



EUROPA

**Regionalkomitee für Europa
Sechshundfünfzigste Tagung**

Kopenhagen, 11.–14. September 2006

Punkt 6 der Vorläufigen Tagesordnung

EUR/RC56/6
+EUR/RC56/Conf.Doc./2
26. Juni 2006
60781
ORIGINAL: ENGLISCH

**Bericht des Dreizehnten Ständigen Ausschusses des
Regionalkomitees**

Das vorliegende Dokument enthält den konsolidierten Bericht über die Arbeit des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees (SCRC) seit der 55. Tagung des Regionalkomitees. Er umfasst die SCRC-Tagungen in September und November 2005 sowie in April und Mai 2006.

Der Bericht über die Tagung vom September 2006 wird gesondert nachgereicht.

Die vollständigen Berichte der einzelnen SCRC-Tagungen sind auf der Website des Regionalbüros unter http://www.euro.who.int/Governance/SCRC/20041208_1 verfügbar.

Inhalt

	<i>Seite</i>
Einführung.....	1
55. Tagung des Regionalkomitees.....	1
Prüfung der Ergebnisse.....	1
Folgemeasures.....	1
Die Zukunft des WHO-Regionalbüros für Europa.....	2
Finanz- und Verwaltungsfragen.....	4
Elftes Allgemeines Arbeitsprogramm, 2006–2015.....	4
Leitprinzipien für die strategische Mittelzuweisung.....	5
Programmhaushaltsentwurf für 2008–2009 und mittelfristiger Strategieplan für 2008–2013.....	7
Fach- und Grundsatzthemen.....	8
Auf dem Weg zu einer Europäischen Strategie für nichtübertragbare Krankheiten.....	8
Gesundheitssicherheit.....	9
Weiterverfolgung von bei früheren Tagungen des Regionalkomitees erörterten Themen.....	10
Europäischer Ausschuss für Umwelt und Gesundheit.....	10
Eindämmung des Tabakgebrauchs.....	10
Tuberkulose und Malaria.....	10
Gesundheit am Arbeitsplatz.....	10
Indikatoren in Bezug auf die Aktualisierung 2005 des Rahmenkonzepts „Gesundheit für alle“ der Europäischen Region.....	11
Fachinformationen.....	12
Gesundheitsfinanzierung.....	12
HIV/Aids-Prävention.....	12
Aktuelles zu den Vorbereitungen der Ministerkonferenz der Europäischen Region der WHO über Adipositas.....	13
Aktuelles zum Thema Influenza.....	13
Sonstige Angelegenheiten.....	14
Programm der österreichischen EU-Präsidentschaft.....	14
Vorschläge der Region für Wahlämter der 59. Weltgesundheitsversammlung im Mai 2006.....	14
Mitgliedschaft in Organen und Ausschüssen der WHO.....	15
Grüßadresse eines Vertreters der Personalvereinigung des WHO-Regionalbüros für Europa.....	15
Anhang 1 Zusammensetzung des Dreizehnten SCRC 2005–2006.....	17

Einführung

1. Der Dreizehnte Ständige Ausschuss des WHO-Regionalkomitees für Europa (SCRC), Vorsitz Dr. Jens Kristian Gøtrik, hat seit der 55. Tagung des Regionalkomitees (RC55) viermal getagt:
 - im JW Marriott Bucharest Grand Hotel, Bukarest, am 15. September 2005
 - im Hotel Hilton, Wien, vom 21. bis 22. November 2005
 - im WHO-Regionalbüro für Europa (EURO), Kopenhagen, vom 27 bis 28. März 2006
 - im Palais des Nations, Genf, am 21. Mai 2006.
2. Auf seiner zweiten Tagung wählte der SCRC einstimmig Dr. Hubert Hrabcik und Dr. David Harper zu stellvertretenden Vorsitzenden.
3. Der WHO-Regionaldirektor für Europa informierte den SCRC auf dessen dritter Tagung darüber, dass er mit Genehmigung des Generaldirektors die Direktorin der Abteilung Länderunterstützung am Regionalbüro für Europa, Dr. Nata Menabde, zur Stellvertretenden Regionaldirektorin ernannt habe. Ihre Ernennung würde keine Änderungen für das Organigramm des WHO-Regionalbüros für Europa mit sich bringen.

55. Tagung des Regionalkomitees

Prüfung der Ergebnisse

4. Der Ständige Ausschuss war der Ansicht, dass die Tagung gut organisiert gewesen sei und dass sowohl das Sekretariat als auch einige Mitglieder des SCRC gute Vorträge gehalten hätten. Der SCRC begrüßte die Art der Einbeziehung der geladenen Redner und regte an, dass dem Europäischen Kommissar für Gesundheit und Verbraucherschutz eine stehende Einladung ausgesprochen werde. Die Informationsblöcke außerhalb der offiziellen Sitzungen seien ein Erfolg gewesen: Sie eigneten sich zur Schaffung lebhafter Debatten über konkrete Themen ohne Einigungszwang auf den Text eines Resolutionsentwurfs.

Folgemaßnahmen

5. Bei seiner zweiten Zusammenkunft unterzog der SCRC die Maßnahmen des Sekretariats zur Weiterverfolgung der Resolutionen und Erörterungen des RC55 einer genauen Prüfung. Zu den überprüften Themen zählten:
 - Die Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen (EUR/RC55/R6)
 - die Stärkung der nationalen Impfsysteme (Resolution EUR/RC55/R7)
 - die Stärkung der Gesundheitssysteme (Resolution EUR/RC55/R8)
 - der Handlungsrahmen für eine Alkoholpolitik in der Europäischen Region der WHO
 - das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ (GFA)
 - die Verletzungsprävention in der Europäischen Region der WHO
 - psychische Gesundheit
 - HIV/Aids und
 - der Europäische Ausschuss für Umwelt und Gesundheit.

Die Zukunft des WHO-Regionalbüros für Europa

6. Gemäß einer Anregung durch das RC54 hatte der SCRC eine Arbeitsgruppe zur Entwicklung einer strategischen Vision für die Rolle des Regionalbüros 2020 eingesetzt. Die Arbeitsgruppe bestand aus vier SCRC-Mitgliedern, zwei Bediensteten der WHO und sechs externen Sachverständigen. Es war geplant, dass die Arbeitsgruppe viermal zusammen kommen, dem SCRC nach jedem dieser Treffen berichten und dem RC56 ein Papier vorliegen sollte, welches die gemeinsamen Ansichten der Arbeitsgruppe, des SCRC und des Sekretariats ausdrücken würde.

7. Bei seiner zweiten Zusammenkunft wurde der SCRC davon in Kenntnis gesetzt, dass es das Ziel der ersten Tagung (am Regionalbüro, 26.–27. September 2005) der Arbeitsgruppe gewesen sei, die erwarteten wesentlichen Gesundheitstrends in der Europäischen Region bis zum Jahr 2020 zu skizzieren und Arbeitshypothesen zum Gesundheitszustand der Bevölkerung aufzustellen. Auf der Tagung seien eine Reihe negativer struktureller Trends genannt worden, darunter eine wachsende gesundheitliche Ungleichheit, eine steigende Zahl von Gesundheitsgefährdungen, die fehlende Anerkennung der Vorteile integrierter Gesundheitssysteme und die Kürzung öffentlicher Gesundheitsausgaben. Zu den negativen Trends in Bezug auf den Gesundheitszustand gehörten die Zunahme von Adipositas, psychischen Gesundheitsproblemen und Tabak-, Alkohol- und Substanzabhängigkeit allgemein.

8. Dennoch habe die Arbeitsgruppe das Fazit gezogen, dass sich der Gesundheitszustand der Bevölkerung der Europäischen Region der WHO im Durchschnitt verbessern werde, allerdings bei Gefahr einer verschärften gesundheitlichen Ungleichheit unter sowie in den Ländern. Gesundheit werde zunehmend ein gesellschaftliches und politisches Kernthema und der Bedarf an evidenzbasiertem Rat und evidenzbasierter Medizin steige stetig.

9. Zur Steigerung der Effizienz der Gesundheitssysteme müsse die WHO bei sektorübergreifenden Maßnahmen zu Gesundheitsdeterminanten eine Führungsrolle übernehmen, großen Wert auf Kostenwirksamkeit legen, die Entwicklung nationaler Fähigkeiten zur evidenzbasierten Gestaltung von Politik unterstützen und Werte wie Menschenrechte, Chancengleichheit und Solidarität durch messbare Ziele operationalisieren.

10. Der Ständige Ausschuss war der Ansicht, die Arbeitsgruppe habe bei der Benennung von Trends einen guten Anfang gemacht, merkte jedoch die fehlende Erwähnung der Themen Verletzungen und Unfälle sowie Klimawandel an und schlug vor, Nachhaltigkeit als einen zentralen Wert mit aufzunehmen. Da die öffentliche Gesundheit in den verschiedenen Ländern ohne Zweifel einen hohen Stellenwert einnehme, müsse die Arbeitsgruppe die Notwendigkeit einer Verknüpfung von kurzfristig, politisch motiviertem und längerfristig, stärker erkenntnisgeleitetem Handeln anerkennen; diesen Aspekt könne die Arbeitsgruppe bei ihrer zweiten Tagung zur Positionierung des Regionalbüros um das Jahr 2020 berücksichtigen.

11. Der SCRC wies auch auf die Bedeutung des Themas der dritten Tagung (Partnerschaften und internationales Umfeld) hin und schlug vor, bei dieser Gelegenheit auch das Thema Mittelbeschaffung anzuschneiden. Zu dieser Tagung könnten Vertreter der Partnerorganisationen eingeladen werden, die Mitglieder des SCRC wurden dringend aufgefordert, an allen zukünftigen Tagungen der Arbeitsgruppe teilzunehmen.

12. Auf seiner dritten Tagung wurde der SCRC über die Ergebnisse des zweiten und dritten Treffens der Arbeitsgruppe in Kenntnis gesetzt, die am 9.–10. Januar und 24.–25. März 2006 stattgefunden hatten. Das zweite Treffen habe sich auf die Stellung des Regionalbüros im Jahr 2020 konzentriert. Zu diesem Zweck hat die Arbeitsgruppe drei Fragen aufgegriffen, die im Vorfeld gestellt worden waren:

- Welche wichtigen Aufgaben und Aufträge werden für WHO und Regionalbüro im Jahr 2020 angesichts der Gesundheitszustände und -trends erwartet, welche auf der vorangegangenen ersten Tagung genannt und erörtert wurden.

- Was wird 2020 der Nutzen sein, den die spezifischen Charakteristika der WHO und ihr Status als Mitglied des Systems der Vereinten Nationen mit sich bringen bzw. unterstützen.
- Was sind die wichtigsten Änderungen, die das Regionalbüro an seiner Rolle, Funktion und Arbeitsweise vornehmen sollte, um 2020 richtig positioniert zu sein?

13. Die Arbeitsgruppe hatte als die wichtigsten Funktionen des Regionalbüros erkannt: Anleitung von Krisenmaßnahmen unter dem Gesichtspunkt der Bevölkerungsgesundheit, Unterstützung der Gesundheitssystementwicklung, Förderung von Handlung im Bereich der Gesundheitsdeterminanten, Ausbau der normativen Rolle als Norm gebende Autorität auf seinem Gebiet und Förderung des Dialogs mit den Bürgern. Sein Nutzen ergebe sich aus seiner moralischen Autorität, seiner wahrgenommenen Unparteilichkeit, seiner Brückenlage zwischen Ost und West und seiner Überzeugungskraft. Die wichtigsten Änderungen an seiner Rolle bestünden in einer engeren Kooperation mit den vielen Partnern im Gesundheitsbereich, gleichzeitig müsse es angesichts der zunehmenden Globalisierung seine Rolle als Stimme für die Bevölkerungsgesundheit weiter ausfüllen. Zu diesen Zwecken sollten Rechtsakte wie das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs stärker genutzt und die Rollen der verschiedenen Ebenen der WHO klarer definiert werden.

14. Vertreter von Partnerorganisationen (Europarat, Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC), Europäische Kommission, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) und Weltbank) waren zur Teilnahme am ersten Tag des 3. Arbeitsgruppentreffens eingeladen worden. Auch ihnen wurden drei Fragen zur Erwägung vorgelegt:

- Was sind die Stärken und Schwächen des Regionalbüros?
- Wie sehen die Partner die Rolle des Regionalbüros im Jahr 2020?
- Wie beurteilen die Partner die Zusammenarbeit zwischen ihren Organisationen und dem Regionalbüro im Jahr 2020?

15. Die Vertreter der Partnerorganisationen bestätigten weitgehend die von der Arbeitsgruppe selbst genannten Stärken, sahen jedoch auch die Förderung der Sichtbarkeit des Regionalbüros und die Entwicklung einer exakten Methode zur Auswahl und Zusammenarbeit mit Partnerorganisationen als notwendig an. Außerdem hoben sie Widersprüchlichkeiten in den Haltungen und Rollen von Mitgliedstaaten in Leitungsgremien verschiedener Organisationen (und manchmal sogar innerhalb einer Organisation) hervor, die die Arbeit des Regionalbüros tendenziell ebenso komplizierten wie das Fehlen eines klaren Konzepts in Bezug auf nichtstaatliche Organisationen und WHO-Kooperationszentren. Von Seiten des Sekretariats wurde angemerkt, dass gegenwärtig eine vom Hauptbüro geleitete Evaluierung der WHO-Kooperationszentren stattfinde.

16. Ähnlich wie die Arbeitsgruppe waren die Partner der Ansicht, die Rolle des Regionalbüros im Jahr 2020 sollte bestehen in: der Anleitung internationaler Maßnahmen gegen Gesundheitsgefahren, der Förderung einer breit angelegten sektorübergreifenden Gesundheitspolitik, der fachlichen Mitarbeit an der Gesundheitssystementwicklung und der Förderung von anwendungsorientierter Forschung. Mit Blick auf die künftige Zusammenarbeit wurde der in den vergangenen Jahren erzielte Fortschritt betont und dem Regionalbüro empfohlen, insbesondere mit der Europäischen Kommission und dem ECDC die gemeinsame Übernahme von Funktionen und Aufgaben zu verfolgen, dagegen solle mit dem Europarat weiter an der Thematik der ethischen Führung gearbeitet werden.

17. Der SCRC lobte die von der Arbeitsgruppe erzielten Fortschritte und unterstrich, wie wichtig eine klare Definition der künftigen Rolle und Funktion des Regionalbüros sei. Er würdigte den Nutzen für die Bevölkerungsgesundheit, der sich aus der gemeinsamen Arbeit mit Partnerorganisationen, insbesondere der Europäischen Kommission und dem ECDC ergeben könne. Angesichts der möglichen Auswirkungen der aktuellen Reforminitiativen der Vereinten Nationen und künftiger Änderungen im Auftrag der Partnerorganisationen vermerkte der SCRC, dass der Aktionsplan regelmäßig überprüft werden müsse.

18. Bei seiner dritten Tagung wurde dem SCRC außerdem die Skizze des Papiers für das RC56 zu diesem Thema vorgelegt. Im Wesentlichen stimmte sie mit den Hauptbereichen überein, die auf den Zusammenkünften der Gruppe behandelt worden waren. In der Einführung würden der Entstehungszusammenhang der Arbeitsgruppe, die mit ihr verbundenen Ziele und die von ihr verwandte Methode erklärt. Der erste inhaltliche Teil würde sich mit dem Gesundheitszustand und den bis 2020 erwarteten Trends in der Region beschäftigen, der zweite Teil mit Auftrag, Aufgabe und Nutzen des Regionalbüros zu diesem Zeitpunkt. Ein dritter Teil würde sich auf Partnerschaften sowie das internationale Umfeld konzentrieren, der Schlussteil würde dagegen die Hauptrichtungen angeben, in welche sich das Regionalbüro weiterbewegen sollte, und dabei Etappenziele festlegen und Szenarien für die halbe Wegstrecke sowie die erwarteten Ergebnisse im Jahr 2020 benennen. Der SCRC billigte die vorgeschlagene Skizze des Papiers für das RC56.

19. Die Stellvertretende Regionaldirektorin informierte den SCRC bei dessen vierter Tagung darüber, dass die Arbeitsgruppe ihre vierte und abschließende Zusammenkunft am 4. und 5. Mai 2006 in Kopenhagen gehalten habe. Das Sekretariat hatte einen Entwurf des Papiers für das RC56 zu diesem Thema vorbereitet, das der SCRC einer vorläufigen Prüfung unterzog. Der Regionaldirektor erinnerte daran, wie schwierig die Entwicklung einer Vision des Regionalbüros für das Jahr 2020 in einer Zeit sei, in der die Organisation sich noch in den Entwurfsphasen des Elften Allgemeinen Arbeitsprogramms für 2006–2015 (GPW11) und seines mittelfristigen Strategieplans für 2008–2013 (MTSP) befinde. Allerdings stimme die in den drei Dokumenten enthaltene Lageanalyse in wesentlichen Punkten überein; das dem RC56 vorgelegte Papier werde kein Arbeitsgruppenbericht, sondern eine Synthese der Ansichten der Arbeitsgruppe, des SCRC und des Sekretariats des Regionalbüros darstellen.

20. Der SCRC betrachtete den Entwurf als ein ausgewogenes Papier, das die Erörterungen bei den vier Arbeitsgruppentreffen ebenso wie bei den SCRC-Tagungen berücksichtige. Er begrüßte den angeregten Schritt zur Aufgabenteilung mit Partnerorganisationen, erinnerte jedoch daran, dass die WHO gemäß Satzung eine zwischenstaatliche Organisation sei und dass das Regionalbüro verpflichtet sei, sämtlichen 52 Mitgliedstaaten der Europäischen Region zu dienen. Zur Frage der Führungsrolle des Regionalbüros hob der SCRC die Bedeutung der Unterscheidung zwischen der politischen Leitungsfunktion der regionalen und globalen WHO-Leitungsgremien und der praktischen Leitungstätigkeit des Sekretariats hervor. Er betonte jedoch auch, dass politische Entscheidungen häufig auf der Grundlage von Vorschlägen des Sekretariats erfolgten und dass die Entscheidungen umso klarer ausfielen, je klarer die Vorschläge selbst seien. Es gab auch die Ansicht, dass in dem Papier vielleicht sogar noch stärker ausgewählt werden sollte, was als zentrale Aufgabe des Regionalbüros bis 2020 skizziert würde.

Maßnahmen des Regionalkomitees

Prüfung des Papiers über die Zukunft des WHO-Regionalbüros für Europa (EUR/RC56/11)

Finanz- und Verwaltungsfragen

Elftes Allgemeines Arbeitsprogramm, 2006–2015

21. Bei seiner ersten Tagung wurde der SCRC darüber informiert, dass ein vollständiger Entwurf des Elften Allgemeinen Arbeitsprogramms 2006–2015 (GPW11) höchstwahrscheinlich vor der nächsten Tagung zur Verfügung stehe. Der SCRC war der Ansicht, dass die Sicherstellung einer umfassenden direkten Konsultation mit den Mitgliedstaaten wichtig sei. Dementsprechend empfahl er dem Sekretariat Anfang oder Mitte Dezember 2005 eine Tagung der Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO zu organisieren, bei welcher der vollständige Entwurf geprüft werden könne, bevor er dem Exekutivrat auf dessen Tagung im Januar 2006 vorgelegt werde.

22. Auf seiner zweiten Tagung begrüßte der SCRC Vorkehrungen für eine regionale Konsultation über das GPW11 im Regionalbüro in Kopenhagen am 10. und 11. Januar 2006. Angesichts der Komplexität der erarbeiteten Entwurfsvorlage für das EB117 empfahl er, die Erörterung sehr fokussiert zu führen,

indem Fragen vorformuliert und zu den vier übergeordneten Kapiteln Podiumsdiskussionen veranstaltet würden und die Tagungsleitung kontinuierlich unterstützt würde. Der SCRC betonte die Notwendigkeit einer offen geführten und freimütigen Debatte. Der Berichtersteller der Konsultationstagung werde gebeten, schnell eine Zusammenfassung der Schlussfolgerungen anzufertigen, die dann den Mitgliedern des Exekutivrats aus der Europäischen Region übermittelt werden könne.

23. Bei seiner dritten Tagung wurde der SCRC darüber informiert, dass der prägnante, konsolidierte Bericht von dieser Konsultation für die Beiträge der Mitglieder aus der Europäischen Region im Ausschuss des Exekutivrats für Programm-, Haushalts- und Verwaltungsfragen (PBAC) und im Exekutivrat bei deren Tagungen im Januar 2006 als Grundlage gedient hatte. Im Anschluss an die Erörterungen dieser beiden Gremien wurde der Entwurf an das WHO-Sekretariat zur Überarbeitung zurück überwiesen und anschließend auf einer außerordentlichen Tagung des PBAC am 27. Februar 2006 erneut geprüft. Obwohl eine Reihe von PBAC-Mitgliedern und Beobachtern weiterhin Vorbehalte gegenüber der überarbeiteten Fassung hatten, wurde beschlossen das Dokument der 59. Weltgesundheitsversammlung (WHA59) im Mai 2006 vorzulegen.

24. Der SCRC bekräftigte die Nützlichkeit der konsolidierten Position für die Argumentation der Mitgliedstaaten der Europäischen Region auf der Exekutivratstagung. Es bestehe anscheinend immer noch Unklarheit darüber, ob das Dokument eher die grundsätzlichen Leitprinzipien für die globale Bevölkerungsgesundheit oder ein allgemeines Arbeitsprogramm für die Organisation darstellen solle, es berücksichtige nicht die aktuelle Debatte über eine Reform der Vereinten Nationen und die regionale Dimension fehle.

25. Der Regionaldirektor wurde gebeten, dem Generaldirektor die Ansicht des SCRC zu übermitteln, wonach eine Reihe von Mitgliedstaaten der Europäischen Region einer Unterstützung des Dokuments in seiner gegenwärtigen Fassung zurückhaltend gegenüberstände. Der SCRC regte an, dass die WHA59 den Entwurf lediglich zur Kenntnis nehmen und an die Regionalkomitees zur Kommentierung zurückverweisen solle, bevor er erneut der WHA60 im Jahr 2007 vorgelegt werde. Alternativ könne man erwägen, den ersten Teil des Programmhaushalts 2006–2007 für den gegenwärtigen Zweijahreszeitraum als Allgemeines Arbeitsprogramm der Organisation zu verwenden und ein neues GPW für den Zeitraum 2008–2015 zu entwerfen, was den Vorteil besitze, dass dies zeitlich mit dem vorgeschlagenen mittelfristigen strategischen Plan (MTSP) der WHO zusammenfalle.

26. Bei seiner Zusammenkunft am Vortag der 59. Weltgesundheitsversammlung, wurde der SCRC darüber informiert, dass der Tagesordnungspunkt GPW11 sehr wahrscheinlich eine Debatte auslösen würde. Der SCRC dankte dem Regionaldirektor für die Übermittlung von Kritikpunkten an den früheren Entwürfen des GPW11, die Mitgliedstaaten der Europäischen Region geäußert hatten, an die globale Leitung der Organisation und zeigte sich erfreut, dass die Kritik in gewissem Umfang zu Handlung geführt habe. Dessen ungeachtet behielt er seine Sichtweise bei, dass es eine fundamentale Verwirrung zwischen dem aktuellen Entwurf des GPW11, der in erster Linie eine „globale Gesundheitsagenda“ vorstelle, und dem MTSP gebe, das darauf angelegt sei, die Arbeit der Organisation auf mittlere Sicht zu beschreiben. Wenn jedoch klare Verbindungen zwischen diesen beiden Dokumenten hergestellt würden, halte man eine Billigung des gegenwärtigen Entwurfs des GPW11 für möglich. Man erwarte mit Interesse die Möglichkeit der Stellungnahme zum Entwurf des MTSP auf dem RC56.

Leitprinzipien für die strategische Mittelzuweisung

27. Im September 2005 waren die Regionalkomitees der WHO gebeten worden, zu den Leitprinzipien für die strategische Mittelzuweisung wie (zum damaligen Zeitpunkt) dargelegt in Dokument RC/2005/1 Stellung zu nehmen. Das Thema stehe auf der Tagesordnung des EB117 und ein ausführlicher Arbeitsentwurf des Exekutivrats (Anhang zu den Leitprinzipien für die strategische Mittelzuweisung: der Prüfmechanismus) sei den Mitgliedern des SCRC vor der jetzigen Tagung übermittelt worden. Darin seien erstmals aussagekräftige relative Margen enthalten, innerhalb derer die tatsächlichen Mittelzuweisungen über einen sechsjährigen strategischen Planungszeitraum fallen sollten.

28. Wie bereits in den Leitprinzipien vorgeschlagen, bestehe der Prüfmechanismus aus drei Komponenten: Das relative Gewicht der Komponenten sei nach Ermessensentscheidung aufgrund „politischer“ Erwägungen festgelegt und für die Modellbildung bei folgenden Werten eingefroren worden:

- Die feste Komponente solle 43% der gesamten Mittelzuweisung betragen, davon seien 28% für das WHO-Hauptbüro (als einzige Finanzierungsquelle) vorgesehen und 15% sollten zu gleichen Teilen auf die sechs WHO-Regionen verteilt werden,
- die Engagement-Komponente (ein Festbetrag pro versorgtem Mitgliedstaat) solle 2% der gesamten Mittelzuweisung und
- die bedarfsabhängige Komponente 55% der gesamten Mittelzuweisung betragen. Im Sinne von Gerechtigkeit und Unterstützung für die bedürftigsten Länder seien die Länder auf 10 Quantilen (Dezilen) verteilt worden, dabei seien die Dezilen gewichtet (30%) und die beiden oberen gänzlich ausgeschlossen worden. Zwei Aspekte seien einbezogen: ein bedarfsabhängiger Index (entweder Lebenserwartung bei Geburt und Bruttoinlandsprodukt pro Kopf in Kaufkraftparität oder Index der menschlichen Entwicklung des Entwicklungsprogramms der Vereinten Nationen, bei dem ein Bildungsfaktor einbezogen wird) und ein Bevölkerungsfaktor (Glättung mittels der Quadratwurzelmethode oder dem Quadrat der bereinigten Bevölkerungsziffer (ALPS-Verfahren)).

29. Die Anwendung der oben genannten Parameter ergebe für die bedarfsabhängige Komponente vier Permutationen. Der letzte Schritt der Validierung sei die Berechnung der Durchschnittswerte dieser vier Permutationen unter Einbeziehung der ersten beiden Komponenten und Anwendung einer relativen Bandbreite von +/- 5%. Der Anteil der Europäischen Region am Programmhaushalt 2006–2007 (wie von der Weltgesundheitsversammlung im Mai 2005 gebilligt) betrage 6,1% – nach Anwendung des neuen Validierungsverfahrens ergebe sich ein Durchschnittswert von 7,9% (Mindestwert 7,5%, Höchstwert 8,3%).

30. Der Ständige Ausschuss begrüßte die äußerst klare Darstellung des vorgeschlagenen Mechanismus und unterstützte in vollem Umfang den verwendeten Modellansatz. Insbesondere hoffe man, dass die Anwendung relativer Bandbreiten auf den Durchschnitt der angezeigten Mittel, wie sie aus den vier Permutationen hervorgingen, einen akzeptablen Kompromiss darstellten, mit dem sich eine langwierige Methodikdebatte im Exekutivrat vermeiden lasse.

31. Der SCRC regte an, einen ähnlichen Vortrag auf weiteren einschlägigen Tagungen zu halten. Darüber hinaus vereinbarte er, dass der SCRC-Vorsitzende in einem Schreiben an die Exekutivratmitglieder aus der Europäischen Region (mit Kopie an alle übrigen Mitgliedstaaten der Region) auf die Notwendigkeit der nachdrücklichen Unterstützung des Vorschlags durch sämtliche Teile der nationalen Administrationen hinweisen solle. Die Delegationen der Mitgliedstaaten der Europäischen Region, die an EB117 teilnahmen, würden außerdem zu der Informationsveranstaltung am Tag vor Eröffnung der Tagung eingeladen, auf der das Thema nochmals zur Sprache kommen solle. Zudem werde besonderes Augenmerk darauf gerichtet, die Vertreter aus der Europäischen Region im Programm-, Haushalts- und Verwaltungsausschuss des Exekutivrats zu informieren.

32. Im Anschluss an eine energische Intervention eines Mitglieds des PBAC bei dessen Tagung im Februar 2006 wurde das mathematische Modell zur Validierung der strategischen Mittelzuweisung vom WHO-Hauptbüro modifiziert. Der folgende Vorschlag wurde demgemäß den Regionen im März 2006 vorgelegt:

- Eine Anhebung der Progression der Dezile auf 35%, auf die die Länder verteilt wurden,
- der Ausschluss von Poliomyelitis und Notfallmitteln für die Basislinie 2006–2007 und
- gleiches Gewicht für die am wenigsten entwickelten Länder (LDC) wie für Länder in Dezile 1.

33. Während die ersten beiden Punkte vom Standpunkt der Bevölkerungsgesundheit aus verteidigt werden könnten, so unterminiere der dritte Punkt die Grundprinzipien des Modells und lege noch mehr Nachdruck auf wirtschaftliche Parameter zu Lasten der gesundheitlichen.

34. Der SCRC war der Ansicht, dass über die der strategischen Mittelzuweisung zugrunde liegenden Leitprinzipien ein Konsens erreicht worden sei und dass das mathematische Modell in seiner ursprünglichen Fassung einen vernünftigen statistischen Ansatz enthalte, dem Objektivitätskriterium genüge und in seinem Entwurf den bedürftigsten Ländern größeres Gewicht beimesse. Er bevorzugte daher eine Beibehaltung des ursprünglich vorgeschlagenen mathematischen Modells, sei allerdings bereit, falls ein Konsens es erforderlich mache, die ersten beiden angeregten Modifikationen zu akzeptieren. Er bat das Sekretariat eindringlich, die Mitglieder aus der Europäischen Region von PBAC und Exekutivrat vor deren Tagungen im Mai 2006 ausführlich zu informieren.¹

Programmhaushaltsentwurf für 2008–2009 und mittelfristiger Strategieplan für 2008–2013

35. Auf seiner dritten Tagung wurde der SCRC darüber informiert, dass das WHO-Hauptbüro plane, den Programmhaushaltsentwurf (PPB) 2008–2009 und den MTSP 2008–2013 in einem einzigen Dokument vorzulegen. Dadurch lasse sich der Arbeitsaufwand für die Erstellung der Programmhaushaltsentwürfe in den sich anschließenden Zweijahreszeiträumen verringern und unter ihnen eine größere innere Logik erzielen.

36. Zu jedem der 15 strategischen Ziele² stelle der Entwurf des vereinten Dokuments eine Situationsanalyse sowie eine Beschreibung der strategischen Herangehensweisen vor, welche die WHO und ihre Mitgliedstaaten gemeinsam verfolgen müssten, und daneben eine Reihe der organisationsweit erwarteten Ergebnisse, zu denen sich das Sekretariat also verpflichten würden. Konsolidierte Schätzungen der Haushaltsmittel würden in die Fassung eingearbeitet, die den Regionalkomitees im September 2006 vorgelegt werde.

37. Der SCRC begrüßte das Angebot des Sekretariats Umrechnungstabellen zu erstellen, die einen Vergleich zwischen den Ausgaben in den 35 Arbeitsbereichen des Haushalts 2004–2005 mit den 36 Bereichen des Haushalts 2006–2007 und den 16 strategischen Zielen des Haushaltsprogrammmentwurfs für 2008–2009 möglich machten. Außerdem bekräftigte er, wie nützlich die Vorlage vergleichbarer Informationen in den neun Kategorien wäre, wie sie für die Programmüberwachung im Regionalbüro verwendet würden und die auch die Struktur des Berichts des Regionaldirektors über die Arbeit der WHO in der Europäischen Region im Zeitraum 2004–2005 prägten. Der SCRC empfahl, den Tagesordnungspunkt des RC56 zum Programmhaushaltsentwurf 2008–2009 direkt an den Tagesordnungspunkt zur Zukunft des Regionalbüros anzuschließen.

38. Auf seiner vierten Tagung prüfte der SCRC den entsprechenden Resolutionsentwurf (EUR/RC56/Conf.Doc./4). Der SCRC schätzte, dass es je nach Ausgang der Erörterungen auf der WHA59 erforderlich sein könne, den Resolutionsentwurf in zwei Dokumente aufzuteilen.

Maßnahmen des Regionalkomitees

Prüfung der Papiere zu PPB 2008–2009 und MTSP 2008–2013 (EUR/RC56/10 and /10 Add.1) und Erörterung des Resolutionsentwurfs (EUR/RC56/Conf.Doc./4)

¹ Bei den später stattfindenden Konsultationen und bei einem PBAC-Treffen vor EB118 wurde ein Konsens über ein Modell erzielt, das alle in Absatz 32 beschriebenen Änderungen beinhaltet, was für das Regionalbüro Folgendes bedeutet:

Basislinie	6,5%
Durchschnitt	6,9%
Variationsbereich	6,2–7,5%

² Die später in 16 strategische Ziele ausgeweitet wurden.

Fach- und Grundsatzthemen

39. Auf der zweiten Tagung des SCRS, umriss das leitende Management des Regionalbüros in mehreren Präsentationen verschiedene mögliche Themen für die Tagesordnung des RC56. Der SCRC erklärte, dass zwei Themen auf der nächsten Tagung des Regionalkomitees aufgegriffen werden müssten:

- Die Europäische Strategie zur Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten und
- der Programmhaushaltsentwurf der Organisation für die Jahre 2008–2009 (s. o. Absatz 35–38).

40. Der Ständige Ausschuss wählte noch zwei weitere Themen aus, die als Hauptthemen auf der Tagesordnung erscheinen sollten:

- Gesundheitssicherheit (allgemein mit Blick auf eine integrierte Herangehensweise an die Vorbereitung auf und die Bewältigung von Epidemien, Krisen und Katastrophen) und
- den Bericht über die Zukunft des Regionalbüros (in Verbindung mit GPW11 und MTSP) (s. o. Absatz 6–20).

41. Für jedes dieser vier Themen könnten im Programm der Tagung zwei Stunden vorgesehen werden. Ein weiterer Zwei-Stunden-Block solle zur Weiterverfolgung von Themen aus früheren Tagungen des Regionalkomitees eingeplant werden, u. a. mit folgenden Schwerpunkten:

- Bericht des Europäischen Ausschusses für Umwelt und Gesundheit (obligatorisch),
- ein Bericht über die Umsetzung der Europäischen Anti-Tabak-Strategie,
- Tuberkulose und Malaria,
- Gesundheit am Arbeitsplatz.

42. Der SCRC vereinbarte weiterhin zu folgenden Themen jeweils kurze Fachinformationsblöcke:

- Die Situation hinsichtlich der Influenzapandemie,
- Gesundheitssysteme (Erkenntnisse für und Herangehensweisen an die Gesundheitsfinanzierung),
- HIV/Aids-Prävention,
- Vorbereitung auf die Europäische Ministerkonferenz der WHO zur Bekämpfung der Adipositas.

Auf dem Weg zu einer Europäischen Strategie für nichtübertragbare Krankheiten

43. Auf seiner dritten Tagung wurde dem SCRC mitgeteilt, dass im April 2005 eine Redaktionsgruppe mit Mitgliedern aus acht Mitgliedstaaten einberufen worden sei. Mehrere Entwürfe einer Strategie seien nacheinander bei Zusammenkünften von nationalen Ansprechpersonen und Vertretern von Mitgliedstaaten erörtert worden. Die Redaktionsgruppe sollte letztmalig am 10. und 11. Mai 2006 zusammentreten. Die aktuelle Version der Strategie lege die aktuellen Herausforderungen dar, stelle Erkenntnisse für Maßnahmen vor, skizziere eine strategische Herangehensweise und gebe einen Rahmen für umfassendes Handeln vor.

44. Auf seiner vierten Tagung, wurde dem SCRC mitgeteilt, dass der Resolutionsentwurf über eine Strategie der Region zu nichtübertragbaren Krankheiten (EUR/RC56/Conf.Doc./3) noch fertig gestellt werde. Er sei den nationalen Ansprechpersonen zur Kommentierung zugesandt worden und bislang seien zwei Änderungen vorgeschlagen worden: a) einen Hinweis auf Resolution WHA55.25 über die Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern in den ersten Absatz der Präambel aufzunehmen und b) am

Schluss des letzten Absatzes der Präambel den Zusatz „within and between Member States“ [dt.: mit und unter den Mitgliedstaaten] hinzuzufügen.

45. Außerdem vereinbarte der SCRC die Worte „and the widening of health inequalities“ [dt.: und die Ausweitung der gesundheitlichen Ungleichheiten] am Ende des sechsten Absatzes der Präambel hinzuzufügen und die Formulierung „through a multisectoral approach, where appropriate“ [dt.: durch einen sektorübergreifenden Ansatz, wo angemessen] am Ende des Absatzes 2 a) im Beschlussteil einzufügen. Außerdem solle der Absatz 2 d) im Beschlussteil so geändert werden, dass er laute „to ensure universal access“ [dt.: um universellen Zugang zu sichern] und der letzte eingerückte Punkt des Absatzes 3 b) im Beschlussteil solle in zwei Absätze aufgeteilt werden. Schließlich solle der Regionaldirektor im Absatz 3 c) des Beschlussteils gebeten werden, dem RC58 im Jahr 2008 Bericht abzulegen.

Maßnahmen des Regionalkomitees

Prüfung des Papiers über eine Europäische Strategie für nichtübertragbare Krankheiten (EUR/RC56/8) und Erörterung des entsprechenden Resolutionsentwurfs (EUR/RC56/Conf.Doc./3)

Gesundheitssicherheit

46. Dem SCRC wurde auf seiner dritten Tagung ein Arbeitspapierentwurf für das RC56 unter dem Titel „Mehr Gesundheit und Sicherheit in der Europäischen Region der WHO“ vorgestellt. Das Papier verfolge den Zweck aktuelle und potenzielle künftige Gefahren für die menschliche Gesundheit mit Auswirkungen auf die Sicherheit zu umreißen, die gezogenen Lehren zu bewerten und eine Herangehensweise anzulegen, die den Mitgliedstaaten bei der Stärkung ihrer Gesundheitssysteme und bei einer besseren Vorbereitung auf Gesundheitsgefahren helfen würden. Nach einer Betrachtung der sich überschneidenden Definitionen von Krise, Katastrophe und Notfall und den damit in Verbindung stehenden Vorstellungen von Gesundheitsrisiken und -gefahren gehe das Papier zu einer Analyse der mit einer Reihe von Gesundheitskrisen in der Europäischen Region in jüngerer Zeit gesammelten Erfahrungen über. Zu den vorgeschlagenen Gegenmaßnahmen zählten:

- Die Einbeziehung der Erkenntnisse über Systeme für Frühwarnung und zeitige Maßnahmen in umfassende Planungsstrategien für nationale Gesundheitssysteme,
- die Förderung eines Ansatzes der Mehrfachgefahren für die Gesundheitskrisenplanung und -bewältigung,
- die volle Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften aus dem Jahr 2005,
- die sektorübergreifende Zusammenarbeit im Bereich der gesundheitlichen Sicherheit bei starker institutioneller Verankerung in den Gesundheitsministerien,
- die Entwicklung einer einheitlichen Gesundheitsinfrastruktur,
- die Bereitstellung geeigneter medizinischer Notversorgung und
- die Informations- und Kommunikationstätigkeiten.

47. Im Resümee konzentrierte sich das Papier auf die Rolle der WHO (insbesondere wie im Rahmen des Globalen Netzwerks der WHO für Warnungen und Gegenmaßnahmen (GOARN) praktiziert) und auf einen weiteren Ausbau der institutionellen Bereitschaft der WHO.

48. Der SCRC machte auch auf die Existenz des Gesundheitssicherheitsausschusses der Europäischen Kommission aufmerksam und rief dazu auf, das Konzept der „Gesundheitssicherheit“ zwischen beiden Gremien abzustimmen. Eine unausweichliche Schlüsselfrage sei die Belastbarkeit und Verlässlichkeit von Gesundheitssystemen in Krisenzeiten, wenn eine konzertierte, sektorübergreifende Reaktion erforderlich werde. Das Papier solle daher versuchen die spezifische Rolle zu benennen und zu definieren, die Gesundheitssysteme in Bezug auf Koordinierung, Krisenmanagement usw. übernehmen könnten.

49. Angesichts der Einführung des Themas Gesundheitssicherheit auf dem RC56 und der sich anschließenden Konsultation mit den Mitgliedstaaten, regte der SCRC auf seiner vierten Tagung an, dass der RC56 beschließen möge, den Regionaldirektor zur Arbeit entlang dieser Linien im kommenden Jahr aufzufordern.

Maßnahmen des Regionalkomitees

Prüfung des Papiers und des Beschlusentwurfs zum Thema Gesundheitssicherheit (EUR/RC56/9)

Weiterverfolgung von bei früheren Tagungen des Regionalkomitees erörterten Themen

Europäischer Ausschuss für Umwelt und Gesundheit

50. Der Bericht des Europäischen Ausschusses für Umwelt und Gesundheit (EEHC) an das RC56 konzentrierte sich auf die Umsetzung der während der 4. Ministerkonferenz (Juni 2004 in Budapest) eingegangenen Verpflichtungen und insbesondere mit dem Aktionsplan zur Verbesserung von Gesundheit und Umwelt der Kinder in der Europäischen Region der WHO (CEHAPE). In den Beobachtungszeitraum fielen zwei EEHC-Tagungen: eine in Helsinki im Dezember 2005 zum Thema Kinder und Chemikalien, Strahlung und andere Gefahren und eine in Oslo im Mai 2006 zu Unfällen. Zum CEHAPE sei eine Sonderarbeitsgruppe eingesetzt worden, deren Bericht die Tätigkeiten im Verlauf des Jahres sowie einen Ausblick auf die Zwischenbilanz erfasse, welche im Juni 2007 zu ziehen sei.

Eindämmung des Tabakgebrauchs

51. Das Regionalkomitee hatte auf seiner 52. Tagung einen Fortschrittsbericht über die Umsetzung der Europäischen Anti-Tabak-Strategie seit 2002 und des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (FCTC) in der Europäischen Region gefordert. Der Bericht an das RC56 werde demgemäß den Stand des Tabakkonsums und der Konzepte zu seiner Eindämmung in der Region analysieren sowie sich das Verfahren und die Rollen der einzelnen Partner bei der vollen Umsetzung des FCTC näher ins Auge fassen. Ein Berichtsentwurf werde auf einer Tagung der nationalen Ansprechpersonen im April 2006 in Dublin geprüft.

Tuberkulose und Malaria

52. Seit dem RC52 würden mehr Mitgliedstaaten sowie ein höherer Bevölkerungsanteil durch die DOTS-Strategie zur Bekämpfung der Tuberkulose erfasst. Als Reaktion auf die größere Prävalenz einer Koinfektion mit Tuberkulose und HIV/Aids gebe es eine engere Zusammenarbeit zwischen den beiden Programmen und mehrere gemeinsame Projekte seien veranlasst worden. 2007 werde ein Ministerforum der Europäischen Region zur Tuberkulosebekämpfung veranstaltet.

53. Bei der Malariabekämpfung sei andererseits die Notwendigkeit eines größeren politischen Engagements von allen durch Malaria betroffenen Ländern der Europäischen Region anerkannt worden und die von ihnen gebilligte Erklärung von Taschkent von Oktober 2005 fordere eine Unterbrechung der Übertragung von Plasmodium falciparum in Zentralasien bis 2010, damit die Krankheit in der gesamten Region bis 2015 eliminiert werden könne. Das Regionalbüro unterstütze weiter Mitgliedstaaten bei ihren Bewerbungen um Mittel des Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria und der globalen Arzneimittelhilfe.

Gesundheit am Arbeitsplatz

54. Das Regionalbüro verfüge im Bereich Gesundheit am Arbeitsplatz über ein starkes Netz aus WHO-Kooperationszentren und man hoffe, die erforderlichen weiteren Mittel zur Stärkung der Arbeit zu diesem Thema finden zu können. Ausgehend von der globalen Strategie für Gesundheit am Arbeitsplatz, die der Weltgesundheitsversammlung 2007 vorgelegt werden sollte, plane man die Arbeit in der Region weiterzuentwickeln.

Indikatoren in Bezug auf die Aktualisierung 2005 des Rahmenkonzepts „Gesundheit für alle“ der Europäischen Region

55. Auf der dritten Tagung des SCRC bemerkte der Regionaldirektor, dass das Regionalkomitee ihn mit Resolution EUR/RC55/R4 darum ersucht habe, „dem Regionalkomitee im Jahr 2006 über mit dem WHO-Hauptbüro, der OECD und EUROSTAT koordinierte und möglichst zusammen gemeldete Indikatoren ein Folgepapier vorzulegen, das zur Überwachung der Umsetzung des regionalen GFA-Rahmenkonzepts in den Ländern verwendet werden kann“. Das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik habe ihn davon in Kenntnis gesetzt, dass die Entwicklung wissenschaftlich fundierter Indikatoren für diesen Zweck mindestens drei Jahre Arbeit zusammen mit Partnerorganisationen erfordern würde, wenn man einmal davon ausgehe, dass diese zu einem solchen Engagement bereit seien. Der SCRC bat um die Vorlage eines kurzen Papiers auf seiner nächsten Tagung, das die Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Resolution darstellen und Lösungsvorschläge enthalten solle.

56. Wie gefordert, wurde der SCRC auf seiner vierten Tagung über die Auswirkungen der Bitte um ein Folgepapier informiert. Das GFA-Rahmenkonzept gebe keine gemeinsam vorgeschriebene Strategie und/oder ein gemeinsames Bündel aus Zielen und Messlatten vor, sondern konzentriere sich stattdessen auf die zentrale Rolle der Werte und betone den unbefristeten Prozess, der kontinuierlich durch die Verschiedenheit der nationalen Erfahrungen und Sichtweisen bereichert werde.

57. Drei Aspekte müssten in die Beobachtung der Anwendung des GFA-Rahmenkonzepts durch die Staaten einfließen: der Werteaspekt (insbesondere in Bezug auf Chancengleichheit, Solidarität und Teilhabe), der Gesundheitssystemaspekt (unter Bewertung der Systemfaktoren, die die Verfügbarkeit, Zugänglichkeit, Annehmbarkeit und Güte der Gesundheitsdienste beeinflussten und unter Festhalten an sektorübergreifenden Maßnahmen für die Gesundheit und den Platz der Gesundheit bei allen anderen politischen Maßnahmen) und schließlich der Aspekt der ethischen Führung einschließlich der Aufsichtsfunktion (in diesem Zusammenhang verstanden als die Fähigkeit des Gesundheitssystems zur Umsetzung der zentralen Werte aus GFA).

58. Es gebe bereits substanzielle Daten zu bestimmten Indikatoren aus der GFA-Datenbank des Regionalbüros sowie von der Europäischen Kommission (Eurostat) und der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD). Allerdings gebe es auch große Lücken hinsichtlich der Beobachtungsanforderungen durch das neue GFA-Rahmenkonzept. Erstens gebe es gegenwärtig keine Informationen über den Grad, in welchem Gesundheit in andere politische Maßnahmen eines Landes (Verkehr, Wohnungswesen, Umwelt usw.) einfließe. Zweitens gebe es reale methodische Probleme mit der Messung des Ausmaßes, in dem Werte ausgelegt und in die Praxis umgesetzt würden und mit dem Aufstellen von Messlatten und der Sicherung der Vergleichbarkeit jeglicher solcher erhobenen Daten. Drittens litten selbst die vorhandenen Indikatoren unter der fehlenden Verfügbarkeit und Gültigkeit von Daten. Schließlich gebe es große Schwankungen von Land zu Land in der Verlässlichkeit der erhobenen Daten sowie in der Regelmäßigkeit und Beständigkeit der Datenerhebung.

59. Daher wurden drei Optionen für die GFA-Beobachtung vorgestellt:

- Ein umfassender Ansatz, der Vergleiche und das Anlegen von Maßstäben zwischen den Ländern der Europäischen Region der WHO ermöglichen würde. Dies würde das Erreichen eines Konsenses mit anderen Organisationen und eine Ausweitung der Datenerhebung in den Mitgliedstaaten voraussetzen (Vorlaufzeit 4–5 Jahre, Kosten mit 6 Mio. US-\$ pro Zweijahreszeitraum veranschlagt).
- Eine selektive, regionale Beobachtung von begrenzter Reichweite auf Grundlage der vorhandenen Indikatoren. Die ethische Führung könnte durch Fallstudien beleuchtet werden (Vorlaufzeit 2–3 Jahre, Kosten mit 4 Mio. US-\$ pro Zweijahreszeitraum veranschlagt).
- Eine Beobachtung in den Händen der Länder, sodass der Grad der Genauigkeit von dem einzelnen Mitgliedstaat und der Auswahl der Indikatoren abhänge, wobei das Regionalbüro methodische Unterstützung leisten und den Erfahrungsaustausch unter den Ländern erleichtern könne (Vorlaufzeit 1–2 Jahre, Kosten mit 2 Mio. US-\$ pro Zweijahreszeitraum veranschlagt).

60. Der SCRC erkannte an, dass das Regionalkomitee sich vielleicht nicht der vollen Auswirkungen der Forderung aus der im vergangenen Jahr angenommenen Resolution bewusst gewesen sei, obwohl er daran erinnerte, dass es die wesentliche Absicht der Forderung gewesen sei, Mitgliedstaaten davor zu bewahren, von einer Reihe unterschiedlicher internationaler Organisationen um die gleichen Informationen gebeten zu werden.

61. Der SCRC kam überein, dass es dem Sekretariat nicht möglich sein würde, dem RC56 eine fertige Lösung zu präsentieren; stattdessen solle es verbal die Komplexität des Themas hervorheben und die Tatsache beleuchten, dass das Regionalbüro bereits eng mit der OECD, der Europäischen Kommission und anderen Organisationen im Bereich von Gesundheitsdaten zusammenarbeite. Die Mitgliedstaaten sollten dann gebeten werden, genau anzugeben, was sie hinsichtlich der Beobachtung der Umsetzung des GFA-Rahmenkonzepts erwarteten. Im kommenden Jahr müsse zweifellos mehr an den methodischen Aspekten gearbeitet werden, vielleicht unter Verwendung einer kleinen Zahl von Proxy-Indikatoren kombiniert mit einer Fragebogenuntersuchung und der Zusammenstellung von Fallstudien.

Maßnahmen des Regionalkomitees

Prüfung des Papiers zur Weiterverfolgung von bei früheren Tagungen des Regionalkomitees erörterten Themen (EUR/RC56/12)

Fachinformationen

Gesundheitsfinanzierung

62. Auf seiner dritten Tagung wurde dem SCRC die Zusammenfassung eines Papiers über Ansätze der Gesundheitsfinanzierung in der Europäischen Region der WHO vorgelegt, welches nicht eine Blaupause für alle Länder sein solle, sondern eine Werbung für eine schlüssiges konzeptionelles Herangehen an die Analyse der Gesundheitsfinanzierung. Das bringe mit sich die Annahme einer Reihe von auf den Grundwerten der WHO ruhenden Grundsatzzielen, die Verwendung einer Standardmethode zur Beschreibung und Analyse der mit allen Systemen der Gesundheitsfinanzierung verbundenen Funktionen sowie die Erkenntnis, wie gewisse Rahmenbedingungen sich auf die Fähigkeiten eines Landes zur Erreichung bestimmter politischer Ziele oder zur Umsetzung gewisser Arten von Reformen auswirken können.

63. Der SCRC erkannte, dass der Zweck einer Fachsitzung über Gesundheitsfinanzierung sich fundamental von einer über Vogelgrippe unterscheidet, z. B. soweit es sich um die Mitteilung des neuesten Kenntnisstandes handele. Er empfahl daher, vor der Sitzung ein Thesenpapier zu verbreiten, das entsprechend der eingehenden Kommentare verändert werden könne.

Maßnahmen des Regionalkomitees

Prüfung des Hintergrunddokuments zur Gesundheitsfinanzierung (EUR/RC56/BD/1)

HIV/Aids-Prävention

64. Im März 2006 wurde der SCRC darüber informiert, dass sich die Aids-Epidemie sowohl in den neuen unabhängigen Staaten der ehemaligen Sowjetunion (NUS) als auch im Westen der Region auf dem Vormarsch befinde; in der ersten Ländergruppe herrsche eine hohe Prävalenz unter intravenös konsumierenden Drogenabhängigen (vor allem junge Menschen, die Nadeln gemeinsam benutzten), dagegen sei die Ausbreitung der Epidemie in dem anderen Gebiet gegenwärtig durch heterosexuelle Übertragung und Migration bedingt.

65. Das Regionalziel im Rahmen der „3 bis 5“-Initiative 100 000 Menschen zusätzlich bis 2005 Zugang zu antiretroviralen Arzneimitteln zu verschaffen sei erreicht worden, doch müsse bei gleich bleibender Ausbreitungsgeschwindigkeit der Epidemie ein neues Ziel aufgestellt werden, sodass bis 2010 weitere 300 000 Menschen zusätzlich erreicht würden. Die Fachsitzung beim RC56 werde sich daher auf Prävention konzentrieren, wodurch man sich auch auf eine wichtige Konferenz der Europäischen Union (EU) zum gleichen Thema vorbereite, die im Frühjahr 2007 während der deutschen EU-Präsidentschaft stattfinden werde.

Maßnahmen des Regionalkomitees

Prüfung der aktuellen Informationen im Rahmen der Informationsblöcke in Verbindung mit dem RC56

Aktuelles zu den Vorbereitungen der Ministerkonferenz der Europäischen Region der WHO über Adipositas

66. Dem SCRC wurde auf seiner dritten Tagung mitgeteilt, dass Beträchtliches zur Vorbereitung der Adipositaskonferenz geleistet werde. Vier Fachkonsultationen sowie Zusammenkünfte von Arbeitsgruppen und Sachverständigenkomitees hätten im Jahr 2005 stattgefunden, weitere Konsultationen im Jahr 2006 würden sich auf das Thema Adipositas bei Kindern konzentrieren. Eine Redaktionsgruppe sei gegründet worden, die eine Charta zur Annahme durch die Konferenz vorbereite und im April 2006 zum dritten Mal zusammentreten werde. Eine wichtige Vorkonferenz finde Ende Juni 2006 in den Niederlanden statt. Die Mitgliedstaaten hätten erhebliches Interesse an dem Thema geäußert und es gebe gute Verbindungen zu den Partnerorganisationen, insbesondere zu FAO und Europäischer Kommission.

Maßnahmen des Regionalkomitees

Prüfung der aktuellen Informationen im Rahmen der Informationsblöcke in Verbindung mit dem RC56

Aktuelles zum Thema Influenza

67. Auf Bitte des Gastgeberlandes der zweiten Tagung wurde der SCRC über jüngste Fortschritte in Österreich bei der Impfstoffentwicklung und der Vorbereitung auf eine mögliche Influenzapandemie unterrichtet.

68. Auf der dritten Tagung des SCRC wurde berichtet, dass im März 2006 auf einer Zusammenkunft von Mitgliedstaaten und der Europäischen Kommission 50 Mitgliedstaaten bestätigt hätten, über nationale Pläne für den Umgang mit der Vogelgrippe zu verfügen, und dass es im November 2005 erst 31 gewesen seien. Eine WHO-Mission befinde sich gerade in Turkmenistan, die Russische Föderation verfüge über einen nationalen Plan, der auf Bezirksebene umgesetzt werde. Das ECDC sei vom 15. bis 17. Mai 2006 Gastgeber einer Tagung in Uppsala, bei der hoffentlich alle Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO die Existenz solcher Pläne bestätigen könnten. Außerdem habe am 12. und 13. April in Istanbul eine Tagung der sieben Staaten Aserbaidschan, Armenien, Georgien, Irak, Iran, Syrien und Türkei mit dem Ziel stattgefunden, die Zusammenarbeit der tier- und humanmedizinischen Dienste zu verbessern. Gute Verbindungen seien zur Weltorganisation für Tiergesundheit (OIE) hergestellt worden, namentlich im Anschluss an Ausbrüche von aviärer Influenza in der Bevölkerung der Türkei.

69. Dem SCRC wurde anhand einer Karte die Ausbreitung der aviären Influenza in der Europäischen Region der WHO zwischen dem 1. und 23. März 2006 gezeigt. In zwei Ländern (Aserbaidschan und Türkei) seien menschliche Fälle dokumentiert worden und wahrscheinlich würde die Krankheit bei Wildvögeln endemisch bleiben. Die bei der epidemiologischen Überwachung erlebten praktischen Probleme müssten gelöst werden und die gesundheitliche Aufklärung, insbesondere unter Frauen und jungen Menschen, fortgesetzt werden. Die wichtigste Herausforderung sei jedoch die Koordinierung der fortlaufenden Überwachung in der Zeit nach einem Ausbruch. Forschung zu u. a. der wahren Prävalenz der Krankheit in den potenziell betroffenen Bevölkerungsgruppen sei schwierig.

70. Der SCRC beglückwünschte das von der WHO angeleitete Team zu seiner in der Türkei geleisteten Arbeit. Er erkannte jedoch auch an, dass eine unmittelbare Eindämmung der Ausbreitung der Vogelgrippe nicht garantiert werden könne, da dies bedeuten würde, dass die WHO und die Länder schon vor Bestätigung eines Ausbruchs handelten. Der Ausschuss erörterte auch die Herausforderung, die eine Massenproduktion von Impfstoffen in ausreichender Zahl vor dem Vorbeiziehen der ersten Epidemiewelle darstelle.

71. In Beantwortung einer Frage zu den Ergebnissen der Internationalen Beitragsankündigungskonferenz zu aviärer und humaner Influenza (Peking, 17.–18. Januar 2006) wurde der SCRC davon in Kenntnis gesetzt, dass die Spenden nur zögerlich flössen, allerdings habe das Regionalbüro einige Mittel vom

WHO-Hauptbüro erhalten. Der SCRC Ausschuss rief dazu auf, Druck auf die nationalen Regierungen auszuüben, damit die Zahlungen schneller erfolgten.

72. Der SCRC unterstrich, wie wichtig die Bedeutung der fortgesetzten Unabhängigkeit der WHO (wenn maßgeblich für die Wirksamkeit) sei zur Verkündung einer sich verschlechternden Lage zum Zeitpunkt der Verfügbarkeit der Informationen, selbst wenn dies einer offiziellen Bestätigung durch die Regierung vorausginge, und er machte auf die Notwendigkeit des Gebrauchs moderner Kommunikationstechnologie durch die WHO aufmerksam, um grundlegende Gesundheitsaufklärung zu betreiben.

73. Bis zur vierten Tagung des SCRC wurden der 3. Workshop von WHO und Europäischer Union (EU) zur Grippepandemieplanung (Uppsala, Schweden, 15.–17. Mai 2006) und eine Tagung in der Türkei zum gleichen Thema gehalten, bei welcher Vertreter aller Partnerorganisationen und der am Schwarzen Meer gelegenen Mitgliedstaaten zusammenkamen.

Maßnahmen des Regionalkomitees

Prüfung der aktuellen Informationen im Rahmen der Informationsblöcke in Verbindung mit dem RC56

Sonstige Angelegenheiten

Programm der österreichischen EU-Präsidentschaft

74. Auf der zweiten Tagung des SCRC, legte der stellvertretende österreichische Gesundheitsminister, Dr. Clemens-Martin Auer, die Prioritäten seines Landes im Bereich der Gesundheitspolitik für die Dauer seiner EU-Präsidentschaft im ersten Halbjahr 2006 dar. Sein Land wolle sich auf die zwei Gebiete Diabetes und Gesundheit von Frauen konzentrieren. Professorin Anita Rieder vom Zentrum für Public Health am Institut für Sozialmedizin der Medizinischen Universität Wien gab dem SCRC einen detaillierten Überblick über den ersten österreichischen Diabetesbericht (2004) und den zweiten österreichischen Frauengesundheitsbericht (2005). Während der österreichischen EU-Präsidentschaft wolle man einerseits Vorschläge für gemeinsame Strategien zur Primärprävention von Typ-2-Diabetes, Krankheitsmanagement zur Minderung der Komplikationen und Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Verbindung mit Diabetes erarbeiten und andererseits einen europäischen Frauengesundheitsbericht initiieren.

75. Der SCRC erkannte Österreichs traditionelle Stärken im Bereich Entwicklung von Gesundheitsdiensten an und schlug vor, die Diabetesversorgung auch als einen möglichen Eingangswinkel für zwei Themen aus der zu diesem Zeitpunkt stattfindenden EU-Präsidentschaft des Vereinigten Königreichs zu sehen: bessere Patientensicherheit und die Bewältigung von gesundheitlichen Ungleichheiten.

Vorschläge der Region für Wahlämter der 59. Weltgesundheitsversammlung im Mai 2006

76. Auf seiner zweiten Tagung unterstützte der Ständige Ausschuss die Vorschläge des Regionaldirektors für die Wahl des Vizepräsidenten der Weltgesundheitsversammlung, des Stellvertretenden Vorsitzenden des Ausschusses A und die Mitglieder des Beglaubigungsausschusses. In Bezug auf den Allgemeinen Ausschuss und den Ausschuss für Nominierungen nahm der SCRC die Präferenz des Vereinigten Königreichs für eine weitere Mitarbeit in ersterem zur Kenntnis, akzeptierte aber dankbar seine Bereitschaft, eine ähnliche Praxis auf diese Ausschüsse anzuwenden, wie sie vom Regionalkomitee für den Fall einer Mitgliedschaft im Exekutivrat vereinbart worden war (s. Resolution EUR/RC53/R1). Er sehe der Prüfung von Vorschlägen für die Mitgliedschaft in diesen zwei Ausschüssen auf dieser Grundlage für seine nächste Tagung erwartungsvoll entgegen.

77. Auf seiner dritten Tagung bestätigte der SCRC, dass er prinzipiell für den Vorschlag war, wonach drei ständige Mitglieder des Sicherheitsrates der Vereinten Nationen aus der Europäischen Region der WHO wechselweise zwei von drei Jahren im allgemeinen Nominierungsausschuss der Weltgesundheitsversammlung dienen könnten. Ein Konsens solle außerdem mit den betreffenden Mitgliedstaaten angestrebt werden. Das Vereinigte Königreich stimmte einem Rücktritt bei der

59. Weltgesundheitsversammlung 2006 in der Annahme zu, dass dieses Vorgehen im Rotationsverfahren zwischen den betreffenden Mitgliedstaaten gehandhabt werden könne.

Mitgliedschaft in Organen und Ausschüssen der WHO

78. Eingedenk der Bestimmungen aus der Resolution des Regionalkomitees EUR/RC53/R1 und namentlich der wünschenswerten Sicherung einer geografischen Ausgewogenheit zwischen den unterschiedlichen Teilen der Europäischen Region erörterte der SCRC auf seiner dritten Tagung vorläufig die vorliegenden Kandidaturen für die Mitgliedschaft im Exekutivrat, den SCRC und den Gemeinsamen Koordinationsrat des Sonderprogramms für Forschung und Ausbildung auf dem Gebiet der Tropenkrankheiten.

79. Auf seiner vierten Tagung wurde der SCRC an die verschiedenen objektiven Kriterien erinnert, die das Regionalkomitee für die Wahl der Mitglieder des Exekutivrates und des Ständigen Ausschusses gebilligt habe und die Vorteilhaftigkeit einer gebündelten Behandlung aller Nominierungen und Wahlen (einschließlich der des Präsidiums des Regionalkomitees).

Maßnahmen des Regionalkomitees

Prüfung des Papiers zur Mitgliedschaft in Organen und Ausschüssen der WHO (EUR/RC56/7) und Nominierung oder Wahl von Mitgliedern

Grußadresse eines Vertreters der Personalvereinigung des WHO-Regionalbüros für Europa

80. Der Präsident der Personalvereinigung des WHO-Regionalbüros für Europa (EURSA), begrüßte in seiner Ansprache vor dem SCRC auf dessen dritter Tagung die vom Regionaldirektor ergriffene Initiative zur Erarbeitung einer klaren Personal- und Verwaltungspolitik und der Einbeziehung der Bediensteten in diesen Prozess durch eine breit angelegte Konsultation. Gegenwärtig lebten und arbeiteten ungefähr die Hälfte aller Bediensteten an Dienstorten außerhalb Kopenhagens. Es sei wichtig sicherzustellen, dass die Einstellung von mehr Bediensteten in den Ländern von einer Strategie begleitet werde, die ihnen mit Kopenhagen vergleichbare Arbeitsbedingungen sichere.

81. In den vergangenen zwei Jahren habe die Verwaltung des Regionalbüros mit einigem Erfolg die Lage der Bediensteten mit Kurzzeitverträgen in langfristig benötigten Funktionen in Ordnung gebracht. Es sei wesentlich, den erreichten Fortschritt nachhaltig zu sichern und die Lage der Bediensteten, die die Obergrenze von 4x11 Monaten von aufeinander folgenden Verträgen erreichten, sorgfältig im Auge zu behalten. Zu diesem Zweck bat EURSA die Verwaltung eindringlich, eine angemessene Personalplanung zu betreiben.

82. Es sei zu bedauern, dass die regelmäßige Konsultation auf globaler Ebene im Rahmen der globalen Zusammenkunft von Personal und Verwaltung seit über einem Jahr nicht mehr stattgefunden habe, wengleich eine außerordentliche Tagung im April 2006 zur Beratung der jüngsten Vorschläge einer Vertragsreform stattfinden werde. Trotz der sehr kurzen Zeit zur Beratung sei EURSA an einer Teilnahme interessiert, um für das gemeinsame Ziel der Schaffung eines sicheren und gesundheitsförderlichen Arbeitsplatzes für alle Bediensteten in der Region zu arbeiten.

83. Der Direktor der Abteilung Verwaltung und Finanzen bestätigte, dass im Rahmen der Bemühungen um eine Normalisierung der Situation für Bedienstete mit Kurzzeitverträgen das Verhältnis von Kurzzeit- zu Langzeitverträgen umgekehrt worden sei (60/40 statt 40/60). Dennoch werde im laufenden Zweijahreszeitraum eine neue Gruppe von Bediensteten die Obergrenze von 4 x 11 Monaten erreichen. Die meisten dieser Fälle würden durch Rückgriff auf normale Anstellungsverfahren gelöst, was auch die Erarbeitung von Stellungsbeschreibungen und die Anwendung eines Auswahlverfahrens bedeutete.

84. Der EURSA-Präsident pflichtete bei, dass das Problem wieder zunehme und wiederholte, dass die beste Methode zur Vermeidung einer Wiederholung eine ordnungsgemäße Personalplanung sei. Er hoffe, dass die Unterscheidung zwischen Bediensteten mit kurzfristigen und festen Verträgen im Rahmen der neuen Reformvorschläge abgemildert würden. Er erwarte, dass mehr Mittel in die Weiterbildung und Ausbildung der Bediensteten investiert und Anreize oder Belohnungen für außergewöhnliche Leistungen geboten würden. Abschließend wies er auf die Lage in der Europäischen Region hin, wo Länderreferenten aus Haushaltsgründen, obwohl sie die Aufgaben von WHO-Repräsentanten ausführten, als nationale Fachreferenten eingestellt würden.

85. Der SCRC anerkannte, dass die Bediensteten das wertvollste Gut des Regionalbüros seien; es sei inakzeptabel, dass das Prinzip der „einen WHO“ nicht auf Fragen wie Vertragsbedingungen, Karriere und Anreize angewendet werden sollte.

Anhang 1

Zusammensetzung des Dreizehnten SCRC 2005–2006

Mitglieder, Stellvertreter und Berater

Österreich

Dr. Hubert Hrabcik
Sektionsleiter Gesundheitswesen
Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Berater

Dr. Verena Gregorich-Schega
Leiterin, Abteilung Internationale Koordination Gesundheitspolitik
Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Belgien

Dr. Godfried Thiers³
Direktor, Forschungsinstitut für Öffentliche Gesundheit

Dänemark

Dr. Jens Kristian Gøtrik⁴
Generaldirektor und Leitender Medizinalbeamter
Dänisches Gesundheitsamt

Berater

Frau Marianne Kristensen
Leitende Beraterin, Dänisches Gesundheitsamt

Estland

Frau Triin Habicht⁵
Referat Gesundheitspolitik, Abteilung für öffentliche Gesundheit
Sozialministerium

Dr. Marge Reinap⁶
Leitende Sachverständige, Abteilung Öffentliche Gesundheit
Sozialministerium

Dr. Ülla Karin Nurm⁷
Leiterin, Abteilung Öffentliche Gesundheit
Sozialministerium

³ Mitglied von Amts wegen, Teilnahme in seiner Eigenschaft als Exekutivpräsident des Regionalkomitees

⁴ Tagungsleitung

⁵ Erste und dritte Tagung

⁶ Zweite Tagung

⁷ Vierte Tagung

Ungarn

Dr. Gábor Kapócs⁸
Staatssekretär
Gesundheitsministerium

Dr. Mihály Kökény⁹
Regierungskommissar für die Koordination im Bereich Bevölkerungsgesundheit

Berater

Frau Katalin Novák
Leiterin, Abteilung Internationale Zusammenarbeit und Koordinierung der Europäischen Integration
Gesundheitsministerium

Italien

Dr. Francesco Cicogna
Leitender Medizinaldirektor, Generaldirektion für Angelegenheiten der Europäischen Union und Internationale Beziehungen
Gesundheitsministerium

Niederlande

Frau Annemiek van Bolhuis
Director, International Affairs Division
Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport

Herr Lejo van der Heiden¹⁰
Koordinator, Referat für globale Fragen der Öffentlichen Gesundheit
Abteilung Internationale Angelegenheiten
Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport

Serbien und Montenegro

Prof. Tomica Milosavljevic¹¹
Gesundheitsminister, Republik Serbien

Dr. Snezana Simic¹²
Assistierende Gesundheitsministerin, Republik Serbien

Vereinigtes Königreich

Dr. David Harper
Leiter, Gesundheitsschutz, Internationale Entwicklung im Bereich von Gesundheit und Wissenschaft
Gesundheitsministerium

Berater

Herr Anthony Kingham
Global Health Team, International Division
Gesundheitsministerium

⁸ Erste Tagung

⁹ Zweite, dritte und vierte Tagung

¹⁰ Stellvertretendes Mitglied, dritte Tagung

¹¹ Erste, zweite und dritte Tagung

¹² Vierte Tagung

Usbekistan

Prof. Feruz Nazirov
Gesundheitsminister

Dr. Abdunumon Siddikov¹³
Leiter, Abteilung für auswärtige Wirtschaftsbeziehungen
Gesundheitsministerium

Beobachterin

Luxemburg

Dr. Danielle Hansen-Koenig¹⁴
Generaldirektorin für Gesundheit
Gesundheitsdirektion

¹³ Stellvertretendes Mitglied, zweite, dritte und vierte Tagung

¹⁴ Als Mitglied des WHO-Exekutivrats für die Europäische Region