.15 Útrýming bólusóttar: eyðing birgða af bólusóttarveiru.

Sem fyrr mælti sérstakur ráðgjafahópur WHO um bólusóttarveipurannsóknir með því að haldið yrði áfram rannsóknum á bólusóttarveirunni sem eru nákvæmlega skilgreindar og þeirri ákvörðun WHO að eyða veirunni yrði frestað enn um sinn. Alþjóðaheilbrigðisþing WHO samþykkti árið 1999 að öllum birgðum af bólusóttarveiru skyldi eytt eigi síðar en árið 2002 og studdi Ísland þá samþykkt. Í ljósi vaxandi hryðjuverkaógnar var mælt með því að nýta til rannsókna þá stofna veirunnar sem enn væru til svo bæta mætti greiningu á veirunni og þróa virkari og öruggari bóluefni. Í ljósi þessa studdi Ísland að frestað yrði eyðingu á fyrirbyggjandi birgðum enn um sinn. Engin ályktun var lögð fram undir þessum lið og engin ákvörðun var tekin um þetta mál á fundinum.

#### 4.16 Útrýming lömunarveiki.

Á alþjóðaheilbrigðisþingi WHO árið 1988 var sett það markmið að útrýma lömunarveiki fyrir árslok 2000. Til þessa hefur lömunarveiki verið bægt frá Ameríku, Evrópu og Vestur-Eyjahafi en á þessum svæðum búa um þrír milljarðar manna. Á Indlandi, í Nígíeríu og í Pakistan var að finna 96% þeirra tilfella sem nýlega höfðu greinst en tilföllin voru ekki mörg. Mikilvægt þótti því að stöðva útbreiðslu lömunarveikiveirunnar eigi síðar en við árslok 2004 með fjöldabólusetningum svo hægt yrði að ná því markmiði að útrýma sjúkdómnum. Helsta hindrunin fyrir því að markmiðið næði fram að ganga voru taldir ónægir fjármunir.

#### 4.17 Fyrirbygging afrísku svefnsýkinnar.

Samþykkt var ályktun um hvernig Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin og aðildarríki gætu fyrirbyggt afrísku svefnsýkina. Sjúkdóminn er einkum að finna í Mið- og Austur-Afríku og getur hann leitt menn til dauða á nokkrum vikum en hann leiðir til dauða allra sem ekki fá meðferð. Rætt var um að varnaraðgerðir væru einkum fólgnar í því að draga úr biti tsetseflugunnar með mýflugnafælandi aðgerðum og með því að reyna að fækka flugunum en útbreiðsla sjúkdómsins réðist einkum af veðurfari og umhverfisaðstæðum.

### 5. Ályktanir fundarins.

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

#### ALÞJÓÐAHEILBRIGÐISDAGURINN 2004

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 umferðaröryggi og markaði dagurinn upphaf alþjóðlegs umferðaröryggisárs. Talið er að 1,2 milljónir manna í heiminum láti lífið á ári hverju af völdum umferðarslysa og að enn fleiri hljóti alvarlega áverka. Mörg ríki notuðu þennan dag til að auka vitund vegfarenda um umferðaröryggi með það að markmiði að fækka umferðarslysum.



## ALÞJÓÐAHEILBRIGÐISÞINGIÐ 2004

**1. Inngangur.**

Að venju var alþjóðaheilbrigðisþingið haldið í Þjóðabandalagshöllinni í Genf dagana 17.–22. maí 2004. Þetta var í fimmtugasta og sjöunda skiptið sem þingið var haldið og var það fjölsótt að venju. Yfir tvö þúsund fulltrúar sóttu þingið að þessu sinni en 185 af 192 aðildarríkjum WHO sendu fulltrúa sína á þingið, þar af fóru ráðherrar fyrir um 140 sendinefndum aðildarríkja.

Forseti þingsins var kosinn Muhammad Nasir Khan frá Pakistan. Varaforsetar voru kosnir dr. M.E. Tshabalala Msimang frá Suður-Afríku, A. David-Antonie frá Grenada, S. Bogoev frá Búlgaríu, dr. R. Maria de Araujo frá Austur-Tímor, og dr. Chua soi Lek frá Malasíu en þeir sáu um fundarstjórnina í sameinaðri málstofu þingsins. Að auki var Ponmek Dalaloy frá Alþýðulýðveldinu Laos kosinn formaður nefndar A og dr. Jigmi Singay frá Bhútan formaður nefndar B.

Þingið starfar að hluta í sameinaðri málstofu en meginstarfið fer fram í fyrrnefndum 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 eftirfarandi: Jón Kristjánsson, heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra og formaður sendinefndar, Davíð Á. Gunnarsson ráðuneyttisstjóri, Ingimar Einarsson skrifstofustjóri, Sveinn Magnússon skrifstofustjóri, Vilborg Ingólfssdóttir yfirhjúkrunarfræðingur landlæknisembættisins, Haraldur Briem, sóttvarnalæknir ríkisins, og Ásthildur Knútsdóttir, fulltrúi heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneyttisins í Genf.

Dagskrá þingsins að þessu sinni var umfangsmikil. Á dagskránni voru meðal annars hringborðsumræður ráðherra en brugðið var frá þeirri venju að hafa eitt þema og þau höfð fjögur, tæknileg málefni með 17 undirflokkum, reglur um samskipti við aðrar stofnanir Sameinuðu þjóðanna, ríkisstofnanir og frjáls félagasamtök og að lokum málefni er vörðuðu stjórnun, fjármál og starfsmannamál.

Alls voru 19 ályktanir og 14 ákvarðanir samþykktar af þinginu, sbr. fylgiskjal II með yfirliti yfir ályktanir.

**2. Ræða aðalframkvæmdastjóra.**

Dr. Lee Jong-wook frá Suður-Kóreu var á alþjóðaheilbrigðisþinginu 2003 kjörinn sjötti framkvæmdastjóri Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar og var hann kosinn til næstu fimm ára. Hann tók til starfa 21. júlí sama ár er dr. Gro Harlem Brundtland lét af störfum, en hún gaf ekki kost á sér til áframhaldandi setu. Þetta var því fyrsta alþjóðaheilbrigðisþingið sem dr. Lee tekur þátt í sem framkvæmdastjóri stofnunarinnar en hann er ekki alls ókunnugur starfsemi WHO þar sem hann hefur starfað innan stofnunarinnar í um 20 ár og stjórnaði m.a. berklaverkefni og alþjóðabólusetningar- og ónæmisverkefni stofnunarinnar.

Með nýjum framkvæmdastjóra var ekki fyllilega ljóst hvar áherslur mundu liggja en eitt fyrsta verk dr. Lee var að bæta einu nýju sviði við starfsemi aðalstöðva WHO í Genf sem hefur verið skipt niður í níu meginsvið síðustu árin. Þessu nýja sviði er ætlað að sjá um baráttuna gegn alnæmi, berklum og malaríu. Eins og forveri sinn gerði dr. Lee einnig miklar breytingar á vali á stjórnendum og skipti meðal annars út öllum yfirmönnum meginsviðanna. Dr. Lee virðist ætla að leggja áherslu á að stofnunin beiti sér fyrir að ná þeim þúsaldarmark-

miðum Sameinuðu þjóðanna sem viðkoma heilsu en samkvæmt þeim er ætlunin á árunum 2000–2015 að fækka um helming þeim sem lifa við hungur, að dánartíðni barna undir fimm ára aldri lækki um tvo þriðju, að mæðradauði lækki um þrjá fjórðu, náð verði tókum á útbreiðslu alnæmis og malaríu og að aðgangur að hreinu vatni verði aukinn.

Í ræðu sinni sagðist dr. Lee ætla að endurskoða verklagsreglur alþjóðaheilbrigðisþingsins, þá sérstaklega í ljósi þeirrar gagnrýni sem fyrsti dagur þingsins fékk. Sá dagur fór í umræðu um hvort veita ætti Taívan áheyrnaraðild að stofnuninni en engin lausn fékkst í því máli. Dr. Lee sagði það jákvætt að aðildarríki fengju nægan tíma til að ræða mál sín þar sem ágreiningur kæmi upp en forseti þingsins hefði lýst yfir áhyggjum sínum af því að heill dagur af þeim sex dögum sem þingið hafði í ár til umráða hefði farið í pólitíska umræðu ótengda heilbrigðismálum.

Dr. Lee vakti einnig athygli á því í ræðu sinni að 2,8 milljarðar manna í heiminum lifðu á minna en tveimur bandaríkjadöllum á dag, 480 milljónir manna byggju á áttaksvæðum, 1,2 milljarðar manna ættu ekki vól á hreinu vatni, 40 milljónir manna væru smitaðar af HIV og alnæmi, meira en hálf milljón kvenna létist af barnsförum á ári hverju, 1,2 milljónir manna létust af völdum umferðarslysa á ári hverju og um 1,3 milljarðar manna reyktu og væru þar með útsettari fyrir veikindum og ótímabærum dauða. Í framhaldi af þessu benti dr. Lee á að oft væri litið á dauða eins manns sem harmleik en dauða milljóna sem tölfræði sem væri ekki réttur hugsunarháttur þar sem að baki tölfræðinni stæðu einstaklingar.

Því næst fordæmði dr. Lee allar þær aðgerðir sem stuðluðu að arðráni innan heilbrigðisþjónustunnar og árásum á heilbrigðisstarfsfólk á áttaksvæðum. Hann fagnaði auknum fjármunum sem farið höfðu til þróunaraðstoðar í heiminum síðustu árin en það fjármagn jókst að meðaltali um 1,7 milljarða bandaríkjadala á ári á tímabilinu 1997–2002. Mikið af þessum fjármunum hefðu verið veittir vegna aukinnar vitundarvakningar á örbirgðinni sem fylgdi HIV og alnæmi. Í sumum samfélögum væri nær helmingur ungs fólks smitaður af HIV og alnæmi og þessir einstaklingar mundu deyja innan nokkurra ára ef þeir fengju ekki lyfjameðferð. WHO hefði sett fram áætlun sem miðaði að því að koma 3 milljónum manna í Afríku í lyfjameðferð fyrir lok árs 2005 og hann vonaðist til þess að hægt væri að auka við áætlunina í framhaldi af því.

Jón Kristjánsson talaði fyrir hönd Íslands og lagði áherslu á byrðina sem fylgdi HIV og alnæmi ekki bara í Afríku heldur einnig í Austur-Evrópu og Asíu. Ísland studdi við áttak WHO um að 3 milljónir manna í Afríku ættu kost á alnæmislyfjum fyrir lok árs 2005 og að Ísland hefði ákveðið að styrkja þetta málefni um 15 millj. ísl. kr. Jón Kristjánsson lagði einnig áherslu á mikilvægi þess að styðja við heilsugæslu í þeim löndum sem hvað verst hefðu orðið fyrir HIV og alnæmi en það gæti aðstoðað þessi sömu lönd við að ráðast gegn öðrum sjúkdómum á borð við berkla og malaríu og auðveldað þeim bólusetningar. Hvað viðkæmi alnæmislyfjunum þyrftu menn að hafa það í huga að skortur á alnæmislyfjum gæti valdið ónæmi fyrir þeim. Þess vegna væri nauðsynlegt að byggja upp trausta heilsugæslu sem gæti fylgt eftir dreifingu lyfja til sjúklinga og unnið þannig gegn ónæmi með því að fylgja eftir rétttri lyfjanotkun. Að lokum lagði Jón Kristjánsson áherslu á mikilvægi þess að WHO sinnti forustuhlutverki í baráttunni gegn HIV og alnæmi.

### 3. Ávörp gesta.

#### 3.1 Ávarp Jimmy Carter, fyrrverandi forseta Bandaríkjanna.

Þetta var fyrsta alþjóðaheilbrigðisþingið sem Jimmy Carter sótti og var hann þakklátur fyrir að fá að deila sannfæringu sinni með fundargestum. Taldi hann að stærsta verkefni sem

heimurinn stæði frammi fyrir væri aukinn ójöfnuður ríkra og fátækra. Þrátt fyrir augljósan efnahagslegan bata margra ríkja lifði einn fimmti mannkyns á minna en einum bandaríkjadal á dag sem dygði varla fyrir mat og skjóli og alls ekki fyrir námi eða heilbrigðisþjónustu. Það væri löngu orðið ljóst að fátækt væri helsti áhættuþáttur sjúkdóma og veikinda. Nú væru til sannanir fyrir því að lægri tekjum fylgdi aukin sjúkdóms- og dánartíðni.

Því næst ræddi Jimmy Carter hvernig hægt væri að takast á við vandann og væri helsta leiðin að ríkar þjóðir heims legðu sig fram við að gera sér betur grein fyrir ástandinu í heiminum og skuldbyndu sig til að efla heilsu fátækra. Með þessu væri hægt að stuðla að efnahagslegum ávinningi fyrir alla og að auki mundi þetta minnka ofbeldi og þoka áfram mannréttindum í heiminum.

Hann sagðist gera sér grein fyrir því að þetta væru ekki nýjar hugmyndir og það sýndi hversu erfiður vandinn væri. Hins vegar hefði þessi kynslóð sérstakt og fordæmislaust tækifæri til að ná markmiðum sínum. Þessi kynslóð hefði bæði kunnáttuna og tæknina til að skilja sjúkdóma betur en áður svo og leiðir til að fyrirbyggja þá, lækna og meðhöndla, jafnvel útrýma. Stærsta verkefnið sem þessi kynslóð stæði frammi fyrir væri ekki óöryggi eða skortur á auðlindum heldur að ákveða að hvernig framtíð hún vildi stefna.

### 3.2 *Ávarp dr. Kim Dae-jung, fyrrverandi forseta Suður-Kóreu.*

Dr. Kim Dae-jung hóf ræðu sína á því að þakka WHO þann stuðning sem stofnunin hafði veitt kóresku þjóðinni. Hann sagði að í augum margra hefði stofnunin verið sameiningarafi frá því að hún var stofnuð árið 1948. Þó svo að heiminum væri skipt á milli mismunandi hugmyndafræði og stjórnmála, þá hefði WHO gegnt mikilvægu hlutverki í að sameina alþjóðasamfélagið með því að vinna að bættri heilsu alls mannkyns.

Aukin þekking og tækni hefði leitt til framfara en ekki í þágu allra og bilið milli ríkra og snauðra stækkaði óðum. Lífslíkur manna í vanþróaðri ríkjum heims væru um 20 árum lægri en í þeim þróaðri. Það sem væri hvað erfiðast að horfast í augu við væri að viðkvæmir þjóðfélagshópar, þar með talin börn, yrðu fyrir hvað mestum mismun. Samkvæmt WHO hefðu 20% þeirra sem létu lífið árið 2002 verið börn undir fimm ára aldri en 98% þeirra voru frá þróunarlöndunum.

Hann taldi eins og fyrri ræðumaður að fátækt væri eitt helsta viðfangsefni sem mannkynið glímdi við. Fátækt væri aðalorsök hungurs og sjúkdóma og nærði trúardeilur og kynti undir menningarlegum árekstrum. Samstarf alþjóðasamfélagsins væri nauðsynlegt í því að vinna gegn fátækt. Mikilvægt væri einnig að hvert ríki setti fram áætlanir um minnkun fátæktar í heimalandi sínu. Sjúkdómar yllu afföllum vinnuafli í landinu og fyrir fátæka gætu sjúkdómar valdið upplausn heimila sem gæti haft mjög neikvæðar afleiðingar, s.s. fyrir börn sem neydd væru út á vinnumarkaðinn og svipt tækifæri til náms. Sjúkdómar stæðu í vegi fyrir því að fólk í þróunarlöndunum reyndi að brjótast út úr fátækt. Fátækt yki útbreiðslu sjúkdóma og aukin tíðni sjúkdóma yki fátækt.

Að lokum sagði dr. Kim Dae-jung að ekkert væri eins mikilvægt fyrir mannkynið og að lifa heilbrigðu lífi án hungurs. Aukið heilbrigði og minnkun fátæktar væru upphafspunkturinn fyrir hamingju mannkynsins. Hann hvatti því alla til þess að vinna að þessu markmiði.

## 4. Hringborðsumræður ráðherra.

Mikil þátttaka var í hringborðsumræðunum í ár og tóku 120 ráðherrar eða staðgenglar þeirra þátt í umræðunum en þær eru hugsaðar sem liður í því að virkja ráðherra í starfsemi þingsins. Í ár var höfð við sú nýbreytni að umræðunum var skipt upp í fjögur þemu öll tengd

þeim vanda fylgir HIV og alnæmi. Formenn hringborðsumræðnanna voru dr. M. Phooko, heilbrigðisráðherra Lesotho, dr. M. Bethel, heilbrigðisráðherra Bahamaeyja, D. Keber, heilbrigðisráðherra Slóveníu, og U. Olanguena Awono, heilbrigðisráðherra Kamerún. Eins og áður segir var hringborðsumræðunum skipt upp í fjögur þemu og ræddu ráðherrarnir um það leiðandi hlutverk sem heilbrigðisþjónusta hvers land hefði í að auka aðgengi að umönnun og meðferð við HIV og alnæmi, hvernig hægt væri að styrkja heilbrigðiskerfi í heimalandi til að aðstoða við dreifingu alnæmislyfja til þurfandi, hvernig hægt væri að virkja samvinnu og hvar væri hægt að nálgast fjármagn til að auðvelda meðferð í heimalöndum og að lokum mikilvægi þess að sameina fyrirbyggingu og meðferð við HIV og alnæmi.

Flestir ráðherrar lýstu yfir stuðningi við átak WHO um að þrjár milljónir manna eigi kost á alnæmislyfjum fyrir lok árs 2005. Jón Kristjánsson talaði fyrir hönd Íslands og sagði að Ísland hefði stutt þetta framtak með 15 millj. ísl. kr. eins og áður hefði komið fram en að auki hefði Ísland lagt sömu upphæð til Heimssjóðsins í baráttu gegn alnæmi, berklum og malaríu. Hann lagði áherslu á alvarleika málsins og benti á það að á degi hverjum létust um níu þúsund manns af völdum alnæmis. Þótt mjög mikilvægt væri að þeir sem á þyrftu að halda nytu meðferðar væri ekki síður mikilvægt að styrkja forvarnir gegn sjúkdómnum, en hægt væri að nota sömu leiðir við að koma á meðferð og veita upplýsingar um forvarnir.

## **5. Ályktanir og helstu umræðuefni tekin fyrir í nefnd A.**

### *5.1 HIV og alnæmi.*

Á ári hverju deyja um þrjár milljónir manna af völdum HIV og alnæmis og ár hvert sýkjast um fimm milljónir manna. WHO, UNAIDS og Heimssjóðurinn kynntu áætlun haustið 2003 gegn HIV og alnæmi og miðar hún að því að þrjár milljónir manna í Afríku verði komnar í alnæmislyfjameðferð fyrir lok árs 2005. Gert var ráð fyrir einfaldri staðlaðri meðferðaráætlun fyrir sýkta sem gagnaðist þar sem aðstæður væru bágar. Einnig var ætlunin að sjá fátækum þjóðum fyrir greiningartækjum og aðstöðu til að fylgjast með lyfjaónæmi alnæmisveirunnar og lögð yrði áhersla á að þjálfa fólk til verksins.

Á framkvæmdastjórnarfundinum í janúar 2004 var þessi umræða á dagskrá en engin ályktun var þá lögð fram. Að frumkvæði Norðurlandanna var hins vegar lögð fram ályktun á alþjóðaheilbrigðisþinginu sem fékk samþykki þingsins.

### *5.2 Meðhöndlun og eftirlit með Buruli-sárum.*

Buruli-sár hefur verið vanræktur sjúkdómur en hann er að finna í Mið-Afríku. Þessi umræða var einnig tekin fyrir á framkvæmdastjórnarfundinum í janúar 2004 og var þá lögð fram ályktun sem nú var samþykkt af þinginu. Ályktunin hvatti til þess að reynt yrði að meta útbreiðslu sýkinga af völdum sáranna með bættri skráningu. Jafnframt yrði með öllum tiltækum ráðum reynt að hefta útbreiðslu sjúkdómsins sem fram til þessa hefur lítið verið sinnt.

### *5.3 Fyrirbygging afrísku svefnsýkinnar.*

Þessi umræða var einnig tekin fyrir á framkvæmdastjórnarfundinum í janúar 2004. Sjúkdómurinn er einkum að finna í Mið- og Austur-Afríku og getur leitt menn til dauða á nokkrum vikum. Svefnsýki leiðir til dauða allra sem ekki fá meðferð og eru varnaraðgerðir einkum fölgnaar í því að draga úr biti tsetse flugunnar með mýflugnafælandi aðgerðum og með því að reyna að fækka flugunum. WHO hefur unnið ötulum höndum að því að dreifa flugnetum á þeim svæðum þar sem sjúkdómurinn er hvað algengastur en aðildarríki samþykktu nú ályktun um hvernig þau ásamt stofnuninni gætu komið í veg fyrir smit sjúkdómsins.

#### 5.4 Útrýming bólusóttar: eyðing birgða af bólusóttarveiru.

Á fundi framkvæmdastjórnarinnar í janúar fyrr á árinu mælti sérstakur ráðgjafahópur WHO um bólusóttarveirurannsóknir með því að haldið yrði áfram rannsóknum á bólusóttarveirunni sem eru nákvæmlega skilgreindar og að þeirri ákvörðun WHO að eyða veirunni yrði frestað enn um sinn. Alþjóðaheilbrigðisþing WHO samþykkti árið 1999 að öllum birgðum af bólusóttarveiru skyldi eytt eigi síðar en árið 2002 og studdi Ísland þá samþykkt. Í ljósi vaxandi hryðjuverkaógnar var mælt með því að nýta til rannsókna þá stofna veirunnar sem enn væru til svo að bæta mætti greiningu á veirunni og þróa virkari og öruggari bóluefni.

Haraldur Briem talaði fyrir hönd Íslands og sagði að í ljósi þess sem fyrr var sagt styddi Ísland að frestað yrði eyðingu á fyrirliggjandi birgðum enn um sinn. Engin ákvörðun var tekin um þetta mál á þinginu en aðstoðarmaður framkvæmdastjóra lagði til að farið yrði eftir ráðleggingum ráðgjafahópsins þar til samstaða náðist meðal aðildarríkja um hvaða ákvörðun skyldi taka.

#### 5.5 Alþjóðaáætlun um mataræði, hreyfingu og heilsu.

Á framkvæmdastjórnarfundinum fyrr á árinu lagði WHO fram drög að áætlun um mataræði, hreyfingu og heilbrigða lífshætti þar sem aðildarríki voru hvött til þess að nota ýmsar aðferðir til þess að reyna að hvetja fólk til neyslu á heilsusamlegum matvælum. Í skýrslunni eru nefndar nokkrar leiðir sem stjórnvöld gætu beitt, t.d. að hugsanlegt væri að skattleggja ýmis hættuleg efni í matvælum. Skýrslan fékk mikla gagnrýni frá sykuríðnaðinum í Bandaríkjunum og náðist ekki samstaða um hana á framkvæmdastjórnarfundinum. Því var ákveðið að aðildarríki fengju frest til að senda inn ábendingar sem teknar yrðu inn í skýrsluna fyrir alþjóðaheilbrigðisþingið nú. Mörg aðildarríki nýttu sér þennan möguleika, þar á meðal Ísland sem studdi skýrsluna og mikilvægi hennar.

Þetta var eitt af hitamálum þingsins og lagði WHO fram á þinginu ályktun með áætluninni þar sem aðildarríki voru vinsamlegast beðin um að opna ekki texta áætlunarinnar sjálfar heldur koma ábendingum sínum á framfæri í ályktuninni því sammingsferlið um áætlunina hefði verið langt og strangt. Stofna þurfti til vinnuhóps um ályktunina en að endingu náðist samstaða um hana og áætlunina.

Norðurlöndin undirstrikuðu á þinginu mikilvægi áætlunarinnar og vöktu athygli á því að sex af átta helstu dánarorsökum nefndum í alþjóðaheilbrigðisskýrslunni frá 2002 væru tengd óhollu mataræði og ónægri hreyfingu. Hægt væri að koma í veg fyrir marga sjúkdóma með því að huga að þessum tveimur þáttum, þ.e. mataræði og hreyfingu. Að lokum báðu Norðurlöndin framkvæmdastjórnann um að greina frá framkvæmd og framgangi áætlunarinnar á alþjóðaheilbrigðisþinginu árið 2006.

#### 5.6 Umferðaröryggi og heilsa.

Talið er að um 1,2 milljónir manna í heiminum láti lífið á ári hverju af völdum umferðarslysa. Á framkvæmdastjórnarfundinum stofnunarinnar í janúar var lögð fram ályktun um umferðaröryggi en þetta var einnig þema alþjóðaheilbrigðisdagsins 7. apríl sama ár. Þessi ályktun fékk á alþjóðaheilbrigðisþinginu samþykki með smávægilegum breytingum.

Ingimar Einarsson talaði fyrir hönd Norðurlanda og fagnaði áherslunni á mikilvægi forvarna. Umferðarslys yllu miklum heilbrigðisvanda í aðildarríkjunum og kallaði sú staðreynd á auknið samstarf, sérstaklega í ljósi þess að þessum slysum hefur farið fjölgandi síðustu árin og ekkert lát virtist vera þar á. Sérstaka áherslu yrði að leggja á skaðsemi áfengisneyslu ökumanna og að afleiðing þeirrar hegðunar þyrfti að vera almenningi ljós. Síðast en ekki síst þyrfti að veita þeim sem verða fyrir umferðarslysum aukna þjónustu og aðhlyningu.

### 5.7 Heilsuefling og heilbrigðir lífshættir.

Ísland fór fram á að þessi dagskrárliður yrði tekinn fyrir á framkvæmdastjórnarfundinum í janúar 2004 og lagði fram ályktun um að WHO setti heilbrigða lífshætti sem efst á forgangslista sinn. Í ályktuninni var m.a. hvatt til þess að stofnunin beindi sjónum sínum í auknum mæli að áfengisneyslu og áhættunni sem henni er samfara, ekki síst þar sem í hlut eiga börn, ungmenni og vanfærar konur. Sama gilti um áfengi og akstur og áfengisneyslu á vinnustöðum. Ályktunin var samþykkt af framkvæmdastjórninni og nú af þinginu.

Á þinginu sögðust öll Norðurlöndin styðja þá auknu áherslu sem stofnunin hefði lagt á heilsueflingu og fögnuðu einnig sjöttu alþjóðaráðstefnunni um heilsueflingu sem haldin yrði í Tailandi í ágúst 2005. Mikil aukning hefði orðið síðustu árin á offítu og að heilsuefling væri þar fyrirbyggjandi en að auki efldi hún varnir líkamans fyrir sjúkdómum og kvillum tengdum óheilsusamlegum lífsháttum.

### 5.8 Heilbrigði fjölskyldunnar í ljósi þess að 10 ár eru liðin frá því að haldið var upp á alþjóðlegt ár fjölskyldunnar.

Tíu ár voru liðin frá því að Sameinuðu þjóðirnar héldu upp á alþjóðlegt ár fjölskyldunnar og var ákveðið að nota þetta tækifæri til að endurvekja áhersluna á málefni fjölskyldunnar. Lögð var fram ályktun sem fékkst samþykkt var af þinginu. Ályktunin kveður meðal annars á um að aðildarríki sjái til þess að fjölskyldur njóti stuðningsríks umhverfis og að allir fjölskyldumeðlimir hafi aðgang að heilbrigðisþjónustu og sé ekki mismunað vegna t.d. kyns eða aldurs. Að lokum var ákveðið að stofnunin mundi skila skýrslu um gang mála til alþjóðaheilbrigðisþingsins árið 2006.

### 5.9 Kynheilbrigði.

WHO lagði fram á framkvæmdastjórnarfundinum fyrr á árinu ályktun og drög að áætlun um hvernig hægt væri að herða átakið um að ná alþjóðaþróunarmarkmiðum sem snúa að kynheilbrigði. Þrjú af átta þúsaldarmarkmiðum Sameinuðu þjóðanna sem samþykkt voru af 189 aðildarríkjum í New York árið 2000 eru tengd kynheilbrigði en þau eru lækun mæðra- dauða og barnadauða undir fimm ára aldri og hefting útbreiðslu HIV og alnæmis. Þetta mál varð eitt af hitamálum framkvæmdastjórnarfundarins þar sem aðildarríki sem ekki leyfa fóstureyðingar eða banna notkun getnaðarvarna veittu þessari umræðu mikinn mótbyr. Samstaða náðist að lokum um ályktunina á alþjóðaheilbrigðisþinginu en Bandaríkin vildu að það kæmi sérstaklega fram að þau hefðu ákveðið að koma ekki í veg fyrir að ályktunin fengi samþykki þingsins þó svo að þau væru henni mótfallin.

### 5.10 Heilbrigðisþjónusta, þar með talin heilsugæsla.

Heilbrigðisþjónusta margra aðildarríkja hefur átt við vanda að etja m.a. vegna pólitísks óstöðugleika, stríðsástands, hárrar skuldastöðu eða neyðarástands. WHO lýsti áhyggjum af því hversu mörg lönd standa frammi fyrir skorti á fjármagni, heilbrigðisstarfsfólki, lyfjum og tækjabúnaði og þeim vandamálum sem skapast hafa vegna ónægrar uppbyggingar og endurnýjunar á heilbrigðiskerfum margra landa. Vegna þessa hefði aðgengi að heilbrigðisþjónustu farið hríðversnandi í heiminum, sérstaklega í fátækari löndum heimsins. Engin ályktun var lögð fram undir þessum lið á framkvæmdastjórnarfundinum fyrr á árinu en nú lögðu Afríkurríki fram ályktun um vanda þróunarrikkjanna við að halda heilbrigðisstarfsfólki í heimalöndum sínum og var sú ályktun samþykkt af þinginu.

Norðurlöndin bentu á að ef takast ætti að dreifa alnæmislyfjum til þurfsandi þyrfti að styðja við heilsugæslu margra landa, einkum þróunarlandanna, svo að átakið yrði til þess að heilsugæslan styrktist en yrði henni ekki ofviða. Leggja ætti áherslu á uppbyggingu heil-

brigðiskerfa og getuna til að veita grundvallarheilsugæslu. Þegar ráðist væri í eflingu heilbrigðiskerfa þyrftu hlutaðeigandi að gera sér grein fyrir sambandinu á milli frammistöðu heilbrigðiskerfis, þeirrar fjárfestingar sem lögð væri í heilbrigðiskerfið og hvernig sú fjárfesting gæti skilað sér til efnahags landa.

#### 5.11 Erfðafræði og alþjóðaheilbrigði: skýrsla frá ráðgjafanefnd um heilbrigðisrannsóknir.

Aðalframkvæmdastjóri WHO fór fram á það í janúar 2001 að ráðgjafahópur um heilbrigðisrannsóknir ynni að gerð skýrslu um áhrif framfara í erfðafræði á alþjóðaheilbrigði. Skýrslan kom út í apríl 2002 og greinir hún m.a. frá nýjustu framförum innan greinarinnar og hvernig þessi þekking gæti leitt til framfara innan læknávisindanna og þar með stuðlað að betri viðbrögðum við sjúkdómum og faröldrum, sérstaklega í fátækum löndum heims. Á sama tíma var varað við þeim hættum sem tengst gætu þessum framförum og bent á að margar siðferðislegar spurningar gætu vaknað samfara þeim. Lögð var fram ályktun sem alþjóðaheilbrigðisþingið samþykkti með smávægilegum breytingum en ekki varð mikil umræða um þennan lið.

#### 5.12 Líffæra- og vefjaígræðslur.

Þetta málefni var tekið fyrir á síðustu tveimur fundum framkvæmdastjórnarinnar. Bent var á að með líffæra- og vefjaígræðslum hefðu vaknað margar siðferðislegar spurningar. Árið 1991 samþykkti alþjóðaheilbrigðisþingið ályktun um grundvallarreglur sem hafðar skyldu að leiðarljósi við líffæraígræðslur. Þessar reglur innihéldu ekki ákvæði um öryggisstaðla eða reglur varðandi greiðslur fyrir líffæri. Eftirspurnin eftir líffærum færi sífellt vaxandi en í auknu hlutfalli við framboð. Hefði því eftirspurn eftir lifandi líffæragjöfum aukist og þar með farið að bera á greiðslum fyrir líffæri eða að líffæri væru fjarlægð úr lifandi líffæragjafa án samþykkis hans. Kallaður var saman hópur sérfræðinga sem skilaði skýrslu um ástand mála til framkvæmdastjórnarinnar fyrir á árinu og samþykkt var á þeim fundi ályktun um endurskoðun grundvallarreglnanna.

Ísland studdi á framkvæmdastjórnarfundinum árið áður að endurskoðun færi fram á grundvallarreglunum og flutti tillögu um að ályktun sem lögð var fyrir framkvæmdastjórnina kæmi inn á vaxandi áhyggjur yfir ólöglegum viðskiptum með líffæri þar sem þau bitnuðu gjarnan á viðkvæmum og fátækum þjóðfélagsþópum. Vandamálið væri vaxandi í Evrópu og hefði Evrópuráðið sett það ofarlega á dagskrá sína en mjög mikilvægt væri að WHO sýndi frumkvæði í þessu máli þar sem vandamálið væri ekki einungis bundið við Evrópu heldur heim allan. Þess má geta að ályktunin með þeim breytingum er Ísland lagði til var samþykkt á alþjóðaheilbrigðisþinginu.

## 6. Ályktanir og helstu umræðuefni tekin fyrir í nefnd B.

### 6.1 Heilsuástand og aðstoð við araba sem búa á hernumdum landsvæðum í Miðausturlöndum.

Fyrsta verk nefndarinnar var að taka fyrir ályktun um heilsuástand, og aðstoð við araba sem búa á hernumdum landsvæðum í Miðausturlöndum, þar með talið Palestínu. Þetta varð eitt af hitamálum þingsins en Ísraelar mótmæltu harðlega ályktuninni og sögðu að pólitískar ástæður lægju að baki henni en ekki ásetningur um að bæta heilsu Ísraela og Palestínanna. Að endingu óskuðu Bandaríkin eftir atkvæðagreiðslu um ályktunina og varð niðurstaðan sú að 76 ríki samþykktu hana, þar á meðal Ísland, Finnland og Svíþjóð, 6 ríki mótmæltu henni og 39 ríki sátu hjá, þar á meðal Noregur og Danmörk.

## 6.2 Fjármál.

Lögð var fram skýrsla ytri endurskoðanda yfir fjármál WHO á tímabilinu 2002–2003 og samþykkt var ályktun þar sem framkvæmdastjóri stofnunarinnar var beðinn um að nota niðurstöður skýrslunnar við gerð fjárhagsáætlunar fyrir tímabilið 2006–2007. Aðstoðarmaður framkvæmdastjóra sagði að tekið yrði mark á skýrslu ytri endurskoðanda en framkvæmdastjórinn hefði í huga að gera þónokkrar breytingar á fjármálum stofnunarinnar. Þessar breytingar fælu í sér flutning á fjármunum frá höfuðstöðvum stofnunarinnar til svæðisskrifstofanna og ætlaði hann að ná því takmarki að 30% af heildarfjármagni WHO færi til höfuðstöðvanna en 70% til svæðisskrifstofanna. Þessi breyting mundi samsvara 28% aukningu á fjármunum til Afríkuskrifstofunnar, 92% aukningu til Ameríkuskrifstofunnar, 51% aukningu til Suðaustur-Asíu, 26% til Evrópu, 30% til Austur-Miðjarðarhafsins og 48% til Vestur-Kyrrahafssvæðisins. Hann sagði enn fremur að nú þegar hefði stofnunin fært 153 milljónir bandaríkjadala frá höfuðstöðvunum til svæðisskrifstofanna. Aðildarríki fögnuðu þessum breytingum á dreifingu fjármuna innan stofnunarinnar svo lengi sem nægir fjármunir yrðu eftir til þess að aðalstöðvarnar gætu haldið uppi nauðsynlegri starfsemi sinni.

## 6.3 Útreikningur fastra framlaga aðildarríkjanna fyrir árið 2005.

Ákveðið var á alþjóðaheilbrigðisþinginu í maí 2003 að nota reikniformúlu Sameinuðu þjóðanna frá árinu 2003 sem lá fyrir við útreikning á föstum framlögum aðildarríkjanna fyrir tímabilið 2004–2005. Í lok árs 2003 kynntu Sameinuðu þjóðirnar nýja reikniformúlu og var ákveðið á þinginu nú að hana skyldi nota við útreikninga á föstum framlögum fyrir árið 2005. Hlutfall Íslands hækkar þá úr 0,0325% í 0,0340% og verður framlag Íslands árið 2005 því 145.940 bandaríkjadalar í stað 139.500 bandaríkjadala samkvæmt fyrri reikniformúlunni.

## 6.4 Aðildarríki sem misstu kosningarétt sinn á alþjóðaheilbrigðisþinginu vegna vanskila framlaga.

Þau ríki sem ekki höfðu kosningarétt á alþjóðaheilbrigðisþinginu í ár voru Afganistan, Antígva og Barbúda, Argentína, Armenía, Mið-Afríkulýðveldið, Tsjad, Kómorejjar, Dómíníka lýðveldið, Georgía, Gínea-Bissá, Írak, Kirgisistan, Líbería, Nárú, Níger, Moldavía, Sómalía, Súrínam, Tadsjikistan og Túrkménistan.

## 6.5 Útrýming sjúkdóms af völdum Gíneuormsins.

Súdan fór fram á að þessi aukadagskrárlíður yrði tekinn fyrir á þinginu og lagði að auki fram ályktun þess efnis að þau 12 Afríkurríki sunnan Sahara, þar sem sjúkdómurinn er ennþá landlægur, ynnu að því að útrýma sjúkdómnum. Þetta er ekki nýtt átak innan stofnunarinnar og má þess geta að tilfelli á árunum 1986 til 2003 fóru úr 3,2 milljónum í 32 þúsund. Sjúkdómurinn berst með vatni en er bundinn við þau svæði þar sem hreint vatn er af skornum skammti. Engin lyf eða meðferð eru til við sjúkdómnum en koma má í veg fyrir hann með hreinsun drykkjarvatns. Ályktunin fékk stuðning margra aðildarríkja og ákveðið var að stefna að því að útrýma sjúkdómnum fyrir árið 2009.

## 6.6 Eftirlitskerfi með gæðum og öryggi lyfja.

Alþjóðaheilbrigðisþing WHO hefur samþykkt fjölda ályktana um gæði og öryggi lyfja. Þessi dagskrárlíður var tekinn fyrir á framkvæmdastjórnarfundinum fyrr á árinu en þar báðu aðildarríki um að lögð yrði fram skýrsla á alþjóðaheilbrigðisþinginu nú þar sem greint yrði frá útkomu ellefta alþjóðafundar lyfjaeftirlitsyfivalda sem haldinn var í Madrid í febrúar



2004. Fundurinn kom með tillögur að því hvaða hlutverki WHO og aðildarríki gætu gegnt til að auka gæði og öryggi lyfja. Má meðal annars nefna að aðildarríki voru hvött til að endurskoða reglur og lög í heimalandi til að sjá hvort þau samræmdust alþjóðastöðlum. Þess má geta að engin ályktun var lögð fram undir þessum lið.

## **7. Fræðslu- og umræðufundir.**

### *7.1 Hvernig huga má að heilsufari á hamfarasvæðum.*

Fyrsti fræðslu- og umræðufundurinn fjallaði um það hvernig huga bæri að heilsu manna á hamfarasvæðum. Þetta ástand kallar oftast á aukna sjúkdóma- og dánartíðni en hægt er að hafa áhrif á þessa þætti með nægum viðbúnaði. Á fundinum fengu aðildarríki tækifæri til að lýsa viðbúnaðaráætlunum heimalanda sinna og hvernig þau hafa brugðist við heilbrigðisvandamálum sem skapast höfðu í kjölfar hamfara.

### *7.2 Geðheilsa og vímuefnamisnotkun.*

Gestafyrirlesarinn Rosalynn Carter, fyrrverandi forsetafrú Bandaríkjanna, benti á að þrátt fyrir að mörg meðferðarúrræði væru til fyrir geðfatlaða hefðu of fáir aðgang að þessum meðferðarúrræðum. Enn fremur yrðu þeir sem notfærðu sér þessa þjónustu oft fyrir forðómum sem kæmi í veg fyrir að margir einstaklingar leituðu sér aðstoðar.

### *7.3 Öryggi sjúklinga og alþjóðasamstarf.*

Tilfni fundarins var stofnun alþjóðasamstarfs um öryggi sjúklinga sem Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin stóð fyrir á fundinum. Farið var yfir það starf sem stofnunin hefur unnið í þágu aukins öryggis sjúklinga og voru aðildarríki hvött til að taka þátt í þeirri vinnu. Rætt var um að sjúklingar ættu að hafa hag af heilbrigðisþjónustu, en á sama tíma gætu þeir orðið fyrir skaða hennar vegna. Flókið samspil margra þátta sem nútímaheilbrigðisþjónusta byggðist á gæti gert mikið gagn en á sama tíma fylgdi henni óhjákvæmilega áhætta.

### *7.4 Notkun veraldarvefsins við heilbrigðisþjónustu og fræðslu.*

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin hefur undanfarið í auknum mæli farið að nota veraldarvefinn til að koma skilaboðum sínum á framfæri. Í lok árs 2003 hóf stofnunin tilrauna- verkefni á því að veita heilbrigðisfræðslu í gegnum tölvuforrit. Þessi tölvuforrit miða að því að fá almenning til þess að tileinka sér heilbrigða lífnaðarhætti. Þessi þróun er á byrjunarstigi og er vonast til þess að hægt verði með þessum hætti að koma upplýsingum á framfæri við einangraða staði þar sem aðgangur að heilbrigðisþjónustu er takmarkaður.

## **8. Samráðsfundir.**

### *8.1 Norðurlandahópurinn.*

Á hverjum morgni hittust fulltrúar Norðurlandanna og fóru yfir stöðu mála. Farið var yfir hvað hafði gerst daginn áður og það sem var á dagskrá dagsins. Ísland stjórnaði þessum fundum þar sem Ísland situr í framkvæmdastjórn stofnunarinnar. Á fundunum var farið yfir dagskrá þingsins og sameiginleg innlegg Norðurlandanna sem lágu fyrir.

### *8.2 Vestur-Evrópski hópurinn og aðrir (WEOG).*

Sömuleiðis héldu lönd Vestur-Evrópu og fleiri (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 Frakklands.

## 9. Dagskrá Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar árið 2005.

Ákveðið var að halda 115. fund framkvæmdastjórnarinnar dagana 17.–25. janúar 2005 og 116. fund framkvæmdastjórnarinnar dagana 26.–28. maí. Alþjóðaheilbrigðisdagurinn verður að venju haldinn 7. apríl og er hann tileinkaður mæðravernd. 58. alþjóðaheilbrigðisþingið verður haldið dagana 16.–25. maí og fundur Evrópuvæðingar WHO verður haldinn í Búkarest í Rúmeníu dagana 12.–15. september 2005.

### FUNDUR FRAMKVÆMDASTJÓRNAR WHO Í GENF 24.–26. MAÍ 2004

#### 1. Inngangur.

Dagana 24.–26. maí 2004, í beinu framhaldi af alþjóðaheilbrigðisþinginu, var haldinn 114. fundur framkvæmdastjórnar WHO í Genf. Var þetta þriðji fundur Íslands í stjórnasetu sinni og var fulltrúi Íslands Davíð Á. Gunnarsson kosinn á fundinum formaður framkvæmdastjórnarinnar til eins árs.

Fundurinn var lengri en venja er til því ákveðið var á fundi stjórnarinnar í janúar sama ár að málfundurinn yrði hér eftir lengdur um tvo daga til að leyfa betri dreifingu mála á milli þeirra tveggja árlegru funda sem framkvæmdastjórnin heldur en alls voru fjórar ályktanir samþykktar svo og tíu ákvarðanir teknar á fundinum.

Fyrir Íslands hönd sóttu fundinn Davíð Á. Gunnarsson, ráðuneytisstjóri og fulltrúi Íslands í framkvæmdastjórn, Ingimar Einarsson skrifstofustjóri, Vilborg Ingólfssdóttir, yfirhjúkrunarfræðingur landlæknisembættisins, Einar Magnússon yfirlyfjafræðingur, Helgi Már Arthúrssón upplýsingafulltrúi og Ásthildur Knútsdóttir, fulltrúi heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins í Genf.

#### 2. Stjórnarformennska Íslands.

Fulltrúi Íslands í framkvæmdastjórninni, Davíð Á. Gunnarsson, var eins og áður segir kosinn formaður framkvæmdastjórnarinnar á þessum fundi. Fráfarandi formaður framkvæmdastjórnarinnar var dr. Kwaku Afriyie, heilbrigðismálaráðherra Gana, en formaður stjórnarinnar er kosinn til eins árs í senn. Íslendingur hefur ekki áður gegnt þessu embætti, en fjórir áratugir eru síðan Norðurlandabúi var síðast kosinn til formanns framkvæmdastjórnar. Líta má á kosninguna sem viðurkenningu á því starfi sem Ísland hefur unnið á sviði heilbrigðismála og þeim málarekstri og flutningi sem Ísland hefur haft uppi í stjórninni en Ísland hefur lagt áherslu á málefni kvenna og barna, heilbrigða lífshætti og málefni fatlaðra og hreyfihamlaðra.

Þegar úrslit formannskosningar lágu fyrir flutti Davíð Á. Gunnarsson ræðu þar sem hann þakkaði traustið sem fulltrúa Íslands hefði verið sýnt. Hann gerði almenna grein fyrir áherslum Íslands í heilbrigðisþjónustu, en lagði jafnframt ríka áherslu á mikilvægi og samband heilbrigðisþjónustu og efnahagslegrar velgengni og uppbyggingar. Hann sagði í þessu sambandi að baráttu gegn fátækt í heiminum væri forgangsverkefni og undirstrikaði mikilvægi WHO á sviði baráttunnar gegn farsóttum sem herjuðu á tilteknum landsvæðum og ekki síður farsóttum sem ógnað gætu heiminum öllum.

Varaformenn framkvæmdastjórnarinnar voru kosnir dr. Osman frá Súdan, dr. Huerta Montalvo frá Ekvador, dr. Yin Li frá Kína og dr. Yoosuf frá Maldívejum en að auki var dr. Nyikal frá Kenja kosinn skýrslugjafi.

### 3. Ályktanir og helstu umræðuefni fundarins.

#### 3.1 Niðurstöður alþjóðaheilbrigðisþingsins 2004.

Farið var yfir þær ályktanir og ákvarðanir sem teknar voru á alþjóðaheilbrigðisþinginu 2004 en eitt af meginþemum þingsins var HIV og alnæmisáætlun stofnunarinnar um að þrjár milljónir manna í Afríku yrðu komnar á alnæmislyf fyrir lok árs 2005.

Margir létu í ljós áhuga á því að endurskoða vinnureglur alþjóðaheilbrigðisþingsins en gagnrýnt var að fyrsti dagurinn hefði nær allur farið í umræðuna um áheynaraðild Taívans að stofnuninni sem fékk enga niðurstöðu. Formaður framkvæmdastjórnarinnar lagði til að framkvæmdastjóri stofnunarinnar endurskoðaði vinnureglur alþjóðaheilbrigðisþingsins og legði fram tillögur sínar á næsta fundi stjórnarinnar í janúar 2005 og var það samþykkt.

#### 3.2 Meðhöndlun krabbameina.

Þessi umræða var í upphafi sett á dagskrá að beiðni Kanada en Tyrkland lagði að auki til að stofnaður yrði alþjóðasjóður fyrir meðhöndlun krabbameina en sú tillaga fékk ekki mikinn hljómgrunn aðildarríkja sem efuðust um að rétta leiðin væri að stofna sjálfstæðan sjóð sérstaklega í ljósi þess hversu kostnaðarsamt það yrði og ekki væri ljóst hverju sjóðurinn mundi skila.

Kanada lagði fram ályktun undir þessum lið um meðhöndlun krabbameina sem mikil umræða skapaðist um og var niðurstaðan sú að reynt var að koma öllum athugasemdum aðildarríkja á framfæri. Ályktunin var því orðin mjög yfirgripsmikil þegar hún fékk loks samþykki allrar framkvæmdastjórnarinnar.

Ísland skýrði frá því að krabbamein væru önnur algengasta dánarorsök á Íslandi bæði meðal karla og kvenna. Gagnreynd meðhöndlun á krabbameinum væri nauðsynleg til þess að minnka tíðni og dánartíðni af völdum krabbameina svo og að auka lífsgæði sjúklinga og fjölskyldna þeirra. Mikilvægt væri að aðildarríki ynnu náði með WHO og Alþjóðakrabbameinsrannsóknastofnuninni. Tíðni leghálskrabbameina á Íslandi hefði lækkað um 60% frá því að byrjað var á skipulagðri krabbameinsleit sem forvarnaaðgerð og erfðarannsóknir á krabbameinum á Íslandi mundu vonandi leiða til þess að lækning myndist við vissum tegundum krabbameina.

#### 3.3 Fötlun, meðhöndlun og endurhæfing.

Talið er að um 600 milljónir manna búi við fötlun af einhverju tagi og eiga fæstir þeirra kost á grunnheilbrigðisþjónustu og endurhæfingu. Vegna fjölda verkefna Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar hefur þessi hópur fengið minni athygli en skyldi og ákvað Ísland því með stuðningi Ástralíu, Kína, Ekvador, Gana, Rússlands og Taílands að leggja fram tillögu að ályktun um aukna áherslu WHO á réttindi fatlaðra á heilbrigðisþjónustu. Ályktunin fékk mikinn stuðning aðildarríkja þegar hún var rædd í framkvæmdastjórninni og lögð var áhersla á að hér væri átt við bæði andlega og líkamlega fötlun. Mörg aðildarríki lýstu yfir áhyggjum sínum varðandi stöðu aldraðra sem væru fatlaðir og hversu einangraður sá hópur væri. Í ályktuninni var m.a. farið fram á að aðalframkvæmdastjóri WHO aðstoðaði aðildarríki að safna gagnreyndum upplýsingum um kostnaðarhagkvæm inngríp, endurhæfingu og umönnun fatlaðra.

#### 3.4 Flutningur heilbrigðisstarfsfólks frá þróunarríkjunum.

Tveir dagskrárliðir um heilbrigðisstarfsfólk voru ræddir á fundinum en þetta sama efni var einnig á dagskrá á alþjóðaheilbrigðisþinginu vikunni áður. Þetta var mikið hitamál fyrir

Þróunarlöndin, þá sérstaklega Afríkuríkin sem vildu láta í ljós áhyggjur sínar af því hversu erfitt þau ættu með að halda heilbrigðisstarfsfólki í heimalandi sínu 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. Þess má geta að engin ályktun var lögð fram undir þessum lið.

### 3.5 Fuglaflensa.

Greint var frá því að fuglaflensa (e. Avian influenza) hefði brotist út í fiðurfénaði í nokkrum Asíulöndum sem rekja mætti til smits í Suður-Kóreu í desember 2003 en þessi tegund fuglaflensu var fyrst greind árið 1997. Í mars 2004 voru Taíland og Víetnam einu löndin þar sem menn höfðu látist af völdum veirunnar. Aðstæðum í Asíu var lýst og greint frá ráðstöfunum sem stjórnvöld höfðu gripið til í þeim tilgangi að reyna að koma í veg fyrir að faraldur brytist út meðal manna.

Mörg aðildarríki lýstu áhyggjum sínum af því að fuglaflensan gæti valdið nýjum influensufaraldri í heiminum. Þótt ekki væri hægt að spá fyrir um hvenær næsti influensufaraldur brytist út þá hefðu þessir faraldrar fylgt vissu munstri og á síðustu öld geisuðu þrír mannskæðir influensufaraldrar. Engin ályktun var lögð fram undir þessum lið.

### 3.6 Fundur áhugasamra hagsmunaaðila.

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin hefur í nokkur ár haldið árlega fundi fyrir áhugasama hagsmunaaðila. Þessir fundir hafa verið hugsaðir sem upplýsingafundir fyrir aðildarríki, frjáls félagasamtök og stofnanir sem við koma Alþjóðaheilbrigðismálastofnuninni. Einnig hefur verið litið á fundina sem fjáröflunarleið fyrir stofnunina en efast hefur verið um gagnsemi þeirra.

Framkvæmdastjórnin var ekki sammála um hvort halda ætti fundina árlega eða annað hvert ár. Mörgum fannst að reynsla hefði komist á fundina og gagnsemi þeirra aukist ár frá ári. Ákveðið var að fela aðalframkvæmdastjórnunum að taka tillit til þeirrar umræðu við skipulagningu funda í framtíðinni en engin ályktun var lögð fram undir þessum lið.

### 3.7 Geðhrifalyf: viðbótarreglur.

Lyfjasérfræðihópur Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar ákvað að bregðast við spurningum aðildarríkja um það hvernig flokka skyldi ný efni sem heyra undir geðvirk efni eða fikniefni. Fyrir liggja tveir alþjóðasamningar, annar um fikniefni frá árinu 1961 og hinn um geðvirk efni frá árinu 1971. Ákveðið var því að setja saman viðbótarreglur við þessa tvo samninga og voru þær reglur nú lagðar fyrir framkvæmdastjórnina til samþykktar.

Nokkur aðildarríki töldu reglurnar geta valdið misskilningi þar sem þær væru ekki nægilega nákvæmar. Ákveðið var því að láta lyfjasérfræðihóp WHO fara aftur yfir viðbótarreglurnar með tilliti til þeirra athugasemda sem framkvæmdastjórnin hafði. Viðbótarreglurnar yrðu svo lagðar aftur fyrir framkvæmdastjórnarfund í janúar 2005 til samþykktar.

### 3.8 Framleiðsla á alnæmislyfjum í þróunarlöndunum og framtíðarverkefni.

Mörg þróunarríki ræddu um vanda sem fylgdi því að tryggja alnæmislyf í löndum sínum. Helsta verkefnið væri að tryggja nægar birgðir alnæmislyfja og þannig viðhalda meðferð sjúklinga og koma um leið í veg fyrir að ónæmi myndast gegn veirunni. Flest þróunarríkin töldu einu leiðina fyrir sig til að tryggja nægar birgðir vera þá að þau hæfu sjálf framleiðslu á alnæmislyfjum sem væri hins vegar mjög kostnaðarsöm. Hægt væri að kaupa einhverjar

tegundir alnæmislyfja á lágu verði á alþjóðamarkaði en þar með væri ekki tryggt að hægt væri að nálgast nægar birgðir af lyfjunum eða viðhalda framboði á þeim. Þróunarríkin töldu einnig að framleiðsla í heimalandi gæti auðveldað þeim að semja um lægra lyfjaverð við einkageirann því ef samningar næðust ekki gætu þróunarríkin sjálf framleitt sömu lyf í samræmi við samning Alþjóðaviðskiptastofnunarinnar um hugverkarétt í viðskiptum.

Mörg aðildarríki töldu að WHO ætti að gegna eftirlitshlutverki hvað varðar gæði framleiðslu alnæmislyfja en framkvæmdastjóri stofnunarinnar taldi að stofnunin hefði ekki burði né mannskap til þess að fylgja því hlutverki eftir. Stofnuninni bæri hins vegar skylda til að upplýsa aðildarríki og vara þau við lággæðalyfjum og fölsunum. Engin ályktun var lögð fram undir þessum lið.

### 3.9 *Fjármagn til meðhöndlunar berkla.*

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin hefur lagt áherslu á að ef þúsaldarmarkmið Sameinuðu þjóðanna eigi fram að ganga sé mjög mikilvægt að ráðast gegn sjúkdómum á borð við berkla. Samþykkt var ályktun á fundinum sem m.a. hvatti aðildarríki til að verja nægum fjármunum í meðhöndlun berkla og tryggja að berklasjúklingar ættu kost á greiningu, meðferð og umönnun.

### 3.10 *Nefndir framkvæmdastjórnarinnar.*

Ákveðið var á fundinum að þrjár nefndir framkvæmdastjórnarinnar, þ.e. áætlananefnd, endurskoðunarnefnd og stjórnunar- og fjármálanefnd, yrðu sameinaðar. Þetta var tillaga vinnuhóps sem fór yfir verklagsreglur framkvæmdastjórnarinnar frá árinu áður. Tilgangurinn með endurskoðuninni var að auka skilvirkni nefndanna svo og samstarf þeirra við framkvæmdastjórnarfundina.

### 3.11 *Umsóknir tveggja matvælasamtaka um opinber samskipti við WHO.*

Umsóknir tveggja matvælasamtaka um að stofna til opinberra samskipta við WHO voru teknar fyrir á fundinum. Nokkur aðildarríki óskuðu eftir nánari upplýsingum frá þessum samtökum um hvort þau tengdust á einhvern hátt tóbaksíðnaðinum. Ef svo væri kæmi það í veg fyrir að hægt væri að stofna til opinberra samskipta við samtökin, ekki síst í ljósi þess að alþjóðaheilbrigðisþingið hafði samþykkt sérstakan tóbaksvarnasamning árinu áður. Upplýsingar þóttu ekki fullnægjandi og var ákveðið að fresta þessari ákvörðun fram að næsta framkvæmdastjórnarfundum og um leið var óskað eftir nánari upplýsingum frá þessum tveimur matvælasamtökum.

## 4. **Ályktanir fundarins.**

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

### FUNDUR SVÆÐISNEFNDAR WHO Í EVRÓPU Í KAUPMANNAHÖFN 6.–9. SEPTEMBER 2004

#### 1. **Inngangur.**

Fimmtugasti og fjórði fundur svæðisnefndar Evrópu var haldinn í Kaupmannahöfn dagana 6.–9. september 2004 í höfuðstöðvum svæðisskrifstofunnar. Fundurinn var vel sóttur að venju en 51 af 52 aðildarríkjum svæðisskrifstofunnar sendu fulltrúa sína á fundinn. Fulltrúar alþjóðasamtaka og alþjóðastofnana sóttu einnig fundinn.

Sir Leam Donaldson, landlæknir Bretlands, var kjörinn forseti fundarins, dr. Bozidar Voljc frá Slóveníu og dr. Godfried Thiers frá Belgíu varafundarstjórar og dr. Zhanna Tsenilova frá Úkraínu skýrslugjafi.

Fyrir Íslands hönd sóttu fundinn Davíð Á. Gunnarsson ráðuneytisstjóri, Sigurður Guðmundsson landlæknir, Ingimar Einarsson skrifstofustjóri, Vilborg Ingólfssdóttir, yfirhjúnunarfræðingur landlæknisembættisins, Helgi Már Arthúrssen upplýsingafulltrúi og Ásthildur Knútsdóttir, fulltrúi heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins í Genf.

Á fundinum voru samþykktar átta ályktanir en helstu tæknilegu málefni sem tekin voru fyrir í Evrópuáætlun varðandi langvinna sjúkdóma, niðurstaða og útkoma fjórða ráðherra-fundar WHO um umhverfi og heilbrigði sem haldinn var í Búdapest í júní 2004, áætlun fyrir útibú svæðisskrifstofu Evrópu og að lokum fjárlög WHO fyrir tímabilið 2006–2007. Að auki var farið yfir ályktanir og ákvarðanir sem teknar voru á alþjóðaheilbrigðisþinginu 2004 og á framkvæmdastjórnarfundunum tveimur sem haldnir voru í janúar og maí 2004. Þess má svo geta að dr. Marc Danzon var endurkjörinn framkvæmdastjóri svæðisskrifstofu Evrópu til næstu fimm ára og er það hans annað tímabil.

## 2. Ræða aðalframkvæmdastjóra WHO.

Aðalframkvæmdastjóri WHO dr. Jong Wook Lee hóf ræðu sína með því að votta Rússum samúð yfir nýafstöðnum hryðjuverkum í barnaskóla í Beslan í Rússlandi. Hann beindi athygli fundargesta að þremur atriðum sem leiddu starf WHO en þau væru öryggi, réttlæti og samstaða og að stofnunin þyrfti aukið fjármagn og mannauð til þess að halda þessum atriðum á lofti.

Hann lagði áherslu á að fjárhagsáætlun Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar fyrir tímabilið 2006–2007 yrði byggð á reynslu stofnunarinnar og mati á fyrri fjárhagsáætlunum hennar en að auki væri hún árangursmiðuð. Fjárhagsáætlunin væri byggð á forgangsmálefnum aðildarríkjanna og að hún styrkti og ýtti undir framgang ályktana sem aðildarríkin hefðu samþykkt. Að auki hefði verið litið á leiðir til að auka afköst og nýtingu fjármagns og mannauðs stofnunarinnar með auknu gegnsæi og áreiðanleika að markmiði.

Dr. Lee benti á að sífellt aukið hlutfall frjálsra framlaga miðað við þau föstu væri ekki sjálfbær þróun og að lögð væri áhersla á þetta í verkefnaáætlun stofnunarinnar fyrir tímabilið 2006–2015 sem kynnt yrði aðildarríkjum á næsta framkvæmdastjórnarfundum stofnunarinnar. Hann lagði áherslu á mikilvægi umræðunnar um fjárhagsáætlunina og verkefnaáætlun á fundi svæðisnefndarinnar og að tekið yrði tillit til tillagna aðildarríkjanna.

Að lokum hvatti dr. Lee aðildarríkin til að taka þátt í fundi vinnuhóps sem fer með endurskoðun alþjóðaheilbrigðisreglna sem kveða á um viðbrögð alþjóðasamfélagsins við smit-sjúkdómum á borð við HABL og fuglaflensu en fundur vinnuhópsins fór fram í nóvember í Genf sama ár.

Davíð Á. Gunnarsson talaði fyrir hönd Íslands og þakkaði dr. Lee fyrir baráttu hans gegn sjúkdómum og sagðist sannfærður um það að ef hann héldi áfram á sömu braut hefði hann vísan stuðning flestra Evrópuríkja.

## 3. Ræða framkvæmdastjóra Evrópuskrifstofu.

Aðildarríki Evrópuskrifstofunnar samþykktu á þessum fundi að tilnefna dr. Marc Danzon til áframhaldandi setu sem framkvæmdastjóra skrifstofunnar til næstu fimm ára. Dr. Danzon hóf ræðu sína á að votta Rússum samúð sína vegna nýafstaðinnar gíslatöku í barnaskólanum

í Beslan og sagði að atburðir sem þessir sýndu þörfina á að WHO styrkti mannúðarstarf sitt og getu til að takast á við þá ógn við heilsu manna sem stafaði af hryðjuverkum.

Því næst skýrði hann frá starfsemi svæðisskrifstofunnar og benti á verkefni sem skrifstofan þyrfti að vinna að á næstunni. Skrifstofan þyrfti að aðstoða þau 18 Evrópuríki sem fengið hefðu aukið fjármagn til að berjast gegn HIV og alnæmi, skrifstofan þyrfti því næst að vinna að gerð heims- og svæðisáætlana fyrir langvinna sjúkdóma, mikilvægt væri að mynda skýra skoðun Evrópuskrifstofunnar á endurskoðun alþjóðaheilbrigðisreglnanna, fá þyrfti fleiri aðildarríki Evrópu til að undirrita og fullgilda tóbaksvarناسamning WHO og fylgja þyrfti eftir fjórða ráðherrafundinum um umhverfi og heilsu sem haldinn hefði verið í Búdapest í júní 2004.

#### **4. Ályktanir og helstu málefni tekin fyrir á fundinum.**

##### *4.1 Ályktanir og ákvarðanir teknar á alþjóðaheilbrigðisþinginu og framkvæmdastjórnarfundum á árinu 2004.*

Þær ályktanir sem sérstaklega var minnst á voru heimsáætlun um mataræði, hreyfingu og heilsu, krabbameinsvarnir, fatlanir: endurhæfing, meðhöndlun og fyrirbygging, fjármögnun meðhöndlunar berkla og að lokum endurskoðun alþjóðaheilbrigðisreglna. Aðrar ályktanir sem við komu álfunni voru ályktanir um umferðaröryggi, eflingu meðferðar og umönnunar HIV og alnæmissjúkra og fólksflutningar heilbrigðisstarfsfólks.

Þrjár ályktanir voru taldar krefjast framkvæmdar af hálfu svæðisskrifstofunnar og var það ályktun um aukna áherslu á að ná alþjóðlegum þróunarmarkmiðum, einkum þeim er viðkoma kynheilbrigði, ályktun um heilsueflingu og heilbrigða lífshætti og að lokum ályktun um erfðafræði, sbr. umfjöllun um alþjóðaheilbrigðisþingið hér að framan.

##### *4.2 Evrópsk heilbrigðisskýrsla.*

Yfirmaður skrifstofu Evrópuskrifstofunnar sem fer með upplýsingamál greindi frá þeim framförum sem orðið hefðu í miðlun upplýsinga og þekkingarstjórnun í álfunni. Skrifstofan hafði þróað leiðbeiningar sem ættu að auðvelda þeim sem taka ákvarðanir innan heilbrigðisþjónustunnar að nálgast betri og gagnreyndari upplýsingar og úrlausnir um stefnumyndun á heilbrigðisviði. Þessar upplýsingar væru aðgengilegar m.a. í gegnum gagnasafn og vefsíðu Evrópuskrifstofunnar. Þessi aukna áhersla á upplýsingamál hefði átt mikinn þátt í undirbúningi evrópskrar heilbrigðisskýrslu sem gefin verður út í maí árið 2005. Þema heilbrigðisskýrslunnar væri hvernig hægt væri að koma þekkingu í framkvæmd með því að efla uppbyggingu innan heilbrigðiskerfisins. Helstu málefni sem tekin væru fyrir í skýrslunni væru heilbrigði og þroski barna og hvernig fátækt og ójöfnuður kemur í veg fyrir að einstaklingar notfæri sér heilbrigðisþjónustuna og að lokum þau úrræði sem nú þegar eru til og koma eiga í veg fyrir sjúkdóma og stuðla að auknu heilbrigði.

##### *4.3 Endurskoðun á stuðningi Evrópuskrifstofunnar við aðildarríkin.*

Sérstök ályktun var samþykkt árið 2000 sem kvað á um að stuðningur Evrópuskrifstofunnar við löndin sem falla undir umdæmi hennar yrði endurskoðaður og endurskipulagður. Mikill hluti undirbúningsvinnunnar hefði farið í að útbúa mælitæki til að mæla hvernig þessi stuðningur hefur skilað sér í hverju landi fyrir sig en þeirri vinnu er hvergi nærri lokið. Eitt af stærstu málunum undir þessum lið væri endurskoðun á áætluninni *heilbrigði fyrir alla*. Við endurskoðunina hefði verið leitast við að svara eftirfarandi spurningum, þ.e. hvaða áhrif áætlunin hafði haft á heilbrigðisstefnur landa, hvaða gildi áætlunin

hafði haft fyrir aðildarríki, hvað gæti nýst þeim best sem sjá um stefnumótun heilbrigðiskerfa og hvernig standa skyldi að gerð leiðbeininga fyrir þá sem sjá um stefnumótunina. Skrifstofan sagðist vera að setja saman drög sem send yrðu aðildarríkjunum í byrjun árs 2005. Aðildarríkin yrðu síðan beðin um að koma með athugasemdir við drögin en þau yrðu svo tekin fyrir til samþykktar á fundi svæðisnefndar Evrópu í september 2005.

#### 4.4 Evrópuáætlun varðandi langvinna sjúkdóma.

Þeir sjúkdómar sem teljast til langvinna sjúkdóma eru m.a. hjarta- og æðasjúkdómar, krabbamein, sjúkdómar í öndunarferum, sykursýki og geðsjúkdómar. Baráttan gegn þessum sjúkdómum er meginverkefni heilbrigðisþjónustu allra Evrópuríkja og jafnframt eru þeir ein helsta orsök ótímabærra dauðsfalla í álfunni. Hægt væri að koma í veg fyrir mörg þessara dauðsfalla með tiltölulega litlum inngrípum en þessir sjúkdómar valda um 77% af sjúkdómsbyrðinni og orsaka 86% af dauðatilfellum í álfunni svo ekki sé minnst á byrði þeirra á sjúklinga, fjölskyldur þeirra, heilbrigðiskerfi og efnahag Evrópuríkjanna.

Mörg aðildarríki bentu á hve flókið og erfitt væri að eiga við langvinna sjúkdóma og að reynslan hefði verið sú að lagasetningar hefði skilað betri árangri en áróðursherferðir sem beindust að því að minnka áhættuhegðun. Áætlanir aðildarríkja sem sneru að heilbrigðara mataræði og hvernig hægt væri að varast áhættuþætti hefðu samt haft góð áhrif í mörgum löndum. Það sem einkenndi marga þessara sjúkdóma væri að þeir væru oft ógreindir og þar með ekki meðhöndlaðir. Áætlun sem þessi þyrfti því að taka á fyrirbyggingu, meðferð og endurhæfingu.

Norðurlöndin lögðu áherslu á að Evrópuskrifstofan ráðfærði sig við aðildarríkin og gæfi þeim tækifæri til að taka þátt í gerð áætlunarinnar. Enn fremur lögðu Norðurlöndin áherslu á mikilvægi þess að benda á áhættuþætti tengda tóbaksnotkun og áfengismisnotkun í áætlun sem þessari.

#### 4.5 Fjárhagsáætlun WHO fyrir tímabilið 2006–2007.

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin kynnti á árinu miklar breytingar á því hvernig fjármagni yrði skipt innan stofnunarinnar og milli svæðisskrifstofanna. Með nýjum framkvæmdastjóra dr. Lee mundi stofnunin beita sér fyrir því að auka starfsemi svæðisskrifstofanna með því að færa til þeirra starfsemi og fjármagn frá höfuðstöðvum stofnunarinnar í Genf. Áætlað var að fyrir næsta tímabil 2006–2007 mundu fjárlög WHO hækka um 12,8%, þar af mundu fóst framlög aðildarríkjanna hækka um 9% en allar svæðisskrifstofur fá aukið fjármagn, sbr. töflu (fjárhæðir í þúsundum bandaríkjadala):

	Fjárlög 2004–2005	Fjárlög 2005–2006	Aukning/lækkun á fjármagni
Afríkuskrifstofan	744.735	887.543	19,2%
Ameríkuskrifstofan	167.227	197.000	17,8%
Suðaustur-Asíuskrifstofan	284.954	334.474	17,4%
Evrópuskrifstofan	158.282	200.575	26,7%
Austur-Miðjarðarhafsskrifstofan	284.349	352.451	24,0%
Vestur-Kyrrahafsskrifstofan	193.536	232.861	20,3%
Höfuðstöðvar	991.028	980.200	-1,2%
<b>Samtals</b>	<b>2.824.111</b>	<b>3.185.104</b>	<b>12,8%</b>



Aðildarríkin lögðu áherslu á að ef hækka ætti fjárlögin þyrfti stofnunin einnig að kanna hvort hægt væri að lækka kostnaðarliði með auknum afköstum, auknu gegnsæi og lækkun stjórnunarkostnaðar. Mörg aðildarríki lýstu áhyggjum sínum af því að föst framlög aðildarríkjanna væru aðeins um 30% af heildarfrjálmagnni stofnunarinnar en frjáls framlög um 70%, sérstaklega í ljósi þess hve mörg þessara frjálsu framlaga væru merkt vissum verkefnum sem gæti hamlað stofnuninni að ákveða sín eigin forgangsverkefni.

Ekki lágu ítarlegri upplýsingar fyrir um fjárhagsáætlunina og var aðildarríkjum bent á að nánari upplýsingar yrðu lagðar fyrir framkvæmdastjórnarfund stofnunarinnar í janúar 2005.

#### 4.6 Áætlun fyrir útibú Evrópuskrifstofunnar.

Á fundi Evrópudeildar WHO árið 2003 var skrifstofan beðin um að skoða fyrirkomulag varðandi útibú skrifstofunnar í aðildarríkjum Evrópu og búa til áætlun um það hvernig standa skyldi að rekstri þeirra í framtíðinni. Stofnaður var vinnuhópur sem tók saman starfsemi útibúanna svo og fjármál og starfsmannamál þeirra og setti fram áætlun um hvernig best væri að skipuleggja vinnu útibúanna. Engar reglur voru til um það hvernig stofna skyldi þessi útibú né skilgreining á starfsemi þeirra og komst vinnuhópurinn að því að útbúa þyrfti leiðbeiningar fyrir útibúin svo að tryggt yrði að þau störfuðu í samræmi við starfshætti Evrópuskrifstofunnar. Vinnuhópurinn lagði nú fram áætlun þar sem áhersla var lögð á að svæðisskrifstofan tryggði að útibúin væru samþætt starfsemi svæðaskrifstofunnar. Litið var á útibúin sem beinan tengilið við þau lönd sem hýstu þær og var bent á nauðsyn þess að nefnd svæðaskrifstofunnar væri höfð með í ráðum þegar opna eða loka ætti útibúi. Áætlunin fór svo fram á að framkvæmdastjóri svæðaskrifstofunnar gæfi reglulega út skýrslu um starfsemi útibúanna.

Norðurlöndin studdu áætlunina og sjá hana sem gott tæki til að bæta stjórnun og samræmi milli útibúanna og skrifstofunnar. Mikilvægt væri að útibúin löguðu sig að forgangsroðun verkefna Evrópuskrifstofunnar.

#### 4.7 Fjórða ráðherraráðstefnan um umhverfi og heilbrigði.

Ráðherraráðstefnan um umhverfi og heilbrigði var haldin í Búdapest dagana 23.–25. júní 2004. Bent var á það að sjúkdómsbyrði vegna sjúkdóma af völdum umhverfisþátta, svo sem vegna loftmengunar innan dyra eða óhreins vatns, yllu um þriðjungi allra dauðatilfella barna í heiminum. Í Búdapest var sett fram og samþykkt áætlun um heilsusamlegt umhverfi barna í Evrópu og voru þar sett fram fjögur forgangsverkefni: að minnka tíðni magasjúkdóma með því að tryggja aðgengi að hreinu vatni, að lækka tíðni slysa og meiðsla, að minnka tíðni öndunarferasjúkdóma af völdum loftmengunar og að lokum að lækka tíðni sjúkdóma af völdum eiturefna.

Aðildarríkin lýstu yfir ánægju sinni með ráðherraráðstefnuna og samþykktu ályktun sem kveður á um hvernig framfylgja skyldi áætluninni um heilsusamlegt umhverfi barna í Evrópu.

### 5. Ályktanir fundarins.

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

AUKAFUNDUR FRAMKVÆMDASTJÓRNAR WHO  
Í REYKJAVÍK 9.–10. DESEMBER 2004

**1. Inngangur.**

Dagana 9.–10. desember 2004 var haldinn aukafundur framkvæmdastjórnar WHO í Reykjavík og var þetta í fyrsta skipti sem framkvæmdastjórn stofnunarinnar heldur fund hér á landi. Sú venja hefur skapast að aukafundir framkvæmdastjórnarinnar eru haldnir nær annað hvert ár í heimalandi sitjandi formanns framkvæmdastjórnarinnar en Davíð Á. Gunnarsson, ráðuneytisstjóri í heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu, var kjörinn formaður framkvæmdastjórnarinnar í maí 2004.

Fundurinn var vel sóttur en auk 32 fulltrúa framkvæmdastjórnar WHO og staðgengla þeirra sóttu fundinn forstöðumenn svæðisskrifstofa stofnunarinnar, starfslið aðalskrifstofunnar í Genf, þar á meðal æðsti yfirmaður WHO dr. Lee Jong-wook, auk gestafyrirlesara og túlka.

Fundurinn var lokaður öðrum en framkvæmdastjórn, starfsliði stofnunarinnar og gestafyrirlesurum en á honum var fjallað um áhrif ólíkra þátta á lýðheilsu í heiminum á komandi árum.

Jón Kristjánsson heilbrigðisráðherra ávarpaði framkvæmdastjórnina í upphafi fundarins og Gunnar Snorri Gunnarsson flutti ávarp fyrir hönd utanríkisráðherra við lok fundarins. Að auki hitti framkvæmdastjórnin forseta Íslands, Ólaf Ragnar Grímsson, og Halldór Ásgrímsson forsætisráðherra.

Það var álit allra sem stóðu að fundinum að hann hefði tekist mjög vel. Framkvæmdastjórn WHO var jafnframt kynnt starfsemi og skipulag íslenskrar heilbrigðisþjónustu og helstu verkefni sem unnið er að á sviði heilbrigðismála.

**2. Umræðuefni fundarins.**

Á fundinum voru ræddir þeir ólíku þættir sem gætu haft áhrif á lýðheilsu í heiminum á komandi árum eða til ársins 2015. Settar voru fram fjórar mismunandi framtíðarsýnir um hvert gæti stefnt í heilbrigðismálum heimsins og voru þær ræddar. Þátttakendur voru sam-mála um að það krefðist framsýni og skipulagningar að geta brugðist við heilbrigðisáskorunum framtíðarinnar. Þessi skipulagning var talin geta byggst á reynslu en að auki þyrfti að taka óvissu framtíðarinnar með í reikninginn. Erfitt væri að setja niður nákvæma spá um framtíðina en hægt væri að setja upp mismunandi dæmi um hvað hún gæti borið í skauti sér. Miklar framfarir hafa orðið á sumum sviðum heilbrigðismála síðustu árin en þessum framförom hefur verið misskipt. Bent var á að í 16 löndum væri barnadauði undir fimm ára aldri hærri nú en um aldamótin 1900. Þau heilbrigðisvandamál sem heimurinn stendur frammi fyrir eru síbreytileg. Heimurinn verður áfram fyrir nýjum og óþekktum faröldrum og eldri faraldrar taka sig upp aftur. Tíðni langvinnra sjúkdóma virðist vera að aukast. Heilbrigðis-kerfi margra landa er í uppbyggingu og ríkisstjórnir reyna að finna skilvirkar og kostnaðarsparandi leiðir til að takast á við ný og gömul heilbrigðisvandamál.

Alnæmisfaraldurinn, HABL og fuglaflensa hafa ógnað heiminum og aukið hræðslu manna um að skæðari faraldrar en við urðum vitni að á síðustu öld brjótist út. Í alþjóðavæddum heimi þar sem samgöngur eru auðveldar gæti slíkur faraldur haft alvarlegar afleiðingar í för með sér bæði fyrir heilsu og efnahag heimsins.

Fyrsta framtíðarsýnin sem rædd var gerði ráð fyrir að ástandið héldist óbreytt þar sem heilsa jarðarbúa batnaði þegar litið væri á heildina en mismunur héldist milli ríkra og fátækra. Önnur framtíðarsýnin var svart-sýnisspá sem gerði ráð fyrir mikilli efnahagslægd svo

og hamförum bæði af völdum náttúru og manna. Með því gæti skapast mikill mismunur á milli ríkja þar sem minni fjárfesting væri lögð í mannaúð. Sjúkdómar, veikindi og dánartíðni mundu aukast, þar sem heilsa fátækra versnaði hvað mest eða það mikið að framfarir í heilbrigðismálum mundu ekki vega upp á móti þessari þróun. Þriðja framtíðarsýnin gerir ráð fyrir að stefnumótunaraðilar notfæri sér markaðinn til að þróa sanngjarna heilbrigðisþjónustu og stuðla að viðeigandi tækniþróun sem hagnaðist þjóðum og efnahag þeirra og þá sérstaklega illa settum þjóðfélagshópum. Heilbrigði mundi aukast þó svo að enn ríkti einhver ójöfnuður á milli ríkra og fátækra. Fjórdá framtíðarsýnin er hvað bjartsýnust og gerir ráð fyrir að heimurinn sameinist um gildismat um mikilvægi góðrar heilsu alls mannkyns. Heilbrigði allra ykist og misjöfnuður mundi minnka til muna. Þessi dæmi voru rædd til hlítar og munu vera framkvæmdastjórninni hjálpleg á fundi hennar í janúar 2005 og marka áherslur stofnunarinnar til ársins 2015 og gera hana færari um að takast á við heilbrigðisverkefni framtíðarinnar.

### Fylgiskjal I.

#### Ályktanir 113. framkvæmdastjórnarfundarins.

Nr.	Efni ályktunar	Bakgrunns-skjöl	Niðurstaða
EB113.R1	Meðhöndlun og eftirlit með Buruli-sárum	EB113/40	WHO hvött til að veita tækniástoð við alþjóðlegt átak gegn sjúkdómnum með það að markmiði að auka þekkingu og skilning á honum. WHO hvött til að stuðla að samvinnu ríkja og stuðla að auknum rannsóknum, meðferð og fyrirbyggingu sjúkdómsins. Aðildarríki hvött til að taka þátt í alþjóðlegu átaki gegn sjúkdómnum og auka rannsóknir á greiningu, meðhöndlun og fyrirbyggingu sjúkdómsins. Aðildarríki hvött til að skrá útbreiðslu sjúkdómsins og að auka tímanlega greiningu og meðferð hans.

Nr.	Efni ályktunar	Bakgrunns- skjöl	Niðurstaða
EB113.R2	Heilsuefning og heilbrigðir lífshættir	EB113/7	<p>WHO hvött til að veita heilsuefningu forgang meðal verkefna stofnunarinnar og að aðstoða aðildarríki við að sporna gegn áhættuþáttum, s.s. óhófsamri áfengisneyslu.</p> <p>WHO hvött til að styðja gagnreyndar aðferðir við heilsuefningu og að veita aðildarríkjum tækniástoð við að mynda heilsuefningaráætlanir.</p> <p>WHO hvött til að aðstoða aðildarríki við að þróa og setja upp tóbaksvarnaáætlanir.</p> <p>WHO beðin um að leggja fram skýrslu um heilsuefningu og heilbrigða lífshætti á alþjóðaheilbrigðisþinginu 2005, þar með talda skýrslu um áfengisvarnastarf WHO.</p> <p>Aðildarríki hvött til að efla innleiðingu heilsuefningaráætlana með sérstakri áherslu á viðkvæma þjóðfélags hópa.</p> <p>Aðildarríki hvött til að styrkja gagnreyndar leiðir til árangursríkrar heilsuefningar sem hluta af heilbrigðiskerfi hvers lands.</p> <p>Aðildarríki hvött til að veita heilsuefningu barna og ungs fólks forgang með því að auka aðgang þeirra að tómstundastarfi og stuðningsríku umhverfi og þar með auðvelda þeim að taka upp og viðhalda heilbrigðum lífsháttum.</p> <p>Aðildarríki hvött til að veita áfengisneyslu aukna athygli sem áhættuþætti, sérstaklega meðal ungs fólks, óléttra kvenna, ökumanna og á vinnustöðum.</p> <p>Aðildarríki hvött til að setja upp tóbaksvarnaáætlanir.</p>
EB113.R3	Umferðaröryggi og heilsa	EB113/9	<p>WHO hvött til að auka skilning á afleiðingum umferðarslysa og mikilvægi fyrirbyggingar.</p> <p>WHO hvött til í samstarfi við aðildarríki að mynda gagnreyndar heilbrigðisstefnur og áætlanir með það að markmiði að fækka umferðarslysum og minnka afleiðingar þeirra.</p> <p>WHO hvött til að starfa með aðildarríkjum, öðrum stofnunum SP og fjálsam félagsamtökum við að byggja upp getu til að koma í veg fyrir umferðarslys.</p> <p>WHO hvött til að skipuleggja reglulega fundi sérfræðinga um umferðaröryggi og að leggja fram skýrslu um framgang mála á alþjóðaheilbrigðisþinginu árið 2007.</p> <p>Aðildarríki hvött til að hafa fyrirbyggingu umferðarslysa sem hluta af heilbrigðiskerfi sínu.</p> <p>Aðildarríki hvött til að rannsaka byrði umferðarslysa í heimalandi og tryggja að nægilegt fjármagn, aðstaða og mannaflí sé til staðar til að takast á við umferðarslys.</p> <p>Aðildarríki hvött til að setja á laggirnar opinbera stofnun eða tengilið fyrir umferðaröryggi og að auðvelda samstarf mismunandi hagsmunaaðila.</p> <p>Aðildarríki hvött til að styrkja slysa- og endurhæfingarþjónustu sína og að notast við alþjóðaskýrslu um fyrirbyggingu umferðarslysa til að skipuleggja og innleiða viðeigandi fyrirbyggjandi áætlanir.</p> <p>Aðildarríki hvött til að tryggja að heilbrigðisráðuneyti taki þátt í að mynda stefnur um fyrirbyggingu umferðarslysa og athugi möguleikann á auknu fjármagni til umferðaröryggis, t.d. með stofnun þar til gerðs sjóðs.</p>

Nr.	Efni ályktunar	Bakgrunns- skjöl	Niðurstaða
EB113.R4	Erfðafræði og alþjóðaheilbrigði	EB113/13	<p>WHO hvött til að styðja aðildarríki við gerð stefna varðandi erfðafræðirannsóknir og að aðstoða aðildarríki við að notfæra sér ávinning framfara innan erfðafræðinnar sem tengjast lausn heilbrigðisvandamála.</p> <p>WHO hvött til að gera hlutverk sitt sýnilegra og að auðvelda samskipti milli þróunarríkjanna og þróaðra ríkja í notkun og meðhöndlun á erfðatækni með lausn heilbrigðismála að markmiðið.</p> <p>Aðildarríki hvött til að samþykka tillögurnar í skýrslu ráðgjafanefndar um heilbrigðisrannsóknir í erfðafræði.</p> <p>Aðildarríki hvött til að stuðla að auknu samstarfi á milli mismunandi hagsmunaaðila og að auka áhersluna á siðfræði og miðlun upplýsinga varðandi líftækni.</p>
EB113.R5	Líffæra- og vefjaígræðslur	EB113/14	<p><i>Úr mönnum í menn:</i></p> <p>WHO hvött til að halda áfram að skoða og safna upplýsingum um meðferðir, öryggi, gæði, skilvirkni og faraldsfræði ígræðsla, þar með talið siðfræðilegar spurningar sem vakna t.d. varðandi lífandi líffæragjafa til að uppfæra reglur stofnunarinnar um ígræðslur (e. Guiding Principles on Human Organ Transplantation).</p> <p>WHO hvött til að aðstoða aðildarríki við að koma í veg fyrir ólögleg viðskipti með líffæri og vefi.</p> <p>Aðildarríki hvött til að útbúa yfirlit yfir uppruna, meðferð og ígræðslur fruma, líffæra og vefja og að taka þátt í að útbúa alþjóðareglur sem innihalda lágmarksskilyrði fyrir líffæragjafa.</p> <p>Aðildarríki einnig hvött til að setja upp síðanefnd varðandi ígræðslur.</p> <p><i>Úr dýrum í menn:</i></p> <p>WHO hvött til að stuðla að alþjóðlegu samstarfi og söfnun upplýsinga um þessar tegundir ígræðslna á alþjóðavísu.</p> <p>WHO hvött til að upplýsa aðildarríki um sýkingar sem geta orðið af völdum þessarar tegundar af ígræðslu og að veita aðildarríkjum tækniástoð eftir þörfum.</p> <p>Aðildarríki hvött til að leyfa þessa gerð af ígræðslu aðeins ef til staðar er eftirlitskerfi heilbrigðisyfirvalda í landinu.</p> <p>Aðildarríki hvött til að taka þátt í myndun alþjóðareglna til að koma í veg fyrir að sýkingar berist á milli dýra og manna með ígræðslum.</p> <p>Aðildarríki hvött til að taka þátt í alþjóðaeftirliti og fyrirbyggingu sýkinga.</p>
EB113.R6	Meðhöndlun afrísku svefnisýkinnar	EB113/5	<p>WHO hvött til að koma í veg fyrir frekari útbreiðslu sjúkdómsins með því að bæta áætlanir um fyrirbyggingu og að stuðla að aukinni samvinnu við að eiga við smitferjur og koma í veg fyrir útbreiðslu sjúkdómsins í búfenaði.</p> <p>WHO hvött til að halda áfram samvinnu við UNICEF, UNDP og Alþjóðabankann og að upplýsa alþjóðaheilbrigðisþingið um ganga mála, annað hvert ár.</p> <p>Aðildarríki hvött til að halda áfram að koma í veg fyrir útbreiðslu sjúkdómsins og að tryggja næga fjármuni og heilbrigðisstarfsfólk á þeim svæðum þar sem sjúkdómurinn er landlægur.</p>

Nr.	Efni ályktunar	Bakgrunns- skjöl	Niðurstaða
EB113.R7	Drög að alþjóðaáætlun um mataræði, hreyfingu og heilsu	EB113/44, EB113/44 Add.1	WHO hvött til að halda áfram að styrkja vinnu varðandi næringar- og snefilefnaskort í samstarfi við aðildarríki og veita aðildarríkjum tækniástoð við að innleiða áætlunina. WHO hvött til að fylgjast með rannsóknum á næringu, hreyfingu og heilsu og stuðla að samstarfi meðal stofnana SP og annarra hagsmunaaðila við að stuðla að bættu mataræði og aukinni hreyfingu. WHO hvött til að leggja fram skýrslu um gang mála á alþjóðaheilbrigðisþinginu 2006. Aðildarríki hvött til að meta og fara eftir ráðleggingum skýrslunnar með það að markmiði að lækka tíðni langvinnra sjúkdóma. Aðildarríki hvött til að styðja við framkvæmd ráðlegginga skýrslunnar og hvetja til heilsusamlegra lífshátta sem fela í sér heilsusamlegt mataræði og aukna hreyfingu. Aðildarríki hvött til að skilgreina markmið og útbúa leiðbeiningar um heilsusamlegt mataræði og aukna hreyfingu og að stuðla að umhverfi þar sem einstaklingar bera sjálfir ábyrgð á því að taka upp heilsusamlega lífshætti.
EB113.R8	Tilnefning framkvæmdastjóra svæðisskrifstofu Suðaustur-Asíu	EB113/21	Dr. Samlee Plianbangchang var kosinn framkvæmdastjóri svæðisskrifstofu Suðaustur-Asíu til næstu 5 ára frá og með 1. mars 2004.
EB113.R9	Dr. Uton Muchtar Rafei tjáðar þakkir	EB113/	Dr. Uton Muchtar Rafei, fráfarandi framkvæmdastjóra svæðisskrifstofu Suðaustur-Asíu, þakkað fyrir 10 ára starf.
EB113.R10	Tilnefning framkvæmdastjóra svæðisskrifstofu Vestur-Kyrrahafs	EB113/22	Dr. Shigeru Omi var endurkjörinn framkvæmdastjóri svæðisskrifstofu Vestur-Kyrrahafsins til næstu 5 ára frá og með 1. febrúar 2004.
EB113.R11	Kynheilbrigði: áætlun um hvernig auka megí áherslu á að ná alþjóðaþróunarmarkmiðum	EB113/15, EB113/15 Add.1	WHO hvött til að styðja þau aðildarríki sem þess óska að innleiða áætlunina og meta áhrif hennar og árangur. WHO hvött til að veita þessu málefni nægilegan forgang og að veita mæðra- og ungbarnavernd sérstaka athygli í fyrstu áfangaskýrslu WHO sem lögð verður fram árið 2005. WHO hvött til að leggja reglulega, a.m.k. annað hvert ár, fram skýrslu um framgang áætlunarinnar fyrir alþjóðaheilbrigðisþingið. Aðildarríki hvött til að tileinka sér og innleiða áætlunina og að taka tillit til kynheilbrigðis við stefnumörkun innan heilbrigðisþjónustunnar. Aðildarríki hvött til að gera heilbrigðiskerfi sín færari um að veita kynheilbrigðisþjónustu, með sérstakri áherslu á mæðra- og ungbarnavernd. Aðildarríkin hvött til að fylgja eftir framkvæmd áætlunarinnar með það í huga að hún nýtist fátækum, unglingum og karlmönnum og að hún styrki kynheilbrigðisþjónustu á öllum sviðum. Aðildarríki hvött til að tryggja að tekið sé tillit til kynheilbrigðis þegar unnið er að því að ná þúsaldarmarkmiðum SP.

Nr.	Efni ályktunar	Bakgrunns-skjöl	Niðurstaða
EB113.R12	Heilbrigði fjölskyldunnar í ljósi þess að tíu ár eru liðin frá því að haldið var upp á alþjóðlegt ár fjölskyldunnar	EB113/45	<p>WHO hvött til að auka skilning á málefnum fjölskyldunnar og að styðja aðildarríki við að styrkja heilbrigðisstefnur sínar hvað þetta málefni varðar.</p> <p>WHO hvött til að aðstoða aðildarríki við þróun, notkun og viðhald upplýsingakerfa um gagnreynd heilbrigðisinngríp sniðin að þörfum fjölskyldunnar.</p> <p>WHO og aðildarríki hvött til að standa við alþjóðlegar skuldbindingar og markmið sem varða fjölskylduna.</p> <p>WHO hvött til að beina athygli að málefnum fjölskyldunnar í starfi stofnunarinnar og að vinna með efnahags- og félagsmálaskrifstofu SP, UNICEF, UNFPA og öðrum stofnunum SP að því sem viðkemur heilbrigði fjölskyldunnar.</p> <p>WHO hvött til að leggja fram skýrslu á alþjóðaheilbrigðisþinginu árið 2006 um framgang mála.</p> <p>Aðildarríki hvött til að skoða stefnur stjórnvalda með tilliti til þess að fjölskyldur fái að njóta stuðningsríks umhverfis og að tryggð sé viðeigandi löggjöf til að aðstoða umsjónarmenn barna að veita þeim sem besta umönnun, fæði og skjól.</p> <p>Aðildarríki hvött til að styrkja samstarf milli ríkisstofnana og félagsamtaka í viðleitninni að aðstoða fjölskyldur að fullnægja heilsu og þroskaþörfum allra fjölskyldumeðlima.</p>
EB113.R13	Skýrsla alþjóðlegu embættismannanefndarinnar	EB113/19	Ákveðið var að framlengja reynslutíma á feðraorlofi innan stofnunar til janúar 2005.
EB113.R14	Samstarf WHO við stofnanir aðrar en ríkisstofnanir	EB113/23	<p>Ákveðið var að stofna til samstarfs við Alþjóðaunglinga- og barnageðlæknasambandið, Alþjóðasamband lyfjafræðinema og Alþjóðaráð sjóntækjafræðinga.</p> <p>Ákveðið var að leggja niður samstarf við Alþjóðþingmanna-sambandið en sambandið mun hafa áheyrnaraðild að alþjóðaheilbrigðisþingi WHO.</p> <p>Ákveðið var að leggja niður samstarf við gigtlækninga-sambandið.</p>
EB113.R15	Samhæfingarnefnd WHO, UNICEF og UNFPA um heilsu	EBPDC10/7, EBPDC10/5	<p>Ákveðið var að leggja niður samhæfingarnefndina.</p> <p>Aðalframkvæmdastjóri WHO beðinn um að koma þessari ályktun á framfæri við framkvæmdastjórn UNICEF og UNFPA.</p> <p>WHO hvött til að halda áfram að styrkja annað samstarf við UNICEF og UNFPA á sviði heilbrigðismála.</p>

## Fylgiskjal II.

### Ályktanir 57. alþjóðaheilbrigðisþingsins.

#### 1. Tæknileg málefni.

Nr.	Efni ályktunar	Bakgrunns-skjöl	Aðalskrifstofa WHO hvött til:	Aðildarríkin hvött til:
WHA57.1	Meðhöndlun og eftirlit með Buruli-sárum	WHA57/5	Að veita tækniástoð við alþjóðlegt átak gegn sjúkdómnum með það að markmiði að auka þekkingu og skilning á honum. Að stuðla að samvinnu ríkja við sjúkdómsvarnir og endurhæfingarþjónustu. Að stuðla að auknum rannsóknum, meðferð og fyrirbyggingu sjúkdómsins í samvinnu við UNICEF, UNDP og Alþjóðabankann.	Að taka þátt í alþjóðlegu átaki gegn sjúkdómnum. Að auka rannsóknir á þróun aðferða við greiningu, meðhöndlun og fyrirbyggingu sjúkdómsins. Að skrá útbreiðslu sjúkdómsins. Að auka tímanlega greiningu og meðferð.
WHA57.2	Meðhöndlun afrísku svefnisýkinnar	WHA57/6, WHA50.36, WHA56.7	Að koma í veg fyrir frekari útbreiðslu sjúkdómsins með því að bæta áætlanir um fyrirbyggingu. Að stuðla að aukinni samvinnu við að eiga við smitferjur og koma í veg fyrir útbreiðslu sjúkdómsins í búfénaði. Að halda áfram samvinnu við UNICEF, UNDP og Alþjóðabankann. Að upplýsa alþjóðaheilbrigðisþingið um ganga mála, annað hvert ár.	Að halda áfram að koma í veg fyrir útbreiðslu sjúkdómsins. Að tryggja næga fjármuni og heilbrigðisstarfsfólk á þeim svæðum þar sem sjúkdómurinn er landlægur.
WHA57.9	Útrýming sjúkdóms af völdum Gíneuormsins	WHA57/33	Að veita aðildarríkjum þann stuðning sem þarf til að útrýma sjúkdómnum.	Aðildarríki þar sem sjúkdómurinn er enn landlægur eru hvött til að leggja meiri áherslu á útrýmingu sjúkdómsins. Að tryggja pólitískan stuðning. Að útrýma sjúkdómnum fyrir árið 2009.



Nr.	Efni ályktunar	Bakgrunnsskjöl	Aðalskrifstofa WHO hvött til:	Aðildarríkin hvött til:
WHA57.10	Umferðaröryggi og heilsa	WHA57/10, WHA57/10 Add.1 WHA27.59 UNGA58/9 UNGA58/289	<p>Í samstarfi við aðildarríki að mynda gagnreyndar heilbrigðisstefnur og áætlanir með það að markmiði að fækka umferðarslysnum og minnka afleiðingar þeirra.</p> <p>Að hvetja til rannsókna á gagnreyndum aðferðum við að koma í veg fyrir umferðarslys og afleiðingar þeirra.</p> <p>Að veita tækniaðstoð við styrkingu áfallahjálpar.</p> <p>Að starfa með aðildarríkjum, öðrum stofnunum SP og frjálsum félagasamtökum við að byggja upp getu til að koma í veg fyrir umferðarslys.</p> <p>Að viðhalda og auka skilning á afleiðingum og fyrirbyggingu umferðarslysa.</p> <p>Að skipuleggja reglulega fundi sérfræðinga til að miðla upplýsingum um hvernig auka megi umferðaröryggi.</p> <p>Að leggja fram skýrslu um framgang mála á alþjóðaheilbrigðisþinginu árið 2007.</p>	<p>Að fyrirbygging umferðarslysa verði hluti að heilbrigðiskerfinu.</p> <p>Að rannsaka byrði umferðarslysa í heimalandi og tryggja nægilegt fjármagn, aðstöðu og mannafla til að takast á við umferðarslys.</p> <p>Að setja á laggimar opinbera stofnun eða tengilið fyrir umferðaröryggi.</p> <p>Að auðvelda samstarf mismunandi hagsmunaaðila.</p> <p>Að styrkja slysa- og endurhæfingarþjónustu.</p> <p>Að vekja athygli á áhættuþáttum, s.s. áfengisneyslu, geðvirkum lyfjum og farsímanotkun við akstur.</p> <p>Að nota alþjóðaskýrslu um fyrirbyggingu umferðarslysa til að skipuleggja og innleiða viðeigandi fyrirbyggjandi áætlanir.</p> <p>Að tryggja að heilbrigðisráðuneyti taki þátt í að móta stefnu varðandi fyrirbyggingu umferðarslysa.</p> <p>Að athuga möguleikann á auknu fjármagni til að stuðla að umferðaröryggi, t.d. með stofnun þar til gerðs sjóðs.</p>
WHA57.11	Heilbrigði fjölskyldunnar í ljósi þess að 10 ár eru liðin frá því að haldið var upp á alþjóðlegt ár fjölskyldunnar	WHA57/12, WHA46.27	<p>Að auka skilning á málefnum fjölskyldunnar og að styðja aðildarríki við að styrkja heilbrigðisstefnur sínar hvað þetta málefni varðar.</p> <p>Aðstoða aðildarríki við þróun, notkun og viðhald upplýsingakerfa um gagnreynd heilbrigðisinngríp sniðin að fjölskyldum.</p> <p>Að styðja aðildarríki við að standa við alþjóðlegar skuldbindingar og markmið sem varða fjölskylduna.</p> <p>Að beina athygli að málefnum fjölskyldunnar í starfi stofnunarinnar.</p> <p>Að vinna með efnahags- og félagsmálaskrifstofu SP, UNICEF, UNFPA og öðrum stofnunum SP sem viðkoma fjölskyldunni.</p> <p>Að leggja fram skýrslu á alþjóðaheilbrigðisþinginu 2006 um framgang mála.</p>	<p>Að skoða stefnur stjórnvalda með tilliti til þess að fjölskyldur fái að njóta stuðningsríks umhverfis.</p> <p>Að tryggja viðeigandi löggjöf til að aðstoða umsjónarmenn barna að veita þeim sem besta umönnun, fæði og skjól.</p> <p>Að þróa, nota og viðhalda upplýsingakerfi um heilbrigðisinngríp sniðin að þörfum fjölskyldna.</p> <p>Að styrkja samstarf milli ríkisstofnana og félagasamtaka við að aðstoða fjölskyldur að fullnægja heilsu og þroskaþörfum allra fjölskyldumeðlima.</p> <p>Að tryggja að alþjóðlegum skuldbindingum og markmiðum sem varða fjölskylduna sé fylgt eftir.</p>

Nr.	Efni ályktunar	Bakgrunns-skjöl	Aðalskrifstofa WHO hvött til:	Aðildarríkin hvött til:
WHA57.12	Kynheilbrigði: áætlun um hvernig auka megi áherslu á að ná alþjóða-þróunarmarkmiðum	WHA57/13, WHA55.19, UNGA55/2	Að styðja aðildarríki sem þess óska að innleiða áætlunina og meta áhrif hennar og árangur. Að veita þessu málefni nægilegan forgang. Að aðstoða aðildarríki við að veita öruggar vörur sem viðkoma kynheilbrigði, s.s. getnaðarvarnir. Að veita mæðra- og ungbarna-vernd sérstaka athygli í fyrstu áfangaskýrslu WHO sem lögð verður fram árið 2005. Að leggja reglulega, a.m.k. annað hvert ár, fram skýrslu um framgang áætlunarinnar fyrir alþjóðaheilbrigðisþingið.	Að tileinka sér og innleiða áætlunina. Að taka tillit til kynheilbrigðis við stefnumörkun. Að gera heilbrigðiskerfi færari um að veita kynheilbrigðisþjónustu, með sérstakri áherslu á mæðra- og ungbarnavernd. Að fylgja eftir framkvæmd áætlunarinnar með það sérstaklega í huga að hún nýtist fátækum, unglingum og karlmönnum og að hún styrki kynheilbrigðisþjónustuna á öllum sviðum. Að tryggja að tekið sé tillit til kynheilbrigðis þegar unnið er að því að ná þúsaldarmarkmiðum SÞ.
WHA57.13	Erfðafræði og alþjóðaheilbrigði	WHA57/16	Að styðja aðildarríki við gerð stefnu varðandi erfðafræðisrannsóknir. Að aðstoða aðildarríki við að notfæra sér ávinning framfara innan erfðafræðinnar sem tengist lausn heilbrigðisvandamála. Að gera hlutverk WHO sýnilegt í samvinnu stofnana SÞ. Að auðvelda samskipti milli þróunararríkja og þróaðra ríkja í notkun og meðhöndlun á erfðatækni með það að markmiði að leysa heilbrigðisvandamál.	Að samþykkja tillögurnar í skýrslu ráðgjafanefndar um heilbrigðisrannsóknir í erfðafræði. Að styðja aukið samstarf einkageirans, vísindasamfélagsins, borgarasamfélagsins og annarra hagsmunaaðila, sérstaklega innan SÞ, til að finna leiðir til að fjármagna erfðarannsóknir sniðnar að heilbrigðisþörfum þróunarlandanna. Að auka áhersluna á siðfræði og miðlun upplýsinga varðandi líftækni.

Nr.	Efni ályktunar	Bakgrunnsskjöl	Aðalskrifstofa WHO hvött til:	Aðildarríkin hvött til:
WHA57.14	Aukin áhersla á meðferð og umönnun alnæmissjúkra	WHA57/4	<p>Að styrkja hlutverk WHO í að veita stuðning við heilbrigðiskerfi aðildarríkja í viðbrögðum við HIV og alnæmi, í samstarfi við UNAIDS.</p> <p>Að auka aðgang þróunarríkjanna að lyfjum, greiningartækjum og meðferðarúrræðum við HIV og alnæmi.</p> <p>Að tryggja að gæðastaðlar alnæmislyfja, svo og eftirlits- og matsskýrslur, fyrir utan trúnaðarupplýsingar, séu gerðar aðgengilegar.</p> <p>Að aðstoða þróunarríkin við innkaup á alnæmislyfjum og greiningartækjum sem standast gæðastaðla.</p> <p>Að aðstoða aðildarríki við að auka viðbrögð sín gegn HIV og alnæmi.</p> <p>Að skila skýrslu um gang mála til alþjóðaheilbrigðisþingsins árið 2005.</p>	<p>Að styrkja heilbrigðiskerfi sín með aðstoð alþjóðasamfélagsins til að geta veitt árangursríka fyrirbyggingu, meðferð, umönnun og stuðning við HIV og alnæmissjúka.</p> <p>Að styrkja áætlanagerð, eftirlit og uppsetningu matskerfa á þjónustu við alnæmissjúka og tryggja að þessi þjónusta fái jafnmikið vægi og önnur heilbrigðisþjónusta.</p> <p>Að setja stefnur tengdar HIV og alnæmi.</p> <p>Að athuga hvort breyta þurfi landslögum til þess að geta notfært sér ákvæði TRIPS-samningsins um aðgang þróunarríkja að nauðsynlegum lyfjum.</p>
WHA57.16	Heilsuefling og heilbrigðir lífshættir	WHA57/11, WHA42.44, WHA51.12	<p>Að veita heilsueflingu forgang meðal verkefna stofnunarinnar.</p> <p>Að aðstoða aðildarríki við að sporna gegn áhættuþáttum, s.s. óhófsamri áfengisneyslu.</p> <p>Að styðja gagnreyndar aðferðir við heilsueflingu.</p> <p>Að veita aðildarríkjum tækni-aðstoð við að byggja upp getu sína til að innleiða, fylgja eftir, meta og breiða út öflugar heilsueflingarátlanir.</p> <p>Að veita aðildarríkjum stuðning og leiðsögn varðandi áhættuþætti, sbr. alþjóðaheilbrigðisráðgjafarluna frá árinu 2002.</p> <p>Að aðstoða aðildarríki við að þróa og setja upp tóbaksvarna-átlanir.</p> <p>Að leggja fram skýrslu um heilsueflingu og heilbrigða lífshætti á alþjóðaheilbrigðisþinginu 2005, þ.m.t. skýrslu um áfengisvarnastarf WHO.</p>	<p>Að efla innleiðingu heilsueflingarátlananna með sérstakri áherslu á viðkvæma þjóðfélags hópa.</p> <p>Að styrkja gagnreyndar leiðir til árangursríkrar heilsueflingar sem hluta af heilbrigðiskerfi hvers lands með það að markmiði að stuðla að heilbrigðum lífsháttum.</p> <p>Að veita heilsueflingu barna og ungs fólks forgang með því að auka aðgang þeirra að tómsundastarfi og stuðningsríku umhverfi og þar með auðvelda þeim að taka upp og viðhalda heilbrigðum lífsháttum.</p> <p>Að veita áfengisneyslu aukna athygli sem áhættuþætti, sérstaklega meðal ungs fólks, óléttra kvenna, ökumanna og á vinnustöðum.</p> <p>Að setja upp tóbaksvarna-átlanir.</p>

Nr.	Efni ályktunar	Bakgrunns-skjöl	Aðalskrifstofa WHO hvött til:	Aðildarríkin hvött til:
WHA57.17	Alþjóðaáætlun um mataræði, hreyfingu og heilsu	WHA57/9, WHA46.7, WHA51.18, WHA52.24, WHA53.17, WHA54.2, WHA55.23, WHA55.25, WHA56.23	<p>Að halda áfram að styrkja vinnu varðandi næringar- og snefil-efnaskort í samstarfi við aðildarríki og halda áfram að deila upplýsingum til aðildarríkja um næringarfræði.</p> <p>Að veita aðildarríkjum tækni-aðstoð við að innleiða áætlunina. Að fylgjast með rannsóknum á næringu, hreyfingu og heilsu. Að stuðla að samstarfi meðal stofnana SP og annarra hagsmunaaðila við að hvetja til heilsusamlegs mataræðis og aukinnar hreyfingar. Að leggja fram skýrslu um gang mála á alþjóðaheilbrigðisþinginu 2006.</p>	<p>Að meta og fara eftir ráðleggingum skýrslunnar með það að markmiði að lækka tíðni langvinnra sjúkdóma.</p> <p>Að hvetja til lífshátta sem fela í sér heilsusamlegra mataræði og aukna hreyfingu.</p> <p>Að styðja við framkvæmd ráðlegginga skýrslunnar.</p> <p>Að skilgreina markmið og útbúa leiðbeiningar um heilsusamlegra mataræði og aukna hreyfingu.</p> <p>Að stuðla að umhverfi þar sem einstaklingar bera sjálfir ábyrgð á því að taka upp heilsusamlegri lífshætti.</p>
WHA57.18	Líffæra- og vefjaígræðslur	WHA57/17, WHA40.13, WHA42.5, WHA44.25	<p><i>Úr mönnum í menn:</i></p> <p>Að skoða áfram og safna upplýsingum um meðferðir, öryggi, gæði, skilvirkni og faraldsfræði ígræðslna, þ.m.t. siðfræðilegar spurningar sem vakna, t.d. varðandi lifandi gjafa til að uppfæra reglur stofnunarinnar um ígræðslur (e. Guiding Principles on Human Organ Transplantation). Stuðla að samstarfi til að auka aðgengi að þessum ígræðslum. Að aðstoða aðildarríki við að koma í veg fyrir ólögleg viðskipti með líffæri og vefi.</p> <p><i>Úr dýrum í menn:</i></p> <p>Að stuðla að alþjóðlegu samstarfi. Að safna upplýsingum um þessar ígræðslur á alþjóðavísu. Að upplýsa aðildarríki um sýkingar sem verða af völdum þessarar tegundar ígræðslu. Að veita aðildarríkjum tækni-aðstoð og leggja fram skýrslu á alþjóðaheilbrigðisþinginu þegar við á.</p>	<p><i>Úr mönnum í menn:</i></p> <p>Að útbúa yfirlit yfir uppruna, meðferð og ígræðslur frumna, líffæra og vefja. Að taka þátt í myndun alþjóðareglna um uppruna, meðferð og aðferða við ígræðslur, þar á meðal reglur um lágmarksskilyrði fyrir gjafa. Að setja upp siðfræðinefnd til að tryggja að siðferðis sé gætt við ígræðslur. Að koma í veg fyrir ólögleg viðskipti með líffæri og vefi.</p> <p><i>Úr dýrum í menn:</i></p> <p>Að leyfa þessa gerð af ígræðslu aðeins ef til staðar er eftirlitskerfi heilbrigðisyfirvalda í landinu. Að taka þátt í myndun alþjóðareglna til að koma í veg fyrir að sýkingar berist á milli dýra og manna. Að taka þátt í alþjóðaefirliti og fyrirbyggingu sýkinga.</p>

Nr.	Efni ályktunar	Bakgrunnsskjöl	Aðalskrifstofa WHO hvött til:	Aðildarríkin hvött til:
WHA57.19	Flutningar heilbrigðisstarfsfólks: áskorun heilbrigðiskerfa þróunar-ríkjanna	WHA22.51, WHA25.42, UNGA2417 (XXIII), UNGA58/208	Að setja á laggirnar upplýsingakerfi um flutninga heilbrigðisstarfsfólks og skoða þessa hreyfingu á milli landa. Að skoða góðar starfsvenjur hvað varðar ráðningu heilbrigðisstarfsfólks á alþjóðavísu og útbúa staðla um bestu starfsvenjur, þá sérstaklega fyrir þróunarríkin. Að leggja fram skýrslu um gang mála á alþjóðaheilbrigðisþinginu 2005. Að aðstoða aðildarríki við að styrkja leiðir þeirra til að veita heilbrigðisstarfsfólki sínu næga þjálfun og koma til móts við aðrar þarfir þeirra. Að heilbrigðisdagurinn 2006 verði tileinkaður heilbrigðisstarfsfólki og heilbrigðisuppbyggingu.	Að draga úr neikvæðum áhrifum flutninga heilbrigðisstarfsfólks á heilbrigðiskerfi. Að innleiða stefnur og áætlanir sem miða að því að halda í heilbrigðisstarfsfólk, s.s. með endurskoðun launa og annarra hlunninda. Að mynda samkomulag við aðrar ríkisstjórnir um vistaskipti heilbrigðisstarfsfólks. Að finna aðferðir til að koma í veg fyrir neikvæðar afleiðingar flutninga heilbrigðisstarfsfólks frá þróunarríkjunum.

## 2. Stjórnunarleg málefni.

Nr.	Efni ályktunar	Bakgrunnsskjöl	Niðurstaða
WHA57.7	Samningur WHO við Alþjóðadýralæknaráðið	WHA57/28 og Add.1	Alþjóðaheilbrigðisþingið samþykkti samning WHO við Alþjóðadýralæknaráðið með þeim breytingum að orðinu „aðildarríki“ yrði breytt í „meðlimir“ í samningnum.
WHA57.8	Starfsreglur alþjóðaheilbrigðisþingsins: breyting á reglu 72	WHA57/29, WHA33.17, WWHA54.22, EB112.R1	Breyting á reglu 72 samþykkt varðandi atkvæðagreiðslu; ef taka þarf mikilvægar ákvarðanir þarf 2/3 atkvæða til að samþykkja ákvörðunina, s.s. við samþykkt samninga og kosningu aðalframkvæmdastjóra stofnunarinnar.

## 3. Fjárhagsáætlun 2004–2005.

Nr.	Efni ályktunar	Bakgrunnsskjöl	Niðurstaða
WHA57.4	Skýrsla ytri endurskoðanda og tillögur framkvæmdastjórnar um fjármálaskýrslu WHO fyrir tímabilið 2002–2003	WHA57/21	Alþjóðaheilbrigðisþingið samþykkti fjármálaskýrslu WHO fyrir tímabilið 2002–2003 og skýrslu ytri endurskoðanda.
WHA57.5	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	WHA57/20, WHA57/20 Add. 1, WHA57/21, WHA57/22	Pau lönd sem höfðu ekki kosningarétt á WHA57 voru Afganistan, Antígva og Barbúda, Argentína, Armenía, Mið-Afríkulýðveldið, Tsjad, Kómorejjar, Dóminíska lýðveldið, Georgía, Gínea-Bissá, Írak, Kirgisistan, Líbería, Nárú, Níger, Moldavía, Sómalía, Súrinam, Tadsjikistan og Túrkménistan.

Nr.	Efni ályktunar	Bakgrunnsskjöl	Niðurstaða
WHA57.6	Vanskil á framlögum: Úkraína	WHA57/22, WHA45.23	Úkraína fær aftur kosningarétt þar sem samkomulag hefur náðst við Úkraínu um greiðslu á skuld þeirra sem nemur 36.163.544 bandaríkjadöllum á næstu 15 árum og skal helmingur fjárhæðarinnar greiðast fyrir lok árs 2011. Aðalframkvæmdastjóri beðinn um að greina frá stöðu mála á alþjóðaheilbrigðisþinginu 2005.
WHA57.15	Aðferð við útreikninga á framlögum aðildarríkja fyrir árið 2005	WHA57/23	Viðurkennd var nýjasta aðferð Sameinuðu þjóðanna við útreikning á framlögum.

#### 4. Önnur mál.

Nr.	Efni ályktunar	Bakgrunnsskjöl	Aðalskrifstofa WHO hvött til:
WHA57.3	Heilsuástand, og aðstoð við, araba á hernumdum svæðum í Miðausturlöndum, þar á meðal Palestínu	WHA57/30, WHA/INF.DOC./1, 2, 3 Fyrri ályktanir um heilsuástand á hernumdum svæðum í Miðausturlöndum.	Að veita stuðning við heilbrigðisráðuneyti Palestínu. Veita tækniástoð við heilbrigðisáætlanir fyrir Palestínnumenn. Að leggja fram skýrslu um gang mála á alþjóðaheilbrigðisþinginu 2005.

### Fylgiskjal III.

#### Ályktanir 114. framkvæmdastjórnarfundarins.

Nr.	Efni ályktunar	Bakgrunnsskjöl	Niðurstaða
EB114.R1	Fjármögnun fyrir meðhöndlun berkla	EB114/14 WHA51.13 WHA53.1	Aðildarríki hvött til að standa við skuldbindingar sínar í fyrri ályktunum, í Amsterdam-yfirlýsingunni og í þúsaldarmarkmiðum SP sem viðkoma berklum. Aðildarríki hvött til að tryggja berklasjúklingum alþjóðlega staðlaða heilbrigðisþjónustu. Aðildarríki hvött til að styrkja fyrirbyggingu berkla. WHO hvött til að auka stuðning við áætlanir aðildarríkja við að styrkja heilbrigðiskerfi sín. WHO hvött til að styrkja samstarf við aðildarríki með það að markmiði að auka samstarf milli berkla- og alnæmis-meðferðar. WHO hvött til að innleiða og styrkja áætlanir fyrir skilvirkt eftirlit með ónæmum berklastofnum. WHO hvött til að aðstoða heilbrigðisyfirvöld landa að tryggja fjármagn til berklaeftirlits. WHO hvött til að tryggja stuðning við berklasamstarfið (e. TB Partnership) til að ná þúsaldarmarkmiðum SP.

Nr.	Efni ályktunar	Bakgrunnsskjöl	Niðurstaða
EB114.R2	Fyrirbygging og meðhöndlun krabbameina	EB114/3, WHA51.18, WHA53.17, WHA56.1, WHA57.12, WHA57.16 WHA57.17,	<p>Aðildarríki hvött til að starfa með WHO við að þróa og styrkja eftirlit með krabbameinum svo og leiðir til að fyrirbyggja, greina og meðhöndla krabbamein.</p> <p>WHO hvött til að auka samstarf við aðildarríki, aðrar stofnanir SP og aðra hagsmunaaðila við meðhöndlun krabbameina.</p> <p>WHO hvött til að byggja upp áætlanir fyrir fyrirbyggingu og meðferð krabbameina með því að safna og greina upplýsingar um reynslu aðildarríkja.</p> <p>WHO hvött til að styrkja rannsóknir á kostnaðarlitlum inngripum sem fátækari ríki geta nýtt sér.</p> <p>WHO hvött til að veita leiðbeiningar um umönnun dauðvona krabbameinssjúklinga.</p> <p>WHO hvött til að aðstoða aðildarríki, sérstaklega þróunar-ríki, við yfirlit og skráningu á krabbameinum.</p> <p>Aðildarríki hvött til að innlima meðhöndlun krabbameina inn í heilbrigðiskerfi sín.</p> <p>Aðildarríki hvött til að mynda stefnur sem tryggja aðgengi að greiningar- og meðferðartækjum við krabbameinum á heilbrigðisstofnunum.</p> <p>Aðildarríki hvött til að veita krabbameinum með þekktan uppruna sérstaka athygli, s.s. krabbameini af völdum efna, sýkinga, sólargeisla eða annarra geisla.</p> <p>Aðildarríki hvött til að rannsaka byrði krabbameina á samfélagið og fylgjast vel með krabbameinum sem hægt er að gripa inn í með kostnaðarlitlum aðgerðum ef þau eru greind fljótt eins og blöðruhálskirtilskrabbamein.</p> <p>Aðildarríki hvött til að fullgilda tóbaksvarnasamning WHO.</p>
EB114.R3	Fatlanir, fyrirbygging, stjórnun og endurhæfing	EB114/4, UNGA48/96 UNGA56/168, UNGA57/229, UNGA58/246	<p>WHO hvött til að leggja aukna áherslu á málefni fatlaðra og auka samstarf við aðildarríkin, innan SP, við menntastofnanir, einkageirann, frjáls félagsamtök og samtök fatlaðra.</p> <p>WHO hvött til að styðja aðildarríki við að safna upplýsingum um kostnaðarlítill inngrip fyrir fyrirbyggingu, endurhæfingu og umönnun fatlaðra í heiminum.</p> <p>WHO hvött til að skipuleggja fund sérfræðinga til að fara yfir endurhæfingarþörf og heilsu fatlaðra.</p> <p>WHO hvatt til að útbúa alþjóðaskýrslu um fatlanir og endurhæfingu byggða á bestu fáanlegum upplýsingum.</p> <p>Aðildarríki hvött til að styrkja stefnur og áætlanir með það að markmiði að innleiða reglur Sameinuðu þjóðanna um útjöfnun tækifæra fyrir fatlaða.</p> <p>Aðildarríki hvött til að tryggja réttindi, reisn og virka þátttöku fatlaðra í samfélaginu.</p> <p>Aðildarríki hvött til að tryggja tímanlega greiningu á fötlun, sérstaklega hjá börnum, og endurhæfingu.</p> <p>Aðildarríki hvött til að styrkja og hvetja til endurhæfingar-meðferða úti í samfélaginu fyrir fatlaða einstaklinga.</p> <p>Að tryggja að tekið sé tillit til fatlaðra í heilbrigðisþjónustu aðildarríkja.</p> <p>WHO hvött til að leggja fram skýrslu um gang mála á alþjóðaheilbrigðisþinginu 2007.</p>

Nr.	Efni ályktunar	Bakgrunnsskjöl	Niðurstaða
EB114.R4	Sameining nefnda framkvæmdastjórnar	EB114/9, EB114/9 Add.1	Ákveðið var að sameina eftirfarandi þrjár nefndir framkvæmdastjórnarinnar: áætlanagernefnd, endurskoðunarnefnd og stjórnunar- og fjármálanefnd og var ákveðið að kalla nýju nefndina áætlanagernefnd, fjármála- og stjórnunarnefnd. Ákveðið var að fyrsti fundur nefndarinnar yrði haldinn á undan 115. fundi framkvæmdastjórnarinnar í janúar 2005.

#### Fylgiskjal IV.

#### Ályktanir 54. fundar svæðisnefndar WHO í Evrópu.

Nr.	Efni ályktunar	Bakgrunnsskjöl	Niðurstaða
EUR/RC54/R1	Starfsemi Evrópuskrifstofunnar 2002–2003	EUR/RC54/6, EUR/RC54/Inf. Doc./1	Framkvæmdastjóri Evrópuskrifstofunnar beðinn um að taka mið af umræðu og tillögum Evrópuríkjanna á 54. fundi svæðisnefndar WHO.
EUR/RC54/R2	Tilnefning framkvæmdastjóra svæðisskrifstofu Evrópu		Dr. Marc Danzon tilnefndur framkvæmdastjóri Evrópuskrifstofunnar frá og með 1. febrúar 2005. Aðalframkvæmdastjóri WHO beðinn um að koma tilnefningunni á framfæri við framkvæmdastjórn WHO.
EUR/RC54/R3	Umhverfi og heilsa	EUR/RC54/10	Aðildarríki hvött til að styðja við ákvarðanir fjórða ráðherrafundarinnar um umhverfi og heilsu sem haldinn var í Búdapest í júní 2004. Aðildarríki beðin um að taka þátt í að veita Evrópuskrifstofunni fjármagn til starfsemi tengdrar umhverfi og heilsu. Framkvæmdastjóri Evrópuskrifstofunnar beðinn um að styðja við framkvæmd ákvarðana sem teknar hafa verið á fyrri ráðstefnum um umhverfi og heilsu. Framkvæmdastjóri Evrópuskrifstofunnar beðinn um að sýna frumkvæði hvað varðar umhverfi og heilsu.
EUR/RC54/R4	Fyrirbygging langvinnra sjúkdóma í Evrópu	EUR/RC54/8 WHA51.18, WHA55.23, WHA56.1, WHA57.17, WHA57.16, WHA57.10, WHA57.12, WHA56.21, EB114.R2, EB114.R3, EB114/3, EB114/4, EUR/RC49/R8, EUR/RC51/R4, EUR/RC52/R12, EUR/RC49/R4, EUR/RC50/R8, EUR/RC53/R4	Aðildarríki beðin um að veita þessum sjúkdómum aukna athygli. Framkvæmdastjóri Evrópuskrifstofunnar beðinn um að halda áfram að útbúa Evrópuáætlun fyrir fyrirbyggingu langvinnra sjúkdóma, þ.m.t. endurskoðun á <i>heilsu fyrir alla</i> áttakinu fyrir fund svæðisnefndar Evrópu í september 2006. Framkvæmdastjóri Evrópuskrifstofunnar beðinn um að tryggja að tekið verði tillit til útkomu ráðherrafundanna um umhverfi og heilbrigði (Búdapest, 23.–25. júní 2004), um geðheilbrigði í Evrópu (Helsinki, 12.–15. janúar 2005) og um mat og næringu árið 2006 og að tekið verði að auki tillit til Evrópuáætlunar um tóbaksvarnir og áfengisvarnir og áætlunar um heilbrigði barna og unglinga við gerð þessarar áætlunar um fyrirbyggingu langvinnra sjúkdóma í Evrópu.



Nr.	Efni ályktunar	Bakgrunnsskjöl	Niðurstaða
EUR/RC54/R5	Fjárhagsáætlun WHO fyrir tímabilið 2006–2007	EUR/RC54/11, EUR/RC54/11 Add.1	Framkvæmdastjóri svæðisskrifstofunnar beðinn um að koma tillögum nefndar svæðisskrifstofunnar á framfæri við aðalframkvæmdastjóra stofnunarinnar. Nefnd svæðisskrifstofunnar studdi þær tillögur sem settar voru fram í skjali EUR/RC54/11 Add.1.
EUR/RC54/R6	Áætlun fyrir útibú Evrópuskrifstofunnar	EUR/RC54/9	Framkvæmdastjóri svæðisskrifstofunnar beðinn um að tryggja að útibúin séu samþætt starfsemi hennar. Framkvæmdastjóri svæðisskrifstofunnar beðinn um að ráðfæra sig við svæðisnefndina um hvort opna eða loka eigi útibúum. Framkvæmdastjóri svæðisskrifstofunnar beðinn um að gefa reglulega skýrslu um starfsemi útibúanna.
EUR/RC54/R7	Dagsetningar og staðsetningar næstu funda Evrópu-svæðisnefndar WHO	EUR/RC53/R8	Að 55. fundur svæðisnefndarinnar verði haldinn dagana 12.–15. september 2005 í Búkarest. Að 56. fundur svæðisnefndar Evrópu verði haldinn í svæðisskrifstofunni í Kaupmannahöfn dagana 11.–14. september 2006.
EUR/RC54/R8	Skýrsla fasta-nefndar svæðis-nefndarinnar	EUR/RC54/4, EUR/RC54/4 Add.1	Skýrsla nefndarinnar samþykkt. Evrópuskrifstofan beðin um að taka mið af niðurstöðum og tillögum skýrslunnar.

## Fylgiskjal V.

### Dagskrár funda.

*Dagskrá EB113:* [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB113/eeb1131r1.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB113/eeb1131r1.pdf)

*Dagskrá WHA57:* [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA57/A57\\_1Rev1-en.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_1Rev1-en.pdf)

*Dagskrá EB114:* [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB114/B114\\_1-en.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB114/B114_1-en.pdf)

*Dagskrá EURO54:* <http://www.euro.who.int/document/rc54/edoc02rev1.pdf>