



EUROPA

**Dreizehnter Ständiger Ausschuss des Regionalkomitees für Europa
Dritte Tagung**

Kopenhagen, 27.–28. März 2006

EUR/RC55/SC(3)/REP
3. April 2006
60573
ORIGINAL: ENGLISCH

Bericht über die dritte Tagung

Einleitung

1. Die dritte Tagung des Dreizehnten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees für Europa (SCRC) fand am 27. und 28. März 2006 beim WHO-Regionalbüro für Europa in Kopenhagen statt.
2. In seiner Eröffnung informierte der WHO-Regionaldirektor für Europa den SCRC über ein vor kurzem den Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO übermitteltes Schreiben, in dem er diesen mitgeteilt habe, dass er mit Genehmigung des Generaldirektors die Direktorin der Abteilung Länderunterstützung beim Regionalbüro, Dr. Nata Menabde, zur Stellvertretenden Regionaldirektorin ernannt habe. Mit dieser Ernennung solle die Effizienz des Regionalbüros angesichts einer besonders infolge der Vogelgrippeepidemie wachsenden Nachfrage nach seinen Diensten erhöht werden.
3. Der Direktor der Abteilung Gesundheitsprogramme berichtete, dass die erste Tagung der Konferenz der Vertragsparteien des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs vom 6. bis 17. Februar 2006 im WHO-Hauptbüro in Genf stattgefunden habe; der Vertreter Österreichs sei zu einem der Vizepräsidenten gewählt worden. Dem Regionalkomitee für Europa werde auf seiner 56. Tagung (RC56) im Herbst ein Papier über die Umsetzung des Rahmenübereinkommens in der Europäischen Region der WHO vorgelegt.

Angelegenheiten, die sich aus der 117. Tagung des Exekutivrats ergeben

Elftes Allgemeines Arbeitsprogramm 2006–2015

4. Nachdem Ende 2005 ein Entwurf des Elften Allgemeinen Arbeitsprogramms (GPW11) vorlag, veranstaltete das Regionalbüro eine Konsultation mit den Mitgliedstaaten der Europäischen Region (Kopenhagen, 10.–11. Januar 2006). Der prägnante, konsolidierte Bericht über diese Konsultation diene als Grundlage für die Beiträge der Mitglieder aus der Europäischen Region im Ausschuss des Exekutivrats für Programm-, Haushalts- und Verwaltungsfragen (PBAC) sowie im Exekutivrat selbst auf deren Tagungen im Januar 2006. Im Anschluss an die Erörterungen dieser beiden Gremien wurde der Entwurf an das WHO-Sekretariat zur Überarbeitung zurückverwiesen und 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 dennoch der 59. Weltgesundheitsversammlung (WHA59) im Mai 2006 vorzulegen.
5. Der SCRC bekräftigte die Nützlichkeit der abgestimmten 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; außerdem trage es nicht der aktuellen Debatte über eine Reform der Vereinten Nationen Rechnung, und auch die regionale Dimension fehle.
6. Der Regionaldirektor wird in der darauf folgenden Woche mit dem Generaldirektor und den anderen Regionaldirektoren zusammentreffen, um u. a. über das GPW11 zu diskutieren. Er wurde gebeten, diese im Namen des SCRC darauf hinzuweisen, dass eine Reihe von Mitgliedstaaten der Europäischen Region einer Unterstützung des Dokuments in seiner gegenwärtigen Fassung zurückhaltend gegenüberstünden. Der SCRC regte an, dass die WHA59 den Entwurf lediglich zur Kenntnis nehmen und an die Regionalkomitees zur Stellungnahme zurückverweisen solle, bevor er im Jahr 2007 erneut der WHA60 vorgelegt werde. Alternativ könne man erwägen, den 1. Teil des Programmbudgets 2006–2007 als Allgemeines Arbeitsprogramm der Organisation für den gegenwärtigen Zweijahreszeitraum zu verwenden und ein neues GPW für den Zeitraum 2008–2015 zu entwerfen, was den Vorteil habe, dass dies zeitlich mit dem geplanten mittelfristigen strategischen Programm (MTSP) der WHO zusammenfalle.

7. Der Regionaldirektor wurde gebeten, dem SCRC auf seiner nächsten Tagung zu diesem Thema Bericht zu erstatten.

Strategische Mittelzuweisung

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

- eine Anhebung der Progression der Dezile, auf die die Länder verteilt wurden, von 20 auf 35%;
- der Ausschluss von Poliomyelitis und Notfallmitteln für die Basislinie 2006–2007;
- gleiches Gewicht für die am wenigsten entwickelten Länder (LDC) wie für Länder im ersten Dezil.

9. Während die ersten beiden Punkte vom Standpunkt der Bevölkerungsgesundheit aus gerechtfertigt werden könnten, unterminiere der dritte Punkt die Grundprinzipien des Modells und lege noch mehr Nachdruck auf wirtschaftliche Parameter auf Kosten der gesundheitlichen Erwägungen.

10. 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 so den bedürftigsten Ländern größeres Gewicht verleihe. Er befürwortete daher eine Beibehaltung des ursprünglich vorgeschlagenen mathematischen Modells, sei allerdings, falls ein Konsens es erforderlich mache, bereit, die ersten beiden Änderungsvorschläge zu akzeptieren. Er bat das Sekretariat eindringlich, vor den nächsten Tagungen von PBAC und Exekutivrat im Mai 2006 deren Mitglieder aus der Europäischen Region ausführlich zu informieren.

Auf der 117. Exekutivratstagung verabschiedete Resolutionen

11. Der SCRC stellte mit Besorgnis fest, dass Resolution EB117.R13 über unerlässliche Forschung und Entwicklung im Gesundheitsbereich noch viele (in eckigen Klammern wiedergegebene) Formulierungen enthalte, über die noch keine Einigung erzielt worden sei. Auf der anderen Seite erwarte man die Lösung einer Reihe von noch ausstehenden Fragen durch einen Unterausschuss des Exekutivrats, der mit der Prüfung des Berichts der Kommission für geistige Eigentumsrechte, Innovation und öffentliche Gesundheit beauftragt worden sei.

12. In Verbindung mit dem Dokument EB117/19 zur Erhebung der Beiträge von den Mitgliedstaaten berichtete der Direktor der Abteilung für Verwaltung und Finanzen, dass Aserbaidschan seinen Beitrag gezahlt habe und dass Weißrussland dies zu tun gedenke; Turkmenistan und Armenien hätten Ratenzahlungspläne vorgelegt, sodass zum Zeitpunkt von WHA59 nur noch Kirgisistan sich so weit im Zahlungsrückstand befände, dass Artikel 7 der WHO-Satzung angewendet werden könnte.

Fortschrittsbericht der Arbeitsgruppe zur Zukunft des WHO-Regionalbüros für Europa

13. Der SCRC wurde über die Ergebnisse der zweiten und dritten Tagung der Arbeitsgruppe in Kenntnis gesetzt, welche am 9.–10. Januar bzw. 24.–25. März 2006 stattfanden. Die zweite Tagung habe sich vor allem mit der Frage der Verortung des WHO-Regionalbüros im Jahr 2020 befasst. Zu diesem Zweck habe die Arbeitsgruppe drei Fragen aufgegriffen, die im Vorfeld der Tagung verschickt worden seien.

- Welche Hauptfunktionen und -aufgaben werden für WHO und Regionalbüro im Jahr 2020 angesichts der gesundheitlichen Lage und der entsprechenden Trends erwartet, die auf der vorangegangenen ersten Tagung genannt und erörtert wurden?
- Worin bestünde im Jahr 2020 der wichtigste Mehrwert, den die spezifischen Charakteristika der WHO und ihr Status als Mitglied des Systems der Vereinten Nationen mit sich brächten?
- Welche wesentlichen Änderungen sollte das Regionalbüro an seiner Rolle, Funktion und Arbeitsweise vornehmen, um 2020 richtig positioniert zu sein?

14. Die Arbeitsgruppe hatte als die wichtigsten Funktionen des Regionalbüros herausgestellt: Federführung bei Krisenmaßnahmen im Bereich der Bevölkerungsgesundheit, Unterstützung der Entwicklung von Gesundheitssystemen, Förderung von Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsdeterminanten, Entwicklung seiner Rolle als Norm gebende Autorität in seinem Zuständigkeitsbereich und Förderung des Dialogs mit den Bürgern. Der erzielte Mehrwert ergebe sich aus der moralischen Autorität des Regionalbüros, seiner wahrgenommenen Unparteilichkeit, seiner Brückenlage zwischen Ost und West und seiner Überzeugungskraft. Die wichtigsten Änderungen an seiner Rolle bestünden in einer engeren Kooperation mit vielen Partnern im Gesundheitsbereich sowie darin, auch angesichts der zunehmenden Globalisierung weiterhin engagiert für die Bevölkerungsgesundheit einzutreten. Zu diesen Zwecken könnten Rechtsakte wie das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs verstärkt genutzt werden und die Rollen der verschiedenen Ebenen der WHO müssten klarer definiert werden.

15. 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. Auch ihnen wurden drei Fragen vorgelegt:

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

16. Die von der Arbeitsgruppe selbst genannten Stärken fanden bei den Vertretern der Partnerorganisationen breite Zustimmung, wobei jedoch auch die Notwendigkeit einer Schärfung des Profils des Regionalbüros und der Entwicklung präziserer Verfahren für die Auswahl von Partnerorganisationen und Zusammenarbeit mit ihnen gesehen wurde. Außerdem stellten sie einige Widersprüchlichkeiten hinsichtlich der Haltung und Rolle bestimmter Mitgliedstaaten in Leitungsgremien verschiedener Organisationen (und manchmal sogar innerhalb einer Organisation) heraus, die die Arbeit des Regionalbüros komplizierten, sowie das Fehlen eines klaren Konzepts in Bezug auf nichtstaatliche Organisationen und WHO-Kooperationszentren. Von Seiten des Sekretariats wurde dazu angemerkt, dass eine vom Hauptbüro geleitete Evaluierung der WHO-Kooperationszentren gegenwärtig stattfindet.

17. Die Partner teilten auch weitgehend die Auffassung der Arbeitsgruppe hinsichtlich der Rolle des Regionalbüros, nämlich Federführung bei internationalen Maßnahmen gegen Gesundheitsgefahren, Förderung einer breiten sektorübergreifenden Gesundheitspolitik, Beisteuerung von Sachverstand zur Gesundheitssystementwicklung und Förderung von Forschung, deren Ergebnisse als Handlungsgrundlage dienen können. In Bezug auf die künftige Zusammenarbeit wurden die in den vergangenen Jahren erzielten Fortschritte betont und wurde dem Regionalbüro empfohlen, einen Ansatz der gemeinsamen Übernahme von Funktionen und Aufgaben zu verfolgen, insbesondere mit Europäischer Kommission und ECDC, während mit dem Europarat weiter an der Thematik der ethischen Führung gearbeitet werden sollte.

18. Auf seiner 4. Tagung am 4. und 5. Mai 2006 wollte die Arbeitsgruppe einen Aktionsplan entwerfen, um eine richtige Positionierung des Regionalbüros im Jahr 2020 zu gewährleisten. Ein Entwurf des abschließenden Berichts der Arbeitsgruppe an RC56 werde dem SCRC auf seiner 4. Tagung vorgelegt.

19. Der SCRC lobte die von der Arbeitsgruppe erzielten Fortschritte und unterstrich die Bedeutung einer klaren Definition der künftigen Rolle und Funktion des Regionalbüros. Er wies auf den zusätzlichen gesundheitspolitischen Nutzen hin, 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 am Mandat der Partnerorganisationen bemerkte der SCRC, dass der Aktionsplan in regelmäßigen Abständen überprüft werden müsse. Er empfahl, dass das RC56 den Bericht der Arbeitsgruppe in Verbindung mit der Prüfung des GPW11 behandeln solle.

Prüfung der vorläufigen Tagesordnung und des vorläufigen Programms der 56. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa

20. Der SCRC billigte die vorläufige Tagesordnung und das vorläufige Programm des RC56 mit der Feststellung, dass viele Fachthemen entweder im Laufe der Tagung selbst oder in begleitenden Fachsitzungen zu behandeln seien.

Vorbereitung auf die Verhandlungen des RC56, u. a. Resolutionsentwürfe

21. Dem SCRC wurden Gliederungen für Dokumente und Resolutionsentwürfe zu den verschiedenen Fach- und Verwaltungsfragen auf der Tagesordnung des RC56 sowie Papiere für die Fachsitzungen vorgelegt.

Fach- und Verwaltungsfragen auf der Tagesordnung

Auf dem Weg zu einer Europäischen Strategie für nichtübertragbare Krankheiten

22. Der Direktor der Abteilung Gesundheitsprogramme informierte den SCRC darüber, dass im April 2005 eine Redaktionsgruppe mit Vertretern von acht Mitgliedstaaten einberufen worden sei. Bei Zusammenkünften von nationalen Ansprechpersonen und Vertretern von Mitgliedstaaten seien nacheinander mehrere Entwürfe einer Strategie erörtert worden. Die Redaktionsgruppe trete letztmalig am 10. und 11. Mai 2006 zusammen.

23. Die aktuelle Version der Strategie lege die gegenwärtigen Herausforderungen dar, führe zu Ergebnissen, die als Handlungsgrundlage dienen könnten, zeige eine strategische Herangehensweise auf und gebe einen Rahmen für umfassendes Handeln vor (vgl. Anhang 1).

24. Der SCRC wolle den entsprechenden Resolutionsentwurf bei seiner vierten Tagung nach der abschließenden Zusammenkunft der Redaktionsgruppe prüfen.

Mittelfristiges Strategieprogramm 2008–2013 und Programmhaushaltsentwurf 2008–2009

25. Die Leitende Beraterin der Abteilung Programmplanung und -umsetzung stellte fest, dass das WHO-Hauptbüro gegenwärtig plane, das mittelfristige Strategieprogramm der Organisation für den Zeitraum 2008–2013 gemeinsam mit dem Programmhaushaltsentwurf 2008–2009 in einem Dokument zu veröffentlichen. Dadurch lasse sich der Arbeitsaufwand für die Erstellung der Programmhaushaltsentwürfe in den sich anschließenden Zweijahreszeiträumen verringern und eine größere Stimmigkeit zwischen ihnen erzielen.

26. Zu jedem der 15 strategischen Ziele stelle der Entwurf dieses Dokuments eine Situationsanalyse sowie eine Beschreibung der strategischen Konzepte vor, welche die WHO und ihre Mitgliedstaaten gemeinsam verfolgen müssten, und daneben eine Reihe der organisationsweit erwarteten Ergebnissen, zu denen sich das Sekretariat konkret verpflichten würde. Die strategischen Ziele würden gegenwärtig formuliert und Ende April 2006 einer kollegialen Prüfung unterzogen. Konsolidierte Schätzungen der

Haushaltsaufwendungen würden in die Fassung eingearbeitet, die den Regionalkomitees im September 2006 vorgelegt werde (vgl. Anhang 2).

27. 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 15 strategischen Zielen des Haushaltsprogrammwerfs für 2008–2009 möglich machten. Außerdem bekräftigte er, wie nützlich die Vorlage vergleichbarer Informationen in den neun Kategorien wäre, wie sie für die Programmüberwachung beim Regionalbüro verwendet würden und die Struktur des Berichts des Regionaldirektors über die Arbeit der WHO in der Europäischen Region im Zeitraum 2004–2005 bildeten.

28. Der SCRC empfahl, den Tagesordnungspunkt des RC56 zum Programmhaushaltsentwurf 2008–2009 direkt an den Tagesordnungspunkt zum GPW11 und den Bericht der Arbeitsgruppe zur Zukunft des WHO-Regionalbüros für Europa anzuschließen.

Gesundheitssicherheit.

29. Die Stellvertretende Regionaldirektorin stellte einen Arbeitspapierentwurf für das RC56 unter dem Titel „Mehr Gesundheit und Sicherheit in der Europäischen Region der WHO“ vor. Das Papier verfolge den Zweck, aktuelle und potenzielle künftige Gefahren für die menschliche Gesundheit mit Auswirkungen auf die Sicherheit zu umreißen, die gesammelten Erfahrungen zu bewerten und eine Herangehensweise anzuregen, die den Mitgliedstaaten bei der Stärkung ihrer Gesundheitssysteme und bei einer besseren Vorbereitung auf Gesundheitsbedrohungen helfen würden. Nach einer Betrachtung von sich überlagernden Definitionen der Begriffe Krise, Katastrophe und Notfall sowie von damit in Verbindung stehenden Vorstellungen von Gesundheitsrisiken und -gefahren gehe das Papier dazu über, die aus einer Reihe von Gesundheitskrisen in der Europäischen Region in jüngerer Zeit gezogenen Erfahrungen zu analysieren. Zu den vorgeschlagenen Gegenmaßnahmen zählten eine Einbeziehung der Erkenntnisse über Systeme für Frühwarnung und Sofortmaßnahmen in umfassende Bereitschaftsstrategien für nationale Gesundheitssysteme, die Förderung der gleichzeitigen Berücksichtigung mehrerer Gefahren bei der Bereitschaftsplanung und Krisenbewältigung, die volle Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften 2005, die sektorübergreifende Zusammenarbeit im Bereich der Gesundheitssicherheit bei starker institutioneller Verankerung in den Gesundheitsministerien, die Entwicklung einer einheitlichen Gesundheitsinfrastruktur, die Bereitstellung geeigneter medizinischer Notversorgung sowie Informations- und Kommunikationsmaßnahmen. 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 (vgl. Anhang 3).

30. 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 dabei die Belastbarkeit und Verlässlichkeit von Gesundheitssystemen in Krisenzeiten, in denen eine konzertierte, sektorübergreifende Reaktion erforderlich sei. Das Papier solle daher versuchen, die spezifische Rolle zu benennen und zu definieren, die Gesundheitssysteme in Bezug auf Koordinierung, Krisenmanagement usw. übernehmen könnten.

Bericht der Arbeitsgruppe zur Zukunft des WHO-Regionalbüros für Europa

31. Der Fachkoordinator im Büro des Regionaldirektors stellte den Gliederungsvorschlag für den Bericht der Arbeitsgruppe vor. Im Wesentlichen stimme die Gliederung mit den Hauptbereichen überein, die auf den jeweiligen Zusammenkünften der Gruppe behandelt worden seien. In der Einleitung würden der Entstehungsrahmen der Arbeitsgruppe, die mit ihr verbundenen Ziele und die von ihr verwandte Methode vorgestellt. Der erste inhaltliche Teil werde sich mit der Gesundheitssituation und den erwarteten Trends in der Region bis 2020 beschäftigen, der zweite mit Auftrag und Aufgaben des Regionalbüros sowie dem in diesem Zeitraum erzielten Mehrwert. Ein dritter Teil werde sich auf Partnerschaften und das internationale Umfeld konzentrieren, während die abschließende Sektion die Hauptrichtungen benenne, in welche sich das Regionalbüro weiterbewegen solle, und dabei Etappenziele sowie eine mittelfristige und eine endgültige Prognose (für 2020) über die Ergebnisse aufstelle (vgl. Anhang 4).

32. Der SCRC billigte den Gliederungsvorschlag und stellte fest, dass dieser auch als Modell für das Allgemeine Arbeitsprogramm der Organisation dienen könne.

Weiterverfolgung von bei früheren Tagungen des Regionalkomitees erörterten Themen

Europäischer Ausschuss für Umwelt und Gesundheit

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

Gesundheit am Arbeitsplatz

34. Der Direktor des Sonderprogramms Umwelt und Gesundheit bemerkte hierzu, dass das Regionalbüro in diesem Themenbereich über ein starkes Netz aus Kooperationszentren verfüge und dass man hoffe, für diesen Bereich auch einen Regionalbeauftragten anstellen zu können. Ausgehend von der globalen Strategie für Gesundheit am Arbeitsplatz, die der Weltgesundheitsversammlung 2007 vorgelegt werden sollte, plane man die Erarbeitung einer Strategie für die Region.

Eindämmung des Tabakgebrauchs

35. Der Direktor der Abteilung Gesundheitsprogramme erinnerte daran, dass das RC52 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 habe. Der Bericht an das RC56 werde demgemäß die gegenwärtige Lage in Bezug auf den Tabakkonsum sowie die Konzepte zu seiner Eindämmung in der Region analysieren und das Verfahren und die Rollen der einzelnen Partner bei der vollen Umsetzung der FCTC näher ins Auge fassen. Ein entsprechender Berichtsentwurf werde auf einer Tagung der nationalen Ansprechpersonen im April 2006 in Dublin geprüft.

Tuberkulose und Malaria

36. Der Direktor der Abteilung Gesundheitsprogramme bemerkte, dass seit dem RC52 mehr Mitgliedstaaten sowie ein höherer Bevölkerungsanteil durch die DOTS-Strategie zur Bekämpfung der Tuberkulose erfasst würden. Als Antwort 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. Im Oktober 2006 werde in Kopenhagen ein Ministerforum der Europäischen Region zur Tuberkulosebekämpfung stattfinden.

37. Bei der Malariabekämpfung sei 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 vom 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 die Mitgliedstaaten bei ihren Bewerbungen um Mittel aus dem Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria und aus der Globalen Arzneimittelfazilität.

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

38. Der Regionaldirektor erklärte, dass das Regionalkomitee ihn durch Resolution EUR/RC55/R4 darum ersucht habe, ihm im Jahr 2006 ein Folgepapier über mit dem WHO-Hauptbüro, der OECD und EUROSTAT abgestimmte und möglichst gemeinsam gemeldete Indikatoren vorzulegen, das zur

Überwachung der Umsetzung des regionalen GFA-Rahmenkonzepts in den Ländern verwendet werden könne“. 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 Zusammenarbeit mit Partnerorganisationen erfordern würde, sofern diese überhaupt zu einem solchen Engagement bereit seien.

39. 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.

Fachsitzungen

Finanzierung von Gesundheitsleistungen

40. Der Regionalbeauftragte für Gesundheitssystemfinanzierung legte die Zusammenfassung eines Papiers über Ansätze der Gesundheitssystemfinanzierung in der Europäischen Region der WHO vor, welches nicht als Blaupause für alle Länder zu verstehen sei, sondern für ein schlüssiges Konzept zur Analyse der Grundsätze der Gesundheitsfinanzierung werbe. Dies wiederum setze die Annahme einer Reihe von auf den Grundwerten der WHO beruhenden Grundsatzzielen und die Verwendung einer Standardmethode zur Beschreibung und Analyse der mit den Gesundheitsfinanzierungssystemen verbundenen Funktionen ebenso voraus wie die Erkenntnis, wie gewisse Rahmenbedingungen sich auf die Fähigkeit eines Landes zur Erreichung bestimmter Grundsatzziele oder Umsetzung bestimmter Reformen auswirken können.

41. Der SCRC erkannte an, dass eine Fachsitzung über Gesundheitsfinanzierung sich in ihrer Zielsetzung fundamental von einer Sitzung über Vogelgrippe unterscheide, z. B. hinsichtlich der Mitteilung des neuesten Kenntnisstandes. Er empfahl daher, vor der Sitzung ein Thesenpapier zu verbreiten, das entsprechend der eingehenden Kommentare verändert werden könne.

HIV/Aids-Prävention

42. Der Direktor der Abteilung Gesundheitsprogramme berichtete dem SCRC, 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 ersteren Ländergruppe herrsche eine hohe Prävalenz unter intravenös konsumierenden Drogenabhängigen (vor allem junge Menschen, die Nadeln gemeinsam benutzen), während die Ausbreitung der Epidemie in Westeuropa gegenwärtig durch heterosexuelle Übertragung und Migration bedingt sei.

43. Die Zielvorgabe für die Region, im Rahmen der „3 bis 5“-Initiative bis 2005 100 000 Menschen zusätzlich 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 versorgt würden. Die Fachsitzung am Rande des RC56 werde sich daher auf Prävention konzentrieren; dies diene gleichzeitig der Vorbereitung auf eine wichtige Konferenz der Europäischen Union (EU) zum gleichen Thema, die während der deutschen EU-Präsidentschaft im Frühjahr 2007 stattfinden werde.

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

44. Der SCRC wurde vom Direktor der Abteilung Gesundheitsprogramme darüber informiert, dass zur Vorbereitung der Adipositaskonferenz beträchtliche Anstrengungen im Gange seien. 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 Amsterdam statt. Die Mitgliedstaaten hätten erhebliches Interesse an dem Thema geäußert und es gebe gute Verbindungen zu den Partnerorganisationen, insbesondere der FAO und der Europäischen Kommission.

Aktuelles zum Thema Influenza

45. Der Direktor der Abteilung Gesundheitsprogramme berichtete, dass im März 2006 auf einer Zusammenkunft von Mitgliedstaaten und Europäischer Kommission 50 Mitgliedstaaten bestätigt hätten, über nationale Pläne zur Bekämpfung der Vogelgrippe zu verfügen, während es im November 2005 erst 31 gewesen seien. Eine WHO-Mission befinde sich gerade in Turkmenistan, und die Russische Föderation verfüge über einen nationalen Plan, der gegenwärtig auf Bezirksebene umgesetzt werde. Das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten 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 2006 in Istanbul eine Tagung der sieben Staaten Aserbaidschan, Armenien, Georgien, Iran, Irak, Syrien und Türkei stattgefunden mit dem Ziel, die Zusammenarbeit der tier- und humanmedizinischen Dienste zu verbessern. Darüber hinaus seien auch gute Verbindungen zur Weltorganisation für Tiergesundheit (OIE) hergestellt worden, namentlich im Anschluss an Ausbrüche von aviärer Influenza in der Bevölkerung der Türkei.

46. Der Sonderberater für übertragbare Krankheiten erläuterte anhand einer Karte die Ausbreitung der aviären Influenza in der Europäischen Region der WHO zwischen dem 1. und 23. März 2006. In zwei Ländern (Aserbaidschan und Türkei) seien menschliche Fälle dokumentiert worden und wahrscheinlich werde die Krankheit bei Wildvögeln endemisch bleiben. Die bei der epidemiologischen Überwachung auftretenden praktischen Probleme müssten gelöst 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. Die Erforschung der wahren Prävalenz der Krankheit in den potenziell betroffenen Bevölkerungsgruppen sei schwierig.

47. Der SCRC beglückwünschte das von der WHO geführte 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 betroffenen Länder schon vor Bestätigung eines Ausbruchs handeln müssten. Der Ausschuss erörterte auch die Herausforderung, die die Massenproduktion von Impfstoffen in ausreichender Zahl vor dem Vorbeiziehen der ersten Epidemiewelle darstelle.

48. 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 rief dazu auf, Druck auf die nationalen Regierungen auszuüben, damit die Zahlungen schneller erfolgten.

49. Der SCRC unterstrich die Bedeutung der Erhaltung der Unabhängigkeit der WHO (sofern für die Wirksamkeit maßgeblich), wenn bei Vorliegen entsprechender Informationen die Verschlechterung einer Situation sofort angekündigt werden müsse, selbst wenn dies einer offiziellen Bestätigung durch die betroffene Regierung vorausginge, und machte auf die Notwendigkeit des Gebrauchs moderner Kommunikationstechnik durch die WHO aufmerksam, um einfache Gesundheitsaufklärung zu betreiben.

Grußadresse eines Vertreters der Personalvereinigung des WHO-Regionalbüros für Europa

50. Der Präsident der Personalvereinigung des WHO-Regionalbüros für Europa (EURSA) begrüßte die vom Regionaldirektor ergriffene Initiative zur Erarbeitung eines klaren Personal- und Verwaltungskonzeptes und zur Einbeziehung der Bediensteten in diesen Prozess durch eine breit angelegte Konsultation. Gegenwärtig lebten und arbeiteten ungefähr die Hälfte aller Bediensteten des Regionalbüros 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 Beschäftigungsbedingungen sichere.

51. In den vergangenen zwei Jahren habe die Verwaltung des Regionalbüros mit einigem Erfolg die Lage der Bediensteten mit Kurzzeitverträgen in langfristig benötigten Funktionen normalisiert. Es sei wesentlich, den erreichten Fortschritt nachhaltig zu sichern und die Lage der Bediensteten, die die Obergrenze für aufeinander folgende Kurzzeitverträge (4x11 Monate) erreichten, sorgfältig im Auge zu behalten. Zu diesem Zweck bat EURSA die Verwaltung eindringlich, eine angemessene Personalplanung sicherzustellen.

52. Es sei zu bedauern, dass die regelmäßige Konsultation auf globaler Ebene im Rahmen des Global Staff Management Council (GSMC) seit über einem Jahr nicht mehr stattgefunden habe, wengleich im April 2006 eine außerordentliche Tagung 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 einzutreten.

53. 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 (von 60/40 auf 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 Einstellungsverfahren gelöst, was auch die Erarbeitung von Stellenbeschreibungen und die Anwendung eines Auswahlverfahrens beinhaltet.

54. 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 Unterschiede zwischen Bediensteten mit kurzfristigen bzw. festen Verträgen im Rahmen der neuen Reformvorschläge abgemildert würden. Er erwarte, dass mehr Mittel in die Aus- und Weiterbildung der Bediensteten investiert und Anreize oder Belohnungen für außergewöhnliche Leistungen geschaffen würden. Abschließend wies er auf die Lage in der Europäischen Region hin, wo Länderreferenten aus Haushaltsgründen als nationale Fachreferenten eingestellt würden, obwohl sie die Aufgaben von WHO-Repräsentanten ausführen.

55. Der SCRC erkannte an, dass die Bediensteten des Regionalbüros sein wertvollstes Kapital seien; es sei inakzeptabel, dass das Prinzip der „einen WHO“ nicht auf Fragen wie Beschäftigungsbedingungen, Karriere und Anreize angewendet werde.

Mitgliedschaft in Organen und Ausschüssen der WHO

56. 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 vorläufig die vorliegenden Kandidaturen für die Mitgliedschaft im Exekutivrat, im SCRC und im Gemeinsamen Koordinationsrat des Sonderprogramms für Forschung und Ausbildung auf dem Gebiet der Tropenkrankheiten. Die Diskussion werde auf der 4. Tagung am Vortage der Eröffnung von WHA59 fortgesetzt.

Ämter der Weltgesundheitsversammlung

57. Der Regionaldirektor informierte den SCRC darüber, dass er an die Kandidaten für die Posten des Vizepräsidenten der Weltgesundheitsversammlung und des Stellvertretenden Vorsitzenden von Ausschuss A sowie für eine Mitgliedschaft im Beglaubigungsausschuss herangetreten sei, wie der SCRC dies zuvor vereinbart habe.

58. Der SCRC befürwortete grundsätzlich den Vorschlag, wonach die drei ständigen Mitglieder des Sicherheitsrates der Vereinten Nationen aus der Europäischen Region der WHO wechselweise zwei von drei Jahren im Allgemeinen Ausschuss und im Nominierungsausschuss der Weltgesundheitsversammlung

dienen könnten. Ein Konsens solle weiterhin mit den betreffenden Mitgliedstaaten angestrebt werden. Das Vereinigte Königreich stimmte einem Rücktritt bei der anstehenden Weltgesundheitsversammlung 2006 in der Annahme zu, dass dieses Vorgehen im Rotationsverfahren zwischen den betreffenden Mitgliedstaaten gehandhabt werden könne.

Sonstige Angelegenheiten

Tagungsort von RC57

59. Dem SCRC wurde ein Videofilm über das Sava-Konferenzzentrum in Belgrad, dem für das RC57 vorgeschlagenen Tagungsort, vorgeführt. Der SCRC zeigte sich zufrieden und wollte dem RC56 die Billigung des Tagungsortes empfehlen.

Dauer der nächsten Tagung

60. Der SCRC vereinbarte, seine nächste Tagung am Sonntag, d. 21. Mai 2006, um 12:30 Uhr im Palais des Nations in Genf zu beginnen, damit genügend Zeit für die Behandlung des Abschlussberichts der Arbeitsgruppe zur Zukunft des WHO-Regionalbüros für Europa zur Verfügung stehe.

Annex 1

Towards a European strategy on noncommunicable diseases

Update for SCRC

Summary

Regional Committee resolution EUR/RC54/R4 requested the Regional Director to develop a comprehensive action-oriented strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases in the European Region by 2006. To facilitate this process, a network of WHO national counterparts was established in early 2005 and a drafting group composed of representatives of eight Member States was appointed at the first network meeting in April 2005. A first draft of the document was discussed at the second meeting of national counterparts in December 2005 and revisions were made on the basis of comments received. The second draft of the document has now been circulated to national counterparts to allow country consultations to take place prior to the third meeting scheduled for 7 and 8 April 2006. The final draft of the document is on schedule for delivery by 1 June.

Introduction

In resolution EUR/RC54/R4, adopted by the WHO Regional Committee for Europe at its fifty-fourth session in September 2004, Member States decided to give high priority to noncommunicable diseases (NCD) and to develop a comprehensive action-oriented strategy for the Region by 2006. The strategy was to focus on implementation, to take account of the specificity and diversity of the European Region and to be prepared in collaboration with Member States, intergovernmental agencies, nongovernmental organizations (NGOs) and other relevant partners. This paper provides an update on progress in development of the strategy and gives an indication of its main lines.

Update on progress in development of the European NCD strategy

To facilitate the development of the European NCD strategy, a network of WHO national counterparts was established in early 2005 and a drafting group composed of representatives of eight Member States was appointed at the first network meeting in April 2005. The drafting group worked closely with the Secretariat of the WHO Regional Office for Europe during 2005, meeting in June and September, and a first draft of the document was prepared by November 2005. To support the work of the drafting group, the Secretariat also sought the advice of an expert reference group that met on 24 and 25 November 2005, and consulted with around 20 WHO programmes in the Regional Office. The Secretariat also arranged two internal meetings with colleagues to consider the strategy carefully from the health systems perspective, and in terms of gender mainstreaming.

The first draft of the European NCD strategy was discussed in detail at the second meeting of national counterparts on 6 and 7 December 2005. The meeting concluded that the structure and direction of the first draft were, in general, in line with the objective (as contained in resolution EUR/RC54/R4) and could serve as a basis for further development using the detailed comments from the counterparts. The drafting group was asked to continue its work, preparing the second draft of the strategy by late February/early March. It was agreed that, once a solid draft had been developed and endorsed by the national counterparts, the process would be opened up to other groups for comment. There was also agreement on the usefulness of having a European NCD report to support the European NCD strategy.

The drafting group met on 1 and 2 February to review all the comments received during the first round of consultation and to direct the preparation of the second draft. The revised document was completed and circulated to national counterparts on 11 March 2006. The counterparts will now undertake country consultations and will bring feedback to their third meeting on 7 and 8 April 2006. A first draft resolution

will also be discussed at the meeting. The second draft document will be submitted for broader consultation with the European Commission, other WHO regions, European NGOs and other relevant stakeholders, as well as the expert reference group. If the national counterparts are satisfied with the document, it is expected that the drafting group will be asked to finalize the draft on their behalf. A final meeting of the drafting group is scheduled to take place on 10 and 11 May and it is expected that the final draft of the European NCD strategy will be completed by 1 June 2006.

Opportunities are being sought to connect related processes and technical work within the Regional Office, in particular the preparation of the WHO Ministerial Conference on Obesity and the development and implementation of the European NCD strategy. In addition, the draft strategy will be shared with national counterparts in other relevant technical areas, such as tobacco control, alcohol and nutrition.

The Regional Director has agreed that the European NCD report should be prepared during the 2006–2007 biennium and will have the status of a high corporate priority product. The report is likely to be published in late 2006 or early 2007.

Main lines of the European NCD strategy

The biggest health challenge facing Europe today is that of noncommunicable diseases. Eighty-six per cent of deaths and 77% of disease burden in Europe are caused by this broad group of disorders, which includes cardiovascular diseases, cancer, mental disorders, diabetes mellitus and chronic pulmonary disease. Common features can be identified that link these conditions: determinants, risk factors, characteristics and opportunities for interventions. By focusing on prevention and improved control, it is possible to prevent or modify risk factors, to prevent the onset, the recurrence and the progression of disease, and to prevent disability and painful or premature death related to these disorders. This investment would improve the quality of life and well-being of people and societies, and lead to a more equitable distribution of the benefits of existing knowledge.

The goals of the strategy are to significantly reduce disease burden from NCD, to improve quality of life and to make healthy life expectancy a more equitably distributed reality throughout Europe. The strategy outlines a comprehensive, action-oriented approach that seeks to achieve two objectives: integrated action on risk factors and determinants, and the strengthening of health systems in prevention and control of noncommunicable diseases.

The current version of the document is 20 pages long and presents the challenges faced by Europe, the evidence for effective action, the strategic approach and an action framework to guide Member States. It then outlines action to be taken to ensure a comprehensive approach, and its conclusions lead into the attached resolution. As requested in resolution EUR/RC54/R4, the draft strategy is integral to the updated Health for All framework, and takes account of Member States' existing commitments made in the context of WHO ministerial conferences, relevant strategies and resolutions, and of the experience gained through the Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention (CINDI) programme.

Annex 2

Medium-term strategic plan 2008–2013 and programme budget 2008–2009

The budget presentation at the fifty-sixth session of the Regional Committee (RC56) is intended to be conducted along the same lines as it is every two years. There will be no external guest apart from a colleague from WHO headquarters, most probably Assistant Director-General Anders Nordstrom. However, since the technical content will now cover a six-year period, it is likely that the debate this year will focus more on content and less on budget figures than in the past. As per normal practice, the main document is produced by WHO headquarters and will be supplemented by a four-to-six-page document representing the “European perspective”. The Standing Committee of the Regional Committee (SCRC) recently gave suggestions as to what it felt should be included in this European document. The suggestions are summarized in the last section of this paper.

Why a change in managerial framework?

The new medium-term strategic plan (MTSP) and programme budget (PB) process is a key instrument for advancing WHO’s reform agenda. The ongoing reform aims at improving performance, providing greater accountability and demonstrating results at all levels of the Organization. To summarize, the cardinal reasons for introducing the MTSP are to improve performance and accountability by:

- ensuring greater consistency between biennia;
- extending the two-year plan to cover a six-year period that better reflects the more strategic nature of WHO’s work;
- removing the vertical area of work (AOW) structure that did not facilitate working together and across teams and was a poor fit at country and regional levels;
- reducing the heavy workload resulting from overlapping processes and lightening the burden for the last two-budget periods; and
- achieving better alignment with other organizations in the United Nations system that have five- or six-year cycles.

One document – Development of the MTSP and related PB is a single and integrated process

The MTSP and the PB will be presented *as a single document* to the forthcoming Regional Committee, RC56, and subsequently in 2007 to the Executive Board in January and the Sixtieth World Health Assembly in May. The main document will present the technical content of the MTSP, and the budget figures for the 2008–2009 period will be given in a financial annex.

The MTSP no longer revolves around areas of work, but will be constructed around 15 strategic objectives (SO) in 4 domains:

1. health outcomes (five SO)
2. determinants (four SO)
3. policies, systems and technologies (four SO)
4. global health agenda and WHO response (two SO).

For each SO, there will be a separate section in the MTSP that will:

- present a *situation analysis* – discussing challenges, opportunities and problems identified, and providing the rationale and justification for the SO; the SO are objectives for Member States and for the WHO Secretariat;
- outlines the *strategic approaches* – these describe the best joint avenues for Member States and the WHO Secretariat to achieve the agreed objective;
- define, for the WHO Secretariat, the six-year *organization-wide expected results* (OWERS); these represent what the WHO Secretariat alone anticipates achieving or changing as a direct consequence of its own actions over the six-year period, and include:
 - *indicators* (aligned to Millennium Development Goals where applicable) with baselines and targets – the yardsticks against which performance will be measured.

While the funds needed to implement the MTSP for any two-year period are expected to change between biennia, no major changes are anticipated in the scope of the strategic objectives or related results over the term of the MTSP.

The MTSP will present to Member States an overall ‘resource outlook’ for the entire six-year period but details will only be given for the immediate two-year period. For biennium 2008–2009, the financial tables will provide an overview of the actual costs anticipated to be incurred by the Secretariat during the first two-year period in delivering the OWERS.

SCRC advice for the European perspective

The SCRC was asked to advise the Secretariat on the format of the document ‘*Proposed programme budget 2008–2009: the WHO European Region’s perspective*’. This document is traditionally prepared to support the presentation of the programme budget within the context of the European Region. Specifically, advice was sought on how best to present the financial tables in order to give a chronological, understandable comparison between biennia.

The SCRC asked that the following should be done:

1. a crosswalk prepared for both the Regional Office’s expenditure 2004–2005 and its programme budget 2006–2007 to the new 15 SO structure; and
2. the links should be shown between the 15 SO and specific sections of the Eleventh General Programme of Work.

The Regional Office was asked to convey these views to the team at WHO headquarters preparing the MTSP, as they were requirements of a global nature. In the event that the requirements are not included in the global document, they should be prepared with reference to the European situation and included in the specific “European perspective” document accompanying the global document.

Annex 3

Enhancing health and security: an outline summary of the challenges in the WHO European Region and the health sector response

The purpose of this paper is to outline current and potential future threats to human health with possible implications for security, to take stock of lessons learnt and to propose an approach towards enhancing health and security in the WHO European Region. It is intended to serve as a basis for discussion by the Standing Committee for the Regional Committee towards the development of a WHO strategy to enhance health and security in the European Region and, more specifically:

- to provide a framework for action to enhance health and security at a pan-European level;
- to agree on a road map to tackle health and security through strengthened health systems; and
- to support Member States in improving preparedness for and the effectiveness of the response to health threats with security implications by promoting a comprehensive health systems response.

Introduction

The WHO European Region has been affected over the last decades by numerous events¹ that have endangered health and security. Some of these events have created crises and public health emergencies of an international nature, while others have been more localized. Newly emerging public health risks² like avian influenza have sparked international concern, and health is increasingly discussed in terms of its potential implications for national security and the safety of people and national health systems.

A crisis is an unstable situation that reveals the incapacity of local health systems on which people depend to respond to the increased demands upon them.

Health and security

There is no widely accepted and agreed definition of “health security”. A working definition would be that it focuses on health issues that have potential security implications – generally health emergencies of an acute rather than a chronic nature, with serious public health consequences and potential cross-border implications.

The role and impact of health on security - or stability - is reflected in a new international consensus that there is a shared responsibility for collective security and to meet the challenge of prevention: “Any event or process that leads to large-scale death or lessening of life chances and undermines states as the basic unit of the international system is a threat to international security”.³

Recent history has confronted some of the 52 Member States of the WHO European Region with dramatic political and socioeconomic changes, leaving health systems and people in many countries with insecure environments and insufficient resources and capacities to cope with new challenges.

¹ “Events” refers to manifestations of disease or occurrences that create a potential for disease.

² A “public health risk” is the likelihood of an event that may adversely affect the health of human populations, with emphasis on one that may spread internationally or may present a serious and direct danger to public health.

³ *A more secure world: Our shared responsibility. Report of the Secretary-General’s High-level Panel on Threats, Challenges and Change.* New York, United Nations, 2004

Several recent studies have shown the extent to which the spread of diseases like severe acute respiratory syndrome and avian influenza, and the consequences on health of other emergencies can impact on security at the national and international levels.

Potential biological, chemical and radiological terrorist attacks, conflicts and natural disasters that could cause mass displacement and ill-health would contribute to instability with cross-border consequences.

Challenges

The combination of increasing social inequalities, the deterioration and relative collapse of health systems in parts of the European Region, the re-emergence of some communicable diseases, the increasing frequency of extreme weather events and other natural and man-made disasters, armed conflicts that escalate into complex emergencies, and unprecedented social violence makes the European Region even more vulnerable today than it has been in the past.

Extreme weather events are expected to increase in frequency and severity. Floods are the most common natural disasters in the European Region. Heat-waves have caused serious health effects, and increased water scarcity in the Region will require an adjustment in water use in all sectors and the use of a variety of environmental and health risk assessment methods and economic tools.

New global threat scenarios such as a potential influenza pandemic or the deliberate use of biological, chemical or radio-nuclear agents, conflicts, global environmental changes and the trade in hazardous substances pose new challenges to national health systems and governments. The realistic scenario of a global influenza pandemic with the potential to trigger a severe health and security crisis has certainly contributed to raising awareness: with up to 30% of the population potentially infected at the same time, a pandemic could cause socioeconomic consequences that would go far beyond the health sector.

Global environmental changes like the loss of ecosystem services and climate changes might further contribute to changes in disease patterns, triggering migration and causing economic losses to vulnerable populations.

The history of the European Region has further shown that it is not free from the risks of inter-state conflicts, internal conflicts and civil war. The extensive experience gained in the Region and the lessons learnt from the response to the health challenges raised by the complex emergencies in the Balkans underline the importance of national health systems being fully prepared to respond effectively to the health security aspects of violence-related crises. They also highlight the importance of WHO's institutional readiness to effectively support Member States and their health systems and essential services.

Health sector response

Implementing the legal framework

WHO's first legally binding instrument, the International Health Regulations (IHR), has been revised, and the revision was endorsed by all Member States in May 2005. The resultant document, IHR (2005), constitutes a renewed legal framework for Member States and WHO to collectively address public health emergencies of international concern, whatever their nature (infectious agent, chemical, nuclear, etc.) or origin (natural, accidental, deliberate).

World Health Assembly resolution WHA58.1 on Health action in relation to crises and disasters reinforced the Organization's mandate to support Member States in preparing their health systems to cope effectively with the health aspects of crises and to strengthen its own institutional readiness.

Strengthening health systems

Health and security risks require complex preparedness strategies for health systems. Predefined systems of coordination, as well as command and control structures, plans for scaling up the health response in a crisis situation through the mobilization of extra resources and personnel, and essential predefined treatment protocols, among many other emergency management elements, need to be established well in advance.

Health systems all over Europe are confronted with high expectations, multiple health crises and limited resources. Good governance and good management of health systems are particularly important prerequisites for effective operational crisis response, and are dependant on well functioning health information systems.

In the past, the response to health challenges in the European Region has been organized predominantly along the lines of vertical technical support provided to countries, with the extensive professional expertise of vertical programmes mobilized to respond effectively to the health challenges of a particular crisis. However, this approach tends to suffer from serious systemic short-comings, as it is highly cost-intensive and has the intrinsic danger of creating parallel structures and duplication.

For vertical technical success stories to be translated into sustainable long-term improvements in health security, there must be a gradual integration of vertical programmatic approaches into a coherent and systematic, horizontally-coordinated framework. To effectively increase long-term crisis preparedness and build an overarching common system to respond to health threats, a strong system infrastructure must be established at the country level. A “one-system” mechanism that involves developing the capacity of national health systems can provide the means to respond to the known, as well as to the as yet unknown, future threats to health and security.

Information and communication

Risk communication is essential for public health programmes. Risk perceptions shape individual behavior to a large extent, and social mobilization and health education can effectively promote risk reduction and increase the coping capacity of communities. Simple and easily understandable messages communicated by the media can effectively educate the public on protective measures to reduce risks to health. Providing accurate and timely information to the public is of major importance in any public health emergency. Rumours and perceived attempts to hide crucial information can contribute to panic and jeopardize security.

Lessons learnt (case studies)

This chapter will build on recent case studies and analyze the lessons learnt from the response to various health crises in the Region. It will cover the response to the environmental health crisis associated with lead contamination in the United Nations-administered province of Kosovo, the health consequences of the heat-wave in France, the floods in central Europe, the earthquakes in Turkey and Armenia, and the avian and human influenza outbreaks in Turkey and Azerbaijan.

WHO's role

Maintaining the highest possible level of health is a core mandate of WHO. The orientations for the current biennium 2006–2007, as outlined in the programme budget, comprise several goals that address health and security.

Through epidemic alert, it is intended “to ensure global health security and foster action to reduce the impact of communicable diseases”.

Through actions in the area of environment and health, it is intended “to achieve safe, sustainable and health-enhancing human environments, protected from biological, chemical and physical hazards, and secure from the effects of global and local environmental threats”.

Through preparedness and health system response, it is intended “to reduce avoidable loss of life, burden of disease and disability among populations affected by crises, emergencies and disasters, to optimize health at times of post-crisis transition, and to contribute to recovery and development”, with a strong emphasis on building local capacity.

WHO is an active partner of various bodies of the United Nations and supports the effective coordination of emergency and humanitarian action. It is an active member of the Inter-Agency Standing Committee Working Group and other interagency initiatives, and collaborates closely with the United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. The recent United Nations humanitarian reform process and the associated introduction of cluster lead agencies - with WHO being the health cluster lead agency - gives it an even stronger mandate in humanitarian response operations.

Building WHO institutional readiness

A coordinated, horizontal health system response has increasingly become a core orientation for the Regional Office. Only a continuous in-house effort and close collaboration between all levels of the organization, at headquarters, in the regional offices and at country level, can enable WHO to ensure that coordinated public health interventions are tailor-made to respond appropriately to fast-evolving emergency scenarios and health security needs.

The establishment of a joint regional operational platform to mobilize international expertise and resources would definitely improve the logistical aspects of future crisis response operations. It will require close coordination with the relevant programmes in headquarters and in the regional offices to ensure the necessary back-up and support.

The way forward

The Regional Office for Europe will continue to collaborate with Member States to ensure that the evidence base and the lessons learnt, including early warning and early action mechanisms, are integrated and reflected in preparedness strategies for national health systems.

The Regional Office promotes a multi-hazard approach for preparedness and response to health crises, involving the entire health system in a coordinated response to possible contingencies.

Good governance to improve stewardship within health systems is essential for the implementation of IHR (2005), in order to mobilize a comprehensive response at the national and international levels.

An institutionalized and dedicated preparedness programme for health security and health crises, with a strong institutional anchor in the ministries of health, is a crucial element for the development of intersectoral collaboration on health security.

Essential public health measures should be integrated into intersectoral coordination efforts that include the private sector and civil society.

Setting out the principles of public communication, education and awareness, with a communication strategy for future crises prepared and tested well in advance, can prevent a health threat from becoming a political crisis.

Annex 4

Working group on the Future of the WHO Regional Office for Europe

Outline of the Report

1. Introduction

- Context
- Objectives
- Methodology

2. Health status and expected major trends in health in the WHO European Region in 2020

- Negative trends for the health system in coming 15 years
- Positive trends for the health system in coming 15 years
- Major risks to health in coming 15 years
- Hypotheses of evolution in health for coming 15 years
- Directions for improvement over coming 15 years

3. Positioning the WHO Regional Office for Europe (EURO) in 2020

- Mission and functions of EURO in 2020
- Added value of EURO in area of health in 2020
- Major changes required within EURO in light of 2020

4. Partnerships and international environment in 2020

- Strengths and weaknesses of EURO
- Role of EURO in 2020 as seen by partners
- Future collaboration between other organizations and EURO

5. The way forward towards 2020

(Four to five major directions to be taken forward by EURO from now to 2020 should be extracted from first three meetings; for each of those directions, the expected outcome in 2020 should be indicated, each outcome should include milestones, timeframe and expected situation at mid-term)

- *Distribution of roles and functions within WHO*
- *Continuous analysis and adaptation of EURO to upcoming challenges*