

## Skýrsla

**heilbrigðisráðherra um 120. fund framkvæmdastjórnar WHO í Genf 22.–30. janúar 2007, alþjóðaheilbrigðisdaginn 7. apríl 2007, 60. alþjóðaheilbrigðisþingið í Genf 14.–23. maí 2007, 121. fund framkvæmdastjórnar WHO í Genf 24.–26. maí 2007 og 57. fund svæðisnefndar WHO í Evrópu í Belgrad 17.–21. september 2007.**

(Lögð fyrir Alþingi á 135. löggjafarþingi 2007–2008.)

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

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

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

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin hefur gegnt forustuhlutverki á sviði heilbrigðismála í heiminum um áratugaskeið. Meginmarkmið WHO er að stuðla að sem bestu heilsufari allra jarðarbúa. Heilbrigði er skilgreint í stofnskrá WHO sem svo að það feli í sér fullkomið líkamlegt, andlegt og félagslegt velferði, ekki einungis firrð sjúkdóma og vanheilinda. WHO starfar í nánú samstarfi við aðildarríkin, alþjóðlegar og svæðisbundnar stofnanir og samtök, frjáls félagasamtök og sérhæfðar miðstöðvar á ýmsum sviðum heilbrigðismála. Jafnframt tengist starfsemi WHO viðfangsefnum margra annarra stofnana Sameinuðu þjóðanna.

Alþjóðaheilbrigðisþingið, sem haldið er í 1–2 vikur í maí ár hvert í Genf, er sá vettvangur sem tekur helstu ákvarðanir varðandi starfsemi WHO og markar stefnu stofnunarinnar á hverjum tíma. Þingið sækja öll aðildarríki stofnunarinnar og fara ráðherrar fyrir flestum sendinefndunum. Þingið starfar að hluta í sameinaðri málstofu en meginstarfið fer fram í 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.

Framkvæmdastjórn WHO kemur saman tvisvar á ári. Fyrri fundurinn er haldinn í janúar og sá seinni í maí í beinu framhaldi af alþjóðaheilbrigðisþinginu. Framkvæmdastjórnin er framkvæmdanefnd þingsins en í henni sitja 34 fulltrúar. Sæti stjórnarinnar skiptast milli svæða á eftirfarandi hátt: Evrópa hefur átta sæti, Afríka sjö sæti, Norður- og Suður-Ameríka sex sæti, Austur-Miðjarðarhaf fimm sæti, Vestur-Kyrrahaf fimm sæti og Suðaustur-Asía þrjú sæti. Ísland átti síðast sæti í framkvæmdastjórn á tímabilinu 2003–2006 og sat Davíð A. Gunnarsson fyrir Íslands hönd í framkvæmdastjórninni en hann var að auki kosinn formaður framkvæmdastjórnarinnar 2004–2005. Fyrir framkvæmdastjórnina eru lagðar skýrslur frá skrifstofu framkvæmdastjóra stofnunarinnar, eins konar greinargerðir og oft með tillögum eða ályktunum. Þegar þær hafa verið afgreiddar fara þær til endanlegrar staðfestingar á alþjóðaheilbrigðisþingi stofnunarinnar. Fundina sækja ásamt fulltrúum framkvæmdastjórnarinnar áheyrnarfulltrúar flestra aðildarríkja og aðrir hagsmunaaðilar, svo sem frjáls félaga-samtök.

Svæðisnefndir WHO koma saman einu sinni á ári, í 1–2 vikur í senn, oftast í september. Svæðisnefnd WHO í Evrópu hefur sína aðalskrifstofu í Kaupmannahöfn og eru fundir svæðisnefndarinnar haldnir þar annað hvert ár en þess á milli í öðrum aðildarríkjum Evrópu. Þess á milli starfar fastanefnd svæðisskrifstofunnar. Auk fastra funda svæðisnefndarinnar heldur Evrópuskrifstofan m.a. ráðherrafundi fyrir Evrópuríkin.

WHO stendur 7. apríl ár hvert fyrir alþjóðlegum heilbrigðisdegi. Deginum er ætlað að vekja athygli almennings á mikilvægum heilbrigðismálum og hvetja til umræðu í samfélaginu. Árið 2007 var dagurinn tileinkaður heilsu og öryggi en árið 2008 er hann tileinkaður heilsuvernd á tímum loftslagsbreytinga. Í tilefni dagsins er venja að heilbrigðisráðuneytið boði til fundar eða minnst dagsins á einhvern annan hátt.

Auk þessara funda er haldinn fjöldinn allur af ráðherrafundum, milliríkjafundum og sérfræðifundum á vegum stofnunarinnar og svæðisnefnda hennar. Til að mynda er ár hvert haldinn fundur um rammásamning stofnunarinnar um tóbaksvarnir og er Ísland aðili að samningnum.

## 120. FUNDUR FRAMKVÆMDASTJÓRNAR WHO Í GENF 22.–30. JANÚAR 2007

### 1. Inngangur.

Dagana 22.–30. janúar 2007 var haldinn í Genf 120. fundur framkvæmdastjórnar Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar. Á fundinum var samþykkt samtals 21 ályktun og sóttu fundinn, fyrir Íslands hönd, Ingimar Einarsson skrifstofustjóri og Ásthildur Knútsdóttir, sérfræðingur í heilbrigðisráðuneytinu.

### 2. Ræða framkvæmdastjóra.

Fundurinn hófst með ræðu nýskipaðs forstjóra WHO, dr. Margaret Chan, en hún tók við embættinu 3. janúar 2007 af Svíanum dr. Anders Nordström, sem gegnt hafði starfinu frá því er dr. Lee Jong-wook féll frá í lok maí 2006.

Dr. Margaret Chan sagði í upphafi ræðu sinnar að hún hefði ákveðið að útnefna dr. Anarfi Asamoah-Baah sem staðgengil sinn. Jafnframt skýrði hún frá því að hún mundi halda áfram umbótum innan WHO og að ekki væri von á sérstöku umróti í rekstri eða starfsmannamálum. Það yrðu einhverjar breytingar, en þær yrðu hægfara, markvissar og vel stjórnað. Dr. Chan ræddi þann mikla árangur sem náðst hefur á síðustu árum í baráttunni við mislinga, en á tímabilinu 1999–2005 lækkaði dánartíðni vegna þeirra um 60%. Forstjórinn fjallaði um malaríuna og þær búsifjar sem hún veldur aðallega í Afríku. Dr. Chan undirstrikaði mikil-

vægi þess að ríki heims og WHO væru á verði og treystu viðbúnað sinn gagnvart hugsanlegum heimsfaraldri influensu og öðrum farsóttum. Hún fagnaði sérstaklega samstarfi opinberra aðila og einkaaðila við fjármögnun og framkvæmd verkefna til hjálpar Afríku í baráttunni við alnæmi. Árið 2007 var meginþemað í ársskýrslu WHO heilsa og öryggi og var það jafnframt þemað á alþjóðaheilbrigðisdeginum sama ár. Í ársskýrslunni 2008 er athyglinni hins vegar beint að grunnheilbrigðisþjónustunni og hlutverki hennar við að styrkja heilbrigðiskerfi landanna. Nýi forstjórinn boðaði að sex mál yrðu höfð til viðmiðunar í starfi WHO á næstu árum. Tvö þeirra beindust að grundvallarþörfum fyrir heilbrigðisþróun og heilbrigðisöryggi. Tvö önnur mál snúa að áætlanagerð og varða eflingu heilbrigðiskerfa og þörf fyrir áreiðanlegri upplýsingar við stefnumörkun og mat á árangri. Tvö hin síðustu eru bæði starfslegs eðlis og varða traust á samstarfsaðilum, sérstaklega við framkvæmd verkefna, og þörfina á því að WHO nái árangri sem ein skipulagsheild.

### 3. Helstu umræðuefni fundarins.

#### 3.1 Útrýming mænusóttar.

Árið 1988 var mænusótt landlæg í 125 löndum en þá ákváðu aðildarríki stofnunarinnar að setja af stað herferð sem miðaði að útrýmingu mænusóttar. Á fundinum var greint frá árangri herferðarinnar og kom fram að mænusótt væri enn landlæg í fjórum löndum þ.e. Afganistan, Indlandi, Nígeríu og Pakistan. Samþykkt var á fundinum ályktun með tilmælum um hvernig koma ætti í veg fyrir frekari smit mænusóttar og vinna að útrýmingu hennar.

#### 3.2 Malaría.

Yfir ein milljón einstaklinga deyr árlega af völdum malaríu. Með tilheyrandi forvörnum og lyfjagjöf væri hægt að koma í veg fyrir flest þessi dauðsföll. Samþykkt var að leggja til við alþjóðaheilbrigðisþingið að 25. apríl yrði gerður að alþjóðamalaríudeginum ár hvert. Bent var á mikilvægi þess að efla rannsóknir á malaríunni og skipuleggja betur lyfjagjöf og aðrar aðgerðir í baráttunni gegn henni. Margir aðilar, auk WHO, svo sem heimssjóðurinn í baráttunni gegn alnæmi, berklum og malaríu, UNITAID, lyfjaframleiðendur, líftækni fyrirtæki og fleiri vinna með einum eða öðrum hætti að því að útrýma malaríu. Talið var brýnt að þessir aðilar sköpuðu sér sameiginlegan vettvang til þess að samræma aðgerðir sínar í þessari baráttu.

#### 3.3 Baráttan gegn berklum.

Í skýrslu til framkvæmdastjórnarinnar var gerð grein fyrir hvernig gengið hefur að ná markmiðum, sem sett voru af alþjóðaheilbrigðisþinginu árið 1991, varðandi greiningu berkla og lækningu þeirra. Þegar ljóst var að markmiðunum yrði ekki náð árið 2000 var fresturinn framlengdur til ársins 2005. Skýrslan sýnir að enn vantar nokkuð upp á að markmiðunum hafi verið náð. Árið 2005 er áætlað að 8,8 milljónir manna hafi verið greindir með berkla og dauðsföll vegna berkla voru 1,6 milljónir. Í ályktun stjórnarinnar eru aðildarríkin hvött til frekari dáða í baráttunni gegn berklum og skorað á þau að útfæra langtímaáætlanir um forvarnir og stjórn á þeim í samræmi við heimsáætlun stofnunarinnar um að stöðva berkla 2006–2015.

#### 3.4 Heimsfaraldur influensu.

Áhersla var lögð á að aðildarríkin viðhaldi háu viðbúnaðastigi gegn hugsanlegum heimsfaraldri influensu. Fjármögnun rannsókna og þróun bóluþefnis eru mikilvæg verkefni og

tryggja þarf aðgang að bóluefni og lyfjum sem geta komið í veg fyrir smitun eða dregið úr áhrifum faraldurs. Sérstaklega var undirstrikað að mikilvægt væri að styrkja veikburða heilbrigðiskerfi í aðildarríkjunum þannig að þau gætu mætt þeirri ógn sem hugsanlegur heimsfaraldur influensu gæti haft í för með sér.

### 3.5 Forvarnir og barátta gegn langvinnum sjúkdómum – framkvæmd heimsáætlunar.

Þetta var eitt helsta deilumál fundarins og var skipaður vinnuhópur til þess að reyna að útkljá málið. Það var ekki fyrr en á síðasta degi fundarins sem niðurstaða lá fyrir. Tókust þar einkum á sjónarmið Evrópu og Bandaríkjanna varðandi markaðssetningu á óhollum neysluvörum og þá sérstaklega auglýsingaáróðri sem beint er að börnum og unglíngum. Evrópubúar veifuðu samþykkt ráðherrafundar Evrópulanda WHO frá fundi í Istanbul í nóvember 2006 en Bandaríkjamenn töldu að fólk yrði að taka sjálft ábyrgð á eigin lífi. Samkomulag náðist um að skora á framleiðendur og seljendur að gæta hófs í markaðssetningu gagnvart þeim þjóðfélagshópum sem höllum fæti standa við að meta hollustu og gagnsemi umræddra neysluvara.

### 3.6 Munnheilsa.

Langt er síðan munnheilsumál hafa verið rædd í framkvæmdastjórn WHO og þeim hefur ekki verið gert nægjanlega hátt undir höfði í starfi WHO hin síðari ár. Í elleftu almenntri framkvæmdaáætlun WHO fyrir tímabilið 2006–2015 er hins vegar lögð mikil áhersla á forvarnir og aðgerðir til að draga úr langvinnum sjúkdómum. Bætt munnheilsa er hluti af verkefnum á því sviði. Í ályktun um málið er undirstrikað mikilvægi þess að munnheilsa sé felld inn í stefnumörkun varðandi samþættingu forvarna og meðferðar á langvinnum sjúkdómum.

### 3.7 Heilbrigðiskerfi og neyðarþjónusta.

Bætt skipulag og áætlanagerð vegna áfalla- og neyðarþjónustu er óaðskiljanlegur hluti heilbrigðisþjónustunnar og sömuleiðis þáttur í viðbúnaði við stórslysum og hugsanlegum hamförum. Með bættu skipulagi neyðarþjónustu má lækka dánartíðni, draga úr fötlun og öðrum afleiðingum slysa. Þetta var meginefni ályktunar um heilbrigðiskerfi og neyðarþjónustu.

### 3.8 Innleiðing kynja- og jafnréttissjónarmiða í vinnu WHO – drög að áætlun.

Mikil umræða skapaðist um þetta málefni og var samþykkt ályktun sem kallar eftir því að þróuð verði viðmið til þess að tryggja jafnræði kynjanna. Einnig fer ályktunin fram á það við framkvæmdastjóra stofnunarinnar að lögð verði fram skýrsla annað hvert ár um gang mála. Frekari umræðum var frestað þar til á alþjóðaheilbrigðisþinginu í maí sama ár.

### 3.9 Skynsamleg notkun lyfja.

Í samvinnu við ríkisstjórnir, háskóla, einkageirann, frjáls félagasamtök og fleiri aðila hefur WHO um árabíl stuðlað að því að bæta notkun lyfja meðal lækna, lyfsala og sjúklinga. Þetta verkefni hefur einkum beinst að því að skapa grundvöll fyrir skynsamlega notkun lyfja og tryggja aðgengi að lyfjum sem skynsamlegt sé að nota hverju sinni. Í ár er sérstök áhersla lögð á að tryggja betra aðgengi að viðeigandi lyfjum fyrir börn.

### 3.10 Heilsuvernd starfsmanna – drög að heimsáætlun.

Nokkrir fundir háttsettra embættismanna, svo sem leiðtogafundurinn um sjálfbæra þróun í Jóhannesborg 2002 og ráðherra fundir svæðaskrifstofa stofnunarinnar hafa kallað eftir því að WHO styrkti enn frekar starf sitt sem viðkemur heilsuvernd starfsmanna og hollustu háttum á vinnustöðum og að þetta starf verði í auknum mæli fellt inn í starf stofnunarinnar að heilsuefningu. Á fundinum lágu fyrir drög að áætlun fyrir tímabilið 2008–2017 en framkvæmdastjórnin óskaði eftir því að aðildarríki stofnunarinnar fengju tækifæri til að senda inn athugasemdir sínar áður en drögin yrðu samþykkt og lögð fyrir alþjóðaheilbrigðisþingið sama ár og varð það niðurstaðan.

### 3.11 Rafræn heilbrigðisþjónusta.

Á fundinum var kynnt skýrsla um rafræna heilbrigðisþjónustu og staðlað hugtakasafn og var það gert í samræmi við ákvörðun 118. fundar stjórnarinnar í maí 2006. Í henni kemur m.a. fram að búið sé að koma á fót í Kaupmannahöfn alþjóðlegri miðstöð sem haldi utan um þróun SNOMED-hugtakasafnsins. Að þessu samstarfi standa nú þegar átta lönd, þar á meðal Danmörk og Svíþjóð og er búið við að fleiri lönd sláist í hópinn á næstu missirum.

### 3.12 Ókláraðar ályktanir frá Alþjóðaheilbrigðisþinginu 2006 og 118. fundi framkvæmdastjórnar.

- *Útrýming bólusóttarveirunnar.* Eins og oft áður var ítrekað að útrýma ætti þeim birgðum af bólusóttarveirunni sem til væru. Ná yrði samkomulagi um hvenær yrði ráðist í verkið. Enn um sinn væri samt nauðsynlegt að rannsaka bóluefnaveiruna betur og þá einkum í þeim tilgangi að þróa virkari og betri bóluefni, ekki síst í ljósi hryðjuverkaógnar. Fram kom að væntanlega yrði ákveðið á alþjóðaheilbrigðisþinginu í maí 2008 hvort málið verði tekið upp aftur á 63. eða 64. alþjóðaheilbrigðisþinginu eða árið 2010 eða 2011.
- *Heilsuefning í alþjóðavæddum heimi.* Undanfarin tuttugu ár hefur WHO staðið fyrir alþjóðlegum ráðstefnum um heilsuefningu og var sú síðasta í röðinni haldin í Bangkok árið 2005. Þar var athyglinni sérstaklega beint að heilsuefningu sem tæki til þess að hafa áhrif á heilsufar fólks. Á fundi framkvæmdastjórnarinnar var einhugur um ályktun er nefnist Heilsuefning í alþjóðavæddum heimi. Í tillögunni er skorað á aðildarríkin að fjárfesta í viðeigandi heilsuefningu og móta sér haldbæra stefnu á sviði heilsuefningar sem einnar meginstoðar í félagslegri og efnahagslegri þjóðfélagsþróun.
- *Heilbrigðistækni.* Heilbrigðistækni og nýting hennar við forvarnir, sjúkdómsgreiningu, meðferð og endurhæfingu var rædd á fundinum. Samþykkt var ályktun um heilbrigðistækni en ekki náðist fullkomin samstaða um hvort í titli ályktunarinnar skyldi orðalagið vera „nauðsynleg“ heilbrigðistækni, enn fremur voru ekki allir sammála um hvað fælist í heilbrigðistækni og þörfinni á lista yfir heilbrigðistækni í hverju landi fyrir sig. Ákveðið var því að kalla saman hóp sérfræðinga og áhugasamra aðildarríkja til að leysa útistandandi málefni fyrir alþjóðaheilbrigðisþingið í maí sama ár.
- *Hlutverk WHO og ábyrgð á sviði heilbrigðisrannsókna.* Þetta málefni hefur mikið verði rætt á vettvangi WHO undanfarin missiri. Mikið bil er á milli þróunarríkja og þróaðra ríkja að því er varðar stöðu heilbrigðisrannsókna og ekki ólíklegt að slíkt hindri árangur

í heilbrigðismálum og stuðli með einum eða öðrum hætti að auknum brottflutningi heilbrigðisstarfsmanna frá fátækum ríkjum til hinna ríkari. Í ályktun framkvæmdastjórnarinnar er lögð áhersla á að upplýsingum verði reglulega safnað um framlög til heilbrigðisrannsókna í einstökum ríkjum og heimshlutum, jafnframt því sem stuðlað verði að eflingu rannsókna og þjálfun sérhæfðs starfslíðs til þess að stjórna heilbrigðisrannsóknum í viðkomandi ríkjum. Í innleggi sínu lögðu Norðurlöndin áherslu á að skoða þyrfti hvaða hlutverki WHO gegndi hvað þetta varðar.

#### 4. Fjármál.

##### 4.1 Miðannar-verkefnaáætlun.

Miðannar-verkefnaáætlun stofnunarinnar fyrir tímabilið 2008–2013 var til umfjöllunar hjá öllum svæðisnefndum WHO á síðari helmingi ársins 2006. Þessa áætlun verður ætíð að skoða í tengslum við almenna verkefnaáætlun WHO (The General Programme of Work), en sú sem nú er í gildi er hin ellefta í röðinni og nær hún yfir tímabilið 2006–2015.

##### 4.2 Fjárlagatillögur.

Í fjárlagatillögunum fyrir tímabilið 2008–2009 er gert ráð fyrir að fjárlagaramminn fyrir tímabilið verði 4.263 milljarðar bandaríkjadala sem svarar til hækkunar um 16,2 % frá tímabilinu 2006–2007. Af þessum fjármunum nema föst framlög landanna 1 milljarði bandaríkjadala eða tæplega 25% af fjárframlögum til WHO og er þar um að ræða 9,3% hækkun frá tímabilinu 2006–2007. Þannig er gert ráð fyrir að frjáls fjárframlög standi undir rúmlega 75% af heildarútgjöldum stofnunarinnar. Þetta er mikil breyting frá því sem var fyrir einum áratug þegar föst fjárframlög aðildarríkjanna voru svipuð og frjáls hluti fjárframlaganna. Á sama tíma hefur heildarfjárlagaramminn meira er tvöfaldast.

#### 5. Ályktanir fundarins.

Á fundinum voru samþykktar eins og fyrr greinir 21 ályktun.

#### ALÞJÓÐAHEILBRIGÐISDAGURINN 2007

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin stendur á ári hverju fyrir alþjóðlegum heilbrigðisdegi sem haldið er upp á 7. apríl. Deginum er ætlað að vekja athygli almennings á mikilvægum heilbrigðismálum og hvetja til umræðu. Árið 2007 var dagurinn tileinkaður heilsu og öryggi og gekk undir yfirskriftinni „fjárfesting í heilsu skilar öruggari framtíð fyrir alla.“

Að þessu sinni bar daginn upp á laugardag og var því vikið frá þeirri venju heilbrigðisráðuneytisins að boða til morgunverðarfundar. Í tilefni dagsins sendi heilbrigðisráðherra frá sér blaðagrein. Greinin skýrði frá orðsendingu dr. Margaret Chan, nýs framkvæmdastjóra WHO, í tilefni dagsins þar sem hún telur að aukin ógn við almannaheill stafaði af bráðalungnabólgu, fuglainflúensu, alnæmi og óvæntum áföllum sem geta haft í för með sér alvarlegar heilsufarslegar afleiðingar.

Ráðherra beindi í grein sinni athygli að alþjóðavæðingunni en með henni hefði umferð og viðskipti aukist um veröld alla. Þjóðir heims standa því frammi fyrir nýjum og alvarlegum ógnum sem taka ekki tillit til landamæra og hafa því áhrif á öryggi allra þjóða. Gamlir og nýir sjúkdómar geta því hæglega borist á milli landa og ógnað öryggi allra þjóða.

Í þessu sambandi minntist ráðherra á alnæmi sem ógnar stöðugleika heilla heimshluta og leggst á fólkið sem heldur atvinnulífinu gangandi og elur börnin. Þótt til séu lyf sem halda sjúkdómnum í skefjum þá ná þau ekki til nema lítils hluta þeirra sem á þurfa að halda og þá

fyrst og fremst til einstaklinga í þróuðu löndunum. Bóluefni gegn alnæmi er enn þá fjarlægur draumur. Fordómar, ólæsi og kúgun kvenna stendur víða í vegi fyrir árangursríkum forvarnaaðgerðum. Enn er því margt ógert sérstaklega í þróunarlöndunum. Þess má geta að á Íslandi er ástandið mun betra. Á Íslandi höfðu við upphafs árs 2007 tæplega 200 einstaklingar greinst með HIV-smit frá upphafi og undanfarin ár hefur HIV-smit greinst hjá 6–12 einstaklingum á ári og fá þeir bestu fánlegu meðferð.

Ráðherra tók fram að ógnir við heilsu og öryggi væru margar og ólíkar. Með öflugum samstarfi allra ríkja þar sem aukin áhersla er lögð á upplýsingamiðlun, eflingu heilbrigðiskerfa og vöktun er hægt að hindra útbreiðslu sjúkdóma. Í þessu sambandi greindi ráðherra frá því að 15. júní 2007 tæki gildi endurskoðuð alþjóðaheilbrigðisreglugerð sem er ætlað að efla varnir og viðbrögð bæði í aðildarríkjum WHO og á alþjóðavísu. Markmið hennar er að hindra alþjóðlega útbreiðslu smitsjúkdóma og sjúkdóma af völdum eitrefna og geislavirkra efna án þess að valda ónauðsynlegri röskun á alþjóðaumferð og viðskiptum.

Ráðherra minntist að lokum á að Alþingi hefði samþykkt á nýafstöðnu þingi breytingar á sóttvarnalögum í samræmi við nýju alþjóðaheilbrigðisreglugerðina. Gildissvið sóttvarna hefur verið rýmkað og tekur það nú til allra heilbrigðisógnna sem geta haft áhrif á þjóðir heims. Lögin taka ekki einungis til hættulegra smitsjúkdóma heldur einnig til heilsufarslegra afleiðinga af völdum eitrefna og geislavirkra efna. Jafnframt taka þau til óvenjulegra og óvæntra atburða, svo sem vegna náttúruhamfara sem geta haft alvarlegar heilsufarslegar afleiðingar. Með lögnum er kveðið á um að Ísland taki virkan þátt í alþjóðlegri baráttu við slíkar heilbrigðisógnir og lagði ráðherra að lokum áherslu á að þá ábyrgð þyrfti að axla af fullri alvöru.

## ALÞJÓÐAHEILBRIGÐISÞINGIÐ 2007

### 1. Inngangur.

Alþjóðaheilbrigðisþingið var að venju haldið í Þjóðabandalagshöllinni í Genf dagana 14.–23. maí 2007. Þetta var í sextugasta skiptið sem þingið var haldið og var það fjölsótt sem fyrr. Yfir 2.400 fulltrúar sóttu þingið og sendu 188 aðildarríki WHO fulltrúa sína og fóru ráðherrar fyrir flestum sendinefndum, einnig sóttu fundinn yfir 500 fulltrúar frá öðrum stofnunum og frjálsum félagasamtökum.

Forseti þingsins var kosinn Jane Halton, ráðuneytisstjóri heilbrigðis- og öldrunarmálaráðuneytis Ástralíu. Varaforsetar voru kosnir dr. T. Adhanom frá Eþíópíu, dr. N.A. Haffadh frá Barein, dr. J. Kiely frá Írlandi, Kye Chun Yong frá Norður-Kóreu og dr. C. Chang frá Ekvador en þeir sáu um fundarstjórnina í sameinaðri málstofu þingsins. Að auki var dr. R.R. Jean Louis, heilbrigðis- og fjölskylduáætlanaráðherra Madagaskar, kosinn formaður nefndar A og T. Zeltner, ráðuneytisstjóri heilbrigðisráðuneytis Sviss, kosinn formaður nefndar B.

Sendinefnd Íslands í ár skipuðu Davíð Á. Gunnarsson ráðuneytisstjóri, dr. Kristján Oddsson aðstoðarlandlæknir, Haraldur Briem, sóttvarnarlæknir landlæknisembættisins, Ingimar Einarsson skrifstofustjóri, Sveinn Magnússon skrifstofustjóri, Vilborg Ingólfssdóttir skrifstofustjóri og Ásthildur Knútsdóttir, sérfræðingur í heilbrigðisráðuneytinu, en auk þess voru starfsmenn fastanefndar Íslands í Genf sendinefndinni til halds og trausts.

Á dagskrá þingsins að þessu sinni voru meðal annars tæknileg málefni með 21 undirflokki og málefni er vörðuðu stjórnun, fjármál og starfsmannamál.

## 2. Ræða framkvæmdastjóra, dr. Margaret Chan.

Það var mál manna að ræða framkvæmdastjórans, dr. Margaret Chan, hafi verið full bjart-sýni og hvatti hún leiðtoga á heilbrigðissviði að stuðla sérstaklega að bættri heilsu kvenna og íbúa Afríku. Hún sagði að litið væri á heilsu sem eina af lykilskuldbindingum í utanríkis-stefnum ríkja. Fjárfesting í heilsu væri einnig orðin vænlegur kostur fyrir stórfyrirtæki sem vildu axla samfélagslega ábyrgð sína.

Dr. Chan minnti viðstadda á að þegar hún tók við embætti framkvæmdastjóra í nóvember 2006 hafi hún sagst ætla að leggja áherslu á tvo hópa, þ.e. konur og íbúa Afríku, og yrðu þessir hópar notaðir sem viðmið fyrir árangur stofnunarinnar. Hún lagði áherslu á mikilvægi þess að bæta heilsu kvenna. Konur í þróunarríkjunum þyrftu sérstaka athygli því þær væru umönnunaraðilar, gengju með börnin og gegndu oft lykilhlutverki í að stuðla að breytingum. Þær hefðu með stuðningi möguleika á því að lyfta heimilum og samfélögum upp úr sárri fátækt. Hún lagði einnig áherslu á að efla heilsu fólks í Afríku þar sem mestu sjúkdómsbyrði heimsins væri að finna. Hún sagði það brýnt að fyrirbyggja að Afríka yrði heimsálfan sem skilin væri eftir hvað varðaði framþróun.

Mánuði fyrir þingið samþykktu heilbrigðisráðherrar Afríku fyrstu heilbrigðisáætlun álfunnar og nær hún yfir tímabilið 2007–2015. Dr. Chan sagðist ánægð með að áætlunin legði áherslu á þörfina fyrir að endurvekja grunnheilbrigðisþjónustuna og að hún kallaði á að skilgreind yrði lágmarkspjónusta sem allir hefðu aðgang að.

Dr. Chan sagði að framfarir síðustu áratuga hefðu ekki gerst af sjálfu sér og þær mætti þakka leiðtogum á heilbrigðissviði. Þessir leiðtogar hefðu ekki einungis haft sýn á bjartari og betri framtíð heldur hefðu þeir einnig unnið að því að gera hana að raunveruleika. Alltaf yrðu til þarfir sem ekki væri komið á móts við en heilsa hefði aldrei fyrr fengið eins mikla athygli og aldrei fyrr hefði verið varið jafnmiklum fjármunum til hennar.

Í ræðu sinni notaði dr. Chan tækifærið til að minnst á að 15. júní 2007 tæki gildi endurskoðuð heilbrigðisreglugerð sem hafði verið samþykkt af alþjóðaheilbrigðisþingunum árið 2005. Segja má að forvarnir séu einkunnarorð þessarar reglugerðar þar sem tilgangur hennar er að koma í veg fyrir vá áður en hún stofnar alþjóðaöryggi í hættu.

Að lokum tók dr. Chan fyrir hættuna á heimsfaraldri influensu og þann þátt sem hún hefði sjálf átt í að tryggja aukinn aðgang að bóluefnum, þá sérstakleg í þróunarríkjunum. Hún lagði áherslu á mikilvægi samkomulagsins um að veita lyfjaframleiðendum í þróunarlöndum tækniástoð við að safna birgðum af bóluefnum og huga að innkaupum á bóluefnum.

## 3. Gestafyrirlesarar.

Í ár var tveimur gestafyrirlesurum boðið að ávarpa þingið, þeim Jens Stoltenberg, forsætisráðherra Noregs, og Thoraya Obaid, framkvæmdastjóra mannfjöldasjóðs Sameinuðu þjóðanna (UNFPA).

Jens Stoltenberg greindi frá sérstakri athygli Noregs á tvö af átta þúsaldarmarkmiðum Sameinuðu þjóðanna, þ.e. þau sem snúa að ungbarnadauða og mæðravernd. Norsk stjórnvöld hafa tekið upp samstarf við nokkur af stærstu ríkjum heims til að auðvelda framkvæmd við að ná þessum tveimur fyrrnefndu þúsaldarmarkmiðum. Hann tilkynnti að Noregur hefði útbúið drög að svokallaðri alþjóðlegri viðskiptaáætlun til að auka framgang þessara markmiða. Hann sagði ennfremur að ætlunin væri að kynna þessa áætlun nánar í New York síðar á árinu eða í september 2007. Ætlunin er að styðja við þau inngríp sem krefjast tiltölulega lítills kostnaðar en eru líkleg til að bjarga sem flestum mannlífum. Jens Stoltenberg sagði



það óásættanlegt að á þriggja sekúndna fresti deyi að meðaltali eitt barn í heiminum og á hverri mínútu deyi að meðaltali ein ófrísk kona, en þetta gerir um 10 milljónir dauðsfalla á ári.

Því næst ræddi Jens Stoltenberg um umbætur á starfi Sameinuðu þjóðanna þar sem hann hafði nýverið verið meðstjórnandi í nefnd háttsettra embættismanna um samfellu í starfi Sameinuðu þjóðanna.

Thoraya Obaid hefur starfað lengi við Sameinuðu þjóðirnar og komið mikið að málefnum tengdum framþróun svo og framgangi kvenna. Hún hefur einnig gegnt lykilhlutverki hvað varðar umbætur á starfi Sameinuðu þjóðanna og unnið að því að auka skilvirkni og áhrif þróunaraðstoðar á vegum þeirra. Hún ræddi um samstarfsverkefni við WHO sem miðar að því að auka heilbrigði kvenna og barna, svo og að auka alþjóðaheilbrigðisöryggi. Hún hvatti aðildarríki m.a. til að vinna að auknu jafnræði þegna sinna. Hún benti á að á hverri mínútu smitast um 10 manns af eyðniveirunni og að á hverju ári deyja um 3 milljónir manna af völdum alnæmis. Enn fremur deyr árlega um hálf milljón kvenna af barnsförum og eiga meira en 95% þessara dauðsfalla sér stað í Afríku og Asíu. Hægt væri að fyrirbyggja flest þessi dauðsföll ef konur hefðu aðgang að viðeigandi heilbrigðisþjónustu. Að lokum benti hún á að réttur til kynheilbrigðis virtist vera mjög pólitískt hlaðið mál þar sem mannréttindi og menningarviðhorf virtust oft skarast en hún var fullviss um að hægt væri að leysa þennan ágreining með auknum umræðum.

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

##### *4.1 Heimsfaraldur influensu.*

Við upphaf umræðunnar á þinginu lágu þrjár ályktanir fyrir. Ein sem samþykkt var af framkvæmdastjórninni fyrir á árinu en að auki lögðu nokkur þróunarríki með Indónesíu í fararbroddi fram aðra ályktun og Bandaríkin þá þriðju. Haldnir voru margir vinnufundir þar sem unnið var að því að sameina þessar þrjár ályktanir og tókst það að lokum. Ályktunin sem samþykkt var mun aðstoða aðildarríki við að vera betur viðbúin ógnum við heilsu og þar á meðal heimsfaraldri influensu. Ályktunin fer fram á að aðildarríki deili með sér upplýsingum um influensuveirur og að aðgangur að bóluefnum og öðrum úrræðum til að verjast influensunni sé gerður greiður. Hún leggur því áherslu á nauðsyn þess að deila upplýsingum bæði í viðbúnaði við faraldri og þeim ávinningi sem hlýst af auknu samstarfi. Ályktunin fer einnig fram á að WHO komi sér upp birgðum að bóluefnum gegn H5N1 veirunni og öðrum influensuveirum sem gætu valdið faraldri. Að auki skal stofnunin útbúa leiðbeiningar um hvernig hægt er að tryggja sanngjarna dreifingu bóluefna og á hagstæðu verði ef faraldur brýst út.

##### *4.2 Útrýming bólusóttarveirunnar.*

Á þinginu var ákveðið að árið 2010 skyldi stofnunin hefja úttekt á öllum rannsóknum sem framkvæmdar hefðu verið á bólusóttarveirunni og ákveða hvort þörf sé á frekari rannsóknum. Niðurstaða úttektarinnar skal liggja fyrir á alþjóðaheilbrigðisþinginu árið 2011.

##### *4.3 Meðferð leishmanssýki.*

Leishmanssýki er landlæg í 88 löndum og einn af þeim sjúkdómum sem dregur flest fólk til dauða í þróunarlöndunum. Sjúkdómurinn flokkast sem hitabeltissjúkdómur og veldur sník-ill honum sem berst til manna með biti sandflugna. Talið er að um 14 milljónir manna hafi sjúkdóminn og um 2 milljónir nýrra tilvika komi upp á ári hverju. Meðferð við sjúkdómnum er kostnaðarsöm og deyja milljónir árlega úr honum, margir hverjir í kjölfar eyðnismits.

Samþykkt var ályktun þar sem aðildarríki eru hvött til að auka rannsóknir á sjúkdómnum og finna virkari lyfi gegn honum. Að auki var WHO beðið um að hvetja til alþjóðasamstarfs í því skyni að meðhöndla og útrýma sjúkdómnum.

#### 4.4 Útrýming mænuóttar.

Árið 1988 var sett af stað herferð sem miðaði að útrýmingu mænuóttar en hún er í dag landlæg í einungis fjórum löndum. Samþykkt var ályktun á þinginu sem felur í sér að aðildarríkin vinni enn hraðar að útrýmingu mænuóttar og geri um leið ráðstafanir til þess að fyrirbyggja frekari smit. Í umræðunni kom fram að það fjármagn sem upp á vantaði fyrir tímabilið 2007–2008 væri um 540 milljónir bandaríkjadala.

#### 4.5 Malaría og tillaga að stofnun sérstaks malariudags.

Margir lýstu áhyggjum sínum yfir því að malaría heldur áfram að valda á ári hverju meira en milljón dauðsföllum en hægt væri að koma í veg fyrir flest þessara dauðsfalla með einföldum forvörnum. Samþykkt var ályktun sem fer fram á aukið aðgengi að öruggum og skilvirkum meðferðum á hagstæðu verði, aukið aðgengi að forvörnum fyrir ófrískar konur og aukið aðgengi að flugnanetum og flugnaeyði innan dyra. Einnig var því beint til þeirra sem veita styrki til þessa málefnis að styrkja framleiðslu og dreifingu artemisinafleiða sem minnka líkurnar á því að flugur sem stinga sýktan mann sýkist. Þessir sömu aðilar voru einnig hvattir til að styðja við herferð gegn markaðssetningu, dreifingu og notkun á lyfleysum sem sagðar eru getað læknað malaríu. Að lokum var ákveðið að árlega yrði 25. apríl tileinkaður baráttunni gegn malaríu.

#### 4.6 Baráttan gegn berklum.

Aðildarríki voru hvött til að útbúa og innleiða langtímaáætlanir fyrir forvarnir og meðferð berkla sem væru samhljóða heimsáætlun WHO um að stöðva berkla 2006–2015, sem miðar að því að minnka um helming tíðni berkla og dauðsfalla af þeirra völdum fyrir árið 2015. WHO var beðið um að auka stuðning sinn við þau lönd þar sem berkla finnast, sérstaklega þau lönd þar sem finna má ónæma berkla og berklasmitaða alnæmissjúklinga.

#### 4.7 Áætlanir og inngríp til að minnka skaða af völdum áfengisneyslu.

Árið 2005 samþykkti alþjóðaheilbrigðisþingið ályktun þess efnis að aðildarríkin beindu sjónum sínum sérstaklega að heilsuspillandi áhrifum áfengisneyslu. Ályktunin var lögð fram af frumkvæði Norðurlandanna og varð það fyrir tilstuðlan Davíðs Á. Gunnarssonar, þáverandi formanns framkvæmdastjórnar stofnunarinnar, að samstaða skapaðist milli aðildarríkja um ályktunina. Ályktunin fór fram á að WHO legði fram skýrslu fyrir alþjóðaheilbrigðisþingið 2007 um mat á heilsuspillandi áhrifum áfengisneyslu og tillögur að því hvernig hægt væri að minnka skaða af völdum áfengis. Nokkur ríki með Svíþjóð í fararbroddi reyndu á þessu þingi að fá samþykta ályktun þar sem kveðið var á um að framkvæmdastjóri stofnunarinnar legði fram áætlun sem miðaði að því að minnka skaða af völdum áfengisneyslu. Ekki tókst að samþykkja ályktunina þar sem nokkur ríki vildu að stofnunin færi sömu leið í áfengismálum og hún gerði í tóbaksmálum en á sínum tíma var samþykktur rammasamningur um tóbaksvarnir. Eftir þó nokkra umræðu var ákveðið að fresta umfjöllun um málið þar til á fundi framkvæmdastjórnar WHO í janúar 2008.

#### 4.8 Langvinnir sjúkdómar – innleiðing alþjóðaáætlunar.

Talað er um faraldur langvinnra sjúkdóma þar sem tíðni þeirra virðist vera að aukast. Árið 2005 var talið að þessir sjúkdómar hafi dregið um 35 milljónir manna í heiminum til dauða og er það um 60% allra dauðsfalla í heiminum. Hjarta- og æðasjúkdómar eru hvað skæðastir í flokki þessara sjúkdóma og orsökðu þeir tæplega helming allra dauðsfalla vegna langvinnra sjúkdóma. Framkvæmdastjóri WHO lagði fram framvinduskýrslu þar sem lýst var starfsemi stofnunarinnar varðandi langvinna sjúkdóma frá árinu 2000. Samþykkt var ályktun þar sem aðildarríki eru hvött til að efla forvarnir sínar gegn langvinnnum sjúkdómum svo og meðferð við þeim. Einnig var ákveðið að lögð yrði fram aðgerðaáætlun á alþjóðaheilbrigðisþinginu árið 2008.

#### 4.9 Munnheilsa.

Talið er að kostaður af völdum bágrar munnheilsu muni vaxa hratt næstu árin ef ekkert er að gert, sérstaklega meðal illra settra og fátækra þjóðfélagshópa og er þessi aukning tengd aukinni sykurneyslu og of lítilli flúornotkun. Í skjali sem lagt var fyrir þingið kemur fram að sjúkdómar í munnholi eru númer fjögur á lista yfir þá sjúkdóma sem dýrast er að meðhöndla. Samþykkt var ályktun á þinginu sem hvetur WHO til að vera leiðbeinandi í þessu starfi og veita aðildarríkjum tæknilega aðstoð við að efla munnheilsuáætlanir sínar.

#### 4.10 Réttur mæðra og barna að heilbrigðisþjónustu tryggður – framvinduskýrsla.

Í tilefni af alþjóðaheilbrigðisskýrslunni um heilbrigði mæðra og barna sem kom út árið 2005 var samþykkt ályktun á alþjóðaheilbrigðisþinginu sama ár þar sem kveðið var á um að framkvæmdastjóri WHO gæfi frá sér skýrslu annað hvert ár um gang mála. Í skýrslunni sem lögð var fyrir þingið kom fram að á hverju ári eru framkvæmdar um 45 milljónir fóstur-eyðinga í heiminum. Um 19 milljónir þeirra eru gerðar við ófullnægjandi aðstæður og er það talið valda dauða um 68 þúsund kvenna á hverju ári. Skortur á heilbrigðisstarfsfólki hindrar mörg lönd í að geta aukið þjónustu við mæður og börn. Frá því að þúsaldarmarkmið Sam-einuðu þjóðanna um mæðravernd og ungbarnadauða voru sett hefur átt sér stað hægfara breyting til batnaðar en betur má ef duga skal.

#### 4.11 Heilsuefling í alþjóðavæddum heimi.

Samþykkt var ályktun þar sem aðildarríki eru hvött til að auka fjárfestingu í heilsueflingu og leggja jafnframt aukna áherslu á heilsueflingu sem einn af lykilþáttum grunnheilbrigðisþjónustunnar og eflingu lýðheilsu.

#### 4.12 Innleiðing kynja- og jafnréttissjónarmiða í vinnu WHO.

Samþykkt var ályktun þess efnis að kynja- og jafnréttissjónarmið séu höfð að leiðarljósi í allri vinnu WHO. Farið var fram á það við stofnunina að allar upplýsingar sem stofnunin lætur frá sér séu greindar eftir kyni. Að auki var framkvæmdastjóri stofnunarinnar beðinn um að greina þinginu frá gangi mála á tveggja ára fresti.

#### 4.13 Heilsuvernd starfsmanna.

Aðildarríkin studdu heimsáætlun um bætt heilsufar starfsmanna fyrir tímabilið 2008–2017. Heimsáætlunin felur í sér að WHO leiðbeini aðildarríkjum við áætlanagerð hvað varðar heilsuvernd starfsmanna, að aðildarríki verndi og stuðli að góðri heilsu á vinnustöð-

um, bæti frammistöðu og aðgengi að heilbrigðisþjónustu á vinnustöðum, beiti gagnreyndum forvarnaaðgerðum og taki tillit til heilsuverndar starfsmanna í viðeigandi áætlunargerðum.

#### 4.14 Heilbrigðiskerfi og neyðarþjónusta.

Samþykkt var ályktun um heilbrigðiskerfi og neyðarþjónustu sem beinir athygli stjórnvalda að þörfinni fyrir að styrkja áfalla- og neyðarþjónustu, þ.m.t. viðbúnað við stórslysum, og bent á aðgerðir sem stjórnvöld geti gripið til. Að auki var Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin beðin um að auka stuðning sinn við aðgerðir aðildarríkjanna á þessu sviði.

#### 4.15 Rafræn heilbrigðisþjónusta.

Aðildarríkin samþykktu ályktun sem kveður á um að rafræn heilbrigðisþjónusta sé styrkt og að lögð sé meiri áhersla á vinnu WHO sem viðkemur heilbrigðistölfræði. Ályktunin fer einnig fram á að framkvæmdastjóri stofnunarinnar styrki upplýsinga- og rannsóknarvinnu innan stofnunarinnar og tryggi notkun sannreyndrar og uppfærðrar heilbrigðistölfræði til að auðvelda ákvarðanatöku varðandi áætlanagerð og leiðbeiningar sem stofnunin lætur frá sér.

#### 4.16 Hlutverk WHO og ábyrgð á sviði heilbrigðisrannsókna.

Aðildarríkin samþykktu ályktun þar sem lögð var áhersla á samfellu í rannsóknaraðferðum WHO. Það er von manna að þetta muni aðstoða stofnunina við að miðla rannsóknarniðurstöðum og auðvelda notkun þeirra við ákvarðanatöku og stefnumörkun innan heilbrigðisþjónustunnar og auka skilvirkni við ákvarðanatöku.

#### 4.17 Skynsamleg notkun lyfja.

Lyfjameðferð er ein af hagkvæmari meðferðum við sjúkdómum. Um 10–20% af heilbrigðisútgjöldum þróunarríkjanna fara í lyf en um 20–40% heilbrigðisútgjalda vestrænna ríkja fara í lyf. Umræðan um skynsamlega notkun lyfja tekur því á van- og ofávísun lyfja svo og ónægri meðferðarfylgni sjúklinga, sérstaklega hvað varðar lyf við langvinnum sjúkdómum eins og alnæmi og sykursýki. Samþykkt var ályktun sem kallar á að stuðlað verði að samþættri aðferð innan heilbrigðisþjónustunnar til að hvetja til skynsamlegrar notkunar lyfja – þá sérstaklega eru þverfaglegir hópar í aðildarríkjum beðnir um að fylgjast með lyfjanotkun og hvetja til skynsamlegrar notkunar lyfja.

#### 4.18 Betra aðgengi að lyfjum ætluð börnum.

Ályktunin sem samþykkt var fer fram á að framkvæmdastjóri WHO taki upp í framkvæmdaáætlun stofnunarinnar að auka aðgengi að nauðsynlegum lyfjum ætluðum börnum. Árið 2007 mun WHO útbúa lista yfir nauðsynleg lyf fyrir börn sem hægt er að nota sem fyrirmynd. Að auki mun stofnunin útbúa gagnreyndar upplýsingar um lyfin fyrir umönnunaraðila og þá sem ávísu lyfjunum. Þá mun stofnunin greina þörfina á rannsóknum til að búa megi til betri lyf ætluð börnum.

#### 4.19 Heilbrigðistækni.

Undir heilbrigðistækni flokkast öll þau aðföng sem notuð eru til að mæta heilbrigðisþörfum heilbrigðra eða sjúkra. Þetta geta verið lyf, lækningatæki eða lækni-meðferðir. Litið er á aðgengi að heilbrigðistækni sem nauðsynlegt til að minnka bilið á milli fátækra og ríkra landa, svo og bilið milli þjóðfélagshópa í hverju landi fyrir sig. Minnst var á að mikill hluti fólks í heiminum lifir við fátækt og hefur ekki aðgang að þeim úrræðum sem heilbrigðistækni

skapar. Í ályktuninni sem samþykkt var á þinginu er skorað á aðildarríkin að safna, sannreyna, uppfæra og skiptast á upplýsingum um heilbrigðistækni í þeim tilgangi að auðvelda forgangsriðun verkefna og ákvarðanir um fjárveitingar til þeirra. Jafnframt var mælt með samstarfi á þessu sviði, milli landa sem og innan þeirra.

#### 4.20 Lýðheilsa, nýsköpun og hugverkaréttur.

Í febrúar 2004 var stofnuð nefnd um lýðheilsu, nýsköpun og hugverkarétt sem safnaði upplýsingum um hvernig hvetja mætti til þróunar nýrra eða endurbættra lyfja og lækningatækja við sjúkdómum sem hrjá þróunarlöndin sérstaklega. Í framhaldi af því var stofnaður vinnuhópur opinn öllum aðildarríkjum og skilaði hópurinn nú inn niðurstöðum sínum. Þingið náði eftir þó nokkra umræðu að komast að samkomulagi um ályktun sem þakkar framkvæmdastjóra WHO, dr. Chan, fyrir stuðning við vinnuhópinn og hvetur hana til að sjá til þessa að gerð verði áætlun út frá niðurstöðum vinnuhópsins. Dr. Chan sagðist taka á þessu máli af fullri alvöru og að markmiðið væri að lækka dánartíðni og lina þjáningar.

#### 4.21 Miðannar-verkefnaáætlun fyrir tímabilið 2008–2013.

Stofnunin vinnur eftir sinni elleftu framkvæmdaáætlun sem nær yfir tímabilið 2006–2015 og tekur mið af þúsaldarmarkmiðum Sameinuðu þjóðanna. Þar sem framkvæmdaáætlunin nær yfir langan tíma var ákveðið að útbúa miðannar-verkefnaáætlun. Í henni er lögð áhersla á 16 forgangsatríði sem munu haldast næstu þrjú fjárhagsáætlunartímabilin eða frá 2008–2013.

### 5. Ályktanir og helstu málefni tekin fyrir í nefnd B.

#### 5.1 Heilbrigðisástand á hernumdum svæðum Palestínu, þ.m.t. Jerúsalem og á hernumdum svæðum Gólanhæða.

Fyrsta verk nefndarinnar var að taka fyrir ályktun þar sem lýst var yfir áhyggjum af versnandi heilsu og efnahagsástandi á hernumdum landsvæðum í Palestínu, að Jerúsalem meðtaldri og á hernumdum svæðum Gólanhæða. Segja má að þetta sé orðinn árlegur viðburður á þinginu og yfirleitt eitt af hitamálum þingsins. Aðildarríki töldu að ályktunin í ár væri með svipuðu sniði og áður en að venju mótmæltu Ísraelar henni harðlega og sögðu að pólitískar ástæður lægju að baki en ekki ásetningur um að bæta heilsu Palestínumanna. Talsmaður Bandaríkjanna óskaði þá eftir atkvæðagreiðslu um ályktunina og varð niðurstaðan sú að 106 ríki samþykktu hana samanbúið við 57 ríki árið áður og sjö ríki mótmæltu henni en níu ríki árið áður. Tólf ríki sátu hjá samanbúið við 61 ríki árið áður og var Ísland meðal þeirra.

#### 5.2 Fjárlagatillögur og fjármál.

Þessi dagskrárliður var í mörgum liðum og voru alls sex ályktanir samþykktar undir honum. Fyrst var fjallað um þau ríki sem misst höfðu kosningarétt sinn á alþjóðaheilbrigðisþinginu vegna vanskila framlaga. Því næst voru tekin til umræðu þau lönd sem samkomulag hafði náðst við um greiðslu skulda.

Þá samþykkti þingið fjárhagsáætlun stofnunarinnar fyrir tímabilið 2008–2009 sem hljóðar upp á 4,2 milljarða bandaríkjadala sem er aukning um tæplega 1 milljarð bandaríkjadala frá síðasta tímabili 2006–2007 sem var þá 3,3 milljarðar bandaríkjadala, sbr. töflu:

		2006–2007 (milljónir bandaríkjadala)	2008–2009 (milljónir bandaríkjadala)
Fastur hluti	a) föst framlög aðildarríkja	893	929
	b) aðrar tekjur	22	30
Fastur hluti alls		915	959
Frjáls hluti		2.398	3.268
	<b>Alls</b>	<b>3.313</b>	<b>4.227</b>

Á fjárhagsáætluninni fyrir tímabilið 2008–2009 má sjá aukna fjárfestingu í heilsu. Framkvæmdastjóri WHO sagði að áætluð aukning fjárlaga stofnunarinnar endurspegladi auknar væntingar og kröfur aðildarríkjanna. Þetta hefði einnig mikla þýðingu fyrir stofnunina og gerði hana betur í stakk búna til að veita aðildarríkjum aðstoð í samstarfi við aðrar stofnanir Sameinuðu þjóðanna og aðra samstarfsaðila. Þetta er í fyrsta skiptið sem fjárhagsáætlunin er hluti af sex ára miðannar-verkefnaáætlun stofnunarinnar sem einnig var samþykkt af þessu þingi.

Undir þessum lið var einnig ákveðið að Indland tæki að sér endurskoðun fjármála stofnunarinnar fyrir næstu tvö fjárhagstímabil stofnunarinnar eða tímabilið 2008–2011.

### 5.3. Samstarf við aðrar stofnanir Sameinuðu þjóðanna og alþjóðastofnanir.

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

## 6. Fræðslu- og upplýsingafundir.

Haldnir voru sjö fræðslu- og upplýsingafundir meðan á þinginu stóð en þar var tekin fyrir innleiðing alþjóðaheilbrigðisreglugerðarinnar, hvernig deila eigi upplýsingum um influensuveirur og hvernig þessar upplýsingar eru nýttar til að útbúa bóluefni, lýðheilsa, nýsköpun og hugverkaréttur á heilbrigðissviði, flutningur heilbrigðisstarfsfólks frá Þróunarríkjunum, 20 ára afmæli átaks um mæðravernd, tóbaksnotkun á vinnustöðum og að lokum varnir gegn loftslagsbreytingum.

## 7. Samráðsfundir.

### 7.1 Norðurlandahópurinn.

Á hverjum morgni hittust fulltrúar Norðurlandanna og fóru yfir stöðu mála. Danir stjórnuðu þessum fundum þar sem Danmörk situr í framkvæmdastjórn stofnunarinnar fyrir hönd Norðurlandanna. Á fundunum var farið yfir dagskrá þingsins og framlög hvers lands fyrir sig til hinna ýmsu málefna auk sameiginlegra ræðna Norðurlandanna eftir því sem þær lágu fyrir. Á undanförunum þingum hefur sameiginlegum ræðum Norðurlandanna fækkað og hefur það einkum komið til af því að samræmd innlegg Evrópusambandsins setja í vaxandi mæli mark sitt á þinghaldið.

## 7.2 Vestur-Evrópski hópurinn og aðrir (WEOG).

Lönd Vestur-Evrópu og fleiri hópar héldu sömuleiðis samráðsfund á hverjum morgni. Þar var farið yfir stöðu og horfur mála á þinginu.

## 8. Dagskrá Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar árið 2008.

Ákveðið var að halda 122. fund framkvæmdastjórnarinnar 21.–26. janúar, alþjóðaheilbrigðisdagurinn verður að venju haldinn 7. apríl og verður hann að þessu sinni tileinkaður heilsuvernd á tímum loftslagsbreytinga, 61. alþjóðaheilbrigðisþingið verður haldið 19.–24. maí og fundur Evrópudeildar WHO verður haldinn 15.–18. september í Tbilisi, í Georgíu.

### 121. FUNDUR FRAMKVÆMDASTJÓRNAR WHO Í GENF 24.–26. MAÍ 2007

#### 1. Inngangur.

Dagana 24.–26. maí 2007 var haldinn í Genf 121. fundur framkvæmdastjórnar Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar. Formaður framkvæmdastjórnarinnar var kosinn dr. B. Sadasivan frá Singapúr, en fráfaramandi formaður var dr. A. Aranibar frá Bólivíu. Varamenn voru kosnir dr. Gwenigale frá Líberíu, dr. Maza Brizuela frá El Salvador, dr. Jaksons frá Litháen og Mr. Miguil frá Djibútí en dr. Jigmi Sigay frá Bútan var kosinn skýrslugjafi. Á fundinum voru samþykktar tvær ályktanir og sótti fundinn fyrir Íslands hönd Vilborg Ingólfsdóttir, skrifstofustjóri í heilbrigðisráðuneytinu.

#### 2. Helstu umræðuefni fundarins.

##### 2.1 Niðurstöður alþjóðaheilbrigðisþingsins 2007.

Minnst var á langa dagskrá þingsins og að samþykktar hefðu verið alls 30 ályktanir. Vakin var athygli á því að þingið hefði eytt dýrmætum tíma í að ræða og kjósa um aðildarumsókn Taívans að stofnuninni. Þetta var í ellefta skiptið sem þingið tók þessa ósk fyrir og fór eins og venjulega fyrsti dagur þingsins í þetta mál. Óskað var eftir því að framkvæmdastjórinn myndi annað fyrirkomulag til að ræða aðildarumsóknina.

##### 2.2 Kosning framkvæmdastjóra og tilnefning staðgengils.

Mikil umræða skapaðist um það hvort kosning framkvæmdastjóra stofnunarinnar ætti að vera háð samkomulagi um landfræðilega skiptingu en engin niðurstaða fékkst í því máli. Því næst var tekin fyrir tilnefning staðgengils framkvæmdastjóra. Mikil óvissa ríkti um hver staðgengill fyrirverandi framkvæmdastjóra var er hann féll frá. Til að fyrirbyggja að þessi staða kæmi aftur upp voru allir sammála um að framkvæmdastjóra stofnunarinnar bæri að tilnefna staðgengil sinn og gera það kunnugt. Engin ályktun var samþykkt undir þessum lið en framkvæmdastjóri stofnunarinnar var beðinn um að útbúa skjal með tillögnum sem ræddar yrðu fyrir næsta framkvæmdastjórnarfund í janúar 2008.

##### 2.3 Starfsreglur framkvæmdastjórnarinnar.

Síðast voru starfsreglur framkvæmdastjórnarinnar samþykktar í maí 2003. Umræðan snerist um það hvort formaður framkvæmdastjórnarinnar og varamenn hans ættu að fara yfir þær ályktanir sem lagðar yrðu fram áður en þær fara fyrir aðra í framkvæmdastjórninni. Flestir voru á móti þessari hugmynd og sögðu að líklega mundu þá fleiri ályktanir vera lagðar beint fyrir alþjóðaheilbrigðisþingið án þess að hafa áður verið ræddar í framkvæmdastjórn-

inni. Samþykkt var ályktun sem gerir reglur skýrari um val á dagskrárliðum fyrir framkvæmdastjórnarfundina og um þær ályktanir sem lagðar eru fram.

#### 2.4 Framkvæmdaáætlun um fjöltyni innan WHO.

Á undanförunum árum hefur krafa um fjöltyni innan WHO orðið æ háværi en viðurkennd tungumál stofnunarinnar eru arabíska, enska, franska, kínverska, rússneska og spænska. Margt hefur verið gert til að auka aðgang að því efni sem stofnunin hefur gefið út, þ.m.t. á heimasíðu stofnunarinnar. Það sem hefur helst staðið í vegi fyrir þessum áformum er kostnaðurinn sem þýðingavinnunni fylgir en talið er að á tímabilinu 2008–2013 muni kostnaðurinn vera um 20 milljónir bandaríkjadala.

### 3. Ályktanir fundarins.

Á fundinum voru samþykktar eins og fyrr greinir tvær ályktanir.

## FUNDUR SVÆÐISNEFNDAR WHO Í EVRÓPU Í BELGRAD 17.–21. SEPTEMBER 2007

### 1. Inngangur.

Fimmtugasti og sjöundi fundur svæðisnefndar Evrópu var haldinn í Belgrad í þriðju viku septembermánaðar 2007. Fundurinn var vel sóttur að venju og sendu öll 53 aðildarríki svæðisskrifstofunnar fulltrúa sína á fundinn. Fulltrúar alþjóðasamtaka og alþjóðastofnana sóttu einnig fundinn. Það vakti undrun margra þegar ákveðið var að halda umræddan fund í Serbíu svo skömmu eftir átökin á Balkanskaga og árásir NATO á Belgrad. Serbum er hins vegar greinilega umhugað um að sýna að þeir ætla sér þátttöku í starfi WHO á við aðrar þjóðir. Mikið vantar upp á að heilbrigðisástandið í landinu geti talist nægjanlega gott. Meðalaldur karla er til að mynda 66 ár og tíðni sjálfsvíga í norðurhluta landsins er með því hæsta sem þekkt á öllu Evrópusvæðinu. Meðallaun í Serbíu í dag eru um 35 þús. ísl. kr. á mánuði.

### 2. Ávörp.

Framkvæmdastjóri WHO, dr. Margaret Chan, ávarpaði fundinn og gerði grein fyrir stöðu heilbrigðismála víðs vegar um heiminn. Hún gerði sérstaklega að umræðuefni frumkvæði Evrópuskrifstofunnar á ýmsum sviðum, svo sem heilsu og umhverfi, baráttuna gegn langvinnnum sjúkdómum, heilsueflingu, bætt mataræði, heilsuborgir, heilsuskóla, heilsuvernd á vinnustöðum, heilsufar innflytjenda og heilbrigðisþarfir aldraðra. Dr. Chan sagði að mörg viðfangsefni sem Evrópuskrifstofan hefði sett á dagskrá væru nú viðfangsefni Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar um allan heim.

Forstjóri Evrópuskrifstofunnar, dr. Marc Danzon, fjallaði m.a. um alþjóðaheilbrigðisreglugerðina, flutning heilbrigðisstarfsfólks milli landa og eflingu heilbrigðiskerfa aðildarríkjanna. Sömuleiðis gerði hann grein fyrir samstarfi Evrópuskrifstofunnar við Efnahags- og framfarastofnunina (OECD) og Evrópusambandið um söfnun og vinnslu heilbrigðistölfraði og flokkun heilbrigðisútgjalda.

Forseti serbneska lýðveldisins, Boris Tadic, ávarpaði fund svæðisnefndarinnar og lagði áherslu á mikilvægi samstarfs aðildarríkjanna í heilbrigðismálum og að þau nýttu sér framfarir í tækni og þekkingu sér til hagsbóta á öllum sviðum. Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin væri dæmi um stofnun sem leitaðist við að leysa heimsvandamál í samstarfi við ríkisstjórnir, alþjóðastofnanir og aðra samstarfsaðila.



### 3. Helstu málefni.

#### 3.1 Mannaflamál heilbrigðisþjónustunnar.

Skortur á heilbrigðisstarfsfólki er vandi sem menn glíma jafnt við í ríkum sem fátækum löndum. Heilbrigðisstarfsfólk flytur í vaxandi mæli frá þróunarlöndunum til þeirra landa þar sem velmegun er meiri og þróuðu ríkin mennta ekki nægjanlega marga sérhæfða heilbrigðisstarfsmenn. Samþykkt var ályktun sem leggur áherslu á viðtækar aðgerðir til þess að bæta ástandið.

#### 3.2 Aðgerðaráætlun fyrir fæðu- og næringarstefnu 2007–2012.

Þrátt fyrir viðleitni til þess að bæta næringu og öryggi matvæla í aðildarríkjunum hefur sjúkdómabyrði vegna lélegrar næringar farið vaxandi undanfarin ár. Aðgerðaáætlun sem miðar að því að bæta ástandið var samþykkt.

#### 3.3 Þúsaldarmarkmið Sameinuðu þjóðanna.

Fjallað var um hvernig gengið hefði að ná þúsaldarmarkmiðum Sameinuðu þjóðanna en það eru einkum markmið 4 og 5 sem snerta heilbrigðismál. Staða Evrópu er mun betri en annarra svæða heimsins. Þó eru horfur á því að mörg lönd á Evrópusvæðinu hafi ekki náð settum markmiðum árið 2015. Samþykkt var áætlun sem hvetur aðildarríkin og Evrópuskrifstofuna til frekari dáða.

#### 3.4 Baráttan gegn offitu og ofþyngd.

Aðildarríkin gerðu grein fyrir framfylgd markmiða ráðherra fundarins um aðgerðir til þess að draga úr offitu sem haldinn var í Ístanbúl í nóvember 2006. Mörg ríki hafa þegar hrundið viðtækum aðgerðaráætlunum í framkvæmd.

#### 3.5 Aðgerðir til eflingar heilbrigðiskerfa.

Í samræmi við ályktun 55. fundar svæðisnefndarinnar frá árinu 2005 hefur Evrópuskrifstofa WHO undanfarin ár unnið skipulega að því að aðstoða aðildarríkin við að þróa og hrinda í framkvæmd aðgerðum til þess að efla heilbrigðiskerfi landanna. Í júní á næsta ári verður haldinn ráðherra fundur um þetta efni í Tallinn í Eistlandi.

#### 3.6 Aðgerðir til þessa að draga úr langvinnnum sjúkdómum.

Á 56. fundi svæðisnefndarinnar árið 2006 var samþykkt tillaga um stefnumörkun sem miðar að því að draga úr langvinnnum sjúkdómum á starfssvæði Evrópuskrifstofunnar. Danir hafa fyrir hönd Norðurlandanna lagt sitt af mörkum til þess að móta sameiginlega aðgerðaráætlun á þessu sviði.

#### 3.7 Stofnun miðstöðvar á sviði langvinnra sjúkdóma.

Grikkir lögðu fram tillögu um að komið yrði á fót miðstöð langvinnra sjúkdóma í Aþenu. Norðurlöndin töldu óráðlegt að kljúfa þennan málaflokk frá kjarnaverkefnum Evrópuskrifstofu WHO í Kaupmannahöfn en máttu ekki við margnum og víst þykir að umræddri miðstöð verði fundinn staður í höfuðborg Grikklands.

#### 3.8 Skýrsla umhverfis- og heilbrigðisnefndarinnar.

Samkvæmt venju var lögð fram skýrsla evrópsku umhverfis- og heilbrigðisnefndarinnar sem starfar í samræmi við samþykktir ráðherra fundar um sama efni sem haldinn var í Búda-

pest árið 2004. Næsti ráðherrafundur um umhverfis- og heilbrigðismál verður haldinn árið 2009, en í skýrslu nefndarinnar er sérstaklega gerð grein fyrir hvernig gengur að framfylgja markmiðum þessa samstarfs.

### *3.9 Heilbrigðisöryggi á Evrópusvæði WHO.*

Alþjóðaheilbrigðisdagurinn 7. apríl 2007 var tileinkaður alþjóðlegu heilbrigðisöryggi og var markmið hans að hvetja stjórnvöld, stofnanir og fyrirtæki til að fjárfesta í heilbrigði og stefna þannig að öruggari framtíð. Á fundinum var fjallað um þá ógn við almannaeið sem stafar af bráðalungnabólgu, fuglainflúensu, alnæmi og óvæntum áföllum sem geta haft í för með sér alvarlegar heilsufarslegar afleiðingar. Þar kom fram að flest aðildarríkin hafa gert viðeigandi ráðstafanir til þess að tryggja framkvæmd alþjóðaheilbrigðisreglugerðarinnar sem tók gildi 15. júní 2007.

### *3.10 Lýðheilsa, nýsköpun og höfundarréttur.*

Lögð var fram og rædd skýrsla vinnuhóps um lýðheilsu, nýjungar og höfundarrétt en hann starfar í samræmi við ályktun 59. alþjóðaheilbrigðisþingsins um það efni.

## **4. Aðrir fundir – Tæknileg málefni.**

Haldnir voru sérstakir kynningarfundir um alþjóðaheilbrigðisreglugerðina, rödd sjúklinga í lýðheilsustarfi, stöðu vatnstengdra sjúkdóma og framkvæmd samþykktar um vatn og heilbrigði, og loks kynning á heilbrigðisástandi og skipulagi heilbrigðisþjónustu í Serbíu.

## **5. Ályktanir fundarins.**

Á fundinum voru samþykktar fimm ályktanir.

### **Fylgiskjal I.**

Dagskrár funda, skjöl og ályktanir:

120. framkvæmdastjórnarfundur WHO (EB120): [www.who.it/gb](http://www.who.it/gb)

Alþjóðaheilbrigðisþingið 2007 (WHA60): [www.who.int/gb](http://www.who.int/gb)

121. framkvæmdastjórnarfundur WHO (EB121): [www.who.int/gb](http://www.who.int/gb)

Fundur svæðisnefndar WHO í Evrópu 2007 (EURO57): [www.euro.who.int/rc](http://www.euro.who.int/rc)