



สรุปผลการประชุม

สมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๗๐

วันที่ ๒๒ - ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๐

ณ Palais des Nations

นครเจนีวา สมาพันธรัฐสวิส

## สารบัญ

### ๑) สรุปผลการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๗๐

Agenda: General Committee – Taiwan.....	๖
Agenda 4 Post of Director-General.....	๘
Agenda 11.1 Overview of financial situation: Programme budget 2016–2017.....	๑๑
Agenda 11.2 Proposed programme budget 2018–2019.....	๑๓
Agenda 12.1 Health Emergencies.....	๑๖
• The Independent Oversight and Advisory Committee for the WHO Health Emergencies Programme	
• WHO response in severe, large-scale emergencies	
• Research and development for potentially epidemic diseases	
• Health workforce coordination in emergencies with health consequences	
Agenda 12.2 Antimicrobial resistance.....	๑๘
Agenda 12.3 Poliomyelitis.....	๒๑
Agenda 12.4 Implementation of the International Health Regulations (2005).....	๒๗
Agenda 12.5 Review of the Pandemic Influenza Preparedness Framework.....	๒๘
Agenda 13.1 Human resources for health and implementation of the outcomes of.....	๓๔
the United Nations’ High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth	
Agenda 13.2 Principles for global consensus on the donation and management.....	๓๘
of blood, blood components and medical products of human origin	
Agenda 13.3 Addressing the global shortage of, and access to, medicines and vaccines.....	๔๑
Agenda 13.4 Evaluation and review of the global strategy and plan of action on public.....	๔๔
health, innovation and intellectual property	
Agenda 13.5 Follow-up of the report of the Consultative Expert Working Group.....	๔๖
on Research and Development: Financing and Coordination	
Agenda 13.6 Member State mechanism on substandard/spurious/falselylabelled.....	๕๐
/falsified/ counterfeit medical products	
Agenda 13.7 Promoting the health of migrants.....	๕๓
Agenda 14.1 Global vaccine action plan.....	๕๖
Agenda 14.2 Global vector control response.....	๖๑
Agenda 15.1 Preparation for the third High-level Meeting of the General Assembly.....	๖๔
on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases, to be held in 2018	
Agenda 15.2 Draft global action plan on the public health response to dementia.....	๖๘
Agenda 15.3 Public health dimension of the world drug problem.....	๗๐
Agenda 15.4 Outcome of the Second International Conference on Nutrition.....	๗๔

Agenda 15.5 Report of the Commission on Ending childhood obesity: implementation plan.....	၅၅
Agenda 15.6 Cancer prevention and control in the context of an integrated approach.....	၆၂
Agenda 15.7 Strengthening synergies between the World Health Assembly and the.....	၆၄
Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control	
Agenda 15.8 Action plan for prevention of deafness and hearing loss.....	၆၈
Agenda 16.1 Progress in the implementation of the 2030 Agenda for Sustainable.....	၆၉
Development	
Agenda 16.2 The role of the health sector in the Strategic Approach to International.....	၇၄
Chemicals Management towards the 2020 goal and beyond	
Agenda 16.3 Global Strategy for Women’s, Children’s and Adolescents’ Health.....	၇၇
(2016–2030): adolescents’ health	
Agenda 17. Progress Report.....	၈၀
Agenda 19. Health conditions in the occupied Palestinian territory,.....	၈၆
including east Jerusalem, and in the occupied Syrian Golan	
Agenda 20.1 WHO mid-term programmatic and financial report for 2016–2017,.....	၈၈
including audited financial statements for 2016	
Agenda 20.2 Status of collection of assessed contributions, including Member States.....	၈၉
in arrears in the payment of their contributions to an extent that would justify invoking Article 7 of the Constitution	
Agenda 20.3 Special arrangements for settlement of arrears.....	၉၁
Agenda 20.4 Scale of assessments for 2018–2019.....	၉၁
Agenda 21.1 Report of the External Auditor.....	၉၅
Agenda 21.2 Report of the Internal Auditor.....	၉၆
Agenda 22.1 Human resources: annual report.....	၉၉
Agenda 22.2 Report of the International Civil Service Commission.....	၉၉
Agenda 22.3 Amendments to the Staff Regulations and Staff Rules.....	၉၉
Agenda 22.5 Appointment of representatives to the WHO Staff Pension Committee.....	၉၉
Agenda 23.1 Overview of WHO reform implementation.....	၉၉
Agenda 23.2 Governance reform: follow-up to decision WHA69(8) (2016).....	၉၉
Agenda 23.3 Engagement with non-State actors.....	၉၉
• Criteria and principles for secondments from nongovernmental organizations, philanthropic foundations and academic institutions	
Agenda 23.4 Proposed Infrastructure Fund (consolidating the Real Estate.....	၉၉
Fund and IT Fund)	

Agenda 24. Collaboration within the United Nations system and with other.....๑๖๔  
intergovernmental organizations

**๒) การประชุม Side Meetings**

- ๒.๑ Cervical cancer : An NCD we can overcome.....๑๖๗
- ๒.๒ Partnership for Healthy Cities: Translating Global Noncommunicable Disease.....๑๖๘  
and Injury Prevention into Local Action
- ๒.๓ Heroines of Health: Celebrating Women in Global Health.....๑๖๙
- ๒.๔ Gearing up towards Sustainable Health Development by 2030.....๑๗๐
- ๒.๕ Reforming of the work of WHO in the African Region – the Transformation Agenda...๑๗๑
- ๒.๖ Launch of the report and recommendations of the working group for.....๑๗๓  
the health and human rights of women, children and adolescents
- ๒.๗ The International Health Regulations and the Impact of Global Health.....๑๗๔  
Security Agenda: Achieving Results and Sustaining progress
- ๒.๘ Development of new technologies to prevent future health crises:.....๑๗๖  
the role of the Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI)
- ๒.๙ Responding to the Challenge of Antimicrobial Resistance (AMR): Perspectives.....๑๗๗  
of Civil Society, Intergovernmental Organizations and Developing Countries
- ๒.๑๐ The role of regulators in global health emergencies.....๑๗๘
- ๒.๑๑ Stronger national health systems underpinning stronger health security.....๑๗๙
- ๒.๑๒ Citizen-led accountability to achieve health for all: adolescents as agents of change.....๑๘๐
- ๒.๑๓ BRICS health care systems for the future; Innovations from BRICS countries.....๑๘๑  
on people-centred reforms
- ๒.๑๔ Partnership Matters: Achieving Stronger Health System in Practices.....๑๘๒
- ๒.๑๕ Polio’s final stand: and update on the Global Polio Eradication Initiative.....๑๘๓
- ๒.๑๖ Promoting intersectoral and coordinated actions to further invest in health.....๑๘๔  
and social workforce : towards achieving the 2030 Agenda
- ๒.๑๗ Addressing Sepsis.....๑๘๕
- ๒.๑๘ Building Capacity for Innovation and Access: Combatting Neglected Tropical Diseases.....๑๘๖
- ๒.๑๙ Country-led effort to end Malaria.....๑๘๗
- ๒.๒๐ Toward Universal Eye Health : Taking stock of progress against the global.....๑๘๘  
action plan. What’s working And Where to from here?
- ๒.๒๑ Technical briefings on Universal Health Coverage: sustained commitment.....๑๘๙  
and concrete achievements
- ๒.๒๒ The impact of the recommendations of UN Secretary-General’s High-level.....๑๙๐  
Panel report on Access to Medicines on vulnerable populations
- ๒.๒๓ Partnerships for Health System Transformation; Valuing the Experiences.....๑๙๑

๒.๒๔	Toward universal eye health: taking stock of progress against the..... global action plan	๑๙๗
๒.๒๕	Addressing the health of the most vulnerable for an inclusive society.....	๑๙๘
๒.๒๖	Leaving no one behind: Equity, gender and human rights policy to practice.....	๒๐๐
๒.๒๗	Panel discussion on the role of Regional Cooperation in building regulatory..... and legal frameworks for NCD Prevention and Control	๒๐๑
๒.๒๘	Technical Briefings: Health and the environment: Inheriting a sustainable World.....	๒๐๒
๒.๒๙	Scaling-up access to emergency and essential surgical, obstetric and..... anesthesia care for better health systems and sustainable development.	๒๐๔
๒.๓๐	Antimicrobial resistance: How is Medicine Quality Important?.....	๒๐๕
๒.๓๑	Commemoration of World No Tobacco Day 2017-a threat to development.....	๒๐๖

#### ภาคผนวก

ข้อมติและข้อตัดสินใจสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๗๐.....	
รายงานผู้แทนไทยเข้าประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๗๐.....	

## สรุปผลการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๗๐

วันที่ ๒๒ – ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๐  
ณ Palais des Nations นครเจนีวา สมาพันธรัฐสวิส

.....

การประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๗๐ (World Health Assembly : WHA70) จัดขึ้นระหว่างวันที่ ๒๒ – ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๐ ณ Palais des Nations นครเจนีวาสมาพันธรัฐสวิส โดยมี H.E. Professor Veronica Skvortsova รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรัสเซีย เป็นประธานการประชุม และมีผู้เข้าร่วมการประชุมประมาณ ๒,๐๐๐ คน ประกอบด้วยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และข้าราชการระดับสูงจากประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลกรวม ๑๙๔ ประเทศสำหรับประเทศไทยมีศาสตราจารย์คลินิก เกียรติคุณ นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นหัวหน้าคณะผู้แทนไทยโดยหัวข้อหลักของการประชุมปีนี้เป็น การสร้างระบบที่ดีเพื่อการมีสุขภาพดีในยุคเป้าหมายแห่งการพัฒนาที่ยั่งยืน (Building Better Systems for Health in the Age of Sustainable Development) โดยกล่าวว่า เป้าหมายแห่งการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) เป็นกรอบในการกำหนดนโยบายสาธารณะที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก เป็นเป้าหมายที่ยิ่งใหญ่และท้าทาย ครอบคลุมการแก้ปัญหาของสังคมในทุกมิติ และต้องอาศัยการทำงานร่วมกันระหว่างภาคส่วนที่เข้มแข็งในการแก้ไขปัญหาอุปสรรคของการพัฒนา อาทิเช่น ความยากจน ความหิวโหย ความไม่มั่นคงทางอาหาร คุณภาพของการศึกษา การว่างงาน และได้ย้ำว่าการมีสุขภาพดีจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายอื่นๆ ของการพัฒนาที่ยั่งยืนด้วย

สำหรับรายละเอียดสรุปการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๗๐ แยกตามแต่ละวาระการประชุมมีดังนี้:

### Agenda General Committee - Taiwan

#### ผู้รับผิดชอบ

- นางสาวสุดาสิริ เตชานันท์ กระทรวงการต่างประเทศ
- นางสาวเบญจพร นิยมในธรรม กระทรวงการต่างประเทศ

#### สาระสำคัญของวาระ

- ในการประชุม General Committee สวาซิแลนด์และหมู่เกาะโซโลมอนประเด็นได้หยิบยกประเด็นการเชิญได้วันให้เข้าร่วมเป็นผู้สังเกตการณ์ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๗๐ (70<sup>th</sup> World Health Assembly – WHA70) เป็นวาระของการประชุม WHA70 ซึ่งจีนและคิวบาได้คัดค้านอย่างแข็งขัน
- หลังการประชุม General Committee รมว.สธ. รัสเซีย ประธาน WHA70 ได้แจ้งต่อที่ประชุมว่า General Committee ได้แนะนำให้ที่ประชุมไม่เพิ่มวาระการเชิญได้วันเข้าเป็นผู้สังเกตการณ์ในการประชุม WHA๗๐ โดยได้เสนอให้ผู้แทนจาก ๒ ประเทศกล่าวคัดค้าน และ ผู้แทนจาก ๒ ประเทศกล่าวสนับสนุนการเพิ่มวาระ หรือที่เรียกว่า ๒+๒ process
- หลังจากผู้แทนประเทศประเทศทั้ง ๔ ประเทศได้กล่าวแล้ว ประธานได้ขอให้ที่ประชุมรับรองวาระการประชุม WHA โดยไม่รวมเรื่องการเชิญได้วันเข้าร่วม ซึ่งไม่มีประเทศใดคัดค้าน

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

๑. จีน กล่าวสนับสนุนข้อเสนอแนะของ General Committee โดยย้ำว่าไต้หวันเป็นส่วนหนึ่งของจีน ซึ่งได้รับการยอมรับโดยกฎหมายระหว่างประเทศ ระหว่างปี ค.ศ. ๒๐๐๙ - ๒๐๑๖ จีนให้ออกาสพิเศษแก่ไต้หวันในการเข้าร่วม WHA อย่างไรก็ตาม เนื่องจากรัฐบาลปัจจุบันของไต้หวันไม่เคารพในหลักการจีนเดียว ทำให้จีนไม่สามารถอนุญาตให้ไต้หวันเข้าร่วม WHA ได้ ทั้งนี้ จีนยังให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของไต้หวัน และไม่ขัดข้องหากไต้หวันจะเข้าร่วมการประชุมหรือกิจกรรมระดับเทคนิคของ WHO
๒. St. Vincent and the Grenadines กล่าวคัดค้านข้อเสนอแนะ โดยย้ำว่าสุขภาพเป็นเรื่องพื้นฐานที่สำคัญ จึงไม่ควรยกเลิกการเชิญไต้หวันเข้าร่วมการประชุม ทั้ง ๆ ที่เคยเชิญเข้าร่วมระหว่างปี ค.ศ. ๒๐๐๙ - ๒๐๑๖ เพราะถือว่าเป็นการละทิ้งประชากรไต้หวันอีก ๒๓ ล้านคน นอกจากนี้ ไต้หวันมีการเลือกตั้งที่ยุติธรรม มีงมีประวัติศาสตร์ของตนเอง แม้ว่าจะในปี ค.ศ. ๑๙๗๑ สหประชาชาติจะให้การรับรองรัฐบาลจีนแทนรัฐบาลของเจียงไคเช็ค หลักการจีนเดียวไม่เหมาะสมกับที่ประชุมนี้ เนื่องจากไม่ควรมีประเทศใดถูกทิ้งไว้เบื้องหลัง
๓. คิวบา กล่าวสนับสนุนข้อเสนอแนะ โดยย้ำว่าไต้หวันไม่ได้เป็นสมาชิกของสหประชาชาติตั้งแต่ปี ค.ศ. ๑๙๗๑ และไม่ได้เป็นสมาชิกของ WHO ตั้งแต่ ค.ศ. ๑๙๗๒ ตามข้อมติ ๒๕.๑ จึงไม่สามารถเข้าร่วมการประชุม UNGA และ WHA ได้ คิวบาจึงไม่เห็นด้วยที่จะรวมวาระการเชิญไต้หวันเข้าร่วมประชุม WHA๗๐
๔. ปาเลา กล่าวคัดค้านข้อเสนอแนะ เนื่องจากเห็นว่าประเด็นสุขภาพเป็นสิทธิมนุษยชนพื้นฐาน จึงไม่ควรนำประเด็นทางการเมืองเข้ามาเกี่ยวข้อง และไม่ควรละทิ้งประชากรของไต้หวัน ทั้ง ๆ ที่ไต้หวันได้รับสิทธิในการเข้าร่วมการประชุมมาหลายปี นอกจากนี้เห็นว่าไต้หวันมีระบบสาธารณสุขที่ดี จึงควรมีโอกาสมาแบ่งปันประสบการณ์ความสำเร็จในการประชุม WHA ในฐานะผู้แทนหรือผู้สังเกตการณ์
๕. สหรัฐอเมริกาและบรูไนกาซาซาร์กล่าวสนับสนุนการมีส่วนร่วมของไต้หวันใน WHO โดยไม่ได้เจาะจงถึงการเข้าร่วมใน WHA70 ในถ้อยแถลงของประเทศในช่วง General Discussion

### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

สนับสนุนหลักการจีนเดียว โดยไม่มีการพบหารือกับไต้หวันอย่างเป็นทางการ และไม่เข้าร่วมกิจกรรมที่มีนัยทางการเมืองที่จัดโดยฝ่ายไต้หวัน ทั้งนี้ หากมิได้มีการเสนอระเบียบวาระเรื่องการเข้าเป็นผู้สังเกตการณ์ของไต้หวัน และไม่ได้รับการทวงถามจากจีน ไทยก็ไม่จำเป็นต้องแสดงท่าที แต่หากมีการเสนอระเบียบวาระการอภิปรายหรือการลงคะแนนเสียง ซึ่งจำเป็นต้องแสดงท่าที ไทยจะสนับสนุนจีนโดยนอกจากคำนี้ถึงนโยบายจีนเดียวแล้ว ยังต้องคำนึงถึงความสัมพันธ์ไทย - จีนในภาพรวม และบทบาทของจีนในเวทีระหว่างประเทศด้วย

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ไม่มีการเพิ่มระเบียบวาระการเชิญไต้หวัน โดยกระบวนการพิจารณาการเพิ่มระเบียบวาระการเชิญไต้หวันเข้าร่วม WHA70 เป็นไปตามที่แนวทาง ๒+๒ process ที่ฝ่ายเลขานุการ WHO ได้เคยเสนอไว้ และไม่มีประเทศใดคัดค้าน จึงน่าจะมีการหารือทำความเข้าใจกับทั้งสองฝ่ายล่วงหน้าแล้ว

**ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)**

การทำงานในระดับประเทศ

กระทรวงสาธารณสุขต้องประสานท่าทีกับกระทรวงการต่างประเทศอย่างใกล้ชิด เนื่องจากประเด็นจีนและไต้หวันเกี่ยวข้องกับประเด็นการเมืองระหว่างประเทศ

#### การทำงานในระดับนานาชาติ

กระทรวงสาธารณสุขสามารถมีความร่วมมือกับไต้หวันในระดับเทคนิคได้ แต่จะต้องไม่มีการพบหารือและเข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นทางการเป็นมียนัยทางการเมืองกับไต้หวัน

### Agenda 4 Post of Director-General

#### ผู้รับผิดชอบ

๑. นางสาวสุดาสิริ เตชานันท์ กระทรวงการต่างประเทศ
๒. นายบรรลุ ศุภอักษร สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ

#### สาระสำคัญ

๑. เมื่อวันที่ ๒๖ มกราคม ๒๕๖๐ ที่ประชุมคณะกรรมการบริหาร WHO ได้คัดเลือกผู้สมัครชิงตำแหน่งผู้อำนวยการใหญ่ WHO จาก ๖ คน เหลือ ๓ คน ได้แก่ (๑) นาง Sania Nishtar จากปากีสถาน (๒) นาย Tedros Adhanom Ghebreyesus จากเอธิโอเปีย (๓) นาย David Nabarro จาก สหราชอาณาจักร โดยทั้ง ๓ คน ที่ได้รับคัดเลือกเป็นผู้สมัครที่ไทยให้การสนับสนุนทั้งหมด
๒. วาระนี้ประกอบด้วย ๓ วาระย่อย ได้แก่ (๑) กระบวนการเลือกตั้ง (๒) การแต่งตั้ง ผอ.ใหญ่ WHO และ (๓) สัญญาของ ผอ.ใหญ่ WHO
  - ๒.๑ กระบวนการเลือกตั้ง ในวันที่ ๒๒ พ.ค. ๒๕๖๐ ประเทศสมาชิกได้รับรองกระบวนการเลือกตั้ง ซึ่งประเทศสมาชิกจะลงคะแนนเลือกตั้ง (Secret ballot) โดยผู้ที่มีสิทธิ์เลือกตั้งต้องเป็น Chief delegate หรือ delegate / alternate ที่ได้รับมอบหมาย โดยใช้วิธีลงคะแนนแบบกระดาษ โดยมีรายละเอียด ดังนี้
    - ๒.๑.๑ การลงคะแนนรอบแรก (๑) หากผู้สมัครคนใดได้รับคะแนน สองในสามหรือมากกว่า ของผู้ที่ลงคะแนนทั้งหมด จะได้รับการเลือกตั้งเป็น ผอ.ใหญ่ WHO (๒) หากไม่มีผู้สมัครคนใดคะแนนเสียงสองในสามผู้สมัครที่ได้คะแนนน้อยที่สุดจะถูกรอบ และ (๓) หากมีผู้สมัครที่ได้คะแนนเสียงเท่ากัน จะต้องทำการลงคะแนนเสียงใหม่ และผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่าจะถูกรอบ
    - ๒.๑.๒ การลงคะแนนในรอบต่อมา (๑) หากผู้สมัครคนใดได้รับคะแนน สองในสามหรือมากกว่า ของผู้ที่ลงคะแนนทั้งหมด จะได้รับการเลือกตั้งเป็น ผอ.ใหญ่ WHO (๒) หากไม่มีผู้สมัครคนใดคะแนนเสียงส่วนใหญ่ตามข้อ (๑) ผู้ที่ได้รับคะแนนเสียงส่วนใหญ่ ( $\geq ๙๘$ ) ของจำนวนประเทศสมาชิก WHO (๑๙๔ ประเทศ) จะได้รับการเลือกตั้งเป็น ผอ. ใหญ่ WHO (๓) หากไม่มีผู้สมัครคนใดคะแนนเสียงส่วนใหญ่ตามข้อ (๒) ผู้ที่ได้รับคะแนนเสียงส่วนใหญ่ของผู้ที่ลงคะแนน จะได้รับการเลือกตั้งเป็น ผอ. ใหญ่ WHO
  - ๒.๒ การแต่งตั้งผู้อำนวยการใหญ่ WHO
    - ๒.๒.๑ ในช่วงบ่ายวันที่ ๒๓ พ.ค. ๒๕๖๐ ผู้สมัครทั้งสามคนกล่าว Statement ๑๕ นาที โดยลำดับการกล่าวขึ้นอยู่กับกรจับฉลาก โดยไม่มีการถามคำถาม ได้แก่ (๑) Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus จากเอธิโอเปีย (๒) Dr. David Nabarro จากสหราชอาณาจักร (๓) Dr. Sania Nishtar จากปากีสถาน



- ๒.๒.๒ มีการประชุมเฉพาะประเทศสมาชิก ผู้แทน Associate members ผู้แทนจากองค์การสหประชาชาติ และฝ่ายเลขานุการ (Private meeting) เพื่อพิจารณาเลือกผู้สมัคร ๑ คนจาก ๓ คน
- ๒.๒.๓ หลังจากที่ประชุมเฉพาะสมาชิกได้รับรองการแต่งตั้งผู้ได้รับชัยชนะแล้ว ก็จะประกาศให้ที่ประชุมใหญ่ทราบและให้ประเทศที่เป็นตัวแทนของแต่ละภูมิภาคกล่าวแสดงความยินดีต่อผู้อำนวยการใหญ่ WHO คนต่อไป
- ๒.๓ สัญญาของผู้อำนวยความสะดวกใหญ่ WHO ที่ปรึกษาทางกฎหมายจะอ่านข้อมติ WHA70.R4 เรื่องสัญญาของผู้อำนวยความสะดวกใหญ่ WHO และให้ผู้อำนวยความสะดวกใหญ่ WHO ที่ได้รับเลือกลงนามในสัญญา และกล่าวถ้อยแถลงต่อที่ประชุม WHA70

### ทำที่ประเทศสมาชิก

๑. สหภาพแอฟริกา ให้การสนับสนุน Dr. Ghebreyesus และเรียกร้องให้ประเทศสมาชิกอื่น ๆ สนับสนุนผู้สมัครจากแอฟริกาด้วย
๒. ประเทศสมาชิกส่วนใหญ่สงวนท่าทีในการแจ้งให้ประเทศอื่น ๆ ทราบว่าประเทศของตนจะลงคะแนนเสียงให้ผู้สมัครคนใด
๓. เมื่อทราบผลผู้ชนะ ประเทศสมาชิกได้แสดงความยินดีและพร้อมทำงานร่วมกับ Dr. Ghebreyesus รวมทั้งประเทศสหราชอาณาจักรและปากีสถานด้วย

### ทำที่ประเทศไทย

๑. กระทรวงสาธารณสุขได้หารือร่วมกับกระทรวงการต่างประเทศว่าเห็นควรเลือก Dr. Ghebreyesus จากเอธิโอเปียในรอบแรก เนื่องจากเป็นผู้สมัครจากประเทศกำลังพัฒนา และยังไม่เคยมีผู้ดำรงตำแหน่งจากภูมิภาคแอฟริมาก่อน ทั้งยังเป็นผู้มีศักยภาพและประสบการณ์ทางการเมืองและสาธารณสุขระหว่างประเทศ ซึ่งน่าจะสามารถทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงด้านระบบสาธารณสุข โดยเฉพาะประเทศในแอฟริกาได้
๒. เนื่องจาก Dr. Ghebreyesus ได้คะแนนสูงสุดและค่อนข้างทิ้งห่างคู่แข่งในการลงคะแนนเสียงรอบแรกไทย จึงได้ลงคะแนนสนับสนุน Dr. Ghebreyesus ต่อไปจนได้รับชัยชนะอย่างเป็นทางการในรอบที่ ๓

### สรุปผลการประชุม

๑. Dr. Tedros ได้รับชัยชนะได้รับชัยชนะจากการลงคะแนนเสียง ๓ รอบ โดยมีรายละเอียด ดังนี้
  - ๑.๑ การลงคะแนนเสียงรอบแรก มีรัฐมีสิทธิลงคะแนนเสียง ๑๘๖ รัฐ Absent ๑ เสียง จึงมีรัฐที่ Present and voting ๑๘๕ เสียง ผลการลงคะแนนเสียงเรียงตามลำดับ ดังนี้
    - Dr. Ghebreyesus (เอธิโอเปีย) ๙๕ เสียง
    - Dr. Nabarro (สหราชอาณาจักร) ๕๒ เสียง
    - Dr. Nishtar (ปากีสถาน) ๓๘ เสียง
 ไม่มีผู้ใดได้คะแนนเสียงถึง ๒ ใน ๓ ส่งผลให้ Dr. Nishtar (ปากีสถาน) ถูกคัดออกและต้องมีการลงคะแนนเสียงรอบที่สองตาม Rule 108(a) ของ Rules of Procedures of the Health Assembly
  - ๑.๒ ผลการลงคะแนนเสียงรอบที่สอง เรียงตามลำดับ ดังนี้
    - Dr. Ghebreyesus (เอธิโอเปีย) ๑๒๑ เสียง
    - Dr. Nabarro (สหราชอาณาจักร) ๖๒ เสียง

– Abstention ๒ เสียง

ไม่มีผู้ใดได้คะแนนเสียงถึง ๒ ใน ๓ ส่งผลให้ที่ประชุมเข้าสู่การลงคะแนนเสียงรอบที่สาม ตาม Rule 108(b) ของ Rules of Procedures of the Health Assembly

๑.๓ ผลการลงคะแนนเสียงรอบที่สาม เรียงตามลำดับ ดังนี้

– Dr. Ghebreyesus (เอธิโอเปีย) ๑๓๓ เสียง

– Dr. Nabarro (สหราชอาณาจักร) ๕๐ เสียง

– Abstention ๒ เสียง

ตาม Rule 108(c) ผู้ที่ได้คะแนนเสียงมากกว่ากึ่งหนึ่งของจำนวนสมาชิก WHO (๑๙๔ ประเทศ) จะได้รับเลือกตั้งเป็น ผอ. ใหญ่คนใหม่ Dr. Ghebreyesus (เอธิโอเปีย) จึงได้รับเลือกตั้ง โดยจะเริ่มปฏิบัติงานในวันที่ ๑ ก.ค. ๒๕๖๐ (๒๔ พ.ค. – ๓๐ มิ.ย. เป็น transition period)

๒. Dr. Ghebreyesus ได้กล่าวถ้อยแถลงในโอกาสที่ได้รับตำแหน่ง สำคัญ ดังนี้

๒.๑ ขอบคุณ Dr. Nishtar และ Dr. Nabarro ที่ได้รณรงค์หาเสียงอย่างมี dynamic และตั้งใจจะทำงานร่วมกับทั้ง ๒ คน ยินดีที่การเลือกตั้งครั้งนี้มีความโปร่งใสและมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนและทุกภูมิภาค ระหว่างการรณรงค์หาเสียงได้รับฟังความต้องการจากประเทศสมาชิกต่างๆ และจะให้ความสำคัญกับความต้องการของประเทศสมาชิกเป็นสำคัญ รวมทั้งสนับสนุนและดำเนินการตามที่ต้องการ

๒.๒ จะให้ความสำคัญกับ (๑) การสร้างความเป็นหุ้นส่วนที่มีประสิทธิภาพ (๒) ปรับปรุงการทำงานของ WHO ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น (๓) เน้นการแก้ปัญหาสุขภาพของกลุ่มเปราะบางในบริบทที่เปราะบาง

๒.๓ หลังจากนั้นจะมี plan of action สำหรับการดำรงตำแหน่ง ผอ.ใหญ่ WHO โดยจะบริหารจัดการให้ WHO มีทรัพยากรที่จะทำภารกิจต่างๆ และใช้เงินอย่างคุ้มค่า ทั้งนี้ การแก้ปัญหาต่างๆ ไม่สามารถทำได้เพียงการดำเนินการจากภาคส่วนเดียว จึงหวังว่าจะเป็นหุ้นส่วนที่ดีในการทำงานร่วมกับประเทศสมาชิกและกับภาคส่วนอื่นๆ รวมทั้งจะรับฟังความเห็นของเจ้าหน้าที่ WHO และจะสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีในการทำงาน และจะใช้ศักยภาพของเจ้าหน้าที่อย่างเต็มที่

๓. ผู้แทนประเทศสมาชิกของแต่ละภูมิภาคได้กล่าวแสดงความยินดีแก่ ผอ.ใหญ่ WHO คนใหม่ และกล่าวขอบคุณ Dr. Margaret Chan ผอ. ใหญ่ WHO คนปัจจุบัน สำหรับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รมว.สร. อินโดนีเซียเป็นผู้แทนกล่าวแสดงความยินดี และ เอกอัครราชทูตผู้แทนถาวรไทยประจำสหประชาชาติ ณ นครเจนีวาเป็นผู้แทนกล่าวขอบคุณ

### ข้อเสนอแนะ

การตัดสินใจจะลงคะแนนเสียงให้ผู้สมัครคนใดต้องคำนึงถึงปัจจัยรอบด้าน ทั้งคุณสมบัติของผู้สมัคร ผลประโยชน์ที่ประเทศจะได้รับ รวมทั้งแนวโน้มที่ผู้สมัครคนนั้นจะได้รับชัยชนะด้วย

## Agenda 11.1 Overview of financial situation: Programme budget 2016–2017

### ผู้รับผิดชอบ

๑. นายบรรลุ ศุภอักษร สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ
๒. นายแพทย์ธงชน เพิ่มบลศรี กรมการแพทย์
๓. ดร. ทันทแพทย์หญิงวิภา พานิชเกรียงไกร สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

### สาระสำคัญ

- WHA68 มีข้อมติ WHA68.1 ได้อนุมัติงบประมาณทั้งสิ้น ๔,๓๘๕ ล้านดอลลาร์สหรัฐ สำหรับปี 2016-2017 ซึ่งประกอบด้วย Base Programme จำนวน ๓,๑๙๔ ล้านดอลลาร์สหรัฐ และ Polio eradication, Outbreak and crisis response, TDR and HRP จำนวน ๑,๑๙๑ ล้านดอลลาร์สหรัฐ
- ต่อมา WHA69 มีข้อตัดสินใจ WHA69 (9) เพิ่มงบประมาณของปี ๒๐๑๖ – ๒๐๑๗ จำนวน ๑๖๐ ล้านดอลลาร์สหรัฐ เพื่อระดมทุนให้ WHO Health Emergencies Programme ทำให้งบประมาณ Base Programme เพิ่มขึ้นเป็นจำนวน ๓,๓๕๔ ล้านดอลลาร์สหรัฐ สำหรับงบประมาณทั้งหมดปี ๒๐๑๖ – ๒๐๑๗ เพิ่มเป็น ๔,๕๔๕ ล้านดอลลาร์สหรัฐ
- งบประมาณ Base Programme มาจากเงิน AC จำนวน ๙๒๙ ล้านดอลลาร์สหรัฐ และมาจาก VC จำนวน ๒,๔๒๕ ล้านดอลลาร์สหรัฐ ซึ่งเพิ่มจากปี ๒๐๑๔-๒๐๑๕ ร้อยละ ๑๓.๔ สำหรับงบประมาณด้าน Polio eradication, Outbreak and crisis response, TDR and HRP จะได้รับจากเงิน VC

### Overall Finance Status in 2016-2017

- มีนาคม ๒๐๑๗ base programmes ได้รับงบประมาณแล้ว ร้อยละ ๘๖ ซึ่งยังมีส่วนขาดของงบประมาณจำนวน ๔๕๖ ล้านดอลลาร์สหรัฐ ซึ่งเป็นผลมาจาก ๑) การเพิ่มงบประมาณจำนวน ๓๙๖.๖ ล้านดอลลาร์สหรัฐ ในการตั้ง WHO Health Emergencies Programme ๒) การลดลงของ flexible funding และ ๓) การลดลงของ specified VC
- ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก ได้มีการจัด Financing Dialogue เมื่อวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๐๑๖ เพื่อจัดการเกี่ยวกับการเพิ่มงบประมาณให้ได้รับตามที่ได้รับอนุมัติไว้ ซึ่งการประชุมได้หารือเกี่ยวกับงบประมาณภาพรวมของปี ๒๐๑๖-๒๐๑๗ รวมถึงการขาดงบประมาณของแต่ละและแผนงาน หารือถึงความคืบหน้าของการดำเนินงานของ WHO Health Emergencies Programme และการขอเพิ่มเงิน AC สำหรับปีงบประมาณ ๒๐๑๘-๒๐๑๙
- WHO ได้เพิ่มความพยายามในการหางบประมาณเพิ่มเติมจากประเทศสมาชิกและผู้สนับสนุนอื่นๆ รวมทั้งการมีมาตรการประหยัดงบประมาณต่างๆ เช่น ลดค่าเดินทาง จำกัดการจ้างบุคลากร ทั้งนี้ ยังไม่เพียงพอต่อการเพิ่มงบประมาณ

### Overall Progress in Improving WHO Financing Since the Reform

- การคาดการณ์งบประมาณล่วงหน้าของการดำเนินงานมีแนวโน้มดีขึ้น นับตั้งแต่มีการปฏิรูประบบด้านงบประมาณ แต่ในความเป็นจริงเริ่มด้วยการคาดการณ์งบประมาณร้อยละ ๘๓ เมื่อวันที่ ๑ มกราคม ๒๐๑๖ ซึ่งอัตราที่สูงกว่าในปีงบประมาณก่อนหน้านี้อย่างไรก็ตามการขาดงบประมาณนี้ยังอยู่กึ่งกลางปีงบประมาณ แต่ก็ส่งผลต่อการดำเนินการของแผนงาน และได้มีการกำหนดกลยุทธ์ในการจัดสรรงบประมาณที่ยืดหยุ่น แก่

แผนงานที่ยังขาดแคลน อีกทั้ง มีการลดลงของ Core VC จากปีที่ผ่านๆ มา เช่น ๑๑๖ ล้านดอลลาร์สหรัฐในปี ๒๐๑๔ เป็น ๑๐๓ ล้านดอลลาร์สหรัฐในปี ๒๐๑๕ เหลือเพียง ๘๑ ล้านดอลลาร์สหรัฐในปี ๒๐๑๖ ซึ่งมีผลต่อการจำกัดการจัดสรรงบประมาณของผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก แก่แผนงานที่มีความสำคัญ

- WHO ได้ดำเนินการในการเพิ่มความโปร่งใสขององค์กร ไม่ใช่แค่เพียงผ่าน WHO's programme budget web portal เท่านั้น โดยการเข้าร่วม International Aid Transparency Initiative และตั้งแต่มีการปฏิรูปงบประมาณ มีผู้สนับสนุน ๔๐ ราย ใช้งบประมาณอย่างน้อย ๕๐๐,๐๐๐ เหรียญสหรัฐ และมีเพียง ๕ ราย ที่ยังสนับสนุนถึงปัจจุบัน คิดเป็น ร้อยละ ๒๐ ของงบประมาณที่จัดสรรให้ base programme

## TACKLING THE REMAINING CHALLENGES IN THE BIENNIUM 2016–2017 AND BEYOND

### Outcome of the discussions of the Executive Board

- จากการทำหรือในที่ประชุม PBAC และ EB เมื่อเดือนมกราคม ๒๐๑๗ ประเทศสมาชิกได้แสดงข้อห่วงกังวลเกี่ยวกับสถานการณ์ของงบประมาณ และการหางบประมาณ รวมทั้ง ความไม่สมดุลของงบประมาณ AC และ VC รวมถึงอัตราการลดลงของ Core VC อีกทั้งยังต้องมีการหามาตรการประหยัดงบประมาณ เป็นต้น
- การจัดสรรทรัพยากร ประเทศสมาชิกให้ข้อเสนอแนะ รวมถึงการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ของการจัดสรรทรัพยากรโดยคำนึงถึงภูมิภาค และ สำนักงานในแต่ละประเทศ รวมถึงงบประมาณจาก NSA และการปรับปรุงดำเนินงานภายในของระบบ UN

### Bridging the current financing gap

การจะทำให้งบประมาณ 2016-2017 ได้รับงบประมาณเต็มจำนวนจะต้องมีความพยายามมากขึ้นจาก WHO และผู้สนับสนุน ซึ่งทาง WHO สำหรับข้อจำกัดด้านงบประมาณจะมีผลต่อการดำเนินงานของแผนงานที่จัดลำดับความสำคัญ โดยเน้นในระดับสำนักงานประเทศเช่น ร้อยละ ๗๕ ของสำนักงานประเทศ และ ร้อยละ ๘๐ ของทรัพยากร ได้มุ่งเน้นที่ 10 Priorities programme areas หากยังมีสถานการณ์ funding gap อยู่ อาจทำให้ WHO ต้องลดหรือยุติกิจกรรมในบางแผนงาน

### Coordinating resource mobilization across WHO

ความพยายามในการเพิ่มงบประมาณยังคงดำเนินการต่อเนื่อง WHO ได้ตั้งคณะกรรมการเพื่อทบทวนการหารือระหว่าง WHO และ ผู้สนับสนุน จากการประชุม financing dialogue 2015 เพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมสำหรับการจัดสรรงบประมาณ ขณะเดียวกันยังไม่มีมาตรการที่จะแก้ปัญหาการขาดงบประมาณ และจะมีการจัดตั้งมูลนิธิที่เข้มแข็งสำหรับการเงินของ WHO ในอนาคต

### ทำที่ประเทศสมาชิก

ประเทศสมาชิกได้แสดงข้อห่วงกังวลเกี่ยวกับการขาดงบประมาณในการดำเนินการตามแผนงานงบประมาณ ๒๐๑๖ – ๒๐๑๗ เช่น แผนงาน Health Emergencies Programme และ NCDs เป็นต้น รวมถึงข้อห่วงกังวลในการลดลงของ flexible funding และการลดลงของ specified VC และเรียกร้องให้องค์การอนามัยโลกหามาตรการในการดำเนินการเพื่อยุติปัญหาดังกล่าว อีกทั้งได้แสดงความเห็นในการเห็นชอบขอเสนอของผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลกในการสนับสนุนการเพิ่มงบประมาณ AC

## ท่าทีประเทศไทย

ชื่นชมการทำงานขององค์การอนามัยโลกในการพยายามดำเนินการปฏิรูปด้านงบประมาณและปรับปรุงองค์กรให้มีความโปร่งใสมากขึ้น และแสดงข้อห่วงกังวลเกี่ยวกับการขาดแคลนงบประมาณขององค์การอนามัยโลกที่สูงถึง ๒๐๐ ล้านดอลลาร์สหรัฐ ในช่วงเวลาที่เหลือของงบประมาณปี ๒๐๑๗ ซึ่งเป็นผลมาจากการตั้ง WHO Health emergencies programme การลดลงของงบประมาณที่ให้โดยสมัครใจไม่มีวัตถุประสงค์เฉพาะ และการเพิ่มขึ้นของงบประมาณที่ได้รับโดยสมัครใจแบบมีวัตถุประสงค์เฉพาะ ทั้งนี้ได้ชื่นชมองค์การอนามัยโลกที่ได้มีการดำเนินการด้านการประหยัดงบประมาณ และมีการจัดทำลำดับความสำคัญต่างๆ ของงบประมาณ

*ทั้งนี้ ประเทศไทยไม่ได้นำเสนอท่าทีดังกล่าวในที่ประชุม*

## สรุปผลของวาระ

ที่ประชุมรับทราบรายงานในเอกสาร A70/6 และ A70/58

## ข้อเสนอแนะ

ติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินการด้านงบประมาณขององค์การอนามัยโลกของปีงบประมาณ ๒๐๑๖ – ๒๐๑๗

## Agenda 11.2 Proposed Program budget 2018-2019

### ผู้รับผิดชอบ

๑. นายบรรลุ ศุภอักษร สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ
๒. ดร. ทันตแพทย์หญิงวิริศา พานิชเกรียงไกร สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

### สาระสำคัญ

- Program budget 2018-2019 เป็นแผนงบประมาณสองปี (biennium) สุดท้ายของ the 12<sup>th</sup> General Program of Work และจะนำประเด็น SDG / emergency reform มาขับเคลื่อนในการจัดทำงบประมาณ กรอบงบประมาณโดยรวมสำหรับแผนงานใหญ่ในรอบ ๒๐๑๘ และ ๒๐๑๙ จะเริ่มนำ Strategic Budget Space Allocation มาใช้
- Program budget 2018-2019 เสนอกรอบวงเงินรวม ๔,๔๒๑.๕ ล้านดอลลาร์สหรัฐ ลดลงจากมติของ EB140 เสนอที่ ๔,๔๗๔.๕ ล้านดอลลาร์สหรัฐ และมีการเสนอเพิ่มกรอบวงเงินจำนวน ๖๙.๑ ล้านดอลลาร์สหรัฐสำหรับ new emergency program และ ๒๓.๒ ล้านดอลลาร์สหรัฐสำหรับ antimicrobial resistance (AMR) และได้ทำการลดงบประมาณในส่วนของ Corporate Service ลง ๑๘ ล้านดอลลาร์สหรัฐ และลดงบประมาณของ NCD and Health information and evidence programme area ลง ๒๕.๙ ล้านดอลลาร์สหรัฐ
- การเปรียบเทียบงบประมาณระหว่างปีปัจจุบันกับระยะเวลาสองปี ๒๐๑๘ – ๒๐๑๙ สอดคล้องกับการจัด Priority และมีการเพิ่มขึ้นอย่างมากในงบประมาณของงานด้าน emergencies และการลดลงอย่างมีนัยสำคัญในสองประเภทเมื่อเทียบกับงบประมาณของโครงการ ๒๐๑๖ – ๒๐๑๗ สะท้อนให้เห็นถึงความพยายามขององค์การในการชดเชยการเพิ่มงบประมาณ โดยเพิ่มประสิทธิภาพในส่วนของ Corporate Service โดยใช้งบประมาณที่สมจริงมากขึ้น

- การสนับสนุน Polio eradication and Endgame Strategic Plan 2013-2018 ให้ดำเนินต่อไป ในช่วงสองปี ๒๐๑๘ – ๒๐๑๙ และ WHO จะใช้ประโยชน์จากเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนเพื่ออำนวยความสะดวกในการบูรณาการ essential polio function ที่จำเป็นเพื่อสนับสนุน Priority อื่น ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับประเทศ
- ๒๐๑๘ – ๒๐๑๙ ยังคงให้การสนับสนุน Unfinished agenda ต่างๆ ที่ได้มีการให้คำมั่นเอาไว้
- การปรับเปลี่ยนจากปี ๒๐๑๖ – ๒๐๑๗
  - งบประมาณพื้นฐานของ Emergencies programme WHO
  - Humanitarian response plans and appeals จะแทนที่ Outbreak and crisis response ที่กล่าวถึงในงบประมาณปี ๒๐๑๖ – ๒๐๑๗
  - งบประมาณด้าน AMR จะถูกแยกออกจาก Priority area ไปอยู่ใน Category 1 ซึ่งงบประมาณนี้จะรวมการทำงานของฝ่ายเลขานุการ และการทำงานขององค์กรทั้งสามระดับ โดยการดำเนินการตาม Global action plan on AMR
  - งบประมาณด้าน Food Safety ได้ย้ายจาก Category 5 ไปอยู่ Category 2
- DG ได้เสนอให้มีการเพิ่มเงิน Assessed Contribution ร้อยละ ๓ ในปีงบประมาณ ๒๐๑๘ – ๒๐๑๙ คิดเป็นจำนวนเงิน ๒๘ ล้านดอลลาร์สหรัฐ ซึ่งเป็นผลจากการขอให้เพิ่มเงิน AC ลดลงจาก ร้อยละ ๑๐ ซึ่งเป็นข้อเสนอเดิมที่ได้นำเสนอในการประชุม EB140 โดยในการประชุม EB140 ประเทศสมาชิกได้แสดงข้อกังวลในจำนวนเงินที่แต่ละประเทศสมาชิกจะต้องจ่ายเพิ่ม รวมทั้งได้ขอให้ WHO ลดงบประมาณในด้าน Corporate Service ลงด้วย
- สำหรับการขอเพิ่ม AC ร้อยละ ๓ จะเป็นจำนวนเงินเล็กน้อยเมื่อเทียบกับงบประมาณภาพรวม อย่างไรก็ตาม ซึ่งเป็นสิ่งที่ทาง WHO ต้องการในเวลานี้
- ทั้งนี้หากมีการเพิ่ม AC ร้อยละ ๓ ประเทศไทยจะต้องจ่ายเงินในปี 2018 เป็นจำนวน ๑,๓๙๒,๒๔๐ ดอลลาร์สหรัฐ โดยเพิ่มจากปี ๒๐๑๗ เป็นจำนวน ๔๐,๕๕๐ ดอลลาร์สหรัฐ
- WHO กำลังดำเนินการเกี่ยวกับ Financing of category 6 and cost recovery mechanisms ซึ่งจะมีการหารือในการประชุม EB142 และอยู่ระหว่างในกระบวนการจัดทำ strategy and plan for value for money in WHO

### ทำที่ประเทศสมาชิก

สนับสนุนร่างข้อมติ Programme Budget 2018-2019 ซึ่งเสนอโดย PBAC อย่างไรก็ตามได้แสดงข้อห่วงกังวลเกี่ยวกับการลดลงของงบประมาณของแผนงาน NCDs อีกทั้งเรียกร้องให้ผู้อำนวยความสะดวกการอนามัยโลก คนใหม่พิจารณาในการจัดลำดับความสำคัญของแผนงานอีกครั้ง และชื่นชมในการจัดทำข้อเสนอ PB 2018-2019 ที่ได้ปรับจากข้อเสนอแนะจากที่ประชุม EB140 รวมถึงสนับสนุนการเพิ่มเงิน AC ตามข้อเสนอของผู้อำนวยความสะดวกการอนามัยโลก แต่ก็ยังแสดงความกังวลว่าถึงแม้จะการเพิ่มเงินดังกล่าวก็อาจจะยังไม่เพียงพอต่อการแก้ปัญหาการขาดแคลนงบประมาณขององค์การอนามัยโลก

### ทำที่ประเทศไทย

สำหรับวาระนี้นายแพทย์โสภณ เมฆธน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้กล่าวชื่นชมองค์การอนามัยโลกในความพยายามในการปรับข้อเสนอของงบประมาณ 2018-2019 ที่ได้ปรับจากข้อเสนอแนะของที่ประชุม EB140 และ

รับทราบแผนงบประมาณ 2018-2019 ได้มีเนื้อหาในการจัดลำดับความสำคัญของแผนงานไปในทางเดียวกันกับเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน รวมทั้งสนับสนุนแผนงานงบประมาณดังกล่าวที่ได้ให้ความสำคัญกับ WHO Health Emergencies Programme UHC และ AMR รวมถึงให้ความสำคัญการลดงบประมาณของแผนงาน NCD อย่างไรก็ตามประเทศไทยยินดีให้การสนับสนุนการเพิ่มงบประมาณค่าบำรุงสมาชิกแก่องค์การอนามัยโลกเพิ่มขึ้นตามข้อเสนอ ๓ % ทั้งนี้ คณะรัฐมนตรีได้เคยเห็นชอบให้มีการเพิ่มงบประมาณดังกล่าว 10% แล้ว จึงได้เสนอในที่ประชุมว่าส่วนต่างอีก ๗ % ที่เหลือจะดำเนินการจ่ายให้กับองค์การอนามัยโลกในรูปแบบสมัครใจ โดยจะต้องขอความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีอีกครั้ง

### สรุปผลการประชุม

ที่ประชุมให้การรับรองข้อมติ Programme Budget 2018-2019 ดังปรากฏในเอกสาร A70/59

### ข้อเสนอแนะ

กระทรวงสาธารณสุขติดตามการดำเนินการเกี่ยวกับด้านงบประมาณ และการเพิ่มงบประมาณ AC ขององค์การอนามัยโลกอย่างใกล้ชิด รวมทั้ง ดำเนินการเสนอคณะรัฐมนตรีให้เห็นชอบเกี่ยวกับการจ่ายเงินว่าส่วนต่างอีก ๗ % ที่เหลือจะดำเนินการจ่ายให้กับองค์การอนามัยโลกในรูปแบบสมัครใจ

#### Intervention Agenda 11.2 Proposed Program budget 2018-2019

Read by Dr. Sopon Mekthon

Thank you chair,

Thailand commends the Secretariat's hard work on revising the proposed Programme Budget 2018-2019 which had taken into account discussion and comments by the EB140.

Thailand notes that the proposed program budget 2018-2019 gives the priorities in line with the SDGs, and reflects the synergies between SDG Goal 3 and other SDG that have an impact on health outcomes.

Thailand supports the direction of the PB 2018-2019 towards continued investment in the new WHO Health Emergencies Programme and new priority areas, particularly universal health coverage and AMR. However, as resources are finite, the increased budget in priority areas result in reduction in the budget for NCDs which was commented at length at the 26<sup>th</sup> session of PBAC last week.

There are compelling evidence of increased demand for resources and WHO significant improvement on performance, Thailand supports the increase of the assessed contribution but we think that only 3% increase, the total amount of 28 million USD, is not be enough for implementing the activities.

The cabinet had approved 10% increase in the assessed contributions; the remaining seven percents would be contributed to WHO as core voluntary contribution subject to cabinet re-approval. This reflects Thailand commitment to WHO and global health.

Finally, as recommended by the 26<sup>th</sup> session of PBAC, Thailand adopts the draft resolution on programme budget 2018-2019. Thank you chair,

## Agenda 12.1 : Health Emergencies

### ผู้รับผิดชอบ

๑. แพทย์หญิงภาวิณี ด้วงเงิน กรมควบคุมโรค
๒. นายแพทย์ทินกร โนรี สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๓. แพทย์หญิงอรรธยา ลีมวัฒนายิ่งยง สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ

### สาระสำคัญของวาระ

วาระนี้ได้พูดถึง รายงาน ๔ เรื่องที่เกี่ยวข้องกับภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพได้แก่

#### ๑) รายงานจาก Independent Oversight Advisory Committee (IOAC)

- รายงานความก้าวหน้าของ WHO Health Emergencies Program (WHE)
- WHE มีการดำเนินงานก้าวหน้าในระดับหนึ่ง โดยมีการจัดตั้งแผนงานในระดับภูมิภาคและระดับประเทศ
- การบริหารจัดการยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ซึ่งประเด็นสำคัญเกิดจากการมีวัฒนธรรมในการทำงานแบบเดิม ทำให้ไม่สามารถเปลี่ยนแนวทางการทำงานแบบใหม่ได้ เช่น การดำเนินการตาม No regret policy ที่ไม่มีความก้าวหน้า
- อัตรากำลังของบุคลากรส่วนใหญ่อยู่ที่สำนักงานใหญ่มากกว่าสำนักงานประจำประเทศ
- การขาดงบประมาณสนับสนุน ซึ่ง WHO ยังไม่สามารถหางบประมาณตามที่วางแผนไว้ได้ ทั้งนี้ IOAC เสนอว่า WHO Contingency fund ควรเป็น revolving fund และควรหางบประมาณจากแหล่งทุนในประเทศด้วย ทั้งนี้ ขีดความสามารถของ WHO ในการทำงานภาคสนามเป็นปัจจัยสำคัญที่ donor จะให้งบประมาณสนับสนุน

#### ๒) WHO response in severe, large-scale emergencies

- รายงานผลการดำเนินงานของ WHO ในการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเช่น น้ำท่วม ภัยแล้ง โรคระบาดเช่น ชิคา อหิวาตกโรค และการตอบสนองต่อภัยจากสงครามและเหตุการณ์ความขัดแย้ง

#### ๓) Research & Development Blueprint

- มีการจัดลำดับโรคที่มีความสำคัญและมีความเสี่ยงที่จะเกิดการระบาดระหว่างประเทศ และมีแผนสำหรับการทำวิจัยโรคนั้นๆ มุ่งเน้นที่การพัฒนาการวินิจฉัย รักษา ควบคุมและป้องกัน โดยมี WHO เป็นศูนย์กลางในการรวบรวมข้อมูลต่าง เช่น การศึกษาวัคซีนป้องกันโรคอีโบล่า การวินิจฉัยการติดเชื้อ ชิคา

#### ๔) Health workforce coordination in emergencies with health consequences

- การทำงานของ WHO ในการประสานงานระหว่างหน่วยงานภายใน WHO ระดับภูมิภาคและระดับประเทศและเครือข่ายอื่นๆ เช่น มีการจัดตั้งหน่วยงาน Global Health Cluster และ Emergencies Medical Team ซึ่งเป็นทีมที่ดำเนินการตอบสนองในเหตุการณ์ฉุกเฉินทั้งในกรณีการระบาด ภัยพิบัติ และผลจากสงครามเพื่อสร้างความเข้มแข็งของประเทศสมาชิกที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์วิกฤติต่างๆ

นอกจากนี้ยังมีกรรายงานสถานการณ์การระบาดของอีโบล่าที่ประเทศ Democratic Republic of Congo ที่ตรวจพบผู้ป่วยวันที่ ๑๑ พค. โดยมีผู้ป่วยยืนยัน ๔ ราย เสียชีวิต ๒ ราย การระบาดครั้งนี้มีการ



รายงานและตอบสนองต่อการระบาดอย่างรวดเร็ว แสดงให้เห็นถึงความก้าวหน้าและประสิทธิภาพในการดำเนินงานเพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉินของประเทศและ WHO

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- ประเทศต่างๆชื่นชมผลการทำงานของ IOAC และ WHE เพื่อตอบสนองต่อเหตุการณ์ฉุกเฉิน โดยประเทศต่างๆ เรียกร้องให้ WHO ช่วยเหลือและสนับสนุนด้านงบประมาณและความรู้ในการพัฒนาบุคลากรและศักยภาพด้านสาธารณสุขของประเทศที่มีปัญหาให้สามารถตอบโต้กับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขเพื่อให้ได้ตามสมรรถนะหลักของ IHR เช่น ด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ด้านการเฝ้าระวังและตอบโต้การระบาด เป็นต้น
- นอกจากนี้ยังมีการเรียกร้องให้ WHO สนับสนุนกำลังคนและงบประมาณเพื่อการศึกษาวิจัยโรคที่มีความเสี่ยงต่อการระบาด และให้ WHO ประสานกับเครือข่ายและสมาชิกที่ไม่ใช่รัฐ เพื่อติดตามงานวิจัยต่างๆตาม Research&Development Blueprint ให้เป็นปัจจุบัน และเพื่อสร้างความมั่นใจว่าประเทศสมาชิกจะสามารถเข้าถึงผลผลิตจากการศึกษาเช่น ชุดตรวจวินิจฉัย การรักษา และวัคซีนได้ในราคาที่ไม่แพง และมีการกระตุ้นให้ประเทศสมาชิกสนับสนุนงบประมาณเพื่อให้ WHE และ IOAC สามารถดำเนินงานต่อไปได้

### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยรับทราบรายงานและชื่นชมการทำงานของ WHE และ IOAC แต่มีความกังวลในกรณีที่ WHO ไม่สามารถดำเนินการตาม ‘No regret policy’ ได้ในบางสถานการณ์ จึงเรียกร้องให้ WHO ปรับการทำงานให้มีการประสานงานกันมากขึ้นระหว่างหน่วยงานทั้งภายในและระหว่างหน่วยงานภูมิภาคและระดับประเทศ เร่งรัดให้มีการรับคนเข้าทำงานที่ระดับภูมิภาคและประเทศให้มากขึ้น ปรับให้มีแผนงบประมาณกรณีฉุกเฉิน สนับสนุนให้ประเทศสมาชิกจัดตั้ง Incident Management System (IMS)/ Emergency Operation Center (EOC) เพื่อตอบสนองต่อเหตุการณ์ฉุกเฉิน ในส่วนของงานวิจัยโรคที่มีความเสี่ยงสูง

เรียกร้องให้ WHO สร้างความมั่นใจว่าประเทศสมาชิกจะสามารถเข้าถึงผลผลิตจากการวิจัยได้ และท้ายสุดเรียกร้องให้ WHO เพิ่มความเข้มแข็งในการประสานงานระหว่างเครือข่ายต่างทั้งระดับนานาชาติและระดับภูมิภาค

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับทราบความก้าวหน้าการดำเนินงานขององค์การอนามัยโลก เพื่อตอบสนองต่อเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินต่างๆ และกรอบการศึกษารายงานสำหรับโรคที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข

### ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

#### การทำงานในระดับประเทศ

- ควรมีการบูรณาการแผนงานในระดับชาติที่ครอบคลุมภาวะฉุกเฉินที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ โดยเน้นความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาคสุขภาพและนอกภาคสุขภาพ ภาครัฐ/เอกชน/ประชาสังคม รวมถึงการพัฒนาให้บรรลุ IHR core capacities

- ที่ผ่านมามาประเทศไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขได้มีการจัดตั้ง EOC ขึ้นเช่น ในกรณีการระบาดของโรคและภัยธรรมชาติ ดังนั้นควรเพิ่มความเข้มแข็งในการจัดตั้ง EOC ทั้งในส่วนของจำนวนบุคลากร และการประสานงานระหว่างหน่วยงานเพื่อรองรับเหตุการณ์ฉุกเฉินต่างๆ
- ควรให้มีหน่วยงานกลางที่รวบรวมการศึกษาวิจัยโรคที่ถูกจัดอยู่ในโรคสำคัญที่มีความรุนแรงหรือมีโอกาสแพร่กระจายในวงกว้าง เช่น ชิเก้า เพื่อให้บุคลากรทราบความเคลื่อนไหวและสถานการณ์ของโรคที่เป็นปัจจุบัน

### การทำงานในระดับนานาชาติ

ประเทศไทยควรสนับสนุนการทำงานของ WHE และเร่งรัดให้มีการเพิ่มกำลังคนของหน่วยงาน WHE ในระดับประเทศ รวมถึงให้ WHE เพิ่มความเข้มแข็งของบุคลากรในประเทศที่ได้รับผลกระทบเองให้สามารถตอบสนองต่อเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขได้อย่างทันท่วงที

#### Intervention on agenda 12.1 Health Emergencies

Read by Dr. Pawinee Doung-ngern (24/05/2017)

Thank you Chair,

While appreciating the committed staffs of the WHO Health Emergencies Programme, the Thai delegations have a few comments:

- First, Thailand concerns the slow progress in implementing “no regret policy” and the coordination and supports at country level.

WHO secretariat needs to streamline administrative and operational systems across Departments and three levels of organization, including changes in the organizational culture.

WHE program should

- Accelerate recruitment of competent staffs at country and regional offices;
- Support country office in mobilizing domestic resources, not only financial but also in kind contributions;
- Strengthen the replenishment of the contingency fund from different sources

- Second, national capacities through UHC and health systems resilience contribute to effective implementation of the “Emergency Response Framework”. Country experiences show that “Incident Management System” and “Emergency Operations Center” contribute significantly to respond to health emergencies. These multi-sectoral mechanisms should be fully funded from domestic, predictable and sustainable resources.

- Third, there is an urgent need to support the implementation of the R&D blueprint, based on equal partnership. Thailand appreciates the contributions of WHO, scientific communities, and others on the rapid progress of Ebola vaccine development. Appropriate management of intellectual property and rapid process in registration are essential to ensure equitable access to affordable and quality new medical products.

- Fourth, WHO secretariat should further strengthen GOARN and facilitate scaling up the establishment of Emergency Medical Team in affected countries. WHO should also work with existing regional and subregional disease surveillance and response networks to ensure seamless links and effective coordinations as required by the IHR2005.

Thailand pledges 100,000 USD in 2018 to the SEAR Health Emergency Fund. The upcoming JEE assessment will guide how we improve IHR and GHSA performance.

Thank you, Chair

## Agenda 12.2 Antimicrobial Resistance

### ผู้รับผิดชอบ

๑. ดร. เกสัชกรหญิงนิธิมา สุ่มประดิษฐ์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
๒. นายสัตวแพทย์ชัยวัฒน์ พูลศรีกาญจน์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

### สาระสำคัญของวาระ

เอกสารการประชุมประกอบด้วย ๒ เรื่อง

(๑) เอกสารวาระเรื่อง A70/12 Antimicrobial Resistance เป็นรายงานความก้าวหน้าขององค์การอนามัยโลกตามมติ WHA 68.7 หลังการรับรอง Global Action Plan องค์การอนามัยโลกได้สรุปผลการดำเนินการที่สำคัญ ดังนี้ ความก้าวหน้าของการพัฒนา NAP-AMR, การเข้าร่วมโครงการ Global Antimicrobial Resistance Surveillance System (GLASS), การพัฒนา Development and Stewardship framework, การดำเนินการของ แผน Global Antimicrobial Development and Research program (GARDP), การจัดทำรายการเชื้อดื้อยาที่สำคัญ และการมี Inter-agency coordinating group (IACG) ภายใต้ UNGA resolution เป็นต้น

(๒) เอกสารวาระ A70/13 และ EB140R.5 เรื่อง Improving the prevention diagnosis and clinical management of sepsis เป็นการนำเสนอร่างมติ (draft resolution) เพื่อแก้ปัญหา Sepsis เพื่อให้ที่ประชุมพิจารณา

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- ผู้กล่าว intervention ประกอบด้วยประเทศสมาชิก ๖๐ ประเทศ และ non-state actors ๑๑ องค์กร
- ประเทศสมาชิกเห็นชอบกับการมี Inter-Agency Coordinating Group (IACG) และขอให้ WHO เร่งรัดในการจัดทำ Global Development and Stewardship framework ให้แล้วเสร็จโดยเร็ว
- นอร์เวย์ สหรัฐอเมริกา อังกฤษ และแคนาดา มีความกังวลในเรื่องการใช้จ่ายด้านจุลชีพในกระบวนการผลิตอาหาร และในสัตว์ ตลอดจนการแบ่งปันข้อมูลระหว่าง FAO และ OIE
- สหรัฐอเมริกา มีความกังวลเรื่องการดื้อยาด้านจุลชีพของเชื้อแบคทีเรียแกรมลบ และการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างเชื้อดื้อยาและการติดเชื้อในกระแสเลือด
- อินเดียไม่แสดงออกใน SEAR briefing ว่าไม่เห็นด้วยกับ ROV แต่ติดต่อเยอรมนีโดยตรง เพื่อขอแก้ OP1(1) ที่ ROV เสนอ จาก ‘according to WHO guidelines or national evidence-based guidelines’ เป็น ‘according to WHO guidelines’

### บทบาทและหน้าที่ของประเทศไทย (แบบ intervention ตอนท้าย)

- รายงานการดำเนินงาน AMR ของประเทศว่าสอดคล้องกับการทำงานในระดับโลก เช่น ความสำเร็จเรื่อง การจัดทำแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ การเข้าร่วมโครงการ Global Antimicrobial Resistance Surveillance System (GLASS) และการพัฒนาระบบเฝ้าระวังการใช้ยาต้านจุลชีพ (The National Surveillance of Antimicrobial Consumption; Thai-SAC)
- ต้อนรับการก่อตั้ง Inter-Agency Coordinating Group (IACG) เพื่อทำหน้าที่ขับเคลื่อนนโยบายการดื้อยาต้านจุลชีพที่ได้ประกาศไว้ในการประชุมสหประชาชาติ และยินดีกับการประชุมครั้งที่ 3 ที่จะเกิดขึ้นในการประชุมนานาชาติรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล (PMAC) ระหว่างเดือน มกราคม 2561
- เห็นความสำคัญของการป้องกันและรักษาผู้ติดเชื้อในกระแสเลือด
- กังวลต่อร่างข้อมติ OP(1) ที่แนะนำให้ประเทศสมาชิกแก้ปัญหา sepsis (prevention, diagnosis and treatment) ตาม International guidelines เนื่องจากประเทศไทยไม่ทราบว่า international guidelines นั้นหมายถึง guideline อะไรและใครเป็นคนทำ นอกจากนี้ การ table resolution เข้าสู่การประชุมสมัชชาอนามัยโลกมีประเทศเยอรมนีเป็นผู้เสนอ อย่างไรก็ตาม มีหลักฐานพบว่า มีเครือข่ายจำนวนมากที่ผลักดันเรื่องนี้ โดยเครือข่ายที่เป็นแกนหลักในการผลักดัน คือ Global Sepsis Alliance (GSA) ซึ่งมีเครือข่าย Sepsis Alliance (SA) เป็น co-founder ซึ่ง Sepsis Alliance มีปรีชญาและเครื่องมือแพทย์ เป็นผู้สนับสนุน
- สนับสนุน ROV ที่เสนอโดยอินโดนีเซีย ที่ขอแก้ draft resolution on Sepsis
  - OP1(1) แก้จาก ‘according to international guidelines’ เป็น ‘according to WHO guidelines or national evidence-based guidelines’
  - OP2(1) เพิ่ม ‘to develop WHO’s guidance, including guidelines, as appropriate, on sepsis prevention and management’

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

- ประสบความสำเร็จในการขอแก้ OP1(1) และ OP2(1) ตามที่ ROV เสนอ โดยมีอินโดนีเซียและไทยเป็นแกนในการเจรจาต่อรองกับเยอรมนี อเมริกา รัสเซีย และ EU จนได้ final revisions ดังนี้
  - OP1(1) แก้จาก ‘according to international guidelines’ เป็น ‘according to WHO guidelines’
  - OP2(1) เพิ่ม ‘to develop WHO’s guidance, including guidelines, as appropriate, on sepsis prevention and management’

### ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมอนามัย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และ อย. ดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ ประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564 และดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

## Intervention Agenda 12.2 Antimicrobial Resistance

Read by Dr.Nithima Sumpradit (24/05/2017)

Thank you, Chair.

Thailand appreciates the secretariat for the comprehensive reports.

In the last 2 years after the GAP-AMR was adopted, we observe good progress made by the tripartite of WHO/FAO/OIE, development partners and Member States addressing AMR issues. Thailand is glad to be part of these progresses.

We are glad to be one of 67 countries who complete the National Strategic Plan on AMR, to be one of 43 countries who have enrolled and currently implemented the Global Antimicrobial Resistance Surveillance System (GLASS) and to be one of few developing countries that start developing the National Surveillance of Antimicrobial Consumption System (or Thai-SAC, in short) to monitor consumption of human and veterinary medicines as well as to track and trace the channels of distribution of important antimicrobials for human and animal use.

We also welcome the establishment of Inter-agency Coordinating Group (IACG) to strategically and effectively coordinate and move the UNGA Political Declaration on AMR forward. And, we are glad that the third meeting of IACG will be held during the Prince Mahidol Award Conference in January 2018, Bangkok, Thailand.

Thailand aligns ourselves with the Southeast Asia Regional One Voice Statement. We recognize the importance and urgency of Sepsis prevention and management. Thus, we support Indonesia for the amendments of the draft resolution.

Thank you, Chair.

## Agenda 12.3 Poliomyelitis

### ผู้รับผิดชอบ

๑. แพทย์หญิงสุชาดา เจียมศิริ กรมควบคุมโรค
๒. นายสัตวแพทย์ชัยวัฒน์ พูลศรีกาญจน์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
๓. แพทย์หญิงอรรธยา ลีมวัฒนายิ่งยง สำนักงานสาธารณสุขระหว่างประเทศ

### **สาระสำคัญของวาระ**

ฝ่ายเลขานุการรายงานความก้าวหน้าในการกวาดล้างโปลิโอต่อที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก ดังนี้

- ในปี ๒๐๑๖ พบผู้ป่วยโรคโปลิโอลดลงจากปีก่อนหน้ามาก โดยพบการระบาดของโรคโปลิโอใน ๓ ประเทศ ได้แก่ ปากีสถาน อัฟกานิสถาน และไนจีเรีย โดยผู้ป่วยทั้งหมดติดเชื้อโปลิโอสายพันธุ์ที่ ๑ และมีรายงานผู้ป่วย cVDPV type 1 ในประเทศลาวและ type 2 ในไนจีเรีย
- การสับเปลี่ยนวัคซีนโปลิโอชนิดรับประทานจากสามสายพันธุ์เป็นสองสายพันธุ์และการเริ่มใช้วัคซีนโปลิโอชนิดฉีดในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคอย่างน้อย 1 โด๊ส ประสบผลสำเร็จเป็นอย่างดี

- ปัญหาสำคัญในปัจจุบันคือการขาดแคลนวัคซีนโปลิโอชนิดฉีดซึ่งคาดว่าจะขาดแคลนไปถึงปี ๒๐๑๘ ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญกับประเทศที่มีความเสี่ยงต่อการระบาด (Tier ๑ และ ๒) เป็นลำดับต้นในการจัดสรรวัคซีนและใช้มาตรการแบบ Fractional doses เพื่อประหยัดวัคซีนในประเทศ บังกลาเทศ ศรีลังกา และ อินเดีย
- ในปี ๒๐๑๖ ประเทศสมาชิกต่างดำเนินงานตามแผนการกักกันเชื้อโปลิโอระยะที่ ๑ ตาม GAP III ซึ่งปัจจุบัน มี ๓๐ ประเทศที่มี essential facilities สำหรับจัดการตัวอย่างที่อาจมีเชื้อโปลิโอสายพันธุ์ที่ ๒ ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกจะสนับสนุนให้ทุกประเทศดำเนินงานในระยะเวลาที่ ๑ ให้เสร็จสิ้นและเข้าสู่การดำเนินงาน ในระยะเวลาที่ ๒ เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับกระบวนการรับรองความสำเร็จของการกักกันเชื้อโปลิโอต่อไป
- ประเทศสมาชิกได้เริ่มดำเนินงานตามแผนการ Polio Transitional Planning เพื่อบูรณาการงานกำจัด กวาดล้างโรคโปลิโอเข้าสู่แผนงานปกติ ถ่ายทอดประสบการณ์และความรู้ที่ได้รับจากการกวาดล้างโปลิโอสู่ แผนงานอื่น ๆ รวมทั้งถ่ายโอนทรัพยากรต่าง ๆ ที่ใช้ในงานกวาดล้างโปลิโอไปสู่แผนงานอื่นที่จำเป็น โดย องค์การอนามัยโลกและองค์กรที่เกี่ยวข้องได้ร่วมกันให้ข้อเสนอแนะ วางแผน และจัดตั้ง Transition Independent Monitoring Board เพื่อติดตามความก้าวหน้าของประเทศสมาชิกในการดำเนินงานตาม แผนการดังกล่าวด้วย
- องค์การอนามัยโลกมีการจ้างบุคลากรเพื่อกวาดล้างโรคโปลิโอจำนวนหนึ่ง ซึ่งสรุปข้อมูลได้ดังนี้
  - องค์การอนามัยโลกได้จัดตั้ง Post-Polio Transition Planning Steering Committee และ Human resource working group และพัฒนาฐานข้อมูลด้านบุคลากรด้านโปลิโอเพื่อใช้ติดตามการจัดการ บุคลากรให้มีประสิทธิภาพ (ปัจจุบันมีบุคลากร ๑,๐๘๐ คน อยู่ในทวีปแอฟริกา (๗๔%) และเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก (๑๔%) โดย ทำงาน operational support (๕๕%) และด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และเฝ้าระวังโรค (๒๙%) และเป็นสัญญาจ้างระยะยาว (๗๘%) ในปี ๒๐๑๖ ใช้งบประมาณสำหรับค่า บุคลากร ๙๙.๔ ล้านดอลลาร์สหรัฐ
  - นอกเหนือจากบุคลากรประจำ องค์การอนามัยโลกมีการว่าจ้างบุคลากรชั่วคราวจำนวนมาก โดยทำงาน ในทวีปแอฟริกา ๒,๗๕๒ คน เมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก ๒,๖๐๖ คน เอเชียใต้และตะวันออก ๑,๑๐๓ คน ซึ่งก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายคิดเป็นร้อยละ ๗๐ ของค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรโปลิโอทั้งหมด อย่างไรก็ตาม องค์การอนามัยโลกยังขาดฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบันของบุคลากรกลุ่มดังกล่าว
  - มีการใช้งบประมาณจาก Global Polio Eradication Initiative ในสัดส่วนต่างๆกัน โดยทวีปแอฟริกา มี สัดส่วน (๓๑%) ทวีปเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก (๑๖%) และทวีปเอเชียใต้และตะวันออก (๗%)
  - องค์การอนามัยโลกได้แจ้งเป้าหมายลดการใช้งบประมาณด้านบุคลากรโปลิโอแก่ภูมิภาคต่างๆ ซึ่ง ภูมิภาคแอฟริกาได้ว่าจ้างบุคลากรเพื่อวางแผนการถ่ายโอนทรัพยากรต่างๆ ส่วนภูมิภาคเอเชียใต้และ ตะวันออกโดยเฉพาะสำนักงานประเทศอินเดียนั้น รัฐบาลอินเดียจะเป็นผู้ชำระรับค่าใช้จ่ายประมาณ ครึ่งหนึ่งของโครงการกวาดล้างโปลิโอในประเทศ อย่างไรก็ตามยังพบว่ามีบางประเทศที่ไม่พบโปลิโอ มากกว่า ๑๐ ปีแล้ว แต่ยังคงมีบุคลากร ๒๐-๕๐% ที่ใช้งบประมาณจากองค์การอนามัยโลกในการว่าจ้าง
  - องค์การอนามัยโลกได้ตั้งกองทุนชดเชยสำหรับบุคลากรที่ทำงานด้านกวาดล้างโปลิโอซึ่งขณะนี้ไม่มีเงิน ประมาณ ๔๐ ล้านดอลลาร์สหรัฐ ซึ่งคาดว่าจะภายในปี ๒๐๑๙ จะต้องใช้เงินทั้งสิ้น ๕๕ ล้านดอลลาร์ หากสามารถจัดการบุคลากรได้ดีเพียงพอ
  - ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกได้เสนอทางรองรับบุคลากรด้านโปลิโอดังนี้ ๑. จัดทำฐานข้อมูลด้านบุคลากรให้มี ประสิทธิภาพ ๒. ลดจำนวนบุคลากรในส่วนที่ไม่จำเป็นโดยคำนึงถึงผลกระทบต่อการทำงานของกวาดล้างโปลิโอ ๓.

เร่งรัดการจัดการข้อมูลด้านบุคลากรชั่วคราว ๔. จัดการให้งานกวาดล้างโปลิโอบางส่วนผนวกรวมกับงานอื่น ๆ และเชื่อมโยงสมรรถภาพบุคลากรกับลักษณะงานเพื่อหาทางมอบหมายงานในโครงการสำคัญอื่น ๆ ที่องค์การอนามัยโลกดำเนินการอยู่ ๕. ใช้วิธีการคัดเลือกบุคลากรที่มีประสิทธิภาพในการคัดเลือกบุคลากรที่มีสัญญาระยะยาว

- ประเทศในทวีปแอฟริกาพึ่งพิงงบประมาณ GPEI มาก โดยใช้งบดังกล่าวในงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและงานในระบบสุขภาพอื่นๆ ที่นอกเหนือจากโปลิโอ และหากงบ GPEI หหมดไปจะก่อให้เกิดผลกระทบต่องานสาธารณสุขในภาพรวมเป็นอย่างมาก
- ฝ่ายเลขานุการ โดยประเทศโมร็อกโคเป็นแกนนำในการเสนอ draft decision on “Poliomyelitis: polio transition planning” ซึ่งมีข้อเรียกร้องให้องค์การอนามัยโลกพัฒนา strategic polio transition action plan ให้เสร็จสิ้นภายใน ๒๐๑๗ และเสนอให้ที่ประชุม EB๑๔๒ และ WHA๗๑ พิจารณา พร้อมเสนอความก้าวหน้าในการจัดการด้านการเงินและทรัพยากรของ GPEI เพื่อให้ประเทศสมาชิกได้รับทราบและให้ข้อเสนอแนะสำหรับ งบประมาณปี ๒๐๒๐-๒๐๒๑ และแผนการทำงานใน ๒๐๒๐-๒๐๒๕

### ท่าทีของประเทศอื่น

- ประเทศสมาชิกส่วนหนึ่งแสดงความกังวลต่อการระบาดของโปลิโอใน ๓ ประเทศ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นประเทศที่มีความรุนแรงทำให้ยากต่อการดำเนินงานกวาดล้างโปลิโอ และมีความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดไปยังประเทศใกล้เคียง
- ประเทศสมาชิกส่วนใหญ่กังวลปัญหา IPV ไม่เพียงพอ โดยมีหลายประเทศใน SEAR ที่เริ่มใช้ fractional dose schedule และมีประเทศส่วนหนึ่งที่ยังไม่แน่ใจด้านความเป็นไปได้ในการบริหารยาและประสิทธิภาพของการฉีดด้วยวิธีดังกล่าว โดยฝ่ายเลขานุการให้ข้อมูลเพิ่มเติมแก่ที่ประชุมว่ากำลังดำเนินการอย่างเต็มที่เพื่อเร่งรัดให้เกิดการถ่ายทอดเทคโนโลยีและผลิต IPV ในปริมาณมากขึ้น โดยคาดว่าในปี ๒๐๑๘ โรงงานที่รับการถ่ายทอดเทคโนโลยีจะสามารถผลิต IPV สู่ท้องตลาด และในปี ๒๐๒๐ กำลังการผลิตวัคซีน IPV จะเพียงพอสำหรับการฉีด ๒ เข็มในทุกประเทศทั่วโลก
- ประเทศสมาชิกส่วนใหญ่เห็นพ้องกันว่า การกวาดล้างโปลิโอยังคงต้องให้ความสำคัญกับการเฝ้าระวังโรค การสร้างระบบสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่เข้มแข็ง และการสนับสนุนด้านงบประมาณที่เพียงพอ โดยประเทศในภูมิภาคแอฟริกาเรียกร้องให้องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับประเทศในภูมิภาคของตนทั้งด้านงบประมาณ วัคซีน และการเฝ้าระวังโรคด้วย
- มีประเทศสมาชิกส่วนหนึ่งที่คิดว่าองค์การอนามัยโลกควรพิจารณาความเป็นไปได้ของแนวทางการกักกันเชื้อโปลิโอที่กำหนดไว้ ซึ่งฝ่ายเลขานุการให้ข้อมูลว่าการกักกันเชื้อโปลิโอเป็นสิ่งจำเป็น และเห็นด้วยกับประเทศสมาชิกว่าแผนการดำเนินงานในปัจจุบันยังทำได้ยาก และอยู่ระหว่างหาแนวทางที่ทำได้จริง มีกรอบเวลาที่ยืดหยุ่น
- ประเทศสมาชิกแสดงความกังวลเรื่องการเปลี่ยนผ่านทรัพยากรด้านโปลิโอ และขอให้องค์การอนามัยโลกจัดทำ strategic action plan on polio transition พร้อมแสดงความเห็นว่าประเทศสมาชิกต่าง ๆ ควรพึ่งพาตัวเองให้มากขึ้นเพราะเงินสนับสนุนจาก GPEI กำลังจะหมดไป ส่วนทรัพยากรต่าง ๆ ที่ใช้ในงานโปลิโอนั้นควรนำมาใช้เสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
- ประเทศส่วนใหญ่ให้การสนับสนุน drafted decision on “Poliomyelitis: polio transition planning”

### ท่าทีของประเทศไทย

- ประเทศไทยรับทราบรายงานและสนับสนุนการดำเนินงานกำจัดกวาดล้างโปลิโอ รวมถึงแสดงความกังวลเกี่ยวกับความขาดแคลนของวัคซีน IPV ซึ่งทำให้วัคซีนดังกล่าวมีราคาแพง ประเทศไทยขอให้องค์การอนามัยโลกสนับสนุนการเพิ่มกำลังการผลิต การต่อรองราคา รวมถึงการถ่ายทอดเทคโนโลยีการผลิตแก่ประเทศกำลังพัฒนา นอกจากนี้ขอให้องค์การอนามัยโลกแสดงจุดยืนที่ชัดเจนเรื่องนโยบายการผลิตแก่ประเทศไทย
- ขอให้ทบพททางเลือกสำหรับการกักกันเชื้อโปลิโอตาม GAP III เพื่อให้ประเทศที่ไม่มี essential facility สามารถดำเนินงานได้โดยไม่กระทบต่อหน่วยงานที่จำเป็นต้องเก็บตัวอย่างเพื่อประโยชน์ทางการวิจัยและการแพทย์ และทบพทกรอบเวลาในการดำเนินงานตาม GAP III ให้มีความยืดหยุ่น โดยให้ประเทศสมาชิกมีส่วนร่วมในการพิจารณาร่างแนวทาง เพื่อให้ประเทศสมาชิกสามารถดำเนินการได้จริง
- ขอให้องค์การอนามัยโลกสนับสนุนให้บุคลากรที่มีศักยภาพสามารถเข้าสู่โครงการอื่น ๆ ที่สำคัญที่องค์การอนามัยโลกตั้งขึ้นใหม่ และเรียกร้องให้ประเทศพี่พี่งบประมาณของ GPEI ลดลง และใช้งบประมาณของประเทศตนเอง เพื่อให้สามารถเปลี่ยนผ่านได้อย่างเรียบร้อยโดยไม่เกิดผลกระทบต่องานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
- ประเทศไทยร่วม co-sponsor draft decision on “Poliomyelitis: polio transition planning”

### ผลลัพธ์ของวาระ

สมัชชาอนามัยโลกรับทราบ (take note) รายงานเรื่องความก้าวหน้าการกวาดล้างโปลิโอและรายงานเรื่องการจัดการบุคลากรที่ทำงานด้านโปลิโอ และรับรอง(approve) draft decision on “Poliomyelitis: polio transition planning”

### ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข(ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

#### การทำงานในระดับนานาชาติ

- ติดตามสถานการณ์การระบาดของโปลิโอในระดับโลกและในประเทศเพื่อนบ้านอย่างใกล้ชิด
- ติดตาม Polio transition plan และ Containment plan
- ติดตาม IPV production capacity และการพัฒนารูปแบบบรรจุแบบ ๕ โด๊ส

#### การทำงานในระดับประเทศ

- สร้างความเข้มแข็งของระบบเฝ้าระวังกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียกเฉียบพลันในทุกะดับรวมถึงแนวทางการป้องกันควบคุมโรคชายแดน
- เร่งรัดความครอบคลุมวัคซีนให้อยู่ในระดับสูง
- ศึกษาผลกระทบจากlaboratory containment และศึกษาทางเลือกนโยบายแบบต่างๆ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการหารือกับองค์การอนามัยโลกเพื่อให้นำ GAP III ไปปฏิบัติได้จริง
- ศึกษาแนวทางการลดอัตราสูญเสียของวัคซีน IPV เพื่อพัฒนาระบบการจัดการวัคซีนในระยะยาว



### **South-East Asia Regional One Voice: Agenda 12.3 Poliomyelitis**

Lead country: Sri Lanka

Support country - Bangladesh

Madam Chair, Sri Lanka presents this one voice statement on behalf of the 11 countries in the South-East Asia Region. Our region was declared polio free in March 2014. Since then we have been committed to implementing the polio end game plan.

All countries in our region ensured routine immunization emphasizing marginalized and hard-to-reach populations. All our countries introduced the recommended single dose IPV in 2015 ahead of the successful globally synchronized “polio Switch.” But our member countries are currently affected by global IPV supply deficit that has led India and Sri Lanka to change over to the fractional dose-IPV schedule. Bangladesh and Nepal would soon follow. To overcome the effect of the global shortage for IPV, our other member countries too are likely to introduce fractional dose which pose further challenge for the want of trained health workforce.

The Region wishes to request IPV supply assurance under the Healthy Markets Framework for continuous supply, on an affordable price to all countries including GAVI transitioned countries. The South-East Asia Region is fully cognizant of the organizational and programmatic risks thus involved with the ramp-down of funding from the Global Polio Eradication Initiative during 2017 – 2019, followed by the eventual cessation of polio funding,

Madam Chair, the ramp down of funding for poliomyelitis will have impact on the control of other communicable diseases as much as it would have on VPD surveillance and further expansion of new vaccines. The five countries, namely Bangladesh, India, Indonesia, Myanmar and Nepal, who have accrued significant assets funded by the Global Polio Eradication Initiative, have started transition planning seriously, thus demonstrating their strong leadership and will to take forward the transition in a strong and coordinated manner. Our Region was also the first to switch fully to bOPV and to introduce IPV in our routine programme, therefore we have commenced our plans for comprehensive polio transition well in advance. India is well on track with a draft polio transition plan already worked out, and other four countries are working to put together similar plans for polio transitioning.

While we are confident that we will succeed in the eventual transition from GPEI funded support to domestic sources to ensure that polio free status is maintained while the lessons and assets of polio are integrated to serve other public health needs, we are concerned that the ramp-down may impact on the measles elimination and rubella control, VPD and other diseases surveillance activities, ensuring quality laboratory

immunization, introduction of new vaccines, elimination of NTDs such as Kala Azar and lymphatic filariasis.

Chair, polio eradication risk is not over till the polio end game strategy is completed. The member countries request from the Director General and the global partners to continue to assist the polio eradication programme technically and financially as the risk of importation and / or situation of emergence of circulatory VDPV risk exists even after 2020. Polio transition countries may also face hard times with polio in emergencies for which assistance is required.

We urge the Director General to consider additional support to our region and this should be considered in program budgeting for the Region.

### **Thailand Intervention Delivered by Dr. Suchada Jiamsiri**

Thank you Chair,

Thai delegates appreciate the comprehensive report, and express our concern over the availability of IPV as it is the major intervention in ending polio. We reiterate WHA68.3 which requested Director General, to ensure sufficient global supply of affordable IPV and urge WHO to expedite and closely monitor the progress of IPV technology transfer to manufacturers in developing countries.

Thailand is fully aware of the need for containment of all sources of poliovirus. However, we have concerns on the implementation complexities.

First, there is a risk of delayed control of polio outbreak in countries where there is no polio-essential facility. When suspected clinical and environmental samples of containing poliovirus type 2 must be shipped to other countries having such facilities.

Second, prohibiting retention of all GAPIII-specified poliovirus materials could cause stagnation in virological research since numbers of these valuable clinical samples have low risk of containing poliovirus, but they are classified as “potentially infectious materials” and will be totally destroyed by this blanket policy. Hence, we urge WHO to develop more specific and practical containment guidelines, with reasonable timeline for resource-limited setting.

Lastly, in the context of ramping down of GPEI funding, Thailand appreciates the secretariats for Polio transition planning and looking forward to seeing the strategic action plan and its effective implementation. It is important that WHO reassign polio-staffs to other essential public health programs. EPI in certain countries relies on GPEI resources results in donor reliance. Increased domestic resource is critical for a smooth transition from GPEI reliance.

Thank you Chair.

## Agenda 12.4 : Implementation of the International Health Regulation (2005)

### ผู้รับผิดชอบ

๑. แพทย์หญิงภาวิณี ต้วเงิน กรมควบคุมโรค
๒. นายแพทย์คณิตสรณ์ สัมฤทธิ์เดชขจร สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๓. นายแพทย์นคร เปรมศรี กรมควบคุมโรค

### สาระสำคัญของวาระ

ประกอบด้วยสองส่วน คือ รายงานความก้าวหน้าของการประเมินตนเองโดยประเทศสมาชิกตามกรอบของกฎอนามัยระหว่างประเทศ ข้อมูลผลการประเมินตนเองตาม IHR Core capacities จากวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐ โดยประเทศสมาชิกพบว่า มี ๑๒๐ จาก ๑๙๖ ประเทศ ส่งแบบประเมินตนเอง โดยในภาพรวมมีการพัฒนาศักยภาพที่ดีขึ้นตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ ปัญหาที่พบคือประเทศส่วนใหญ่ยังขาดศักยภาพในด้านบุคลากร บริเวณจุดตรวจและด่านตรวจคนเข้าเมือง สารเคมี และสารกัมมันตรังสี สำหรับประเทศไทย ได้ผ่านการประเมินสมรรถนะหลักของ IHR ในปี ๒๕๕๗ และกำลังเตรียมรับการประเมิน Joint External Evaluation (JEE) ในเดือนมิถุนายน ๒๕๖๐ ส่วนที่สองคือ ร่างยุทธศาสตร์ในการดำเนินการตามกฎอนามัยโลก IHR2005 โดยมี ๖ มาตรการหลักคือ

๑. เพิ่มความเข้มแข็งของประเทศสมาชิกในการดำเนินการและกำหนดใช้กฎอนามัยระหว่างประเทศ โดยการร่างแผนยุทธศาสตร์ ๕ ปี (Global Strategic Plan on International Health Regulation) เพื่อเพิ่มศักยภาพในการตอบสนองต่อเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขโดยจะส่งร่างแผนยุทธศาสตร์ ๕ ปีนี้เข้าสู่ที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ ๗๑
๒. เพิ่มความเข้มแข็งขององค์การอนามัยโลกเพื่อผลักดันให้เกิดการกำหนดใช้อนามัยระหว่างประเทศในกลุ่มประเทศสมาชิก
๓. พัฒนาระบบติดตาม ประเมินผลและการรายงานการประเมินสมรรถนะหลักตามกฎอนามัยโลกของประเทศสมาชิก
๔. พัฒนาศักยภาพในการประเมินความเสี่ยงและการสื่อสารความเสี่ยง
๕. ติดตามการปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศที่จัดตั้งขึ้นเป็นพิเศษ ตามมาตรา ๔๓ ของกฎอนามัยระหว่างประเทศ
๖. การแลกเปลี่ยนข้อมูลและตัวอย่างในเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศส่วนใหญ่เห็นด้วยกับแผนการดำเนินงาน global implementation plan ของเลขา IHR และสนับสนุนให้ประเทศสมาชิกดำเนินการตามแผน IHR และตอบรับการประเมิน JEE แต่ประเทศบราซิล รัสเซีย และอียิปต์ ไม่เห็นด้วยกับ Draft global implementation plan เนื่องจากเห็นว่าเอกสารดังกล่าวเป็นรายงานจากเลขา IHR และแผนที่เขียนเป็นแผนของ WHO มากกว่าที่จะเป็นแผนให้ประเทศสมาชิกไปปฏิบัติ จึงมีการปรึกษากันอย่างไม่เป็นทางการในกลุ่มย่อยสองครั้งเพื่อหารือกับประเทศสมาชิก ข้อเสนอจากกลุ่มย่อยคือ ขอให้ที่ประชุมรับทราบรายงานโดยเลขา และมีข้อเสนอให้เลขาไปทำการร่างแผนยุทธศาสตร์ IHR ๕ ปี (Global Strategic Plan) อิงตามแผนและคำแนะนำโดยคณะกรรมการทบทวนการทำงานของ IHR ภายหลังจากเหตุการณ์การระบาดของอีโบล่าในปี ๒๕๕๘

## บทบาทและหน้าที่ของประเทศไทย

ประเทศไทยสนับสนุนแผนการดำเนินงานของ IHR แต่มีประเด็นที่เสนอให้พิจารณาคือ ให้ WHO ทบทวนการจัดตั้งคณะที่ปรึกษาพิเศษกรณี Infectious Hazards เนื่องจาก WHO มีคณะทำงานหลายกลุ่มที่อาจทำงานซ้อนทับกัน จึงเสนอให้มีการขยายบทบาทของคณะทำงานชุดที่มีอยู่เดิมให้มากขึ้น นอกจากนี้ WHO ควรเพิ่มศักยภาพของ IHR Focal point และสนับสนุนการพัฒนากำลังคน และเพิ่มศักยภาพของการเฝ้าระวังและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน และการตอบสนองต่อเหตุสารเคมีและกัมมันตภาพรังสีซึ่งหลายประเทศยังขาดสมรรถนะด้านนี้ เพื่อให้งาน IHR เข้มแข็งขึ้น นอกจากนี้เพื่อให้การขับเคลื่อน IHR ปฏิบัติได้จริงและยั่งยืน ควรเน้นการมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วนทั้งที่เกี่ยวกับสาธารณสุขและนอกกระทรวง รวมถึงควรเชิญสื่อต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมด้วย

## สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับทราบรายงานความก้าวหน้าของ IHR และรับทราบแผนแนวทางในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับโลก ๕ ปี ของ IHR และให้เลขาธิการ IHR ไปดำเนินการร่างแผนยุทธศาสตร์ ๕ ปีของ IHR ตาม Annex 2 และนำเสนอแผนให้ประเทศสมาชิกและWHO ระดับภูมิภาคทราบเพื่อพิจารณาก่อนการประชุม Executive board ครั้งที่ ๑๔๒ เพื่อให้นำเสนอเอกสารนี้ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ ๗๑ ต่อไป

## ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

### การทำงานในระดับประเทศ

- กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ในฐานะ IHR focal point ควรเน้นย้ำความสำคัญของกฎอนามัยระหว่างประเทศให้ผู้บริหารระดับสูงทราบ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนในระดับนโยบาย และนำไปสู่การเพิ่มความเข้มแข็งในการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในกรม กระทรวง และระหว่างกระทรวง เพื่อพัฒนาศักยภาพตามสมรรถนะหลักในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินจากภัยต่างๆ โดยเฉพาะโรคติดต่อระหว่างสัตว์สู่คน ด้านสารเคมีและรังสี
- ควรเร่งรัดให้ภาคส่วนต่างๆ นอกภาคสุขภาพ ให้ความสำคัญกับงาน IHR และให้ผู้บริหารกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับ IHR โดยมีหน่วยงานและกำลังคนรองรับ
- กรมควบคุมโรค โดยสำนักโรคติดต่อทั่วไป ควรเพิ่มความเข้มแข็งในการดำเนินงานที่ด่านตรวจคนเข้าเมือง โดยเฉพาะกรณี ที่มีผู้เดินทางจากประเทศที่มีรายงานการระบาดของโรค เช่น MERS ควรมีการซ้อมแผนรองรับกรณีพบผู้ป่วยที่ด่านตรวจคนเข้าเมือง

### การทำงานในระดับประเทศ

ประเทศไทยสนับสนุนการใช้กฎอนามัยระหว่างประเทศ และสนับสนุนให้มีการประเมินมาตรฐานการทำงาน of IHR โดยผู้ประเมินจากภายนอก (JEE) และรับผลการประเมินเพื่อนำไปปรับปรุงการทำงานตามกรอบ IHR ให้ดียิ่งขึ้น

### Intervention on Agenda 12.4 International Health Regulation

Read by Dr. Pawinee Doung-ngern (24/05/2017)

Thank you Chair,

Thailand expresses our gratitude to the IHR secretariat for the draft global implementation plan of the IHR 2005 and the Member States to improve their capacities for implementation of IHR .

Thailand endorses the draft global implementation plan of IHR (2005) with a few comments.

- We concern the potential overlapping of the new Technical Advisory Group of Experts on infectious Hazards with the existing IHR review committee and other emergency committees for specific diseases which result in the inefficient use of scarce WHO's resources.
- Thailand supports WHO's role in monitoring additional health measures and enhancing compliance with the Temporary Recommendations under the IHR; we support WHO and partners to involve State Parties that are affected by these Temporary Recommendation to proactively find a mutually acceptable solution under Article 43.

Others implementation gaps need further considerations; for example,

- Area of action1: to enabling the functions of IHR National Focal Point, strong and sustainable multi-sectoral political and financial commitments are required
- Area of action6: There is a need for strengthening capacities on improving surveillance, epidemiological and response activities, so that the shared information is valid and accurate.
- The IHR self-assessment shows that points of entry, chemical and radiation emergencies are the weakest component. We need to rapidly strengthen the capacity in these areas.
- Lastly, IHR links closely to national and global security, so we need to actively engage the security sectors, and also the media in our movements.

Thank you.

### Agenda 12.5 Review of the Pandemic Influenza Preparedness Framework

#### ผู้รับผิดชอบ

๑. ดร. รุ่งนภา คำผาง โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
๒. นางสาวสุดาสิริ เตชานันท์ กระทรวงการต่างประเทศ
๓. แพทย์หญิงอรรทยา ลิ้มวัฒนายิ่งยง สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ

### สาระสำคัญของวาระ

- ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ ๖๔ (พ.ศ. ๒๕๕๔) (พ.ศ. ๒๕๕๓) ที่ประชุมมีมติรับรอง Pandemic Influenza Preparedness Framework (PIP Framework) และข้อมติ WHA 64.5 Pandemic influenza preparedness: sharing of influenza viruses and access to vaccines and other benefits ซึ่งใช้เป็นกรอบการดำเนินงานเพื่อให้เกิดการเตรียมความพร้อมและตอบสนองต่อการระบาดของเชื้อไข้หวัดใหญ่/ไข้หวัดนกได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีการแบ่งปันผลประโยชน์จากการแบ่งปันเชื้อไวรัสอย่างเป็นธรรม
- กรอบการดำเนินงานสำคัญของ PIP framework ครอบคลุม เชื้อไข้หวัดใหญ่หรือไข้หวัดนกที่มีความเป็นไปได้สูงที่จะทำให้เกิดการระบาดใหญ่ (Pandemic potential virus) ไม่ครอบคลุม ไวรัสไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล โดยสาระสำคัญมี ๒ ประเด็นได้แก่
  ๑. มีการแบ่งปันผลประโยชน์อย่างเหมาะสม โดย ๑.๑) ผู้รับเชื้อไวรัสจาก GISRS (Global Influenza Surveillance and Response System) ไปใช้ประโยชน์และสร้างกำไร ต้องสมทบกองทุน Partnership Contribution เพื่อนำไปพัฒนาศักยภาพด้านการเตรียมความพร้อมและการตอบสนองสำหรับการระบาดของเชื้อหวัดใหญ่/ไข้หวัดนกของประเทศต่างๆ ๑.๒) ผู้รับ PIP BM (Pandemic Influenza Preparedness Biological Material) ไปใช้ประโยชน์ต้องสนับสนุนเวชภัณฑ์ เช่น วัคซีน ยาด้านไวรัส หน้ากากอนามัย เจลล้างมือ เป็นต้น สำหรับ สำรองเพื่อนำมาใช้กรณีมีการระบาดใหญ่ โดยดำเนินการผ่าน SMTA2 (Standard Material Transfer Agreement2)
  - ๒) การพัฒนาศักยภาพของประเทศต่างๆ ในการเตรียมความพร้อมและตอบสนองต่อการระบาดของเชื้อหวัดใหญ่และไข้หวัดนก
- ภายหลังจากการดำเนินงาน ๕ ปี (ถึงตุลาคม ๒๕๕๙) องค์การอนามัยโลกจึงจัดให้มีการทบทวนการดำเนินงานภายใต้ PIP framework ครั้งที่ ๑ ขึ้น โดยรายงานผลการทบทวนและข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนา PIP Framework ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ ๗๐ (ดำเนินการโดย PIP review group)
- ผลการทบทวนมีประเด็นสำคัญดังนี้
  - มีความก้าวหน้าในหลายด้าน โดยเฉพาะการพัฒนาขีดความสามารถในการเตรียมความพร้อมและการตอบสนองต่อการระบาดของเชื้อหวัดใหญ่และไข้หวัดนก (การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง การพัฒนาห้องปฏิบัติการ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร)
  - การเก็บเงินเข้า partnership contribution ได้อย่างต่อเนื่องและการทำสัญญาผ่าน SMTA2 ที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (ทั้งหมดเป็น in kind contribution โดยไม่มีบริษัทใดเลยที่ยินยอมทำ technology transfer)
- ประเด็นที่ยังท้าทายและต้องศึกษาเพิ่มเติม
  - การพิจารณาขยายขอบเขตของ PIP Framework ให้ครอบคลุมเชื้อหวัดใหญ่ตามฤดูกาล
  - การพิจารณาขยายขอบเขตสู่ Genetic sequence data (GSD) (ยังมีข้อถกเถียงเรื่องระบบติดตามที่เป็นธรรม ซึ่งมีข้อเสนอให้ติดตามโดยใช้ end products)
  - ความไม่สอดคล้องกันของการแบ่งปันไวรัสภายใต้ PIP framework และ Nagoya Protocol ซึ่งแบ่งปันไวรัสภายใต้ข้อตกลงแบบรายกรณี (case by case) อาจทำให้การแบ่งปันไวรัสเมื่อเกิดการระบาดใหญ่มีความล่าช้าและไม่ทันการณ์
- intersessional work

○ สหรัฐอเมริกาต้องการขับเคลื่อนข้อเสนอแนะของ PIP review group จึงร่างข้อมติเพื่อเสนอให้สมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๗๐ รับรอง แต่ภายหลังจากได้หารือกับประเทศสมาชิก พบว่าหลายประเทศไม่เห็นด้วยกับร่างข้อมติ โดยมีข้อกังวลสำคัญคือ ๑) ไม่อยากให้มีการมอบหมายให้ประเทศสมาชิกไปดำเนินการ ๒) มีความกังวลเรื่อง Nagoya protocol ที่ให้ PIP framework เป็น specialized instrument (หลายประเทศต้องการขอบเขตที่ชัดเจนของคำว่า specialized instrument)

○ ในที่สุด สหรัฐอเมริกาจึงเสนอเป็นร่างข้อตัดสินใจ ซึ่งมีสาระสำคัญคือ

- ขอให้มีการนำข้อเสนอแนะของ PIP review group ไปดำเนินการและให้มารายงานความก้าวหน้าในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๗๑
- ให้มีการศึกษาอย่างรอบด้านในการพิจารณาประเด็นการขยายสู่ seasonal influenza virus และ genetic sequence data
- ให้มีการตรวจสอบที่โปร่งใสสำหรับการใช้ partnership contribution
- ให้มีการทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่องระหว่าง PIP secretariat และ CBD secretariat (Convention of Biological diversity)

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

(ใน drafting group committee A และการหารืออย่างไม่เป็นทางการ)

- ประเทศสมาชิกชื่นชมผลการทบทวนการดำเนินงานภายใต้ PIP Framework และความสำเร็จที่เกิดขึ้น รวมทั้งเสนอให้ WHO นำข้อเสนอแนะไปดำเนินการตามความเหมาะสม
- ประเทศสมาชิกสนับสนุนการหารือและการทำงานร่วมกันระหว่าง WHO และ the Convention on Biological Diversity (CBD) เพื่อพิจารณาความสอดคล้องระหว่าง PIP framework และ Nagoya protocol (บราซิลมีข้อกังวลอย่างมากต่อเรื่อง Nagoya Protocol)
- ประเทศสมาชิกส่วนใหญ่เห็นด้วยกับข้อเสนอแนะของ Review group เรื่องการขยายขอบเขต PIP Framework ให้ครอบคลุมทั้งเชื้อไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล และ genetic sequence data ว่าเป็นประเด็นที่มีความซับซ้อน ไม่ควรรีบตัดสินใจ ต้องมีการศึกษาเพิ่มเติม รวมทั้งหารือร่วมกันระหว่างประเทศสมาชิก และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนก่อน (ญี่ปุ่นไม่เห็นด้วยกับการขยายสู่ seasonal influenza)
- ประเทศสมาชิกในภูมิภาคแอฟริกาและเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ สหรัฐอเมริกา เสนอให้มีการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในด้านการพัฒนาศักยภาพการผลิตวัคซีนและการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับการระบาดใหญ่ รวมทั้งให้พิจารณาเรื่องการจัดสรร Partnership contribution fund ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
- ประเทศสมาชิกสนับสนุนการรับรอง draft decision เรื่อง Review of Pandemic Influenza Preparedness Framework โดยประเทศ Tanzania และสหรัฐอเมริกา ขอเพิ่มเติมประเด็นเกี่ยวกับการสร้างความเข้มแข็งของระบบ regulatory และการศึกษาเกี่ยวกับภาวะโรคเพื่อรับมือกับการระบาดใหญ่
- ฟินแลนด์เป็นผู้นำเสนอร่างการตัดสินใจ โดยมีประเทศสนับสนุนได้แก่ เม็กซิโก ปากีสถาน สวิตเซอร์แลนด์ สหรัฐอเมริกา
- The Convention on Biological Diversity (CBD) รายงานว่า การประชุม UN Biodiversity Conference ในเดือนธันวาคม 2559 จัดขึ้นที่ประเทศเม็กซิโก parties ร้องขอให้ executive secretariat ของ CBD ดำเนินการดังนี้

- ประสานกับ WHO เกี่ยวกับผลการศึกษาเรื่อง public health implication of Nagoya protocol ที่จัดทำโดย WHO และส่งต่อข้อมูลผลการศึกษาไปยัง parties ในการประชุมเดือนพฤศจิกายน 2561
- แลกเปลี่ยนข้อมูลกับ WHO ซึ่ง parties ต้องส่ง interim-national report on implication of Nagoya protocol โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน article 8B ของ Nagoya protocol ซึ่งเกี่ยวข้องกับ health emergencies ภายใน 1 พฤศจิกายน 2560
- ทำการศึกษาเรื่องเกณฑ์เพื่อระบุว่าจะ a specialized international access and benefit sharing instrument ในบริบทของ article 4.4 ของ Nagoya protocol มีสาระสำคัญอย่างไรและผลการศึกษาก็จะถูกพิจารณาโดย Subsidiary Body on Implementation ในเดือน กรกฎาคม 2561 และการประชุม 3<sup>rd</sup> meeting on the parties of the protocol ในเดือนพฤศจิกายน 2561
- มีส่วนร่วมใน policy debate กับหน่วยงานอื่น ๆ รวมทั้ง WHO เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ genetic resources และการแบ่งปันผลประโยชน์ ภายใต้ CBD และ Nagoya protocol โดย parties มีความเห็นพ้องกันว่า any potential implications จะพิจารณาเพิ่มเติมในเดือนพฤศจิกายน 2561 รวมถึงช่องทางหลักของการนำ bio-diversity มาใช้ในภาคสุขภาพ

#### **บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (แนว intervention ตอนท้าย)**

ประเทศไทยในนามของประเทศสมาชิกในภูมิภาคเอเชียใต้และตะวันออก ๑๑ ประเทศ ชื่นชมผลการทบทวนการดำเนินงานภายใต้ PIP Framework และความสำเร็จที่เกิดขึ้นจากความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง สนับสนุนการดำเนินงานของ PIP Framework เพื่อเป็นเครื่องมือในการเข้าถึง PIP Biological material และแบ่งปันผลประโยชน์อย่างเป็นธรรม รวมทั้งชื่นชมความสำเร็จของ Global Action Plan for Influenza Vaccine สำหรับการสนับสนุนการพัฒนาขีดความสามารถด้านการผลิตวัคซีนในประเทศกำลังพัฒนา

ประเทศสมาชิกในภูมิภาคเอเชียตะวันออก ๑๑ ประเทศ มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ดังนี้

๑. ขอให้ประเทศสมาชิกตระหนักว่า PIP Framework เป็น specialized international instrument ในการเข้าถึง PIP biological material และการแบ่งปันผลประโยชน์อย่างเป็นธรรม ทั้งนี้ ขอสนับสนุนการทำงานร่วมกันระหว่างฝ่ายเลขานุการของ WHO และ the Convention on Biological Diversity (CBD) เพื่อให้การดำเนินงานที่เกี่ยวข้องมีความสอดคล้องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

๒. สนับสนุนการปรึกษาหารือร่วมกันระหว่างประเทศสมาชิกและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง ในประเด็นการขยายกรอบการดำเนินงานของ PIP framework และข้อตกลงเรื่อง partnership contribution ให้ครอบคลุมทั้งเชื้อไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล และ genetic sequence data ซึ่งอาจจะทำให้ต้องเปลี่ยนแปลงคำนิยามของ Biological materials (PIP-BM) ใน article ๔ section ๔.๑ โดยการรับรองของประเทศสมาชิกในโอกาสต่อไป

๓. เสนอให้มีการสำรองวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ชนิดเข้มข้นไว้สำหรับแบ่งบรรจุกรณีมีการระบาด (stockpile) มากขึ้น เนื่องจากจำนวนที่มีในปัจจุบันยังไม่เพียงพอต่อความต้องการเพื่อรับมือกับการระบาดที่จะเกิดขึ้นในอนาคต รวมทั้งเสนอให้มีการสนับสนุนในด้านการผลิตวัคซีนในประเทศกำลังพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ประเทศสมาชิกเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ๑๑ ประเทศ สนับสนุน draft decision เรื่อง Review of Pandemic Influenza Preparedness Framework โดยประเทศไทยเสนอตัวเป็น co-sponsor ด้วย



### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับทราบเกี่ยวกับรายงานผลการทบทวนการดำเนินงานภายใต้ PIP Framework และรับรอง draft decision A70/A/CONF./8 Rev.1 เรื่อง Review of Pandemic Influenza Preparedness Framework

WHO จะทำงานร่วมกับ CBD อย่างต่อเนื่อง และรับในหลักการเกี่ยวกับการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อขยายการดำเนินงานของ PIP framework แต่ต้องพิจารณาด้านงบประมาณ

### ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข(ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

#### การทำงานในระดับประเทศ

- หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน PIP framework เช่น กรมควบคุมโรค กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ องค์การเภสัชกรรม นำ PIP framework เป็นแนวทางในการทำงานต่อไป รวมถึงวางแผนร่วมกันในการใช้ประโยชน์สูงสุดจาก PIP framework และ partnership contribution

#### การทำงานในระดับนานาชาติ

- การมีส่วนร่วมในการศึกษาเพื่อขยายขอบเขตการดำเนินงานของ PIP framework ให้ครอบคลุมทั้งเชื้อไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล และ genetic sequence data
- ติดตามความก้าวหน้าของ Global Action Plan on Influenza vaccine เพื่อเชื่อมโยงกับโครงการผลิตวัคซีนไข้หวัดใหญ่ขององค์การเภสัชกรรม
- ติดตามความก้าวหน้าการทำงานระหว่าง CBD secretariat และ องค์การอนามัยโลก

#### Intervention on agenda 12.5 Review of the Pandemic Influenza Preparedness Framework

Read by Dr. Roongnapa Khampang (25/May/2017)

Thank you, Chair,

Thailand makes this statement on behalf of eleven member states of South East Asia Region. We express appreciation to WHO PIP secretariat, the advisory group, the review group, member states, vaccine industries, laboratories and development partners in the significant progress of the PIP framework implementation.

We recognize the PIP framework, the first ever framework in mutual benefit sharing, had significantly improved the global health security, for example, to strengthen laboratory and communication networks, secure pandemic vaccines, establish the pandemic response fund and strengthen IHR core capacities.

We recognize the great contribution of Global Action Plan for Influenza Vaccines which increases influenza vaccine production capacities in developing countries.

To drive PIP framework to another wave of maturity; eleven Member States of South East Asia Region recommends the following

**First,** In the context of existing international agreements on access to pathogens and fair and equitable benefit sharing, in the interest of public health, we would like to see all public health communities recognize PIP framework as a specialized international

instrument. It would facilitate expeditious access to influenza viruses of human pandemic potential, risk analysis and the expeditious fair and equitable sharing of vaccines and other benefits. We fully support the consultation processes between WHO and CBD secretariat with the clear milestones and timeline.

**Second,** We support the further discussion to extend PIP framework to cover all PIP biological materials (PIP-BM) including the genetic sequencing data and other products for profit and commercial use of PIP-BM; our view is all these are generated from the PIP-BM and should be covered by the Framework. This may require the revision of the PIP framework article 4 section 4.1 with approval by the future World Health Assembly.

**Third,** Influenza vaccine security is a critical mechanism for adequate responses to pandemic in a timely manner. There are two measures in enhancing vaccine security.

- One, secure more pandemic vaccine virtual stockpiling thru SMTA2. The current 350 million doses is an initial achievement but this size is far below the global demand.
- Two, to continue strengthening vaccine manufacturing capacity in developing countries.

**Finally,** Thailand fully support the adoption of the Decision contained in Conference paper A70/A/CONF8/Rev.1

Thank you

### Agenda 13.1 Human resources for health and implementation of the outcomes of the United Nations' High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth

#### ผู้รับผิดชอบ

๑. ศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง แพทย์หญิงวณิษา ชื่นกองแก้ว มหาวิทยาลัยมหิดล
๒. นายแพทย์ทินกร โนรี สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๓. ดร. อรพรรณ โตสิงห์ สภาการพยาบาล
๔. แพทย์หญิงอรรธยา ลีวัฒนายิ่งยง สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ

#### สาระสำคัญของวาระ

- เลขาธิการสหประชาชาติเล็งเห็นความสำคัญต่อการจ้างงานด้านสุขภาพและการเติบโตทางเศรษฐกิจ จึงแต่งตั้ง คณะกรรมาธิการการจ้างงานในภาคสุขภาพและการเติบโตทางเศรษฐกิจขึ้น ในเดือนมีนาคม ๒๕๕๙ เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะระดับนโยบาย โดยมีข้อเสนอแนะ ๑๐ ข้อและจัดทำแผนปฏิบัติการ ๕ ปีเพื่อขับเคลื่อนข้อเสนอแนะดังกล่าว
- ข้อเสนอแนะ ๑๐ ข้อประกอบด้วย
  ๑. การสร้างงานในภาคสุขภาพ เพื่อให้มีบุคลากรที่มีทักษะงานที่ดี จำนวนเพียงพอและอยู่ในที่เหมาะสม
  ๒. การสร้างงานโดยให้ความสำคัญกับความเท่าเทียมทางเพศและสนับสนุนการจ้างงานในผู้หญิง

๓. การพัฒนาคนให้มีทักษะที่เหมาะสมในการให้บริการด้านสุขภาพที่ดีแก่ประชาชนและใช้ความสามารถของบุคลากรด้านสุขภาพได้อย่างเต็มศักยภาพ
๔. การบริการสุขภาพต้องมุ่งพัฒนาสู่งานปฐมภูมิและชุมชน และเน้นพื้นที่ที่เข้าถึงยาก
๕. ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมสำหรับการให้การศึกษาด้านสุขภาพ การบริการสุขภาพ และระบบข้อมูล
๖. การพัฒนาบุคลากรทางสุขภาพสำหรับภาวะฉุกเฉินที่เกี่ยวข้องกับภาคสุขภาพ รวมถึงการดูแลบุคลากรด้านสุขภาพให้ปลอดภัยระหว่างปฏิบัติหน้าที่
๗. การพัฒนาระบบการเงินและการคลังสุขภาพที่ยั่งยืนเพื่อสนับสนุนการพัฒนากำลังคนในภาคสุขภาพ
๘. ส่งเสริมการทำงานเป็นเครือข่ายในระดับโลกและระดับประเทศเพื่อสร้างความมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

๙. ลดผลกระทบของการเคลื่อนย้ายบุคลากรด้านสุขภาพและรักษาสิทธิที่บุคลากรพึงได้รับอย่างเท่าเทียม
๑๐. การวิจัยและพัฒนาาระบบข้อมูลเพื่อเป็นข้อมูลยุทธศาสตร์ในการพัฒนาและกำหนดนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพ

ระหว่างวันที่ ๑๔ ถึง ๑๕ ธันวาคม ๒๕๕๙ องค์การอนามัยโลก (WHO) (องค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (OECD) และองค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) ได้จัดประชุมระดับสูงและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยเข้าร่วมและให้คำมั่นที่จะขับเคลื่อนการดำเนินงานตามข้อแนะนำทั้ง ๑๐ ข้อ

- องค์การอนามัยโลก (WHO) องค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (OECD) และองค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) จึงจัดทำแผน ๕ ปี the five-year action plan on health employment and economic growth เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพอย่างยั่งยืน
- การประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งนี้ เพื่อรับรองแผนปฏิบัติการ ๕ ปี

#### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- ประเทศต่างๆ เห็นด้วยกับแผนปฏิบัติการ 5 ปี และยินดีขับเคลื่อนการดำเนินงานตามข้อแนะนำ ๑๐ ข้อของคณะกรรมการฯ
- กำลังคนด้านสุขภาพเป็นฟันเฟืองสำคัญในการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

#### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

- ประเทศไทยชื่นชมการทำงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดทำแผนปฏิบัติการ ๕ ปี ทั้งนี้กำลังคนด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญในการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน
- ประเทศไทยมีประเด็นสำคัญที่จะเสนอเพิ่มเติมดังนี้
  ๑. ผลลัพธ์การดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมมีความสำคัญอย่างยิ่ง จำเป็นต้องทำให้ชัดเจนการประชุมสมัชชาแห่งสหประชาชาติในเดือนกันยายน ๒๕๖๐ รวมถึงมีความจำเป็นต้องบูรณาการแผนงานหรือเครื่องมือสำคัญต่างๆ ด้านกำลังคนให้สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน เช่น global strategies on HRH: Workforce 2030 (WHA69.19) the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel adopted (WHA63.16) และ the WHO

2010 recommendations on Increasing access to health workers in remote and rural areas

ทั้งนี้ ประเทศไทยขอเสนอให้เพิ่ม rural retention rate ไว้ในตารางที่ ๓ deliverable 3

๒. ควรดึงภาคีอื่นๆ มาร่วมดำเนินงาน เช่น World Bank, UNESCO เป็นต้น

๓. ขอแก้ไขร่างข้อมติ โดยต้องการเพิ่มประเด็น Inter professional education และการอบรมที่ใช้ฐานของระบบสุขภาพ ใน OP 4 sub paragraph (1)(c)

“Operative paragraph 4, sub paragraph (1)(c), to add “including inter-professional education” after and training, and add “and health systems” before based settings. “

It would read:

- Catalyse the scale-up and transformation of professional, technical and vocational education and training, including inter-professional education, particularly training in community- and health systems-based settings.
- และเพิ่มเติม operative para ใหม่ เพื่อให้ความสำคัญของการติดตามประเมินผล โดยใช้ national health workforce account และสร้างความมั่นใจให้มีบุคลากรจำนวนเพียงพอและมีการกระจายที่เหมาะสม

(4)Bis to accelerate monitoring progress of health workforce with the application of national health workforce account and ensure appropriate number, competency and equitable distribution;

#### สรุปผลลัพธ์ของวาระ:

ที่ประชุมมีมติรับรอง แผนปฏิบัติการ ๕ ปี และรับรองร่างข้อมติ

#### ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม(น ๗ ที่เกี่ยวข้องกอง หรือหน่วยงานอื่น/ การทำงานในระดับประเทศ

๑. วางแผนยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ 20 ปี เข้ากับยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศ ปี20 จากภาคผู้ผลิตและผู้ใช้ที่สอดคล้องกัน
๒. สนับสนุนงบประมาณเพื่อเพิ่มการจ้างงานบุคลากรทางสุขภาพ โดยเฉพาะในถิ่นทุรกันดาร
๓. สนับสนุนความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงาน และกระทรวงการคลัง ภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคเอกชนและภาคประชาชน เพื่อพัฒนา กำลังคนด้านสุขภาพและยกฐานะทางเศรษฐกิจของประเทศ
๔. พัฒนาศักยภาพและสมรรถนะทีมบุคลากรสุขภาพสหสาขาวิชาชีพ เน้นการเรียนรู้ที่ใช้ชุมชนและระบบสุขภาพเป็นฐานการเรียนรู้ ตอบสนองต่อนโยบาย Primary Care Cluster

#### การทำงานในระดับนานาชาติ

ขับเคลื่อนกระบวนการเรียนรู้ ร่วมกันเพื่อเชื่อมโยงระบบการ พัฒนากำลังคนสุขภาพของประเทศและภูมิภาค กับองค์กรระหว่างประเทศ

### Intervention on agenda 13.1 Human resources for health and implementation of the outcomes of the United Nations' High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth

Delivered by Professor Wanicha Chuenkongkaew Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University, SG, National Health Professional Reform Foundation  
Chair,

Thailand commends the Secretariat for the draft Five-year action plan for Health Employment and Inclusive Economic Growth jointly worked by ILO, OECD, and WHO through extensive consultations.

The five work streams in the proposed action plan enhances synergies with a) HEEG recommendation in particular immediate actions, b) WHO's global strategy on HRH 2030 and c) strengthening nursing and midwifery thematic area.

As health care providers are the cutting edge in achieving SDGs 3, 4, 5 and 8; therefore strengthening health workforce through this action plans is critical.

Thailand reiterates our concern that a few important components on the draft that must be taken seriously by WHA, for example,

Firstly, the clearly defined deliverables, key indicators and timeline of implementation should be set out in Table 3 immediately before the UNGA in September 2017, it should not be delayed until the annual operational plan.

There is a need to harmonize and synergize the action plan with existing commitments; such as the specific milestones in global strategies on HRH: Workforce 2030 as adopted by WHA69.19, the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel adopted by WHA63.16, and the WHO 2010 recommendations on Increasing access to health workers in remote and rural areas. We urge that rural retention rate should be crucially added in Table 3 on deliverable 3.

Secondly, the commission's recommendation is one of global health contributions by the Foreign Policy and Global Health group. WHO should involve more key partners such as World Bank, UNESCO, in addition to Ministries of labour; and finance

Thirdly, my delegation requests the secretariat to amend the draft resolution as followed:

Operative paragraph 4, sub paragraph (1)(c), to add "including inter-professional education" after and training, and add "and health systems" before based settings.

It would read:

Catalyse the scale-up and transformation of professional, technical and vocational education and training, including inter-professional education, particularly training in community- and health systems-based settings.

Operative paragraph 4, to insert new subparagraph (4) Bis to read --

(4)Bis to accelerate monitoring progress of health workforce with the application of national health workforce account and ensure appropriate number, competency and equitable distribution;

Importantly, Member States have to translate this Five-year action plan into effective implementation for good outcomes.

Thank you, Chair

## Agenda 13.2 Principle on the donation and management of blood, blood components and other medical products of human origin

### ผู้รับผิดชอบ

๑. นายแพทย์คณิตสรณ์ สัมฤทธิ์เดชขจร สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๒. ดร. อธิพร สติธอังกูล สำนักการพยาบาล

### สาระสำคัญของวาระ

#### ความเป็นมา

สมัชชาสุขภาพโลกได้พัฒนาหลักการทางจริยธรรมและการอภิบาลในการบริจาคและบริหารจัดการผลิตภัณฑ์จากมนุษย์เพื่อใช้ในทางการแพทย์เรื่อยมาตั้งแต่ปี 1975 (WHA28.72 (1975), Utilization and supply of human blood and blood products; WHA58.13 (2005), Blood safety: proposal to establish World Blood Donor Day; WHA63.12 (2010), Availability, safety and quality of blood products; และ WHA63.22 (2010) Human organ and tissue transplantation ซึ่งได้ผ่านมติ WHO Guiding Principles on Human Cell, Tissue and Organ Transplantation)

แต่แนวทางเหล่านี้ค่อนข้างแยกส่วนและมุ่งเน้นบางผลิตภัณฑ์จากมนุษย์ ขณะที่ความต้องการและวิทยาการใหม่ๆ ในการนำผลิตภัณฑ์จากมนุษย์มาใช้ทดลองและบำบัดรักษาทางคลินิกมีเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

ในการประชุม EB136 จึงมีข้อเสนอให้องค์การอนามัยโลกสนับสนุนการพัฒนาหลักการที่ได้รับฉันทมติจากทุกภาคส่วนในการบริจาคและบริหารจัดการผลิตภัณฑ์จากมนุษย์ สำหรับนำเสนอสมัชชาสุขภาพโลกสมัยที่ 70 เพื่อพิจารณา

#### กระบวนการ

องค์การอนามัยโลกยกร่างหลักการโดยอิงจากแนวทางที่เคยจัดทำก่อนหน้านี้ แล้วจัดกระบวนการรับฟังความคิดเห็นผ่านเว็บไซต์ขององค์การอนามัยโลกระหว่างวันที่ ๒๒ กันยายน - ๑๕ ตุลาคม ๒๕๕๙ ผู้เข้าร่วมมีมากกว่า ๔๐๐ คนจาก ๖ ภูมิภาคขององค์การอนามัยโลก ประกอบด้วยภาคส่วนกระทรวงสาธารณสุข ผู้ให้บริการ หน่วยงานนอกภาครัฐ นักวิชาการและนักวิทยาศาสตร์ ประชาสังคม องค์กรและเครือข่ายวิชาชีพ ผู้เข้าร่วมมีส่วนเกี่ยวข้องไม่ทางใดก็ทางหนึ่งในเรื่องโลหิต อวัยวะ เนื้อเยื่อ เซลล์สืบพันธุ์ และชีวจริยธรรม

ทั้ง ๑๐ หลักการได้รับคะแนนยอมรับสูงมาก (86.4% - 98.4%) หลักการที่ได้รับการยอมรับไม่ถึง 90% คือ หลักการที่สาม (86.4%) ที่เสนอให้การให้ใช้ผลิตภัณฑ์จากมนุษย์กระทำเฉพาะในกรณีที่มีประสิทธิภาพในการรักษาได้รับการพิสูจน์แล้วเท่านั้น เพราะเห็นว่าผลิตภัณฑ์ฯ ควรใช้ในการวิจัยได้ และความคุ้มครองควรเป็นปัจจัยสำคัญไม่แพ้ประสิทธิภาพของการรักษาในการพิจารณานำผลิตภัณฑ์ฯ มาใช้ทางคลินิก; และหลักการที่ห้า (89.6%) ที่เสนอเรื่องความเป็นกลางทางการเงิน (กล่าวคือ ไม่ให้ค่าชดเชยมากหรือน้อยกว่าที่ควรได้) เพราะ

เห็นว่าบางผลิตภัณฑ์ อาทิ plasma derivatives ผู้บริจาคต้องบริจาคอยู่เนืองครั้ง จึงควรมีการให้ค่าชดเชย การเสียโอกาสในการทำมาหาเลี้ยงชีพ เป็นต้น แต่ฝ่ายเลขานุการชี้แจงว่าการชดเชยกับการให้ค่าตอบแทนมีความแตกต่างกัน และขอให้คงเงื่อนไขความเป็นกลางทางการเงินไว้

#### สารัตถะ

- ๑ รัฐมีหน้าที่หลักในระบบอภิปาลเพื่อดำรงประสิทธิภาพ ความปลอดภัย และจริยธรรมในการใช้ผลิตภัณฑ์ฯ ภายในพรมแดนประเทศและข้ามพรมแดนประเทศ
- ๒ ความเท่าเทียมของผู้บริจาคในการมีสิทธิที่จะบริจาคเพื่อให้อุปทานมีเพียงพอสนองอุปสงค์โดยไม่เกิดผลร้ายต่อผู้บริจาค ควรได้รับการสนับสนุน
- ๓ นอกเหนือการวิจัยเพื่อความก้าวหน้าทางการรักษาแล้ว การนำผลิตภัณฑ์ฯ มาใช้จะต้องได้รับการพิสูจน์ประสิทธิผลและได้รับการพิจารณาแล้วว่าไม่มีแนวทางการรักษาอื่นที่ดีกว่าหรือปลอดภัยกว่า
- ๔ ผู้บริจาคต้องได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนและให้คำยินยอมที่จะบริจาค
- ๕ นโยบายจ่ายค่าชดเชยแก่ผู้บริจาคควรใช้หลักความเป็นกลางทางการเงิน (financial neutrality) คือ การจ่ายค่าชดเชยอย่างเหมาะสม ไม่ให้ผู้บริจาคเสียประโยชน์จากการสละเวลามาบริจาค (เช่น ค่าเดินทางหรือรายได้ที่ต้องสูญเสียจากการมาบริจาค) และไม่ให้ได้ประโยชน์เกินความเหมาะสมจากการบริจาค
- ๖ ผู้บริจาคหรือผู้ที่คาดว่าจะบริจาคต้องได้รับการปกป้องสูงสุดจากความเสียหายทางกายและจิต ตั้งแต่การเตรียมตัวเพื่อบริจาคจนถึงสุขภาพระยะยาวหลังบริจาค
- ๗ ผู้รับบริจาคควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ฯ ที่ไม่มีการเผยแพร่ลักษณะของผู้บริจาค
- ๘ การเข้าถึงผลิตภัณฑ์ฯ ของผู้รับบริจาคอย่างเท่าเทียมควรได้รับการสนับสนุน
- ๙ กระบวนการได้มาและใช้ผลิตภัณฑ์ต้องโปร่งใส เปิดเผย ติดตาม และตรวจสอบได้
- ๑๐ ระบบการจัดการและจัดส่งผลิตภัณฑ์ฯ ต้องโปร่งใสและเปิดเผย

#### **บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ**

- เห็นด้วยกับหลักการที่ครอบคลุมปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วและอาจเกิดขึ้นในอนาคต ทั้งในส่วนของผู้บริจาค ผู้รับบริจาค ผู้กำกับและตรวจสอบ และผู้ให้บริการ และทันตสถานการณ์ปัจจุบันที่ประสบปัญหาเรื่องอุปสงค์มากกว่าอุปทานและ transplant tourism
- เสนอให้ยกประเด็นนี้เป็นวาระชาติ สร้างกลไกระดับชาติและกรอบกฎหมายที่สอดคล้องกับบริบทของประเทศ และจัดตั้ง global regulatory commission ในการ track และ trace global flow
- เสนอให้จัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางปฏิบัติของประเทศต่างๆ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในประเทศของตน โดยพิจารณาแยกรายผลิตภัณฑ์

#### **บทบาทและท่าทีของประเทศไทย**

- ชื่นชมทีมเลขานุการในการเตรียมงานวิชาการนี้
- สนับสนุนหลักการที่ครอบคลุม บูรณาการ และทันสมัยต่อสถานการณ์ปัจจุบันที่อุปสงค์มากกว่าอุปทาน วิทยาการทางการแพทย์ก้าวกระโดดไม่หยุดยั้ง และการขาดแคลนบุคลากรและผู้ประสานในการจัดหาที่มีทักษะ
- เห็นด้วยว่าผลิตภัณฑ์จากมนุษย์มีความหลากหลาย แนวทางปฏิบัติสำหรับแต่ละผลิตภัณฑ์จึงไม่เหมือนกัน
- เห็นด้วยในขณะเดียวกันว่าการผนวกการบริหารจัดการของผลิตภัณฑ์มนุษย์ที่หลากหลายเหล่านี้ภายในประเทศ น่าจะก่อให้เกิดประโยชน์และประสิทธิภาพมากกว่า ทั้งนี้เพราะไทยเชื่อว่าระบบอภิปาลตามที่เสนอในหลักการที่ 1 คือ ญุ่จสำคัญในความสำเร็จของการแปลงหลักการทั้ง 10 สู่การปฏิบัติ

- แต่การอภิบาลอาจมีความยากลำบาก เนื่องจากคำพิงผลิตภัณฑ์หนึ่งๆ นั้นมีหลายหน่วยงานทั้งรัฐและเอกชนเข้ามาเกี่ยวข้อง
- ไทยจึงเสนอการจัดตั้งกลไกประสานระดับชาติ ซึ่งอาจเป็นกลไกใหม่หรือฝังอยู่ในองค์กรที่มีอยู่แล้ว เพื่อวางหลักเกณฑ์ มาตรการ และเครื่องมือ ในการตรวจสอบคุณภาพของผลิตภัณฑ์ และเพื่อความปลอดภัย การติดตามอย่างต่อเนื่องจนวาระสุดท้าย และความเสมอภาค ของผู้บริจาคและผู้รับบริจาค ทั้งภายในและข้ามเขตแดนประเทศ

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ทีมเลขานุการจัดกระบวนการเพื่อให้ได้มาซึ่งหลักการทั้ง 10 ข้อนี้ได้ดี ทุกหลักการได้รับคะแนนยอมรับจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในระดับที่สูงมาก ทำให้ได้หลักการที่ครอบคลุม สามารถนำมาประยุกต์ใช้ต่อสถานการณ์ปัจจุบันและอนาคตได้ ขั้นตอนถัดไปคือการจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อแปลงหลักการสู่แนวปฏิบัติสำหรับผลิตภัณฑ์ต่างๆ

### ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

#### การทำงานในระดับประเทศ

ศูนย์ปลูกถ่ายอวัยวะภายใต้สภากาชาดไทยรับทราบถึงหลักการทั้ง ๑๐ ข้อนี้ก่อนแล้ว และได้พยายามปรับปรุงกระบวนการเพื่อให้รองรับหลักการเหล่านี้ โดยแม้ไม่มีมาตรการทางกฎหมายที่จะรองรับหลักการทั้ง ๑๐ แต่การจัดตั้งคณะกรรมการอภีบาลที่มาจากทุกภาคส่วน ซึ่งอยู่ภายใต้ศูนย์ปลูกถ่าย ซึ่งได้รับมอบหมายให้เป็น national focal point ตั้งที่กระทำอยู่นั้น ได้ผลค่อนข้างดีและมีความยืดหยุ่นกว่าการออกมาตรการทางกฎหมายที่อาจก้าว/ปรับตามไม่ทันเทคโนโลยีและแนวปฏิบัติ ทั้งที่ผิดและไม่ผิดจริยธรรมในอนาคต แต่การแยกส่วนการทำงานระหว่างศูนย์ปลูกถ่ายอวัยวะและศูนย์บริจาคโลหิต (และองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์อื่นในอนาคต) ยังมีอยู่ จึงควรเสนอให้มีการผนวกระบบอภีบาลขององค์กรเหล่านี้ภายใต้กลไกอภีบาลเดียวกัน โดยอาจตั้งต้นจากกลไกที่มีอยู่แล้วของศูนย์ปลูกถ่ายอวัยวะ แล้วขยายต่อไปยังผลิตภัณฑ์อื่นๆ

#### การทำงานในระดับนานาชาติ

การดำเนินการของศูนย์ปลูกถ่ายอวัยวะภายใต้สภากาชาด (กลไกอภีบาล การบริหารจัดการ และรางวัลที่ได้รับจาก transplant society) ถือเป็นตัวอย่างที่ดีและน่าภาคภูมิใจที่ควรนำเสนอในวารสารวิชาการ และเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้นานาชาติ

#### **Intervention on Agenda 13.2 Principle on the donation and management of blood, blood components and other medical products of human origin**

Delivered by Dr Kanitsorn Sumriddetchkajorn, Thailand May 26, 2017

Thank you, Madame Chair.

Thailand appreciates the contribution of the Secretariat to the production of this integrative framework of principles on the donation and management of medical products of human origin.



Thailand welcomes this all-encompassing guidance that addresses both actual and potential concerns on the donor side, the recipient side, the regulatory-agency side, and the caring-profession side. The guidance could hardly be more timely when supply nowadays cannot keep pace with demand and the progress in the field of medicine keeps advancing to new heights.

The limited supply of human products and the limited capacities and resources to provide services have always been a constant concern. These shortages may lead to trans-national movement of products, donors and recipients which could potentially lead to hazards associated with transplant tourism.

We agree with paragraph 13 that different types of product may require different operational and regulatory systems.

But we also agree with paragraph 14 that consolidation of regulatory oversight and various national services might be more beneficial and efficient than leaving them scattered and fragmented.

That is because we found that governance mechanism, as enshrined in Principle One, is key to the effective implementation of these ten principles. But governance can pose a big challenge when, even for one type of human product alone, many entities are involved.

In light of this implementation challenge, Thailand believes that a national coordinating mechanism, either newly created or embedded in an already existing entity, might be considered. This mechanism will be responsible for designing criteria, regulatory measures and instruments that will ensure the quality of all types of product as well as the safety, traceability, and equity of both donors and recipients, both within and across national borders.

Thank you

### Agenda 13.3 Addressing the global shortage of, and access to, medicines and vaccines

ผู้รับผิดชอบ

๑. เกษัชกรหญิงสมฤทัย สุพรรณกุล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๒. ดร. เกษัชกรหญิงนิธิมา สุ่มประดิษฐ์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
๓. แพทย์หญิงอรรธยา ลีมวัฒนายิ่งยง สำนักงานสาธารณสุขระหว่างประเทศ

#### สาระสำคัญของวาระ

- กรณี การเข้าถึงยาจำเป็นที่มีคุณภาพ ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ ภายใต้ราคาที่เข้าถึงได้ ตามรายงานของ EB ๑๔๐/๒๙ ที่ประชุมสรุปว่าการเข้าถึงยาจำเป็นถือเป็นวาระสำคัญของระบบสาธารณสุข และมีการทบทวนความก้าวหน้าในการดำเนินงานของแต่ละประเทศสมาชิก ที่นำ WHA๖๗.๒๒ (๒๐๑๔) เรื่อง การเข้าถึงยาจำเป็น มาใช้ ซึ่งเน้นให้ประเทศสมาชิกเห็นความสำคัญของการมีนโยบายแห่งชาติด้านยา กลไก

การเข้าถึงยาจำเป็นที่เป็นเป้าหมายที่สำคัญของการพัฒนาระบบสาธารณสุขให้ยั่งยืนตามเป้าหมายในปี พ.ศ. ๒๕๗๓ อีกด้วย ในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ UNSG HL panel มีการทบทวนและสรุปสิ่งที่เกี่ยวข้องระหว่าง กฎหมายระหว่างประเทศเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชน กฎหมายทรัพย์สินทางปัญญา กฎหมายการค้าระหว่างประเทศ ที่ส่งผลกระทบต่อเข้าถึงยาจำเป็นของผู้ป่วย และขอให้ WHO มีส่วนร่วมในการพิจารณาผลกระทบของปัจจัยดังกล่าวและดำเนินการร่วมกันกับ UNCTAD WITO และ WTO อย่างใกล้ชิด นอกจากนี้กระบวนการเข้าถึงยา ต้องส่งเสริมให้มีการผลิตยาในระดับภูมิภาคหรือประเทศ มีระบบการประกันคุณภาพการผลิตยาที่ดีมีประสิทธิภาพและมีแนวทางการผลิตที่มีมาตรฐาน การคัดเลือกรายการยาจำเป็นที่โปร่งใสครอบคลุมประชากรหรือโรคกลุ่มเสี่ยง การกำหนดราคา ยา ราคาขดเซยที่เหมาะสม ระบบการจัดหายาและแหล่งวัตถุดิบที่มีประสิทธิภาพ เพียงพอ นโยบายการสนับสนุนให้มีการสั่งใช้ยาอย่างเหมาะสม และระบบการกำกับติดตามปัญหาเรื่องยาที่มีประสิทธิภาพ เป็นต้น

- กรณีของ Drug shortage อ้างถึง WHA๖๙.๒๕ (๒๐๑๔) มีการระบุคำนิยามของอุปสงค์และอุปทานที่ชัดเจน WHO จัดทำ ร่าง Technical Definitions of Shortages and Stock outs of Medicines and Vaccines แล้ว อยู่ระหว่างการพิจารณาผลกระทบเมื่อมีการนำไปใช้ในประเทศที่มีบริบทที่แตกต่างกันและการทำความเข้าใจในรายละเอียด กับประเทศสมาชิก

#### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่น

- เสนอให้มีการบริหารจัดการยาที่มีคุณภาพและระบบการกระจายยาที่เหมาะสมโดยเฉพาะ วัคซีน ยาแม่แรง (โดยเฉพาะยาแม่แรงสำหรับเด็ก) ยาต้านไวรัส ยารักษาวัณโรค ยาจำเป็นสำหรับเด็ก ยารักษาความดันโลหิต และโรคทางหลอดเลือดหัวใจ ยารักษาโรคเบาหวาน ยาแก้ปวด ยาชีววัตถุ ยาช่วยชีวิตและยาที่รักษาโรคกลุ่ม neglected Tropical disease
- มีเครือข่ายระหว่างประเทศในการสนับสนุนข้อมูลด้านยาระหว่างกันและเรียนรู้ไปด้วยกัน ทั้งข้อมูลการจัดหา คุณภาพยา ราคา การศึกษาวิจัยด้านยา เป็นต้น
- รัฐบาลควรเป็นผู้สนับสนุนการศึกษารายละเอียดและพัฒนาแนวทางใหม่ เพื่อลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับราคาของยาใหม่หรือการค้ำกำไรที่อาจมีผลกระทบต่อเข้าถึงยาของผู้ป่วย
- WHO WTO และ องค์การระหว่างประเทศ ควรเข้ามามีส่วนในการควบคุมเรื่องราคาอย่างใกล้ชิดและเข้มงวดมากขึ้น
- อินเดีย สหรัฐอเมริกา โคลัมเบีย แคนาดา สนับสนุนให้มีการเสนอวาระเรื่องการเข้าถึงยาเป็นวาระประจำของ WHA และ เสนอเข้าเป็นวาระใน EB142 ครั้งต่อไป

#### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

- สนับสนุน Regional one voice ที่จัดทำโดยบังคลาเทศ และเสนอให้มีระบบการดักจับปัญหาเรื่องยาขาด (ทั้งชนิดและสาเหตุของการขาดยา) และการตอบสนองแก้ไขปัญหารวมทั้งแนวทางการป้องกันและลดปัญหาเกิดขึ้น โดยต้องเป็นระบบที่เอื้อต่อการดำเนินงานของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น กลุ่มผู้จัดหายา กลุ่มผู้ขาย กลุ่มผู้ผลิตยาและกลุ่มผู้ควบคุมกำกับติดตาม
- เสนอให้ประเทศสมาชิกส่งเสริมการมีธรรมาภิบาลในระบบยาทั้งระบบ และสนับสนุนให้มีกลไกที่จะบริหารจัดการกับราคาที่ไม่สามารถจัดการได้ เช่น การควบคุมราคา การเจรจาต่อรองราคา การจัดหาารวม การสนับสนุนการผลิตภายในประเทศหรือภูมิภาค และเสนอให้ WHO ดำเนินงานเรื่องนี้อย่างต่อเนื่องเพื่อสนับสนุนให้เข้าถึงยา

### สรุปผลของวาระ

- ประเทศสมาชิกมีความเห็นตรงกันให้ WHO เพิ่มความสนใจในการบริหารจัดการยาและวัคซีนทั้งระบบ (การจัดการแหล่งผลิต การส่งเสริมการผลิตยาที่มีคุณภาพในประเทศหรือภูมิภาค การวางแผนการจัดหา การควบคุมราคาที่เหมาะสมมีหลักฐานเชิงประจักษ์ และการกระจายยาที่มีคุณภาพ) โดยเน้นยากลับ วัคซีน ยา รักษาวัณโรค ยาต้านไวรัส ยากลุ่มชีววัตถุ ยาเบาหวาน ยาแก้ปวดและยาช่วยชีวิตรวมทั้งยาที่รักษาโรคกลุ่ม neglected Tropical disease
- สนับสนุนให้ มีการพิจารณาเรื่องการเข้าถึงยา ในการประชุมของ Executive Board ครั้งที่ 142

#### Intervention on agenda 13.3 Addressing the global shortage of, and access to, medicines and vaccines

Read by MS Somruethai Supungul

Thank you, chair Thailand aligns itself with the regional statement made by Bangladesh. We also appreciate WHO secretariat for this comprehensive report. For reducing medicines shortage and better access to medicines and health technologies, we have important issues to be addressed...

First, we strongly support to strengthen the mechanism for early detection of medicines shortage and its causes and develop the strategies to prevent and mitigate the shortage. Moreover systems to monitor shortage and responses should engage all relevant stakeholders such as providers, purchasers, manufacturers and regulatory authorities. We find that supply side shortage is more common among the oligo- and mono-poly products as well as certain “orphan drugs”

Second, we encourage all Member States to establish good governance in pharmaceutical management systems which is one of the most significant components for reducing shortage of medicines and improve access to quality medicines by the population. In addition, other interventions to tackle unaffordable price shall be developed, for example, price control and negotiation, central negotiation and/or procurement, bulk purchasing, strengthening local manufacturing capacities and support technology transfers. Thailand experiences had demonstrated that strategic purchasing by insurance fund had significantly brought down the price of certain high-cost monopoly medicines and other medical products given assured quality.

Finally, we express our sincere appreciation to the United Nations and development partners in addressing policy incoherencies between international human rights, trade, intellectual property rights and public health objectives.

Specifically, Thailand suggests WHO to continue this program of work which ensures access to essential medicines; as SDG 3.8 calls for, *inter alia* improved access to safe, effective, quality and affordable essential medicines for all.

Thank you



สมาชิกกลุ่ม Non-state members ๒ หน่วยงาน (MPP, WFPHA) สนับสนุนรายงาน ในขณะที่ ๓ หน่วยงาน (KEI, Health Action International, MSF) ได้แสดงข้อกังวลในประเด็นต่างๆ ดังนี้ (๑) เห็นว่าการประเมินที่ผ่านมายังไม่มีความเข้มแข็งในแง่การวิเคราะห์ประเด็น เช่น การให้ความสำคัญเฉพาะผลิตภัณฑ์ที่มีปัญหาความล้มเหลวของตลาด แต่ไม่ได้พิจารณาเชื่อมโยงกับการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ ซึ่งบางผลิตภัณฑ์ไม่มีปัญหาความล้มเหลวของตลาด แต่ก็พบว่ายังมีปัญหาการเข้าถึง (๒) WHO ควรมองภาพรวมทั้งระบบ และควรขอความร่วมมือจากประเทศรายได้สูงให้มีการสนับสนุนประเทศที่มีรายได้น้อยมากขึ้นเพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาต่างๆ (๓) รายงานการประเมิน GSPOA ยังละเลยความเชื่อมโยงของนวัตกรรมและการเข้าถึงยา (๔) รายงานและข้อเสนอแนะในเรื่อง R&D ยังไม่ชัดเจน (๕) รายงานนี้ต่อย้ำประเด็นปัญหาการเข้าถึงยา ซึ่งเห็นได้ชัดว่าปัญหาไม่ได้มาจากการไม่มีนวัตกรรม หรือความขาดแคลนด้านวิทยาศาสตร์ แต่เป็นเรื่องการบริหารนโยบาย

### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยรับรองรายงานการประเมิน จากการพิจารณารายงานดังกล่าวจึงมีข้อกังวลว่าการดำเนินงานที่ผ่านมา มีความก้าวหน้าของการดำเนินงานที่แตกต่างกันระหว่างประเทศที่มีระดับเศรษฐฐานะต่างๆ และระหว่างการค้าดำเนินงานทั้ง ๘ ด้าน นอกจากนี้ยังได้นำเสนอข้อมูลที่แสดงให้เห็นว่าการดำเนินงานของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เป็นภูมิภาคเดียวที่มีการประเมินการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ของภูมิภาค

อย่างไรก็ตามประเทศไทยมีข้อกังวลเรื่องการจัดสรรงบประมาณในการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะของ Overall programme review ซึ่งฝ่ายเลขานุการฯ ต้องพัฒนาแนวทางในการจัดสรรงบประมาณ รวมถึงพิจารณาแหล่งทุนที่เป็นไปได้ในการสนับสนุนการนำข้อเสนอแนะ ไปสู่การปฏิบัติ โดยให้มาเสนอต่อคณะกรรมการบริหารในเดือนมกราคม ค.ศ.๒๐๑๘ ซึ่งการวางแผนงบประมาณดังกล่าวต้องขึ้นอยู่กับผลการทบทวน ซึ่งจะแสดงให้เห็นขนาดของงานที่ต้องดำเนินการในขั้นต่อไป ถึงแม้งบประมาณในการดำเนินงานตาม GSPOA ได้ถูกกำหนดในปีงบประมาณ ๒๐๑๘-๒๐๑๙ แล้ว ในหมวด ๔.๓ ‘Access to medicines and other health technologies, and strengthening regulatory capacity’ แต่หมวดดังกล่าวประกอบด้วยกิจกรรมที่หลากหลายจนอาจส่งผลกระทบต่อการจัดสรรงบประมาณให้ GSPOA ดังนั้นประเทศไทยจึงขอให้ฝ่ายเลขานุการฯ ให้ความสำคัญกับเรื่อง GSPOA โดยเตรียมงบประมาณและมีแผนการทางงบประมาณสำรองเพื่อใช้ในการดำเนินงาน

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ฝ่ายเลขานุการฯ สรุปประเด็น และตอบข้อกังวลต่างๆ รวมถึงข้อเสนอแนะที่ได้ ดังนี้ (๑) ประเทศสมาชิกรับรองรายงานการประเมิน (๒) ฝ่ายเลขานุการฯ รับทราบความก้าวหน้าการดำเนินงานตาม GSPOA ของประเทศสมาชิก (๓) ฝ่ายเลขานุการฯ จะนำข้อเสนอแนะที่มีต่อการทำ Overall programme review ส่งต่อให้คณะผู้ทบทวนทั้ง ๑๘ ท่านต่อไป

Intervention on agenda 13.4 Evaluation and review of the global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property

Read by Dr. Jomkwan Yothasamut

Thank you, Chair.

Thailand notes the report of comprehensive evaluation of the GSPOA which contains useful recommendations specifically for each of the eight elements. The recommendations by the evaluation would guide the work of the forthcoming overall programme review to be conducted by 18 independent experts who will make further recommendation on the way forwards for GSPOA.

Thailand noted with concerns of the uneven progress of the implementation of the plan of action across low, middle and high-income countries, and across the eight elements. WHO's support on learning and sharing across member states within the Region had proven effective in driving the implementation of the GSPOA. Thailand commends the contribution by WHO South East Asia Regional Office, which is the only region where Member States had decided to conduct self-assessment. The results of self assessment are not only useful inputs to guide implementation, but also fosters country ownership of the GSPOA.

Thailand registers our concern over the budget plan and allocation following up with the EB140(8), among others, it requests the Secretariat to develop an indicative funding requirements and possible sources of the implementation costs of the recommendations of the programme review, which has yet to be reviewed by January 2018 Executive Board. However, the budget for implementing GSPOA has to compete with other program activities under Category 4.3 on the 'Access to medicines and other health technologies, and strengthening regulatory capacity'. In view of the important role of GSPOA in contributing to SDG 3b, Thailand requests the Secretariat to expedite its efforts, safeguard budget and mobilize additional resources for this agenda.

Thank you, Chair.

### Agenda 13.5 Follow-up of the report of the Consultative Expert Working Group on Research and Development: Financing and Coordination

#### ผู้รับผิดชอบ

๑. ดร. ทันทแพทย์หญิงวิรศา พานิชเกรียงไกร สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๒. ดร. จอมขวัญ โยธาสมุทร โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

#### สาระสำคัญของวาระ

รายงานฉบับนี้ได้มีการปรับเปลี่ยนเนื้อหาหลังจากการประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก สมัยที่ ๑๔๐ ในเดือนมกราคม พ.ศ.๒๕๖๐

วาระนี้เป็นวาระเกี่ยวกับการดำเนินงานตามมติการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๖๙ ที่ระบุให้ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกดำเนินงานตามแผนตามมติสมัชชาอนามัยโลก (WHA66.22) ดังนี้

- การจัดทำ Global Observatory on Health Research and Development
- การปฏิบัติตามแผน strategic workplan

- การจัดตั้ง คณะผู้เชี่ยวชาญการวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ (Expert Committee on Health Research and Development) เพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดลำดับความสำคัญของการวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ
- การประเมินความเป็นไปได้ในการจัดตั้งกองทุนร่วมสมัครใจ (voluntary pooled fund) เพื่อสนับสนุนการทำวิจัย โรค Type III และ Type II และการทำวิจัยโรค Type I ในประเทศกำลังพัฒนา

นอกจากนี้มติ WHA69.23 ยังระบุให้ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกจัดทำเอกสาร ๒ ฉบับ ได้แก่ ๑) ขอบเขตการทำงานและงบประมาณของ Global Observatory on Health Research and Development ๒) proposal ของการใช้กองทุนร่วมสมัครใจ ที่ครอบคลุมเป้าหมายและแผนปฏิบัติการ เพื่อนำมาพิจารณาในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๗๐ ผ่านการประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลกสมัยที่ ๑๔๐ ทั้งนี้มติ WHA69.23 ยังระบุให้ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกจัดทำขอบเขตการทำงานสำหรับคณะผู้เชี่ยวชาญการวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ ซึ่งผ่านการพิจารณาจากที่ประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลกสมัยที่ ๑๔๐แล้ว

การจัดตั้ง Global Observatory on Health Research and Development มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการติดตามประเมินผลและวิเคราะห์ความต้องการของประเทศกำลังพัฒนาในการทำวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ บทบาทของ Global Observatory on Health Research and Development คือ เป็นแหล่งรวบรวมข้อมูลที่เป็นในการจัดลำดับความสำคัญของการวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ โดยผลการวิเคราะห์ดังกล่าวจะถูกนำไปใช้โดยคณะผู้เชี่ยวชาญการวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ เพื่อจัดทำข้อเสนอประเด็นวิจัยที่สำคัญ และคณะทำงาน (Scientific working group) จะเป็นผู้ดำเนินการตามข้อเสนอต่อไปนอกจากนี้ ยังมีข้อเสนอเพิ่มจากที่ประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลกสมัยที่ ๑๔๐ ให้เพิ่มข้อมูลต่างๆ อาทิ เช่น ข้อมูลตัวชี้วัดสำหรับการติดตามประเมินผล การวิเคราะห์ข้อมูลการทำวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพจำแนกตามรายโรค เป็นต้น

จากการประมาณการงบประมาณสำหรับการทำวิจัยโครงการนำร่องและ Global Observatory ในช่วงพ.ศ. ๒๕๕๗-๒๕๖๐ พบว่า ต้องการงบประมาณทั้งหมด ๘๕ ล้านดอลลาร์สหรัฐ แต่มีประเทศที่สมัครใจสนับสนุนงบประมาณเพียง ๑๕ ล้านดอลลาร์สหรัฐ จึงขาดงบประมาณในการดำเนินงานอีก ๗๐.๕๙ ล้านดอลลาร์สหรัฐ ดังนั้นฝ่ายเลขาจึงต้องเร่งดำเนินการเพื่อระดมทุนให้มากขึ้น อาทิ การจัดประชุมระดับสูงเพื่อกระตุ้นการลงทุนสำหรับการทำวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ

#### ขอบเขตการทำงานและงบประมาณของ Global Observatory on Health Research and Development

เป้าหมายของ Global Observatory on Health Research and Development คือ เป็นฐานข้อมูลในการติดตามประเมินผลและวิเคราะห์ความต้องการของประเทศกำลังพัฒนาในการทำวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ มีขอบเขตการทำงานและภารกิจดังนี้

๑. วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลการทำวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพสำหรับโรคเฉพาะ เช่น วัณโรค มาลาเรีย และ ลิซมานิเอซิส เป็นต้น เพื่อระบุส่วนขาดและโอกาสพัฒนาในการทำวิจัยและการจัดลำดับความสำคัญสำหรับเพิ่มการลงทุนต่อไป
๒. ติดตามและรายงานแนวโน้มระดับโลกที่เกี่ยวข้องกับการทำวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ ซึ่งรวมถึงการลงทุนในงานวิจัยและศักยภาพในการทำวิจัยในระดับประเทศ การลงทะเบียนการวิจัยทางคลินิกและเทคโนโลยีด้านสุขภาพและยาที่ได้รับการขึ้นทะเบียน

๓. กำหนดเกณฑ์มาตรฐานและเปรียบเทียบการทำวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพจำแนกตามประเทศและภาวะสุขภาพ
๔. พัฒนามาตรฐานการรวบรวมข้อมูลและการกระจายข้อมูล
๕. เผยแพร่ข้อมูลและผลการวิเคราะห์ข้อมูลผ่าน web portal
๖. วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลอย่างครอบคลุมตามข้อเสนอแนะของคณะผู้เชี่ยวชาญการวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ

ประมาณการค่าใช้จ่ายสำหรับการดำเนินงานในช่วงพ.ศ. ๒๕๕๙-๒๕๖๒รวมประมาณ ๖.๓ ล้านเหรียญสหรัฐ (พ.ศ.๒๕๕๙-๒๕๖๐ ๓.๐๕ ล้านเหรียญสหรัฐและพ.ศ.๒๕๖๑-๒๕๖๒ ๓.๒๑ ล้านเหรียญสหรัฐ) โดยงบประมาณกว่าครึ่งเป็นค่าบุคลากร (ประมาณ ๔ ล้านเหรียญสหรัฐในช่วงเวลา ๔ ปี) ซึ่งสามารถระดมทุนได้ส่วนหนึ่ง แต่ยังคงขาดงบประมาณ ๓.๒ แสนเหรียญสหรัฐสำหรับปีงบประมาณพ.ศ.๒๕๕๙-๒๕๖๐ และ ๒.๑ ล้านเหรียญสหรัฐสำหรับปีงบประมาณพ.ศ.๒๕๖๑-๒๕๖๒

#### ข้อเสนอของการจัดตั้งกองทุนร่วมสมัครใจ

Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (TDR) ซึ่งเป็นผู้บริหารจัดการกองทุน ได้จัดทำข้อเสนอด้านการเงินและการจัดการกองทุน โดยมีผลการศึกษาคำสำคัญดังนี้

- กองทุนควรมีขนาดงบประมาณไม่ต่ำกว่า ๑๐๐ ล้านเหรียญสหรัฐต่อปี ในช่วงเวลา ๑๐ ปี
- สนับสนุนงานวิจัยที่หลากหลาย ทั้งงานวิจัยระยะสั้น และงานวิจัยระยะยาว ประมาณ ๓๕-๔๐ โครงการ
- มีการดำเนินงานที่โปร่งใส มีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน ปราศจากอิทธิพลทางการเมือง และมีการตัดสินใจที่ใช้ข้อมูล
- มีระบบการเงินที่ยั่งยืน

TDR ควรจัดการกองทุนโดยคำนึงถึงหลักการดังนี้

- กระบวนการพิจารณาและคัดเลือกโครงการไม่ซับซ้อนใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และรวดเร็ว
- โครงการวิจัยที่มีแนวโน้มสร้างผลกระทบได้ (impact) ควรได้รับการพิจารณามากกว่างานวิจัยที่มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพการทำวิจัย
- กระบวนการทำงานต้องมีความโปร่งใส มีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน และปราศจากอิทธิพลทางการเมือง

ทั้งนี้ Scientific Working Group ต้องมีบทบาทอย่างมากในการดำเนินงานทั้งการกำหนดรายละเอียดของงานดำเนินงาน และบริหารงานวิจัยซึ่งรวมถึงการบริหารงบประมาณ นอกจากนี้ยังต้องติดตาม ทบทวนและประเมินโครงการวิจัยที่ได้รับการสนับสนุนอีกด้วย

การศึกษาครั้งนี้ยังได้เสนอแนวทางเพื่อสร้างความยั่งยืนของกองทุนเพื่อให้ประเทศสมาชิกพิจารณาสนับสนุนกองทุนเช่น การบริจาคแบบสมัครใจ (voluntary contribution) การทำ matching fund โดยภาคเอกชน สมทบทุนร่วมกับการบริจาคแบบสมัครใจของประเทศสมาชิก เงินจากการขายผลิตภัณฑ์ซึ่งเป็นผลผลิตจากงานวิจัยในโครงการ นอกจากนี้ประเทศสมาชิกอาจพิจารณาการจัดตั้งกองทุนโดยใช้รายได้ของประเทศด้านการวิจัยและพัฒนาสุขภาพ อีกหนึ่งแนวทางคือ replenishment model ซึ่งประเทศสมาชิกสามารถกำหนดจำนวนเงินตามที่ระบุไว้ (pledge) อย่างไรก็ตามมีข้อกังวลว่าแนวทางนี้อาจนำไปสู่ความไม่ยั่งยืนของกองทุนทางเลือกสุดท้ายคือการรับเงินสนับสนุนจาก non-state actor โดยต้องเป็นเงิน unspecified voluntary contribution โดย TDR จะต้องจัดการข้อกังวลในเรื่องผลประโยชน์ทับซ้อนต่างๆ



นอกจากนี้ฝ่ายเลขาได้เสนอร่างทางเลือกในการสร้างความยั่งยืนของกองทุนโดยวิเคราะห์การเพิ่มการสนับสนุนงบประมาณจากแหล่งต่างๆ ได้แก่ จากประเทศสมาชิก จากภาคเอกชน และจากรูปแบบอื่นๆ เช่น การซื้อพันธบัตร การกู้เงินจากธนาคาร เป็นต้น ซึ่งนำมาสู่ ๒ ทางเลือก ได้แก่

- ทางเลือกที่ ๑ รูปแบบการใช้งบประมาณจากหลายแหล่งโดยการสนับสนุนงบประมาณอย่างสม่ำเสมอ (Multi-source funding model with regular contributions) เช่น งบประมาณแบบสมัครใจจากประเทศสมาชิก และการร่วมลงทุนระหว่างประเทศสมาชิกและภาคอุตสาหกรรม
- ทางเลือกที่ ๒ การจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมจากประเทศสมาชิก (Classical replenishment fund)

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศต่างๆสนับสนุนรายงาน voluntary pooled fund และการดำเนินงานของ CEWG โดยนอกจากนี้หลายประเทศยังได้แสดงความกังวลในเรื่อง (๑) งบประมาณที่ยังขาดอยู่ โดยฝ่ายเลขาควรต้องมีการจัดลำดับความสำคัญของการดำเนินงานใหม่ การจัดหางบประมาณที่สอดคล้องกับความสามารถในการทำ fund raising การหาช่องทางในการทำ fund raising และการหาแหล่งทุนใหม่ๆ (๓) ให้การสนับสนุนด้านข้อมูลแก่ประเทศต่างๆ เพื่อให้เข้าใจถึงแนวโน้มการเกิดโรคต่างๆ นอกจากนี้ยังต้องมีช่องทางในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างประเทศต่างๆ

ประเทศสวีเดนและแคนาดาได้นำเสนอการดำเนินงานของประเทศที่ให้การสนับสนุนการทำวิจัยโดยใช้ matching pooled fund ซึ่งได้ผลดีและสามารถสนับสนุนการดำเนินงานได้ ประเทศอินโดนีเซียได้เสนอให้มีการดำเนินงานวิจัยแบบ cluster โดยให้มีหลายประเทศร่วมดำเนินงาน และใช้งบประมาณจากประเทศเดียว บางประเทศได้เสนอให้มีการขยายขอบเขตของการทำงานไปยัง โรคเฉพาะ โรคเรื้อรัง AMR โรคไม่ติดต่อ และปัจจัยเสี่ยงต่างๆ รวมถึงการดำเนินงานในประเทศเล็กๆ

สำหรับกลุ่ม Non State Actor ได้เสนอให้มีการทำ open ended meeting เพื่อดูความก้าวหน้า การวางแผนการติดตามและประเมินผล และการเพิ่มแหล่งทุน นอกจากนี้ยังเสนอให้มีการนำข้อมูลจาก Global Observatory on Health Research and Development มาใช้ในการติดตามการดำเนินงานและความโปร่งใสของการดำเนินงาน

### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

แสดงความกังวลในเรื่องงบประมาณที่ยังขาดอีกมาก ถึงแม้จะมีการเสนอแนวทางการระดมทุนที่หลากหลายก็อาจยังไม่สามารถจัดหางบประมาณได้เพียงพอ นอกจากนี้งบประมาณกว่าครึ่งเป็นค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร จากผลการศึกษาในเรื่องการจัดตั้งกองทุนร่วมแบบสมัครใจ ที่เสนอให้จัดหางบประมาณปีละ ๑๐๐ ล้านดอลลาร์ เมื่อเทียบกับความสามารถในการจัดหางบประมาณในปัจจุบัน พบว่าเป้าหมายนี้อาจไกลเกินกว่าที่จะบรรลุได้ ดังนั้นจึงเสนอว่านอกเหนือจากการเร่งระดมทุนแล้ว ฝ่ายเลขาควรพิจารณาปรับงบประมาณตามสถานการณ์และความสามารถในการระดมทุน รวมถึงมีการติดตามการใช้จ่ายเงินอย่างประหยัด และมีประสิทธิภาพ

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับรองรายงานตามที่ยี่ฝ่ายเลขาฯ เสนอ

### Intervention on Agenda 8.5 Follow-up of the report of the Consultative Expert Working Group on Research and Development: Financing and Coordination

Delivered by Dr. Warisa Panichkriangkrai

Thank you, Chair.

While the Consultative Expert Working Group on Research and Development has been established for nearly seven years, there is slow progress of this agenda, in particular the financing for R&D of priority diseases of developing countries.

For the next biennium, the amount of pooled fund mobilized so far is far below the estimated total demand; a short fall of around 60% of total demand. Even the Secretariat works hard on fund raising. In addition, majority of the budget goes to staff cost.

Funding shortfall challenges the survival of demonstration projects as well as the functions of Global Health R&D Observatory.

Currently mobilizing funding of three million USD per biennium to support demonstration projects and maintaining the function of Global R&D Observatory is hard to achieve, we do concern that the budget of 100 million USD annually over ten year period is too ambitious and unrealistic.

The financial crisis and austerity facing by several member states result in “donor fatigue”, voluntary contributions from them might be limited. While supports from private sector might be more realistic, conflict of interest must be strictly managed under FENSA. Thus, operational plan of a voluntary pooled fund must focus both raising fund and effective spending of fund. Finally, the operational plan should be further reprioritized and framed in line with financial capacity and political reality.

Thank you, Chair.

### Agenda 13.6 Member State mechanism on substandard/spurious/falsely Labelled /falsified /counterfeit medical products

#### ผู้รับผิดชอบ

๑. เกสัชกรหญิงสิตานันท์ พูนผลทรัพย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
๒. ดร. รุ่งนภา คำผาง โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

#### สาระสำคัญของวาระ

การรายงานผลการประชุม 5<sup>th</sup> meeting of the Member State Mechanism (MSM) on SSFFC medical products ระหว่างวันที่ ๒๓-๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๕๙ มี 47 Member States and one regional economic integration organization เข้าร่วมประชุม มีประเทศอิหร่านเป็นประธาน และซีนีก็ลเป็นรองประธาน ประเทศอื่นๆ ที่เข้าร่วม เช่น Nigeria, USA, Argentina, Pakistan, Monaco, UK, India, Indonesia, Singapore และ China.

ที่ประชุมได้รายงานความก้าวหน้าของกิจกรรม 8 ด้าน (Activities A to H) ดังนี้

๑. Activity A (โดยบราซิล) ที่ประชุมเห็นชอบต่อ (1) Guidance on developing a national plan for preventing, detecting responding to actions, activities and behaviours that result in SSFFC medical products (2) กำหนดกิจกรรมปี 2017 พัฒนาแบบสำรวจ (survey) เกี่ยวกับ existing expertise และ training materials concerning the prevention, detection and response to SSFFC medical products, เพื่อปรับปรุงร่าง Recommendations for Health Authorities on criteria for risk classification and assessment prioritization of cases of SSFFC medical products
๒. Activity B (WHO) เรื่องติดตาม National Focal Points เพื่อสร้างและขยายเครือข่าย NFP
๓. Activity C (Argentina) ที่ประชุมเห็นชอบกับเอกสาร Available authentication technologies for the prevention and detection of SSFFC medical products และจะเผยแพร่ผ่าน MedNet platform และ WHO website
๔. Activity D (WHO) เสนอให้มีการศึกษาทำความเข้าใจ link between access to quality, safe, efficacious and affordable medical products and the emergence of SSFFC medical products
๕. Activity E (UK) มีการหารือเรื่อง risk communication work plan 2017–2018
๖. Activity F (WHO) เสนอความก้าวหน้าของการศึกษาผลกระทบของ SSFFC ของ medical products ต่อ public health and socioeconomics และจะมีการเวียนขอความเห็นจาก MS
๗. Activity G (WHO) เรื่องประมาณการมูลค่าใช้จ่ายประจำปีต่อ prioritized activities 2016 and 2017
๘. Activity H (Argentina) เสนอเปลี่ยนจากคำว่า SSFFC เป็น “substandard and falsified medical products” ดังนี้
  - Substandard medical products are authorized medical products that fail to meet either their quality standards or their specifications, or both
  - Unregistered/unlicensed medical products are medical products that have not undergone evaluation and/or approval by the NRRRA for the market in which they are marketed/distributed or used, subject to permitted conditions under national or regional regulation and legislation. These medical products may or may not have obtained the relevant authorization from the national/regional regulatory authority of its geographical origin.
  - Falsified medical products are medical products that deliberately/fraudulently misrepresent<sup>1</sup> their identity<sup>2</sup>, composition<sup>3</sup> or source<sup>4</sup>. Any consideration related to intellectual property rights does not fall **within this definition. Medical products**

<sup>1</sup> Deliberate/fraudulent misrepresentation refers to any substitution, adulteration, reproduction of an authorized medical product or the manufacture of a medical product that is not an authorized product.

<sup>2</sup> “Identity” shall refer to the name, labeling or packaging or to documents that support the authenticity of an authorized medical product.

<sup>3</sup> “Composition” shall refer to any ingredient or component of the medical product in accordance with applicable specifications authorized/recognized by NRRRA.

<sup>4</sup> “Source” shall refer to the identification, including name and address, of the marketing authorization holder, manufacturer, importer, exporter, distributor or retailer, as applicable.

should not be considered as falsified solely on the grounds that they are unauthorized for marketing in any given country.

- The term “counterfeit” is now usually defined and associated with the protection of intellectual property rights.

๒. ขอให้รับรอง decision EB 140(6) ที่จะให้มีการใช้ “substandard and falsified medical products” แทน SSFFC

๓. เป็นการนำเสนอผลการทบทวนการดำเนินการของ MSM รวมถึงการให้ข้อเสนอแนะในการทำงานต่อไป

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

อินเดีย อิรัก บาเบตอส ไนจีเรีย ฟิลิปปินส์ รัสเซีย เวียดนาม ปากีสถาน โดมินีกัน รัฟบพิค แทนซาเนีย ญี่ปุ่น เนปาล แองโกลา สหรัฐอเมริกา เคนยา อินโดนีเซีย เซเนกัล สเปน ศรีลังกา มาเลเซีย อาร์เจนตินา ตูนิเซีย จีน บังคลาเทศ เม็กซิโก ไนจีเรีย บราซิล เกาหลี กานา บอสวานา ซิมบับเวย์ ปานามาสนับสนุนนิยามใหม่และขึ้นชมความก้าวหน้าของ member state mechanism ขอให้สนับสนุนการสร้างความเข้มแข็งของระบบ Regulatory ของประเทศ รวมถึงการพัฒนามาตรฐานต่างๆ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการจัดการกับปัญหา SSFFC ขอให้มีการสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศในการร่วมกันแก้ไขปัญหา IPMA

### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

เห็นด้วยกับ นิยามใหม่ “substandard and falsified medical products” ที่ delink เรื่อง IP ออกไป และสนับสนุนการดำเนินการของกลไกการดำเนินงานของประเทศสมาชิก รวมทั้งขอให้มีการสนับสนุนทรัพยากรที่เพียงพอ และ ขอให้มีการปรับแผนการดำเนินงานโดยจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมที่อยู่ระหว่างการดำเนินการให้สามารถดำเนินการได้สำเร็จ และ ขอให้ประเทศสมาชิกร่วมมือกับองค์การอนามัยโลก ที่จะพัฒนาเครื่องมือเพื่อช่วยให้ประเทศสามารถนำกิจกรรมภายใต้ MSM มาดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับรองรายงานตามที่ฝ่ายเลขาฯ เสนอ

#### Intervention on Agenda13.6 Member State mechanism on substandard/spurious/falsely labelled/falsified/counterfeit medical products (SSFFC)

Thank you, Chair.

Thailand appreciates the progress of activities A to H made by the Member State Mechanism for strengthen measures which ensures the availabilities of good quality, safe, efficacious and affordable medical products and welcomes the review of the Member State Mechanism on SSFFC products.

Thailand endorses the decision EB140(6) on the new term “substandard and falsified medical products” and its new definitions.

Thailand commends WHO for the review of Member State Mechanism on SSFFC 2012-2016 in the document A70/23 Add 1. Having reviewed this comprehensive report, we have a few comments as follows.

First, some of these outstanding activities still have not been completed. We do need to develop the future work plan which should be re-prioritized for the ongoing outstanding activities and secure sufficient additional resources to make the mechanism stronger and more successful.

Second, to ensure the achievement of this mechanism and fill these identified gaps, we need to develop effective communication, strengthen coordination and collaboration among member states and thorough sharing of information with at all three levels of the Organization; country, regional and global levels. Thailand encourages member state to actively engage in the work of the mechanism.

Last but not least, to ensure success of implementation of all developed activities regarding this work plan, member states in collaboration with WHO should continuously build and expand national capacity and provide tools development for the implementation of mechanisms' activities. Effort should be for an expansion the number of Member States who actively engaged in the process.

Thank you, Chair.

## Agenda 13.7 Health of Refugees and Migrants

### ผู้รับผิดชอบ

๑. นายแพทย์จินกร โนรี สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๒. นางสาวสุดาสิรี เตชานันท์ กระทรวงการต่างประเทศ

### สาระสำคัญของวาระ

สืบเนื่องมาจากที่ประชุม Executive board ครั้งที่ ๑๔๐ ขององค์การอนามัยโลกเมื่อเดือนมกราคม ๒๕๖๐ ที่ประชุมมติรับทราบที่จะพิจารณาร่างข้อเสนอ Draft framework of priorities and guiding principles to promote the health of refugees and migrants ในการประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลก ครั้งที่ ๗๐ สถานการณ์ปัจจุบันจำนวนผู้อพยพ (Migrant) มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยคาดประมาณว่าในปี ๒๕๔๘ จะมีจำนวนถึง ๒๔๔ ล้านคน คิดเป็น ๓.๕% ของประชากรทั้งโลก เพิ่มขึ้น ๔๑% เมื่อเทียบกับปี ๒๕๔๓ และในจำนวนนี้เป็นผู้หญิงถึง ๔๘% โดยสาเหตุสำคัญของการอพยพ ได้แก่ สภาวะเศรษฐกิจที่ตึงตัว โอกาสทางสังคมและการศึกษา และสิ่งแวดล้อมที่ดีขึ้น ในขณะที่เดียวกันในปัจจุบันก็ยังพบปัญหาการบีบบังคับให้อพยพจากความไม่ปลอดภัยในชีวิต และความขัดแย้ง มากขึ้น ปัญหาการอพยพข้ามถิ่นทั้งภายในประเทศและข้ามประเทศ เกิดขึ้นในพื้นที่ต่างๆทั่วโลก ทั้งในทวีป Africa, America, Europe และ Asia ที่ประชุมสมัชชาสหประชาชาติ ในปี ๒๕๕๘ ได้มีการหารือในปัญหาดังกล่าว เพื่อแสวงหาความร่วมมือระหว่างประเทศ และได้มีข้อมติ ปฏิญญา New York (New York Declaration) ในเรื่อง Refugees และ Migrants ให้มีการวางหลักการและข้อเสนอทั้งต่อเรื่อง ผู้ลี้ภัย (Refugee) และ ผู้อพยพ (Migrant) เพื่อนำไปสู่การพัฒนา Global Compact ของทั้งสองเรื่องในปี ๒๕๖๑ ที่จะให้ทุกประเทศได้ตระหนักและรับผิดชอบในทั้ง ๒ เรื่องดังกล่าว อย่างไรก็ตามประเด็นเรื่อง “สุขภาพ” กลับไม่ได้อยู่ในเนื้อหาของ Global compact ทั้งๆที่เรื่อง

สุขภาพเป็นเรื่องสำคัญในอันที่จะบรรลุเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goal) ในปี ๒๕๗๓

ทางทีมเลขานุการขององค์การอนามัยโลก ร่วมกับ International Labour Organization และ UNHCR ได้ทำการยกร่าง framework of priorities and guiding principles to promote the health of refugees and migrants เพื่อเป็นเครื่องมือสื่อสารกับประเทศสมาชิก และหน่วยงานระดับนานาชาติที่เกี่ยวข้อง ในอันที่จะนำไปสู่การกำหนดให้ประเด็น “สุขภาพ” ปรากฏใน Global compact of Refugees and Migrants ที่มีในปี ๒๕๖๑ โดยมีเนื้อหาสำคัญของร่างดังนี้

#### หลักการสำคัญ

๑. สิทธิในการได้รับบริการที่ดีที่สุดที่สามารถจะพึงได้ในด้านสุขภาพกาย และสุขภาพจิต
๒. ได้รับการปฏิบัติอย่างเสมอภาค
๓. มีความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพ
๔. ระบบสุขภาพต้องคำนึงถึง Refugees และ Migrants
๕. ไม่จำกัดแนวทาง/วิธีการรักษาพยาบาล
๖. บูรณาการอย่างเป็นองค์รวมในนโยบายของรัฐต่อ Refugees และ Migrants
๗. Refugees และ Migrants สามารถมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้อง
๘. มีการประสานงานในหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง

#### ประเด็นสำคัญเร่งด่วน

๑. ขับเคลื่อนเรื่อง Refugees และ Migrants ในระดับโลก ระดับภูมิภาค และระดับประเทศ
๒. สนับสนุนกฎหมาย นโยบายต่างๆที่เกี่ยวข้องกับ Refugees และ Migrants
๓. พัฒนาศักยภาพในเรื่องปัจจัยทางสังคมที่กระทบต่อสุขภาพ (Social determinant of health)
๔. สร้างความเข้มแข็งให้กับระบบข้อมูลและการติดตามประเมินผล
๕. เร่งรัดดำเนินการที่จะบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals)
๖. ลดอัตราการป่วย และอัตราการตายของ Refugees และ Migrants โดยใช้มาตรการระยะสั้นและระยะยาวของการสาธารณสุข
๗. ดูแลและปกป้องสุขภาพของเด็กและสตรี ของ Refugees และ Migrants
๘. สนับสนุนการดูแลที่มีคุณภาพและต่อเนื่อง
๙. พัฒนาระบบอาสาสมัครที่มีประสิทธิภาพ
๑๐. สนับสนุนและสร้างความเข้มแข็งให้กับ Refugees และ Migrants และเป็นสตรีและเด็กผู้หญิง
๑๑. สนับสนุนมาตรการที่จะลดความเกลียดและกลัวชาวต่างชาติ (Xenophobia)
๑๒. สนับสนุนกลไกการมีส่วนร่วมระดับนานาชาติ

#### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

เนื่องจากเรื่อง Refugees และ Migrants มีประเด็นที่ต้องถกเถียงในหลายๆเรื่อง ในการประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลกครั้งที่ ๗๐ จึงได้มีการจัดประชุมอย่างไม่เป็นทางการ จำนวน ๔ ครั้ง เพื่อหาข้อตกลงร่วม ในข้อเสนอที่จะนำเข้าสู่การพิจารณา

ในการประชุมแบ่งทำที่ประเทศเป็น ๒ กลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่

๑. กลุ่มประเทศที่ไม่ค่อยเห็นด้วยกับร่าง framework of priorities and guiding principles to promote the health of refugees and migrants ได้แก่ ประเทศปาเลสไตน์ ประเทศในแถบ Eastern Mediterranean เช่น จอร์แดน อิหร่าน ตุรกี และประเทศในอาฟริกา เช่น อูกานดา โดยกลุ่มประเทศเหล่านี้จะมีผู้อพยพและผู้ลี้ภัยอยู่ในประเทศเป็นจำนวนมาก ทำให้รัฐบาลต้องรับภาระในการดูแล ข้อเสนอของประเทศกลุ่มนี้จึงต้องการลดการบังคับใช้ข้อมติ เช่น ไม่ต้องการให้ประเทศต้องออกกฎหมาย หรือวางนโยบายเพื่อดูแล refugees and migrants ขณะเดียวกันต้องการให้มีข้อตกลงเรื่อง “ความรับผิดชอบร่วม” (Share responsibility) ของหน่วยงานระหว่างประเทศในการแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายในการดูแล refugees and migrants
๒. กลุ่มประเทศที่สนับสนุน ร่าง framework of priorities and guiding principles to promote the health of refugees and migrants ได้แก่ กลุ่มประเทศอเมริกาเหนือ ทั้งประเทศสหรัฐอเมริกา กลุ่มประเทศละตินอเมริกา เช่น เอกวาดอร์ เม็กซิโก และ คานาดา กลุ่มประเทศยุโรปตะวันตก เช่น นอร์เวย์ สวีเดน สวิตเซอร์แลนด์ โดยกลุ่มประเทศเหล่านี้เน้นเรื่องสิทธิมนุษยชน ที่กลุ่ม ร่าง framework of priorities and guiding principles to promote the health of refugees and migrants จำเป็นต้องได้รับการปฏิบัติที่ไม่แตกต่างจากประชาชนของประเทศนั้นๆ

### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยมีท่าทีสนับสนุน ร่าง framework of priorities and guiding principles to promote the health of refugees and migrants เนื่องจากนโยบายของรัฐบาลไทยมีการดูแลเรื่อง migrants อยู่แล้ว ทั้งในกลุ่มที่ลงทะเบียน และกลุ่มที่ไม่ลงทะเบียน ประกอบกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังครอบคลุมการดูแลประชาชนทุกคนที่อยู่บนผืนแผ่นดินไทย

นอกจากนั้นประเทศไทยยังเป็น co-sponsor ในเรื่องนี้ในที่ประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลกครั้งที่ ๗๐ ร่วมกับประเทศอาร์เจนตินา เอกวาดอร์ กรีซ อิตาลี ลักเซมเบิร์ก ปานามา ฟิลิปปินส์ โปตุเกส และ สวิตเซอร์แลนด์

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับทราบ Draft framework of priorities and guiding principles to promote the health of refugees and migrants และรับรองเอกสาร A70/A/CONF/7 Rev.1

#### Intervention on agenda 13.7 Health of Refugees and Migrants

Read by Dr. Thinakorn Noree (29 May 2017)

Thank you, Chair.

Thailand fully support the intervention made by Sri Lanka.

There are at least three reasons why we must promote health of Refugees and Migrants.

First, they contribute to the socio-economic development. In Thailand, migrant workers contribute up to 6% of our GDP.

Second, they may spread some serious communicable diseases like HIV, TB and Malaria, if we don't allow adequate access to essential health services.

Third, they are 'human beings' and possess the right to have access to basic social services, including health.

Thus the vision of the Thai UHC is 'everyone on the Thai soil has access to essential health services without financial barrier'. This does not imply free health services for the refugees and migrants. The financial resources may be from tax revenue, contribution, co-payment or out of pocket.

Although there are several controversial issues around the health of refugees and migrants, this resolution is a "good enough" tool to drive this agenda at all level.

So Thailand strongly support to adopt the resolution

Thank you.

## Agenda 14.1 Global Vaccine Action Plan

### ผู้รับผิดชอบ

๑. แพทย์หญิงสุชาดา เจียมศิริ กรมควบคุมโรค
๒. ดร. รุ่งภา คำผาง โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
๓. แพทย์หญิงอรรธยา ลีมวัฒนายิ่งยง สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ

### สาระสำคัญของวาระ

ฝ่ายเลขานุการรายงานต่อที่ประชุมสมัชชานานาชาติว่าในปี 2015 ทุกประเทศได้สนับสนุน resolution WHA65.17 และยอมรับ Global Vaccine Action Plan โดยเรียกร้องให้องค์การอนามัยโลกติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานตามแผนดังกล่าวทุกปี ซึ่ง Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) on Immunization ได้ประเมินผลการดำเนินงาน จึงรายงานความก้าวหน้าและให้ข้อเสนอแนะแก่หน่วยงานต่าง ๆ มีสาระสำคัญดังนี้

- หลายประเทศยังมีความล่าช้าในการดำเนินการและมีแนวโน้มที่จะไม่บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ได้แก่ ยังพบผู้ป่วยโรคโปลิโอ และหลายประเทศยังมีความครอบคลุมวัคซีน DTP3 ต่ำกว่าเป้าหมาย แต่ก็มีหลายประเทศที่มีความครอบคลุมการได้รับวัคซีนในระดับสูง ซึ่งกลุ่มประเทศเหล่านี้ได้พิจารณานำวัคซีนชนิดใหม่มาใช้ในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และยังพบว่าการพัฒนาวัคซีนชนิดใหม่มีความก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็ว
- แนะนำให้ประเทศสมาชิกเตรียมพร้อมสำหรับ transitional period ของการกวาดล้างโปลิโอและการเปลี่ยนผ่านด้านงบประมาณโดยเฉพาะประเทศที่ได้รับการสนับสนุนจาก GAVI โดยสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรอย่างเพียงพอ และให้ความสำคัญกับงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยพัฒนาข้อกำหนดและปรับปรุงระบบงาน เพิ่มความเข้มแข็งของระบบเฝ้าระวัง และพัฒนาระบบข้อมูลให้มีคุณภาพ เพื่อให้สามารถนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบาย รวมถึงจัดตั้ง NITAGs เพื่อให้งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเป็นไปด้วยดี นอกจากนี้ขอให้ประเทศเร่งรัดให้ความ



ครอบคลุมการได้รับวัคซีนอยู่ในระดับที่กำหนด รวมถึงขยายขอบเขตการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคไปยังประชากรกลุ่มอายุอื่น ๆ นอกเหนือจากเด็ก

- ขอให้องค์การอนามัยโลกสนับสนุนให้ประเทศสมาชิกสามารถดำเนินงานให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด และทบทวนผลการดำเนินงานของประเทศต่าง ๆ เป็นประจำทุกปี และกรณีเกิดเหตุการณ์ไม่สงบ ขอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหาทางสนับสนุนให้ประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ดังกล่าวได้รับวัคซีนที่จำเป็น
- ขอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยและพัฒนาวัคซีนสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาวัคซีนในประเทศกำลังพัฒนา รวมถึงเร่งพัฒนาวัคซีนและเทคโนโลยีใหม่ ๆ ที่จำเป็นในการป้องกันโรค

ประเทศ Australia Brazil และ Colombia ได้จัดทำ Draft resolution on “Strengthening Immunization to Achieve the Goals of the Global Vaccine Action Plan” ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากหลายประเทศ โดยมีรายละเอียดครอบคลุมข้อแนะนำโดย SAGE on Immunization ดังนี้

- เสนอให้ประเทศสมาชิก ให้ความสำคัญและสนับสนุนการดำเนินงานของแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโดยเพิ่มประสิทธิภาพของการดำเนินงาน และจัดสรรงบประมาณและบุคลากรแก่แผนงานดังกล่าวอย่างเพียงพอเพื่อให้สามารถให้บริการได้อย่างครอบคลุม สร้างความเข้มแข็งแก่คณะอนุกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยสนับสนุนให้สามารถให้ข้อแนะนำด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโดยหลักฐานเชิงวิชาการรองรับ มีความโปร่งใส และเป็นอิสระ และให้คณะดังกล่าวทบทวนผลการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเป็นระยะ สร้างความเข้มแข็งแก่กลไกการติดตามและจัดการงบประมาณด้านงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในทุกระดับ ติดตามอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังการได้รับวัคซีนอย่างเป็นระบบ และสนับสนุนการสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแก่ประชาชน
- เสนอให้ประเทศสมาชิก เร่งรัดการเฝ้าระวังโรคที่ป้องกันด้วยวัคซีน ขยายการให้บริการวัคซีนไปยังประชาชนกลุ่มอื่นที่อยู่นอกเหนือจากเด็กโดยพิจารณาจากข้อมูลทางระบาดวิทยา ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ และผลกระทบเชิงงบประมาณ สร้างความร่วมมือระหว่างประเทศในการพัฒนาหรือนำวัคซีนหรือเทคโนโลยีชนิดใหม่มาใช้ในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
- เสนอให้องค์การอนามัยโลก สนับสนุนการดำเนินงานของประเทศสมาชิก ทำงานร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาวัคซีนชนิดใหม่ รวมถึงสนับสนุนการจัดหาวัคซีนร่วม และติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานทุกปี

### ท่าทีของประเทศอื่น

- ประเทศสมาชิกส่วนใหญ่แสดงความกังวลต่อการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ GVAP ตั้งไว้ แต่ยังเห็นว่าน่าจะทำให้เป็นไปตามเป้าหมายปี 2020 ได้ โดยต้องเร่งรัดการดำเนินงานอย่างเต็มที่ โดยส่วนใหญ่เห็นตรงกันว่าต้องพัฒนาระบบสาธารณสุขมูลฐานเพื่อให้สามารถให้บริการวัคซีนได้อย่างครอบคลุม นอกจากนี้ประเทศส่วนใหญ่เห็นประโยชน์ของการขยายการให้บริการวัคซีนไปยังประชากรกลุ่มผู้ใหญ่ และขอให้องค์การอนามัยโลกช่วยสนับสนุนเชิงนโยบายแก่ประเทศสมาชิก
- ประเทศสมาชิกส่วนหนึ่งขอให้องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับประเทศที่ GAVI กำลังจะหยุดการสนับสนุน ขอให้มีการไกลต่าง ๆ ให้ประเทศสามารถเข้าถึงวัคซีนได้อย่างต่อเนื่องแม้ไม่ได้รับการสนับสนุนแล้ว ทั้งนี้มีหลายประเทศที่ขอให้ประเทศเหล่านี้พึ่งพาตนเองให้มากขึ้น สำหรับประเทศที่ใช้งบประมาณของตนเอง

ในการจัดหาวัคซีนขอให้องค์การอนามัยโลกร่วมมือกับผู้ผลิตวัคซีนให้ประเทศของตนสามารถเข้าถึงวัคซีนได้ในราคาต่ำ นอกจากนี้ยังขอให้จัดการให้เกิดกลไกต่าง ๆ เช่น pool vaccine procurement ในระดับภูมิภาค เป็นต้น

- ประเทศสมาชิกหลายประเทศแสดงความกังวลเรื่องความขาดแคลนของวัคซีนต่าง ๆ เช่น IPV เนื่องจากการกวาดล้างโปลิโอชนิดที่สอง MCV เนื่องจากมีการระบาดของโรคอยู่เป็นระยะและต้องใช้วัคซีนในการทำ SIAs จนอาจกระทบกับปริมาณวัคซีนในท้องตลาด จึงเรียกร้องให้องค์การอนามัยโลกจัดทำระบบติดตามปริมาณวัคซีนในท้องตลาด สนับสนุนให้เกิดการถ่ายทอดเทคโนโลยีการผลิตไปยังประเทศกำลังพัฒนา ทั้งนี้ประเทศพัฒนาแล้วให้ความเห็นว่าการถ่ายทอดเทคโนโลยีนั้นต้องเป็นการตกลงกันระหว่างประเทศและมีข้อตกลงให้ทั้งประเทศผู้รับและผู้ให้เทคโนโลยี ได้รับผลประโยชน์ร่วมกัน
- ประเทศสมาชิกเห็นชอบรับรอง Draft resolution on “Strengthening Immunization to Achieve the Goals of the Global Vaccine Action Plan” มีการขอปรับแก้เล็กน้อย โดยขอเพิ่มความสำคัญของประเทศ middle income countries เรื่องการเข้าถึงวัคซีนชนิดใหม่ที่มีราคาแพง

#### ท่าทีของประเทศไทย

- แสดงความกังวลถึงความความล่าช้าของการดำเนินงานด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหลายประเทศว่ายังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ใน Global Vaccine Action Plan และให้ข้อคิดเห็นว่าส่วนหนึ่งเป็นผลเนื่องมาจากวัคซีนมีราคาแพง จึงขอให้องค์การอนามัยโลกสนับสนุนให้ประชากรทุกกลุ่ม ทั้งประชากรพลัดถิ่น ประชากรไร้รัฐ มีสิทธิเข้าถึงบริการวัคซีนพื้นฐานในทุกประเทศ และพัฒนากลไกทางการเงินเพื่อช่วยให้ประเทศรายได้ระดับปานกลางและประเทศที่กำลังจะไม่ได้รับการสนับสนุนจาก GAVI ต่อ ให้สามารถเข้าถึงวัคซีนที่มีประสิทธิภาพที่ดีเร็วกว่าเดิม โดยมุ่งเน้นการทำตามข้อสรุปจาก CWEG ให้ราคายาและวัคซีนต่าง ๆ ไม่ควรรวมค่าวิจัยพัฒนา นอกจากนี้ยังขอให้ประเทศต่าง ๆ เน้นย้ำความสำคัญของการพัฒนาระบบสาธารณสุขมูลฐาน ระบบข้อมูลความครอบคลุมการได้รับวัคซีน เพื่อให้สามารถติดตามข้อมูลความครอบคลุมการได้รับวัคซีนได้ในทุกพื้นที่
- สนับสนุนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในประชากรทุกกลุ่มอายุ โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพและความคุ้มค่าของวัคซีน รวมถึงผลกระทบเชิงลบประมาณที่อาจเกิดขึ้นและความยั่งยืนของการดำเนินงาน ทั้งนี้ขอให้องค์การอนามัยโลกเป็นผู้นำในการสนับสนุนและผลักดันเชิงนโยบาย และจัดทำสนับสนุนการพัฒนายุทธศาสตร์ด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคผู้ใหญ่ในระดับประเทศ
- ขอให้ Draft resolution on “Strengthening Immunization to Achieve the Goals of the Global Vaccine Action Plan” รวมการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพให้เป็นส่วนหนึ่งของการพิจารณานำวัคซีนมาใช้ และแสดงความร่วมมือว่าประเทศไทยยินดีสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของ NITAGS ด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการจัดลำดับความสำคัญของวัคซีน

#### ข้อสรุปจากการประชุม

ที่ประชุมรับทราบรายงาน และรับรอง WHA resolution on “Strengthening Immunization to Achieve the Goals of the Global Vaccine Action Plan” ปรับแก้เล็กน้อยตามที่ประเทศสมาชิกขอ

## Regional One Voice Intervention on Global Vaccine Action Plan

### **Delivered by Myanmar and Supported by Thailand**

1. On behalf of the 11 countries of the South East Asia Region – representing 25% of the world's population; 33% of the world's disease burden; and 25% of the world's poor, I would like to say that the countries of the Region are striving to achieve the regional health security by means of preventing, detecting and responding to the vaccine preventable diseases.
2. We appreciate the efforts of the secretariat and the independent oversight of the Strategic Advisory Group of Experts on immunization or SAGE who review the progress of Global Vaccine Action Plan or GVAP every year of the progress the world is making towards the GVAP goals.
3. The secretariat report on the Global Vaccine Action Plan (GVAP) is very comprehensive and highlights that countries have well-functioning NITAGs to provide technical advice on immunization matters at the country level, and the strong country leadership and accountability indicated by the fact that all countries put immunization as a priority.

The summary of the 2016 GVAP report by SAGE notes that progress toward the goals to eradicate polio, eliminate measles and rubella, eliminate maternal and neonatal tetanus, and increase equitable access to life saving vaccines is not sufficient. Despite improvements in individual countries and a strong global rate of new vaccine introduction, global average immunization coverage has increased by only 1% since 2010.

4. Immunization is one of the world's most effective and cost-effective public health interventions. Recognizing the role that immunization plays in ensuring good health and the role that good health plays in achieving sustainable development, the SAGE has supported the inclusion of immunization indicators to measure progress toward the Sustainable Development Goals.
5. The next four years present opportunities for countries to leverage the attention and support that immunization receives and apply it for the benefit of people everywhere. Strident efforts on the part of all countries and immunization stakeholders are required to catch up and achieve the GVAP 2020 goals. To that end Member States are encouraged to demonstrate stronger leadership and governance of national immunization systems and by investing more in and sustainable immunization programmes as an integral part of Universal Health Coverage packages, and to make every effort achieve and sustain high immunization coverage.
6. Further, SEAR will request global immunization partners that they continue to strongly and persistently support financing to sustain immunization gains over time.

Immunization donors must also look beyond their investments in Gavi to ensure that Gavi-transitioning and self-supporting countries as well as countries facing large decreases in polio funding have the necessary capacity, tools and resources to sustain immunization over the long term.

7. Given the differences in disease profile, health infrastructure and economic status, SAGE recommends governments to develop their own capacity to assess vaccine priority to ensure impact, value for money, sustainability of their health investment. Improving only surveillance capacity is not enough to support the governments to make the right choice on vaccine investment.
8. Countries should take note of the SAGE noting that despite the best of efforts, there are still many unvaccinated and under-vaccinated children, including in areas of conflict and crisis where WHO's guidance to countries and partners on implementation of immunization programmes and strategies would be useful.
9. Finally, it is important to describe where this programme lies in the larger global agendas related to immunization - the IHR and Global Health Security Agenda are drivers for better preparedness in public health emergencies
10. We, the Member States of the SEA region, feel these should be clarified at the outset, although GVAP is all governments' responsibility—we want a stronger WHO to assist us in achieving these goals.
11. SEAR has demonstrated its continued commitments on EPI by having eliminated Maternal and Neonatal Tetanus and continues its commitment to eliminate measles and rubella by 2020 as one of the regional flagships as decided in the Regional Committee Resolution SEA/RC66/R5 of September 2013. Therefore all eleven SEAR Member States welcome and support the resolution contained in A70/A/CONF./1.

**Thailand Intervention on agenda item 14.1 “Global Vaccine Action Plan”**  
**delivered by Dr.Suchada Jiamsiri**

Thank you, Chair.

Thailand appreciates the SAGE 2016 midterm review of the global vaccine action plan.

Thailand aligns herself with the regional statement made by Myanmar. We share concern over the delay progress towards many of the global immunization targets in 2015. Though the national coverage was high, there are many target that fall short. Most countries still could not reach the subnational coverage of 80%, there are still polio cases in 2015-2016 and only 1 region can successfully elimination measles.

Achieving the targets needs a robust primary healthcare system, adequate financing, vigorous disease surveillance and effective monitoring, in particular, subnational coverage data. We support the adoption of the resolution contained in document A70/A/Conference paper 1 and urge member states and other partners; especially GAVI, to accelerate implementation of GVAP among lagging behind countries, in order to achieve the 2020 targets.

Chair, since high price of certain vaccines is a barrier to immunization goal, Thailand requests the DG to develop an innovative financial mechanism which takes into account CEWG recommendations that investment on research and development needs to be unlinked from the price of vaccines. This will assist middle income countries and those which are transitioning from GAVI support to access costly and newly licensed lives-saving vaccines.

Thailand reiterates the importance of expanding immunization throughout life course when it is proved to be cost-effective and financially sustainable. As Thailand is rolling out our adult immunization plan, we experienced the need for new immunization platform, strong national immunization advisory body and commitment from global and regional immunization community. WHO should take lead in adult immunization advocacy and provide technical guidance for establishing strategies at the national level. In partnership with The International Decision Support Initiatives, Thailand commits to work with WHO to build capacity of NITAGs in developing countries on health technology assessment and vaccine priority setting to ensure evidence informed policy decision.

Thank you Chair.

## Agenda 14.2 Global Vector Control Response

### ผู้รับผิดชอบ

๑. นายแพทย์พิสุทธ์ ชื่นจงกลกุล กรมควบคุมโรค
๒. นายรังสรรค์ มั่นคง สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

### สาระสำคัญของวาระ

- สืบเนื่องจากการประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลกสมัยที่ 140 ที่มีการเสนอรายงานเรื่อง Global Vector Control response (GVCR) แก่คณะกรรมการ ประเทศฟีจี, สหรัฐอเมริกา, นิวซีแลนด์, แคนาดา, โคลัมเบีย, ออสเตรเลีย, ปานามาและสวิสเซอร์แลนด์ได้มีการร้องขอต่อฝ่ายเลขานุการโดยการปรึกษาร่วมกับประเทศสมาชิกให้มีการเตรียม draft resolution เรื่อง GVCR สำหรับเสนอในที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 70
- รายงานฉบับล่าสุดนี้ได้ปรับตามการอภิปรายของคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลกในการประชุมสมัยที่ 140 และตามการปรึกษาออนไลน์กับประเทศสมาชิกในช่วงปลายปี ค.ศ.2016 โดยมีการขยายความการ

ตอบโต้โรคให้ครอบคลุมโรค Schistosomiasis, เพิ่มเป้าหมายด้าน morbidity และเพิ่มรายละเอียด บทบาทของฝ่ายเลขาฯ รวมไปถึงเพิ่มค่าใช้จ่ายโดยประมาณในการนำมาตรการไปดำเนินการ

- โรคติดต่อมาโดยแมลงเป็นภัยคุกคามทางสุขภาพสำคัญในระดับโลก คิดเป็นร้อยละ 17 ของปัญหา โรคติดต่อมีผลกระทบต่อทางเศรษฐกิจและสังคมสูง โดยโรคเหล่านี้มีสาเหตุมาจากทั้งปรสิต, ไวรัสและ แบคทีเรีย โดยติดต่อสู่คนผ่านแมลงพาหะต่างๆ
- โรคติดต่อมาโดยแมลงที่เป็นปัญหาหลักของโลกได้แก่ มาลาเรีย, ไข้เลือดออก, โรคเท้าช้าง, Chagas disease, onchocerciasis, leishmaniasis, chikungunya, Zika virus disease, yellow fever, Japanese encephalitis และ schistosomiasis
- โรคติดต่อมาโดยแมลงส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้โดยการควบคุมแมลงพาหะ โดยมีตัวอย่างความสำเร็จ ของการดำเนินการที่เห็นได้ชัดเจนจากการควบคุมโรคมาลาเรีย onchocerciasis และ Chagas disease
- อย่างไรก็ตามโรคติดต่อมาโดยแมลงยังคงเป็นปัญหาและมีแนวโน้มเป็นปัญหามากยิ่งขึ้นในปัจจุบัน โดย ปัจจัยหลักที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการแพร่เชื้อได้แก่ การเกิดขึ้นของสังคมเมืองอย่างไม่มีแบบแผน, การชลประทานที่ไม่ทั่วถึงและการจัดการขยะที่ไม่มีประสิทธิภาพ
- องค์การอนามัยโลกร่วมกับประเทศสมาชิกจึงได้เริ่มกระบวนการพัฒนา Global Vector Control Response มี กรอบดำเนินการในช่วงปีค.ศ. ๒๐๑๗-๒๐๓๐ โดยมีวิสัยทัศน์ว่า โลกปลอดผู้ทุกซ์ที่รุกรานจากโรคติดต่อมาโดย แมลง มีเป้าหมายเพื่อลดภาระโรคและภัยคุกคามจากโรคติดต่อมาโดยแมลงผ่านมาตรการควบคุมพาหะที่ปรับให้ เหมาะสมกับพื้นที่อย่างยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ โดยมีเป้าหมายหลักคือ
  - อัตราเสียชีวิตจากโรคติดต่อมาโดยแมลงทั่วโลกในปี ค.ศ. ๒๐๓๐ ลดลงจากปีค.ศ. ๒๐๑๖ ร้อยละ ๗๕
  - อัตราป่วยรายใหม่จากโรคติดต่อมาโดยแมลงทั่วโลกในปี ค.ศ. ๒๐๓๐ ลดลงจากปี ค.ศ. ๒๐๑๖ ร้อยละ ๖๐
  - ทุกประเทศปลอดการระบาดของโรคติดต่อมาโดยแมลงในปี ๒๐๓๐
- Global vector control response ประกอบด้วย องค์ประกอบหลักได้แก่ ๑. การปรับปรุงสมรรถนะและ ขีดความสามารถในการควบคุมแมลงพาหะ ๒. การเสริมสร้างงานวิจัยพื้นฐาน งานวิจัยประยุกต์และ นวัตกรรม โดยมี ๔ เสาหลักในการดำเนินการได้แก่ ๑. การเสริมสร้างความเข้มแข็งในการร่วมมือควบคุม แมลงพาหะทั้งจากภายในและภายนอกองค์กรสาธารณสุข ๒. การเสริมสร้างความร่วมมือและขับเคลื่อน ชุมชน ๓. การพัฒนาและปรับปรุงระบบการเฝ้าระวังแมลงพาหะและรูปแบบการติดตามประเมินผลการ ดำเนินการ ๔. การพัฒนา เสริมสร้าง และบูรณาการเครื่องมือและวิธีการต่างๆเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพใน การควบคุมแมลงพาหะ โดยมีปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จที่จำเป็นต้องมี ๓ ประการได้แก่ ๑. Country leadership ๒. การขับเคลื่อนนโยบาย, การจัดสรรทรัพยากรและการร่วมมือระหว่างภาคส่วน ๓. การ กำกับ, นโยบายและการสนับสนุนการดำเนินนโยบาย

#### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- มัลดีฟส์ ได้แสดงท่าทีในนามของตัวแทนประเทศสมาชิกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ทั้ง ๑๑ ประเทศ โดยกล่าวรับรองร่าง Global Vector Control Response ๒๐๑๗ – ๒๐๓๐ และขอปรับแก้ร่างข้อตกลง ตามบทบาทท่าทีที่ทางประเทศไทยเสนอแนะ

- ประเทศสหรัฐอเมริกาได้ขอปรับแก้ร่างในส่วนของพัฒนางานวิจัยประยุกต์ให้ครอบคลุมเครื่องมือด้านชีววิทยาด้วย เพื่อเป็นการเน้นให้พัฒนางานวิจัยไปในทางชีววิทยามากยิ่งขึ้น
- ประเทศแอฟริกาใต้และแซมเบีย ได้ขอให้ปรับแก้ชื่อร่างจาก Global vector control response เป็น Global vector control response-an integrated approach for the control of vector-borne diseases เพื่อเน้นย้ำให้การดำเนินการควบคุมพาหะต้องบูรณาการไปกับการจัดการโรคติดต่ออื่นโดยแมลง
- ประเทศแทนซาเนีย เสนอให้ทุกประเทศยอมรับยุทธศาสตร์ในการดำเนินการควบคุมพาหะแบบบูรณาการ (integrated global vector control and response) ที่อยู่ในรายงาน
- สหภาพยุโรป ขอให้ดำเนินการตามรายงานนี้ให้เป็นไปตามแนวทางของกฎอนามัยระหว่างประเทศอย่างต่อเนื่อง
- บราซิล ได้ขอให้มีการทบทวนการดำเนินงานในประเด็นจริยธรรมเมื่อนำมาตรการไปใช้ รวมถึงคำนึงถึงปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพ (social determinants of health) โดยพัฒนามาตรการและยุทธศาสตร์ให้สามารถดำเนินการได้อย่างเสมอภาคในพื้นที่

#### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (แบบ intervention ตอนท้าย)

ประเทศไทยรับรองรายงาน Global Vector Control Response 2017-2030 และร่างข้อสรุปที่ได้จากการประชุมอย่างไม่เป็นทางการ โดยประเทศไทยมีท่าทีเพิ่มเติมดังนี้

- สนับสนุนการดำเนินงานตามร่าง global vector control response 2017 โดยประเทศไทยขอให้นับความสำคัญของเสาหลักที่ ๒ การเสริมสร้างความร่วมมือและขับเคลื่อนชุมชน ซึ่งจะทำการดำเนินการมาตรการที่มีความยั่งยืน
- แสดงถึงสถานการณ์ความขาดแคลนนักกีฏวิทยาสาธารณสุขทั้งในประเทศไทยและในภูมิภาค
- เสนอให้เน้นความสำคัญของนักกีฏวิทยาสาธารณสุขมากยิ่งขึ้น
- เสนอให้การพัฒนาด้านเครื่องมือหรือมาตรการจัดการพาหะที่เน้นไปทางเทคโนโลยีชีวภาพมากกว่าการใช้สารเคมี เพื่อลดผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม
- เสนอให้มีการติดตามเรื่องผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม, ผลกระทบต่อสุขภาพและการยอมรับของชุมชนสำหรับมาตรการที่นำมาใช้

#### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

- ก่อนจะเริ่มประชุมในวาระนี้ ทางทีมเลขานุการ ได้ประสานจัดการประชุมอย่างไม่เป็นทางการ (informal meeting) เพื่อให้ประเทศสมาชิกได้เสนอและตกลงแก้ไขร่างข้อสรุปให้เรียบร้อยก่อนเข้าการประชุม
- ประเทศสมาชิกกล่าวรับรองรายงาน global vector control response และร่างข้อสรุปตามที่ได้มีการเสนอปรับแก้ในรายละเอียด และพร้อมนำไปปรับใช้ต่อไป

### Intervention on Agenda 14.2 Global vector control response

Read by Pisut Chunchongkolkul (27/May/2017)

Thank you, Chair,

Thailand appreciates the secretariat for making this comprehensive draft of global vector control response.

We align ourselves with Maldives who spoke on behalf of Regional one voice of 11 countries in South-East Asia.

Chair, In the context of significant contribution of public health entomologist on vector control, Thailand confronts with the scarcity of this professional with limited training capacities. The same situation happens in other South-East Asia countries. Therefore, to achieve effective vector control, there needs significant capacity building in area of public health entomology.

Another key concern is on the consequences of long term use of chemical in containing vectors when addressing vector borne diseases. These consequences are, for example development of pesticides resistant vectors, contamination into the environment, food and soil and entering the whole range of food chains. Evidence has confirmed the correlation between chemical exposure and cancers in human. Hence, we should think in different way. To date, technologies have developed rapidly and there are several new biological interventions that are promising as alternative choices. WHO and scientific communities should scale up enquiries into the impact of chemical on environment and human health and scale up biological interventions for vector control.

Finally, Thailand strongly supports the draft vector control response contained in document A70/27 Rev.1 and adopts the draft resolution contained in document A70/27 Rev.1 Add.1 as amended by Maldives and other member states.

Thank you, Chair.

### Agenda 15.1 Preparation for the third High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases, to be held in 2018

#### ผู้รับผิดชอบ

๑. นายแพทย์พิสุทธ์ ชื่นจงกลกุล กรมควบคุมโรค
๒. แพทย์หญิงฉัตรทิพย์ ตวงรัตนานนท์ กรมอนามัย

#### สาระสำคัญของวาระ

- ในปีพ.ศ. ๒๕๕๔ องค์การสหประชาชาติ ได้จัดประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยสามัญ โดยมีวาระเรื่องการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ เพื่อสร้างความสนใจให้กับผู้นำระดับโลกได้เห็นความสำคัญของปัญหาโรคไม่ติดต่อกำลังเพิ่มขึ้น โดยมีผลลัพธ์สำคัญจากการประชุมคือการนำประกาศเจตนารมณ์ของการประชุมผู้บริหารระดับสูงในการประชุมนี้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อไปใช้



- องค์การอนามัยโลกเป็นผู้นำกระบวนการปรึกษาหารือเพื่อพัฒนาแผนปฏิบัติการเพื่อป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อระหว่างปีพ.ศ. ๒๕๕๖ – ๒๕๖๓ เพื่อตอบสนองต่อประกาศเจตนารมณ์ของการประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยสามัญเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยแผนปฏิบัติการดังกล่าวได้รวมกรอบการติดตามการดำเนินงานแบบบูรณาการที่มีตัวชี้วัด ๒๕ ตัวและมีเป้าหมายโดยสมัครใจ 9 เป้าหมายในระดับโลก
- ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๖๖ ปีพ.ศ. ๒๕๕๖ ได้มีการรับรองแผนปฏิบัติการระดับโลกรวมถึงตัวชี้วัดและเป้าหมายโดยสมัครใจนี้ โดยมีมติเรียกร้องต่อประเทศสมาชิกให้นำแผนปฏิบัติการระดับโลกนี้ไปใช้ และพิจารณาการพัฒนากรอบการติดตามผลการดำเนินงานในระดับชาติด้านโรคไม่ติดต่อที่รวมเป้าหมาย และตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับบริบทประเทศ และจัดตั้งพร้อมทั้งสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบเฝ้าระวังและรายงานในระดับประเทศ
- จากการติดตามข้อมูลโดยองค์การอนามัยโลก พบว่าในปีพ.ศ. ๒๕๕๘ ประเทศสมาชิกสามารถขับเคลื่อนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อได้น้อยหรือไม่มีความก้าวหน้า และถึงแม้หลายประเทศโดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนาจะมีความก้าวหน้าในเชิงบริหารได้แก่การเพิ่มงบประมาณเพื่อดำเนินมาตรการ กลับยังพบว่ามีขีดจำกัดในการนำข้อตกลงปรับไปสู่การปฏิบัติ
- เพื่อช่วยให้ประเทศสมาชิกสามารถก้าวข้ามปัญหาดังกล่าวได้ ทางฝ่ายเลขาฯ ได้เพิ่มการสนับสนุนเชิงเทคนิคผ่านกระบวนการต่างๆ และได้มีการมอบหมายกรอบการดำเนินงานที่เฉพาะเจาะจง เพื่อให้ประเทศสมาชิกไปดำเนินการต่อดังนี้
  - รายงานความก้าวหน้าการจัดทำร่าง updated appendix 3 ของแผนปฏิบัติการระดับโลก เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๖ – ๒๕๖๓
  - รายงานความก้าวหน้าในการจัดทำร่างแนวทางกำหนดบทบาทและการมีส่วนร่วมของ non-State actors เพื่อให้บรรลุเป้าหมายโดยสมัครใจ ๙ เป้าหมาย
  - รายงานความก้าวหน้าในการจัดทำแผนงานกลไกการประสานงานระดับโลก (Global coordination mechanism) เพื่อการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อช่วงปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๒
- สืบเนื่องจากวาระทบทวนติดตามความก้าวหน้าในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ได้ระบุให้ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกรายงานต่อสมัชชาสหประชาชาติในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ ถึงความก้าวหน้าในการดำเนินมาตรการ จึงนำมาสู่วาระเตรียมการข้อมูลเพื่อนำเสนอ โดยมีการเสนอร่างข้อตกลงที่ประเทศสมาชิกจะนำแผนปฏิบัติการระดับโลกฉบับปรับปรุงและร่าง updated appendix 3 ไปใช้ โดยผ่านการรับรองจากประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลกสมัยที่ ๑๔๐ และขอให้คณะเลขานุการเสนอต่อประเทศสมาชิกในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๗๐ เพื่อขอการรับรองต่อไป

#### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- ศรีลังกา ในฐานะตัวแทนของประเทศสมาชิกเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ทั้ง ๑๑ ประเทศ ได้กล่าวรับรองร่าง updated appendix 3 และกล่าวถึงสถานการณ์ปัญหาแอลกอฮอล์ในประเทศที่ถูกคุกคามจากสื่อออนไลน์ จึงเรียกร้องต่อผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกเพื่อเริ่มตั้งคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญเพื่อรายงานสถานการณ์ปัญหาแอลกอฮอล์และความก้าวหน้าต่อสมัชชาสหประชาชาติในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ โดยมีประเทศลัตเวียและเอสโตเนียสนับสนุน

- สหรัฐอเมริกาและอิตาลี เห็นว่าหลักฐานสนับสนุนมาตรการเรื่องภาษียังไม่ชัดเจนเพียงพอ จึงขอให้เปลี่ยนข้อความจากรับรอง (endorse) เป็นรับทราบ (take note) โดยอิตาลียังกล่าวเสริมในประเด็นอาหารสุขภาพ ควรมีการส่งเสริม Mediterranean diet ซึ่งมีประโยชน์ต่อสุขภาพเพิ่มไปด้วย
- เดนมาร์กรับรองร่าง และเรียกร้องให้เพิ่มงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานในลักษณะของ flex contribution
- นอร์เวย์, อูรุกวัย, ออสเตรเลีย กล่าวรับรองร่าง updated appendix 3 และเรียกร้องให้มีการประชุมกลุ่ม (drafting group) เพื่อหาข้อตกลงร่วมกับประเทศสมาชิกที่ไม่กล่าวรับรองร่าง

### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (แนว intervention ตอนท้าย)

- ประเทศไทยขอขอบคุณคณะทำงานและเลขานุการสำหรับรายงานและการสนับสนุนทางเทคนิคต่อการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ
- ประเทศไทยสนับสนุนข้อเสนอของประเทศศรีลังกาในฐานะตัวแทนประเทศสมาชิกของภูมิภาค
- ประเทศไทยรับรองร่าง updated appendix 3 ของแผนปฏิบัติการระดับโลก, ร่างแนวทางกำหนดบทบาทและการมีส่วนร่วมของ non-State actors และรายงานความก้าวหน้าการจัดทำแผนงานกลไกการประสานงานระดับโลก
- กล่าวสนับสนุนมาตรการเพิ่มภาษีสุรา เนื่องจากมีหลักฐานว่าช่วยลดการบริโภคสุราและแอลกอฮอล์, ลดอันตรายจากการดื่มและลดการเริ่มดื่มสุรารายใหม่ได้
- เพื่อให้การดำเนินการได้สำเร็จ ประเทศไทยร้องขอต่อทีมเลขานุการดังนี้
  - สนับสนุนประเทศสมาชิกให้สามารถพัฒนามาตรการเชิงชุมชน (community base intervention)
  - สนับสนุนประเทศสมาชิกให้สามารถใช้การจัดการความเสี่ยงจากโรคไม่ติดต่อแบบองค์รวม (total risk approach) กับโรคไม่ติดต่อทุกโรค โดยขยายผลจากการจัดการความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อแบบองค์รวมต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด
  - ช่วยชี้แนะประเทศสมาชิกในการพัฒนาความร่วมมือระหว่างภาคส่วน (multi-sectoral collaboration) และการบูรณาการให้เกิดทุกนโยบายต่อสุขภาพ (health in all policies)
- ประเทศไทยสนับสนุนให้ประเทศสมาชิกรับมาตรการที่มีประสิทธิภาพ (best buy intervention) ไปปรับใช้อย่างเหมาะสมต่อประเทศตนซึ่งจะช่วยให้การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อก้าวหน้าได้เร็วยิ่งขึ้น

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

- ผลการประชุมกลุ่ม (drafting group): ประเทศสมาชิกกล่าวรับรอง draft updated appendix 3 ตามที่คณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลกสมัยที่ ๑๔๐ ได้ร่างไว้ก่อนหน้านี้ โดยสหรัฐอเมริกาและอิตาลีได้ขอแยกตัวออกจากการรับรอง draft updated appendix 3 ดังกล่าว (dissociation)

**Intervention on Agenda 15.1 Preparation for the third High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases, to be held in 2018**

Read by Pisut Chunchongkolkul (26/May/2017)

Thank you Chair,

Thailand appreciates the secretariat for the report and provide technical assistances to this specific global agenda.

We align ourselves with Sri Lanka who spoke on behalf of Regional one voice of 11 countries in South-East Asia.

We welcome the updated appendix 3 to the global action plan, the draft approach to register and publish contributions of non-State actors and proposed workplan for the global coordination mechanism which will support member states in enhancing their national capacity to prevent and control of non-communicable diseases.

Chair, Despite Thailand fights hard in the battles against alcohol domestic and transnational corporations, we become the top alcohol consumption among people over fifteen years old of South-East Asia region, as reported by the 2014 global status report on alcohol and health. Alcohol claims top score on alcohol attributable year of life lost. Increased excise taxes on alcoholic beverages is the most cost-effective and feasible implementation. This intervention makes Thailand alcohol consumption, alcohol-relate harms and drinking initiation decline. Therefore, we would like to encourage member states to adopt the updated appendix 3 and implementing the best buy interventions.

For achieving the goal, we would like to request the Secretariat;

First, support member states in develop effective community base intervention which is one of effective interventions in prevention and control of non-communicable diseases.

Second, support member states to use total risk approach or composite risk index as a tool for preventing diseases and extend the tool beyond cardiovascular diseases to all non-communicable diseases.

Third, support member states to strengthen multi-sectoral collaboration and approach to non-state actors to strengthen the integration of health in all policies.

Finally, Thailand endorses the draft resolution contained in EB140 R7.

Thank you Chair.

## Agenda 15.2 Draft Global Action Plan on the public health response to dementia (2017-2025)

### ผู้รับผิดชอบ

๑. นายแพทย์ธงชน เพิ่มบถศรี กรมการแพทย์
๒. รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ
๓. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ โตสิงห์ สภาการพยาบาล

### สาระสำคัญของวาระ

- ร่างนี้ถูกจัดทำขึ้นจากพื้นฐานของรายงานของ WHO Global Dementia Observatory และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผลการประชุมระดับรัฐมนตรีว่าด้วยเรื่องสมองเสื่อมในปี ๒๐๑๕ และมุ่งตอบสนองเป้าหมายของ SDG โดยครอบคลุมข้อมติ ปฏิญญาและกฎบัตรที่เกี่ยวข้องด้วยเช่นปฏิญญาว่าด้วยสิทธิผู้พิการของสหประชาชาติ และตัวร่างมีการระบุถึงบทบาทของภาคส่วนต่างๆอย่างชัดเจนไม่ว่าจะเป็นบทบาทของประเทศสมาชิก WHO secretariat และภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง
- ที่ประชุมEB139 มีมติให้ผู้อำนวยความสะดวกการอนามัยโลกพัฒนา Global Action Plan on Dementia เพื่อเข้าพิจารณาในสมัชชาองค์การอนามัยโลกครั้งที่ ๗๐
- กระบวนการปรึกษา (Consultative Process) โดยทีมเลขา (Secretariat) ยกร่าง draft zero และปรึกษาประเทศสมาชิกและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องผ่านทาง Web-based consultation จากนั้นก็หารือกับประเทศสมาชิกและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเป็นการภายในอีกครั้ง รวมประเทศสมาชิกที่ร่วมกระบวนการนี้ ๗๙ ประเทศและภาคส่วนอื่นอีก ๓๔ องค์กร
- เนื้อหาสำคัญคือการให้ความสำคัญในระดับนโยบาย ครอบคลุมและเชื่อมโยงแผนสมองเสื่อมกับแผนยุทธศาสตร์ที่มีอยู่แล้วเช่นNCD, Mental health, Ageing, Human Resource for health และ disabilities
- ร่างฯประกอบไปด้วย ๗ ยุทธศาสตร์ มีระยะเวลา ๙ ปีตั้งแต่ ๒๐๑๗-๒๐๒๕ มีการเสนอตัวชี้วัดและเป้าหมายไว้ด้วย
  ๑. สมองเสื่อมเป็น public health priority
  ๒. การสร้างความตระหนักและการเป็นมิตรต่อผู้ป่วยสมองเสื่อม
  ๓. การลดความเสี่ยงการเกิดโรค
  ๔. การวินิจฉัย รักษา ดูแลและการสนับสนุน
  ๕. การสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วย
  ๖. ระบบข้อมูล
  ๗. การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรม

EB140 รับร่างฯโดยไม่แก้ไขและนำเข้าสู่การประชุมสมัชชาฯ

### บทบาทและท่าทีประเทศไทย

- ประเทศไทยสนับสนุนร่างยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการนี้ แต่ก็แสดงความกังวลเรื่องความท้าทายหลายประการเช่นการที่ยังไม่มีการรักษาที่หายขาดได้รวมถึงข้อกังวลล่วงหน้าในประเด็นการเข้าถึงยาเมื่อมียาที่

- สามารถมีประสิทธิผลการรักษาที่ดีขึ้น นอกจากนี้การต้องใช้องค์ความรู้เฉพาะในการวินิจฉัยรักษาและดูแล ปัญหาเรื่องบุคลากรและเทคโนโลยีก็ยังเป็นข้อกังวลโดยเฉพาะในประเทศกลุ่มรายได้ต่ำและปานกลาง
- อย่างไรก็ตาม การมียุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการนี้จะช่วยเป็นทั้ง guideline และใช้เป็นเครื่องมือในการ ขับเคลื่อนการพัฒนาาระบบสุขภาพเพื่อการรองรับอุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมที่อาจพบได้มากขึ้นใน สังคมผู้สูงอายุ
  - ประเทศไทยเน้นย้ำการป้องกันสมองเสื่อมในระดับปฐมภูมิด้วยมาตรการลด NCDs รวมถึงการออกกำลัง กายซึ่งสามารถทำได้ทันทีในทุกประเทศไม่ต้องลงทุนสูง

#### ทำที่ประเทศอื่นๆ

- ประเทศสมาชิกทั้งหมดสนับสนุนร่าง global action plan นี้ แต่มีข้อกังวลในประเด็นใกล้เคียงกันในกลุ่ม ประเทศกำลังพัฒนาคือความไม่พร้อมของทรัพยากรและ capacity ตั้งแต่การป้องกัน วินิจฉัย ดูแลรักษา และการดูแลระยะยาวเนื่องจากสมองเสื่อมยังเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดและยังต้องใช้ยาและเทคโนโลยีที่ ราคาสูง รวมถึงบุคลากรเฉพาะทาง ส่วนใหญ่เรียกร้องให้ WHO ช่วยเรื่องการพัฒนาบุคลากรและ technical support ให้มาก
- ประเทศจีนเสนอให้มาตรการคว่ำยับยั้งและปรับใช้ตามบริบทของแต่ละประเทศ ในขณะที่หลายประเทศ เช่นฟิลิปปินส์ และฝรั่งเศสเน้นการพัฒนาตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ

#### บทสรุปวาระ

รับรองและสนับสนุนให้ประเทศสมาชิกรับรองแผนปฏิบัติการไปใช้ รวมถึงให้ WHO รายงานความก้าวหน้าในการ ประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ ๗๓, ๗๖ และ ๗๘

#### Intervention on Agenda 15.2 Draft Global Action Plan on the public health response to dementia (2017-2025)

Delivered by Thai delegates Dr. Thongtana P.

Thank you Chair;

Thailand appreciates the secretariat for its preparation as well as the 140<sup>th</sup> Executive Board on adoption of the draft global action plan on the public response to dementia. Despite we have considered that the plan's targets and indicators are obviously ambitious, but they are worth to be achieved, in particular in the context of aging society. We fully support and believe the Action Plan will guide and also drive Member States to foster its development to tackle Dementia inclusively.

Chair; Although the draft is holistically well-balanced among risk reduction, cure and care, and its scope is for both patient and carers, my delegation has two important concerns.

We strongly support the Action Area 3: Dementia risk reduction as the risk reduction measures is the most valuable tools to diminish the incidence of Dementia in soon future. As prevention is always better than treatment, this action plan provide good

opportunity to start dementia prevention earlier. As stressed at the 140<sup>th</sup> EB session, we would emphasize again here that the best dementia preventable measures available in our hands are reducing dementia risk factors including control of NCDs and increasing physical activities.

Concerning the Action area 4: Dementia diagnostic, treatment, care and support, unfortunately, there are neither cost-effective medical treatments nor targeted medicines for dementia available. Even so the better efficient modulating agents for dementia are scientifically proved; an accessibility and affordability could be huge challenge, in particular in low and middle income countries. We strongly support the systematically shift the locus of care away from hospitals towards community-based care settings that integrate multidisciplinary and community-based networks that includes social and health systems to provide quality care and evidence-based interventions. Strengthening primary care level as well as promoting Voluntary Health Worker should be highlighted as the most efficient approach.

Thank you Chair;

### Agenda 15.3 Public health dimension of the world drug problem

#### ผู้รับผิดชอบ

๑. เกสัชกรหญิงสิตานันท์ พูนผลทรัพย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
๒. นางสาวณนุต มธุรพจน์ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

#### สาระสำคัญ

- เอกสารวาระอ้างอิงถึงการประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยปัญหา ยาเสพติดโลก (UNGASS: United Nations General Assembly Special Session on Drugs) ที่จัดไปเมื่อเมษายน ๒๕๕๙ มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนความก้าวหน้าของการดำเนินการตามแถลงการณ์ทางการเมืองและแผนปฏิบัติการว่าด้วยความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อไปสู่การดำเนินการเชิงยุทธศาสตร์อย่างบูรณาการและอย่างสมดุลเพื่อต่อสู้กับปัญหา ยาเสพติดโลก (Political Declaration and Plan of Action on International Cooperation towards an integrated and Balanced Strategy to Counter the World Drug Problem) รวมไปถึงการประเมินความสำเร็จและความท้าทายในการต่อสู้กับปัญหา ยาเสพติดโลกภายในขอบข่ายของอนุสัญญาาระหว่างประเทศ ๓ ฉบับ และเครื่องมือทางกฎหมายอื่นๆ ของสหประชาชาติเพื่อการควบคุมยาเสพติด
- จุดประสงค์หลักของวาระ คือ เป็นการรายงานผลการดำเนินงานของ WHO ในการเพิ่มบทบาทของ health sector ในการจัดการปัญหา ยาเสพติดโลก (World Drug Problem: WDP) โดยที่ผ่านมา มีการประชุมหารือในประเด็นดังต่อไปนี้ เช่น การเชื่อมโยง WDP เข้ากับเป้าหมายของ Sustainable Development Goal 3 การสนับสนุนการดำเนินการตาม Operational recommendations<sup>5</sup> ที่ผ่านการรับรองจากการ

<sup>5</sup> Operational recommendations contain 7 areas: (1) demand reduction and related measures, including prevention and treatment, as well as other health-related issues, (2) ensuring the availability of and access to controlled substances exclusively for medical and scientific purposes, while preventing their

ประชุม UNGASS การประสานความร่วมมือระหว่าง WHO กับ UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) และ INCB (International Narcotic Control Board)

- การที่จะสนับสนุนให้ประเทศสมาชิกสามารถดำเนินการตาม ‘Operational recommendations’ จาก UNGASS และตาม SDG3 ได้นั้น จำเป็นต้องยกระดับความพยายามร่วมกันระหว่าง WHO, UNODC, INCB และองค์กรอื่นๆ ของ UN และ Commission on Narcotic Drugs ควรรับทราบและให้ความสำคัญในเรื่องดังกล่าว
- WHO ตระหนักว่า UNODC เป็น leading entity ในการจัดการปัญหา WDP และตระหนักว่าต้องพยายามมากขึ้นเพื่อให้เกิด coherence ของนโยบาย WDP ที่เกี่ยวกับสุขภาพในด้านต่างๆ
- WHO รายงานความก้าวหน้าของบทบาทของตนใน ๓ ด้าน ที่เกี่ยวเนื่องจากเวที UNGASS ดังนี้
  ๑. Demand reduction and related measures เน้นมาตรการ prevention, early intervention, treatment, care, harm reduction, recovery, rehabilitation and social reintegration, with a focus on drug use disorders and associated co-morbidities
  ๒. Access to controlled medicines โดยทำให้เกิดการเข้าถึง controlled substances for medical and scientific purposes
  ๓. Cross-cutting issues เช่น การบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับ prohibition of non-medical use of internationally controlled substances การดำเนินการร่วมระหว่าง WHO/UNODC/UNESCO ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการใช้ psychoactive substances ในเด็กและสตรี การติดตามการใช้ยาเสพติด และอัตราการป่วยและอัตราการตายเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติดในประชากรกลุ่มต่างๆ เป็นต้น
- WHO รายงานการลงนาม MoU ระหว่าง WHO and UNODC โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะ strengthen และขยายความร่วมมือในการจัดการปัญหา ยาเสพติด ในมุมมองทางด้านสาธารณสุข โดยมุ่งเน้นในการ implementation of the health-related operational recommendations included in the outcome document จากการประชุม UNGASS2016 โดยจะเน้นกิจกรรมหลัก ๗ ด้านดังนี้
  - (a) prevention of drug use;
  - (b) prevention and treatment of drug use disorders;
  - (c) access to medicines under international control;
  - (d) new psychoactive substances;
  - (e) prevention, diagnosis, treatment, care and support for HIV, viral hepatitis and tuberculosis among people who use drugs and among people who are in prisons;
  - (f) prevention of violence and violence-related deaths;
  - (g) monitoring drug use and its health and social consequences.

---

diversion, (3) supply reduction and related measures; effective law enforcement; responses to drug-related crime; and countering money-laundering and promoting judicial cooperation, (4) cross-cutting issues: drugs and human rights, youth, children, women and communities, (5) cross-cutting issues in addressing and countering the world drug problem: evolving reality, trends and existing circumstances, emerging and persistent challenges and threats, including new psychoactive substances, in conformity with the three international drug control conventions and other relevant international instruments, (6) strengthening international cooperation based on the principle of common and shared responsibility, (7) alternative development; regional, interregional and international cooperation on development-oriented balanced drug control policy; addressing socioeconomic issues.

- ขอให้มีการรับรอง draft decision เรื่อง Public health dimension of the world drug problem ที่เสนอโดย ๑๔ ประเทศสมาชิก ที่ขอให้ประเทศสมาชิกเพิ่มความพยายามในการจัดการปัญหายาเสพติดในมุมมองทางด้านสาธารณสุขแบบ comprehensive, integrated and balanced approach และขอให้ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกพยายามอย่างต่อเนื่องที่จะประสานความร่วมมือระหว่าง WHO, UNODC, INCB และขอให้มีการรายงานความคืบหน้าการดำเนินการในการประชุม WHA ครั้งที่ ๗๑ ๗๓ และ ๗๕ รวมทั้งขอให้ Commission on Narcotics Drugs รายงานการดำเนินการกิจกรรมที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่องในการประชุม WHA

### ท่าทีของประเทศต่างๆ

ประเทศส่วนใหญ่สนับสนุนการดำเนินการกรอบแนวคิดใหม่และสนับสนุนบทบาทขององค์การอนามัยโลกร่วมมืออย่างใกล้ชิดในการทำงานกับ UNODC ในการแก้ไขปัญหาเสพติดอย่างบูรณาการโดยเริ่มจากระดับนโยบายลงสู่การปฏิบัติ ของ the health-related operational recommendations จาก UNGASS 2016 และรับรอง decision เรื่อง Public health dimension of the world drug problem

ประเทศมอลต้าในนามของสหภาพยุโรปขอให้มีการร่วมมือกับองค์กรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น INCB รวมทั้ง องค์กรอื่นภายใต้สหประชาชาติ เช่น UNAIDS เพื่อจัดการปัญหานี้ และย้ำถึงการจัดการจัดการปัญหาเรื่อง new psychoactive substances (NPS)

ประเทศโตโกในนามของ AFRO แสดงความกังวลเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติดที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มวัยรุ่นและขอให้องค์การอนามัยโลกสนับสนุนด้าน capacities building และ technical assistance เน้นถึงความสำคัญของการทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดระหว่าง WHO UNODC INCB

จาเมกาแสดงความกังวลเกี่ยวกับกัญชา (Cannabis) แม้ว่าจะมีประโยชน์ทางการแพทย์หลายอย่าง แต่มีข้อจำกัดที่จะนำไปพัฒนาเพื่อใช้ทางการแพทย์เนื่องจากถูกจัดเป็นสารเสพติด

แคนาดา สนับสนุนการดำเนินการตาม outcome document และขอให้คำนึงถึงเรื่อง social determinant of Health, human right ความต้องการของกลุ่มที่เปราะบางนี้ (unique needs of vulnerable group)

รัสเซีย สนับสนุนการทำงานร่วมกัน WHO, CND, UNODC เน้น demand reduction และยังคงไม่เห็นด้วยกับมาตรการ harm reduction ซึ่งเป็นมาตรการที่มีประโยชน์ต่อการป้องกันควบคุมโรค

### ท่าทีของประเทศไทย

- สนับสนุนการดำเนินการตาม Operational recommendations' จาก UNGASS 2016 ลงสู่การปฏิบัติ
- สนับสนุน การเข้าถึงยาเสพติดและสารออกฤทธิ์ที่จำเป็นในทางการแพทย์ (controlled substances exclusively for medical purposes) และป้องกันการนำไปใช้ในทางที่ผิดหรือไม่ได้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ทางการแพทย์
- สนับสนุน demand reduction programs and services
- สนับสนุน ให้มีการพัฒนาระบบข้อมูลและฐานข้อมูลที่สำคัญเพื่อทำให้เกิดประโยชน์ในการดำเนินการและติดตามประเมินผลที่เป็นประโยชน์ต่อการขับเคลื่อนและดำเนินงานตามนโยบายยาเสพติดที่เกี่ยวกับมิติสุขภาพของประเทศ



- **เน้นย้ำ** ปัญหาเรื่อง new psychoactive substances (NPS) ซึ่งเป็นความท้าทายที่ยังต้องอาศัยความร่วมมืออย่างใกล้ชิดระหว่างองค์การอนามัยโลก UNODC และ ความร่วมมือกับภาคเอกชนในการจัดการปัญหาดังกล่าว

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับรองรายงานตามที่ฝ่ายเลขานุการ เสนอ และ รับรอง Decision

#### Intervention on Agenda 15.3 Public health dimension of the world drug problem

Read by Ms. Sitanan Poolpolsap

Thank you, chair.

Thailand notes the report and appreciates the secretariat for their hard work on this important agenda.

The 2016 UNGASS on the world drug problem's outcome document could foster the effective coordination among our international communities. Now the main challenge is "how the operational recommendations of UNGASS are being translated into real actions".

We appreciate the commitment between WHO and the United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) to strengthen their collaboration for effective implementation of health related operational recommendations.

Chair, Thailand 'd like to highlight the important issues as follow

First, the continued emergence of new psychoactive substances (NPS) which pose the problems in the communities which still not have any solution therefore we need effective communication and collaboration approaches between country and the International Narcotics Control Board as well as communication with the private sector to fight this problem.

Second, demand reduction programs and services are the most cost-effective measure to be invested. The prevention of drug abuse, especially among young people, should be the main objective of drug control policy and practice. It assists the prevention of the adverse health and social consequences associated with drug abuse, such as the transmission of HIV among people who inject drugs. This is the most crucial element of a comprehensive and balanced approach in the spirit of UNGASS.

Third, correct and reliable data and information sharing are needed for the evidence-based tools for effective implementation and monitoring. Therefore the development of national capacities on database and data analysis is the foundation for further evidence-based policies and programs to respond to drug-related public health challenges.

Finally Thailand supports the draft decision in the document A70/A/CONF./6 on Public Health Dimension of the world drug problem. Thank you, chair

## Agenda 15.4 Outcome of the Second International Conference on Nutrition

### ผู้รับผิดชอบ

๑. แพทย์หญิงจิตติภรณ์ ตวงรัตนานนท์ กรมอนามัย
๒. ทันตแพทย์หญิงวรมน อัครสุต กรมอนามัย

### สาระสำคัญของวาระ

- วาระนี้กล่าวถึงการติดตามผลการดำเนินงานหลังจากการประชุม the Second International Conference on Nutrition (ICN2) ที่จัดขึ้น ณ สำนักงานใหญ่องค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ กรุงโรม สาธารณรัฐอิตาลี เมื่อ 19-21 พฤศจิกายน 2014 ผู้เข้าร่วมประชุม ประกอบด้วย ผู้แทนประเทศสมาชิก 164 คน ของ FAO และ WHO ผู้สังเกตการณ์ รวมทั้ง United Nations และ intergovernmental organizations รัฐมนตรีและผู้บริหารระดับสูงของหน่วยงานราชการ หน่วยงานทั้งภาค ประชาชน และเอกชน รวมทั้งสิ้นกว่า 2200 คน โดยจากการประชุมมีการ รั้งร่างเอกสาร 2 ฉบับ คือ ปฏิญญากรุงโรมว่าด้วยโภชนาการ (Rome Declaration on Nutrition) และ กรอบเพื่อการปฏิบัติการ (Framework for Action)
- สาระสำคัญของร่างเอกสารทั้งสองฉบับมีสาระสำคัญคือการกำจัดการภาวะทุพโภชนาการในทุกด้านให้หมดไป ก่อนปี ค.ศ. 2030 โดยมีเป้าหมายคือ 6 Global Targets on Nutrition ให้สำเร็จก่อนปี ค.ศ. 2025 โดย เป้าประสงค์ประกอบด้วย 6 ภาวะคือ Stunting, Wasting, Overweight, Anemia in Reproductive age, Breastfeeding และ Low birth weight นอกจากนี้ยังมีการอ้างอิงถึงใน global action plan for the prevention and control of NCD 2013–2020 ร่วมด้วย
- เมื่อปี 2016 ได้มีการประกาศให้เป็น UN Decade of nutrition ซึ่งได้มีการกล่าวอ้างอิงถึง Rome Declaration on Nutrition และ Framework for Action โดยให้ถือเป็นเครื่องมือหนึ่งในการจัดการกับ ภาวะทุพโภชนาการทั่วโลก โดย Framework for Action ได้กล่าวครอบคลุมถึงหัวข้อต่างๆ เหล่านี้ Trade, Food systems, Health systems, Nutritional Education, Social protection, Environment, Water and sanitation, Food safety และ AMR
- สำหรับการติดตามการดำเนินการได้มีมติให้รายงานความก้าวหน้าต่อที่ประชุม WHA ทุกสองปีหลังจากการประชุม ICN2 เมื่อปี 2014 (WHA68.19) ซึ่งการประชุม WHA 70<sup>th</sup> ครั้งนี้เป็นารายงานผลการดำเนินการครั้งแรก

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- ทุกประเทศยินดีสนับสนุนการปฏิบัติตามปฏิญญากรุงโรมว่าด้วยโภชนาการและกรอบการทำงานสำหรับการดำเนินการ ซึ่งแต่ละประเทศได้รายงานสถานการณ์ในประเทศต่อที่ประชุม โดยสถานการณ์ในประเทศ Low-Middle income ในปัจจุบัน มีปัญหา Double burden ของทุพโภชนาการมากขึ้น
- โดยที่ประเทศส่วนใหญ่มีกฎหมาย แผนยุทธศาสตร์ หรือแผนปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการและได้ ดำเนินงานตามแล้ว เช่น เกาหลีใต้ ตุรกี สโลวาเกีย รัสเซีย และประเทศในภูมิภาค SEAR, AFR, AMR ประเด็นที่หลายประเทศให้ความสนใจคือ การโฆษณาอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการต่ำ เช่น ประเทศ อาร์เจนตินา เวียดนาม กลุ่มเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออกและ SEAR และสนับสนุนการทำงานแบบหลาย

ภาคส่วนทั้งในภาครัฐ หรือร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้อง ดังที่ สหรัฐฯ ญี่ปุ่น เวียดนาม เวเนซุเอลาและภูมิภาค AFR ได้เสนอ

- ประเด็นอื่นๆที่ได้รับความสนใจจากประเทศบางประเทศ เช่น Food reformulation ที่เสนอโดย สโลเวเกียหรือการให้ความรู้ด้านโภชนาการ โดยสโลเวเกียและฝรั่งเศส และการสนับสนุนงานวิจัยหรือนโยบายที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่เสนอโดย รัสเซียและอินโดนีเซีย
- องค์การของ UN เช่น FAO, UNSCN พร้อมสนับสนุนการทำงานของ WHO แต่ต้องการให้ภาครัฐมีความเข้มแข็งมากขึ้นเพื่อให้บรรลุการกำจัดภาวะทุพโภชนาการใน UN Decade of Nutrition ภาคีอื่นเช่น World Food Program, Scaling Up Nutrition พร้อมสนับสนุนโดยเน้นการทำงานกับหลากหลายภาคีเครือข่าย รวมทั้งภาคธุรกิจ และพร้อมให้คำแนะนำและแลกเปลี่ยนในประเทศสมาชิก
- WMA เน้นให้เห็นความสำคัญของการให้คำปรึกษารายบุคคลและแพทย์เองก็เห็นด้วยว่าโภชนาการเป็นเรื่องสำคัญยิ่ง

World cancer research funds international, International baby food action network และ Food First Information and Action Network เห็นว่าประเทศสมาชิกยังไม่สามารถไปถึงเป้าหมายได้เท่าที่ควร และควรเน้นความสำคัญของการใช้กฎหมายและชี้ให้เห็นว่าการค้า ไม่ควรรุกล้ำสิทธิของประชาชน จึงควรร่วมมือกันหลายภาคส่วนเพื่อที่จะปกป้องผลประโยชน์ของประชาชน

#### **บทบาทและท่าทีของประเทศไทย(แบบ intervention ตอนท้าย)**

- ประเทศไทยยินดีต้อนรับปฏิญญากรุงโรมว่าด้วยโภชนาการและกรอบการทำงานสำหรับการดำเนินการ
- ประเทศไทยแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการได้รับการสนับสนุนในระดับเวทีโลกหรือ WHA โดยเฉพาะเรื่องที่สามารถโดนแทรกแซงจากภาคธุรกิจได้ เช่น เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ที่มักมีการแทรกแซงจากบริษัทผู้ผลิตนมผง แต่หลังจากการมีความเคลื่อนไหวในระดับโลกคือ International code of marketing of breast-milk substitutes และการเคลื่อนไหวต่อเนื่อง โดยครั้งล่าสุดในการประชุม WHA 69<sup>th</sup> เรื่อง Guidance on ending the inappropriate promotion of foods for infants and young children ความสำเร็จดังกล่าว สามารถนำมาผลักดันนโยบายในระดับประเทศได้ คือ พรบ. ควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2560 ซึ่งถือเป็นความสำเร็จหลังจากการขับเคลื่อนมา 36 ปี โดยขอบคุณ WHO, UNICEF สำหรับความช่วยเหลือในการผลักดัน พรบ. ดังกล่าว
- ประเทศไทยเห็นความสำคัญของการมีนักโภชนาการในจำนวนและการกระจายตัวที่เพียงพอและเหมาะสม จึงร้องขอให้ WHO สนับสนุนนโยบายด้านโภชนาการและนักโภชนาการให้กับประเทศสมาชิก โดยจะยังผลให้กำจัดภาวะทุพโภชนาการได้ในกรอบเวลาที่กำหนด

#### **สรุปผลลัพธ์ของวาระ**

สมัชชาอนามัยโลก รับทราบรายงานความก้าวหน้า (Take note) การดำเนินงานตาม Rome declaration

## ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข(ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

### การทำงานในระดับประเทศ

กระทรวงสาธารณสุขร่วมมือกับทุกภาคส่วน เช่น กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงศึกษาธิการ ในการจัดการปัญหาโภชนาการอย่างเป็นระบบ และร่างแผนกลยุทธ์ในการจัดการภาวะทุโภชนาการร่วมกัน สำนักโภชนาการ กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย สำนักงานพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ผลักดันให้มีแผนยุทธศาสตร์เรื่องโภชนาการและมีการวิจัยที่สามารถนำไปใช้อ้างอิงเชิงนโยบาย นอกจากนี้ควรร่วมมือกันในภาคส่วนอื่นๆ ในการบูรณาการกับ ECHO Implementation plan กลุ่มงานอนามัยแม่และเด็ก วิทยาลัยฯ สำนักส่งเสริมสุขภาพและส่วนภูมิภาค กรมอนามัย นำกรอบการดำเนินงานดังกล่าวไปใช้งาน โดยเฉพาะเรื่อง EBF, Anemia และส่งเสริมอาหารทารกตามวัย

ผลักดันการนำ พรบ. ควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก และผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง นำสู่การปฏิบัติ สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล และหน่วยงานด้านวิชาการ ร่วมสนับสนุนข้อมูลทางวิชาการเรื่องโภชนาการ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนานโยบายระดับชาติ

### การทำงานในระดับนานาชาติ

ร่วมมือกับ WHO country, regional office และ HQ หรือ ASEAN ในการเก็บข้อมูลเรื่องโภชนาการ และประชุมแผนงานที่เกี่ยวข้อง

ติดตามความก้าวหน้าของกรอบการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการเช่น ICN2, framework of action, Comprehensive nutritional plan on nutrition

### **Intervention on Agenda 15.4 Outcome of the second international conference on nutrition**

Intervention by Dr. Titiporn Tuangratananon (29<sup>th</sup> May 2017)

Thank you, Chair

Thailand commends WHO, FAO, member states and development partners in their untiring effort to tackle malnutrition in all forms. It is a long journey to achieve the ultimate goals. We are still facing the remnant of under-nutrition with the high rising trend of over-nutrition. Thailand supports ROV delivered by Bhutan. Therefore we have 2 additional issues to raise...

First, Evidences reveal that many countries have low rate of and slow progress in the coverage of exclusive breastfeeding. This partly reflects the ineffectiveness of the voluntary code of marketing of breast milk substitutes, and lack of compliance by formula milk manufacturers and suppliers. To protect, promote and support breastfeeding, we do need strong and continuous political support for an enabling environment and the improvement of labour law in supporting maternal and paternal leaves; as well as other enabling environments.

Thailand has recently legislated the Code of Marketing of Breast Milk Substitute into

National Law, in the face of severe resistance through direct lobbying of BMS industries including their proxies. We express our sincere appreciation to WHO and UNICEF for their ethical and scientific leadership and contributions to Thailand in advancing the code into a national law and safeguard the public health benefits from all forms of conflict of interest.

Second, The health system in particular adequate number of well trained nutrition professionals and nutritional program, are the cornerstone of these achievements. We would like to request WHO and partners to support member states in strengthening nutritional program at all levels and strengthen capacity and distribution of nutritional professionals in order to maximize their contributions.

This first biannual report is the starting point to renew and redouble our efforts in the long march for improvement of nutrition for all.

Thank you, Chair

#### Agenda 15.5 Report of the Commission on Ending childhood obesity: Implementation plan

##### ผู้รับผิดชอบ

๑. ทันตแพทย์หญิงวรมน อัครสุต กรมอนามัย
๒. แพทย์หญิงจิตติภรณ์ ตวงรัตนานนท์ กรมอนามัย

##### สาระสำคัญของวาระ

- โรคอ้วนในเด็กพบอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง และเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่ยังไม่มีแนวทางการแก้ไขปัญหาย่างเป็นรูปธรรม
- ในปีพ.ศ. ๒๕๕๗ จึงมีการแต่งตั้ง “คณะกรรมการเพื่อยุติโรคอ้วนในเด็ก” (Commission on Ending Childhood obesity) เพื่อเสนอขอแนะนำในการแก้ไขปัญหาระบาดโรคอ้วนในเด็ก
- ในปีพ.ศ. ๒๕๕๙ คณะกรรมการฯ ได้เสนอขอแนะนำในการแก้ไขปัญหาระบาดโรคอ้วนในเด็ก และที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๖๙ ได้รับรองร่างข้อตัดสินใจ WHA69 (12) (2016) โดยมีสาระสำคัญคือ การรับรองขอแนะนำของคณะกรรมการฯ ให้ประเทศสมาชิกพิจารณาไปดำเนินการและขอให้องค์การอนามัยโลกจัดทำแผนดำเนินการเพื่อยุติโรคอ้วนในเด็ก (The implementation plan) เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก สมัยที่ ๑๔๐ และเสนอต่อที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๗๐
- (ร่าง) แผนการดำเนินงานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแนวทางให้ประเทศสมาชิกและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่าง ๆ พิจารณาไปดำเนินการตามบริบทที่เหมาะสม เพื่อแก้ไขปัญหาระบาดโรคอ้วนในเด็ก บนหลักการสำคัญคือการบูรณาการกับแผนระดับโลกอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง การเป็นเจ้าของร่วมกันของประเทศและทุกภาคส่วนในสังคมทั้งในและนอกภาคสุขภาพและภาครัฐและภาคส่วนอื่นๆ รวมถึงการใช้ life course approach
- แผนการดำเนินงานนี้มีข้อเสนอแนะสำคัญ ๖ ข้อ ได้แก่
  ๑. ส่งเสริมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ลดการบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพและเครื่องดื่มที่มีรสหวาน โดยใช้มาตรการหลายด้านร่วมกัน เช่น ใช้มาตรการภาษีที่มีประสิทธิภาพสำหรับเครื่องดื่มที่มีรสหวานจากน้ำตาล การควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มสำหรับเด็ก

๒. ส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และลดพฤติกรรมเนือยนิ่งในเด็กและวัยรุ่น
  ๓. สร้างความเข้มแข็งในการป้องกัน NCDs ในหญิงตั้งครรภ์และการฝากครรภ์คุณภาพ
  ๔. สนับสนุนการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ การนอนหลับ และกิจกรรมทางกายในเด็กปฐมวัย เช่น การส่งเสริม สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ผ่านมาตรการต่างๆ
  ๕. ดำเนินโครงการเพื่อส่งเสริมสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพในโรงเรียน
  ๖. มีการจัดการในการควบคุมน้ำหนักสำหรับเด็กที่มีภาวะอ้วน
- แผนการดำเนินการนี้ ไม่มีกรอบการติดตามประเมินผลที่ชัดเจน ไม่ระบุระยะเวลาการรายงาน รวมถึงไม่มีตัวชี้วัดเพื่อติดตามการดำเนินงาน นอกจากนี้ แผนการดำเนินงานนี้ มีความเชื่อมโยงกับแผนในระดับโลกอื่นๆ/ WHA resolutions อื่นๆ โดยมีการรายงานและเป้าหมายที่ทับซ้อนและไม่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ดังแสดงในตาราง

แผน/กรอบการดำเนินงาน	เป้าหมาย	รอบการรายงาน
SDG 2030	SDG target 3.4 Percent of population overweight and obese, including children under 5	ทุก ๒ ปี
Global Action Plan on NCDs 2013-2020 (GAP NCDs) and resolution 66.10	Obesity over 18 years old	2018, 2021
Comprehensive Implementation Plan on nutrition (CIP), decision 67.9 and resolution 69.9	Overweight under 5 By 2025, no increase in childhood overweight. (Baseline 7%)	2018, 2020
ICN2 framework for action	Childhood overweight	2017, 2019 และ รายงานทุก ๒ ปี

- ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๗๐ จะพิจารณาแผนการดำเนินการนี้ และรับรองร่างข้อตัดสินใจที่เสนอโดยประเทศเอกวาดอร์ กานา เม็กซิโก โดยมีประเด็นสำคัญ 3 ข้อ คือ
  ๑. รับรอง (endorse) แผนการดำเนินงานฯ
  ๒. แนะนำ (recommend) ให้ประเทศสมาชิกตอบสนองต่อแผนดำเนินการฯ
  ๓. ขอให้มีการรายงานความก้าวหน้าใน WHA ครั้งที่ 73 (ค.ศ.2020)

#### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

(ใน drafting group, informal consultation และ committee A) drafting group and informal consultation ประเด็นหลักที่หารือ มี ๒ ประเด็นสำคัญ ได้แก่

๑. การรับรองแผนดำเนินการ

- ประเทศส่วนใหญ่เห็นชอบกับคำว่า Endorse (เม็กซิโก ปานามา อินเดีย เอกวาดอร์ เคนยา รัสเซีย แคนาดา บราซิล โคลอมเบีย สวิตเซอร์แลนด์ ไทย) สำหรับ สหรัฐอเมริกาเสนอให้ใช้คำว่า Note (มีเพียงประเทศเดียว) ซึ่งหลายประเทศไม่เห็นด้วย
- ประเทศส่วนใหญ่ต้องการให้การตกลงเป็นไปด้วยความราบรื่นและเป็นไปตามสปีริตของภาคสุขภาพที่มักตกลงกันด้วยฉันทามติ
- ในที่สุดจึงเห็นชอบร่วมกันโดยใช้คำว่า welcome และเพิ่มน้ำหนักในข้อตัดสินใจข้อที่ ๒ โดยใช้คำว่า Urge ให้ประเทศสมาชิกพัฒนาแผนการดำเนินงานในระดับประเทศ

๒. การจัดระบบรายงานให้เป็นระบบเดียวและบูรณาการระหว่างแผนต่างๆ ที่เชื่อมโยงเกี่ยวข้องกัน

ประเด็นนี้เสนอโดยประเทศไทย ในนามภูมิภาคเอเชียใต้และตะวันออกและได้รับการสนับสนุนจาก European Union โดยอยากให้มีการรายงานความก้าวหน้าของ ECHO implementation plan เป็นระบบเดียวควบคู่กับ GAP NCDs, CIP, ICN2 framework of Action, WHA resolution 69.9

อย่างไรก็ตาม ฝ่ายเลขานุการได้ชี้แจงว่าการรวมรายงานเป็นระบบเดียวและเป็นเนื้อเดียวกันโดยเชื่อมโยงกับกรอบการดำเนินงานต่างๆ ไม่สามารถปฏิบัติได้ เนื่องจาก แต่ละกรอบจัดทำมาในต่างกรรมต่างวาระกันและร่างการตัดสินใจนี้ไม่สามารถไปหักล้างข้อมติหรือข้อตัดสินใจในอดีตได้ ในที่สุดที่ประชุมเลยเห็นชอบร่วมกันให้มีการรายงานเป็นระยะตามความเหมาะสม โดยฝ่ายเลขานุการสามารถตัดสินใจว่าจะมีการรายงานในช่วงเวลาใด หรือสอดคล้องกับการรายงานตามกรอบใด

#### ■ committee A

- ประเทศสมาชิกส่วนใหญ่และองค์กรที่ไม่ใช่ประเทศสมาชิก เช่น International council of nurses, World Medical Association, International baby food action network with FIAN, Medical Monde International สนับสนุนแผนการดำเนินงานฯ นี้
  - หลายประเทศ (เอสโตเนีย แซมเบีย แคนาดา และมาเลเซีย) ให้การสนับสนุน draft decision
  - ประเทศมอลตา (ในนามของกลุ่มประเทศ EU) เม็กซิโก และบราซิล ให้การสนับสนุน draft decision และข้อเสนอเพิ่มเติมจากประเทศไทย
  - ประเทศสหรัฐอเมริกา มีความกังวลว่าข้อความบางประเด็นในแผนการดำเนินงานฯ ซึ่งเป็นการผูกมัดเกินไป เช่น ประเด็นเรื่องภาษี ควรเป็นความสมัครใจ ขึ้นกับบริบทและเศรษฐกิจของแต่ละประเทศ จึงเสนอให้ข้อสรุปของที่ประชุมคือ บันทึก (note) แผนการดำเนินงานฯ

#### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (แบบ intervention ตอนท้าย)

- ประเทศไทยในนามของ ๑๑ ประเทศสมาชิกภูมิภาคเอเชียใต้และตะวันออกเห็นถึงความสำคัญของการยุติโรคอ้วนในเด็ก และสนับสนุนแผนการดำเนินงานฯ โดยเฉพาะมาตรการทางภาษีที่จะช่วยลดการบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล (sugar-sweetened beverage tax) การไม่สนับสนุนการตลาดของอาหารสำหรับเด็กที่ไม่เหมาะสมและให้ความสำคัญกับข้อมูลที่จะติดตามความก้าวหน้าและการประเมินผล
- สนับสนุน draft resolution แต่มีข้อเสนอเพิ่มขึ้นในประเด็นเรื่องการรายงานความก้าวหน้า โดยขอให้มีการบูรณาการรายงานความก้าวหน้าของ ECHO เข้าไปกับรายงานอื่น ๆ ที่มีอยู่แล้ว เพื่อให้เกิดการประสานและสอดคล้องกับช่วงเวลาของแผนการรายงานที่มีอยู่ในระบบปัจจุบัน

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

สมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๗๐ รับรอง ร่าง การตัดสินใจ โดยมีสาระสำคัญดังนี้ ๑. ยินดีรับแผนการดำเนินงาน (welcome) ๒. กระตุ้น (urge) ให้ประเทศสมาชิก ตอบสนอง พัฒนากลยุทธ์และจัดทำแผน ในการยุติโรคอ้วน ในเด็กและวัยรุ่นตามแผนดำเนินการฯ ๓. ขอให้มีการรายงานความก้าวหน้าเป็นระยะ ๆ โดยบูรณาการไปเป็นส่วนหนึ่งของรายงานด้านโภชนาการและรายงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ ที่มีอยู่แล้ว

### ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุมาร/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

#### การทำงานในระดับประเทศ

- หน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข เช่น กรมควบคุมโรค (สำนักโรคไม่ติดต่อ และศูนย์นโยบายและยุทธศาสตร์โรคไม่ติดต่อ) กรมอนามัย (สำนักทันตสาธารณสุข กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ สำนักโภชนาการ สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม สำนักส่งเสริมสุขภาพ และ Cluster แม่และเด็ก, วัยเรียน, วัยรุ่น) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ร่วมกับเครือข่ายต่าง ๆ เช่น Thai NCD Network เครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน Thai NCD Alliance และกระทรวงอื่น ๆ เช่น กระทรวงพาณิชย์ และกระทรวงศึกษาธิการ ร่วมกันพัฒนากลยุทธ์และจัดทำแผนดำเนินการเพื่อตอบสนองต่อการจัดการปัญหาโรคอ้วนในเด็กอย่างเป็นระบบ โดยนำแผนการดำเนินงานฯ ของกรมการแพทย์เพื่อยุติโรคอ้วนในเด็กมาปรับให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย โดยให้ทุกภาคส่วนได้มีส่วนร่วม และกำหนดเป้าหมาย ตัวชี้วัด การติดตามความก้าวหน้า การประเมินผล ระยะเวลาและผู้รับผิดชอบ ให้ชัดเจน
- ด้านโภชนาการ: หน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมผลักดันกลไกทางภาษีเพื่อลดการบริโภคน้ำตาล รวมถึงมาตรการอื่น ๆ เช่น ฉลากโภชนาการแบบสี การควบคุมการตลาดอาหารสำหรับเด็ก โดยมีการวางแผนการประเมินผลก่อนและหลังการบังคับใช้มาตรการ เพื่อให้เกิดผลการวิจัยที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนานโยบายได้ในอนาคต
- ด้านกิจกรรมทางกาย: กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ร่วมผลักดันการจัดทำแนวทางการมีกิจกรรมทางกาย และแนวทางการลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง ในทุกกลุ่มวัย โดยทำงานร่วมกับภาคส่วนอื่น ๆ นอกภาคสุขภาพ

#### การทำงานในระดับนานาชาติ

ร่วมดำเนินการเพื่อยุติปัญหาโรคอ้วนในเด็กกับ WHO SEARO, WHO HQ, ASEAN และเครือข่ายระหว่างประเทศอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งด้านโภชนาการ NCDs และกิจกรรมทางกาย โดยบูรณาการในทิศทางเดียวกัน และมองภาพตลอดช่วงชีวิต (Life course approach)



**Intervention on Agenda 15.5 Report of the Commission on Ending childhood obesity: Implementation plan**

Read by Dr. Voramon Agrasuta (30 May 2017)

Thank you Chair,

Thailand is speaking on behalf of South East Asia Region. We thank Madam DG for her visionary initiation and likewise looking forward to the continued commitment by the new DG. To tackle nutrition transition in our region, the South-East Asia Regional Committee 69 had adopted “the strategic action plan to reduce the double burden of malnutrition”

Chair, we need redouble efforts to achieve effective inter-sectoral implementation. We would like to highlight a few key priorities.

First, Ample evidences show strong linkage between sugar-sweetened beverage (SSB) consumption and increased risk for NCDs and its major risk factors in particular in low income population. Evidences also show that increased SSB taxes is effective in reducing consumption as demonstrated from Mexico, US and France. Increased excise tax on SSB generates revenue for health program and health gains.

Second, beyond ECHO, we wish to see concrete progress on the implementation of the resolution WHA69.9 on Ending inappropriate promotion of foods for infants and young children; and the BMS code both of which have synergistic contributions to ECHO.

Third, monitoring and evaluation (M&E) are critical tools contributes to effective implementation. SEAR recommends integrating M&E of ECHO into the national NCDs framework.

Finally, the SEAR countries fully support the implementation plan and the draft decision in conference paper 10. In view of harmonization and fragmentation, we would like to propose a friendly amendment as followed.

To replace the decision 3 with the new para and it reads;

"To request the DG to harmonize the timeline of regular reporting of the implementation plan to the health assembly until 2025 in alignment with the global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020, SDG monitoring framework, the comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition, WHO global nutrition targets for 2025, the resolution WHA 69.9, WHA 66.10 and; accountability and monitoring framework of ICN2"

Thank you chair.

## Agenda 15.6 Cancer prevention and control in the context of an integrated approach

### ผู้รับผิดชอบ

๑. นายแพทย์ธงชน เพิ่มบถศรี กรรมการแพทย์
๒. แพทย์หญิงนาตยา มิลส์ สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ

### สาระสำคัญของวาระ

- Secretariat เสนอข้อมติเพื่อให้ EB140 รับทราบรายงานและเสนอให้มีข้อมติในประเด็นการป้องกันและควบคุมมะเร็งแบบบูรณาการ (Cancer prevention and control in the context of an integrated approach) ในรายงานครอบคลุมสาเหตุของมะเร็งไม่น้อยกว่าหนึ่งในสามสามารถป้องกันได้ โดยการลดความเสี่ยงต่างๆเช่น NCDs อุบัติการณ์และBurden ของมะเร็งที่เพิ่มมากขึ้น ปัญหาความไม่เท่าเทียมของการเข้าถึงบริการและการมีโอกาสดูแลความเสี่ยงของมะเร็งในประเทศ LMIC การให้ความสำคัญของระบบข้อมูล การขาดนโยบายระดับประเทศ ปัญหางบประมาณที่ไม่พอของประเทศ LMIC การเข้าถึงความสำคัญของ Innovative financing เช่นการขึ้นภาษีบุหรี่เหล้า รวมถึงการเข้าถึง Palliative care โดยเฉพาะประเทศยากจน
- ในรายงานกล่าวถึงWHO ได้มี technical materials ที่ช่วยเรื่อง cancer prevention หลายอย่างโดยเฉพาะที่สืบเนื่องจากการประชุมระดับผู้นำของ UN เรื่อง NCD control ตั้งแต่ปี 2011 เช่น WHO framework on Tobacco control รวมถึงการสนับสนุนงานวิจัยผ่าน IARC, Global Initiative for cancer registry , Global Joint Programme ของ UN Agencies เพื่อ cervical cancer และมีการทำงานช่วยเหลือของ WHO Regional Offices เรื่องมะเร็งต่อประเทศสมาชิกทั่วโลก รวมถึงได้มี recommendation สำหรับประเทศสมาชิกในเรื่อง
  - พัฒนานโยบายและแผนสำหรับ NCD control และCancer control plan โดยเน้นการเข้าถึงและความเท่าเทียมสอดคล้องกับ SDG
  - ลดความเสี่ยงผ่านระดับนโยบายเช่นการเพิ่มภาษีบุหรี่ การควบคุมตลาดยาสูบ การส่งเสริมให้ปชช.ทำ PA
  - เพิ่มการเข้าถึงบริการวินิจฉัยและรักษาให้เร็ว เข้าถึงง่ายและจ่ายได้
  - การใช้ทรัพยากรบุคคลที่มีให้คุ้มค่าและมีการพัฒนาบุคลากร
  - การใช้ข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อการตัดสินใจเชิงนโยบาย
- WHO จะพัฒนา technical toolsสำหรับ MS ในการวางแผน implement ติดตามประเมินสำหรับการป้องกันมะเร็งโดยรวมเข้าไปกับ NCD รวมถึงการช่วยเหลือในการimplement Global Action Plan for NCD control 2013-2020 การพัฒนาบุคลากร การเข้าถึงยาและเครื่องมือ in-country technical assistance สนับสนุนการ scale up นโยบายที่ช่วยลดความเสี่ยง การเพิ่มความครอบคลุมของ vaccine HPA and HBV
- แต่ในการพิจารณาข้อมติได้มีความเห็นเพิ่มเติมและหลากหลายจากประเทศสมาชิก EB จึงได้ตั้ง working group ในระหว่างการประชุม แต่ก็ไม่สามารถมี consensus ได้ จึงตั้งคณะทำงาน inter-sessional work ขึ้นหลังจากนั้น จนได้ร่างข้อมติใหม่เพื่อเข้าที่ประชุม WHA70 ในครั้งนี้ โดยประเทศไทยเป็นหนึ่งในคณะทำงานและประเทศผู้สนับสนุนด้วย

### ทำที่ประเทศไทย

- ประเทศไทยและกลุ่มประเทศใน SEAR (ROV) รับข้อมติในเรื่องนี้ แม้ข้อมติที่ secretariatร่างมีความยาวและค่อนข้างซ้ำซ้อน โดยมีข้อมติที่ให้ประเทศสมาชิกรับไว้เป็นข้อพิจารณา (take into account) 22 ประเด็นและมีประเด็นเรียกร้องให้ WHO ปฏิบัติ 10 ข้อ แต่มีหลักการสำคัญที่ครอบคลุมตั้งแต่การป้องกันการรักษา การดูแลระดับประคองอยู่ในข้อมติ โดยเฉพาะการมีข้อกำหนดให้ WHO ต้องรายงานการตรวจสอบด้านความโปร่งใสของราคายา ความสัมพันธ์ของงานวิจัยและราคายาที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงการรักษา รวมถึงหลักฐานที่แสดงถึงผลต่อเนื่องเชิงลบที่เกิดจากผลกำไรจากการขาย การวิจัยและห่วงโซ่การผลิตต่อการตั้งราคายาอะเร็ง ตลอดจนจนถึงทางเลือกในการที่จะทำให้ผู้ป่วยอะเร็งเข้าถึงการรักษาที่สามารถจ่ายได้ โดยให้รายงานต่อที่ประชุม EB144
- ทั้งนี้ถ้อยแถลงของประเทศไทยได้ย้ำถึงความสำคัญของการใช้ข้อมูลทางระบาดวิทยาเพื่อการวางแผนระดับนโยบายของประเทศนั้นๆ และเน้นย้ำว่าราคายาและเทคโนโลยีการรักษามะเร็งที่สูงมาก เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วย

### ทำที่ประเทศอื่นๆและsecretariat

- สมาชิกที่มาจากประเทศกำลังพัฒนามีข้อกังวลถึงความขาดแคลนทรัพยากรและการเข้าถึงมาตรการป้องกันตั้งแต่การป้องกันระดับปฐมภูมิเช่นวัคซีนมะเร็งปากมดลูก การวินิจฉัยรักษา จนถึง การดูแลระดับประคอง มีหลายประเทศที่มีแผนยุทธศาสตร์ระดับประเทศ ในขณะที่มีหลายประเทศก็มีแนวทางและ innovation ใหม่ๆสำหรับผู้ป่วยอะเร็งเช่นญี่ปุ่น มีโครงการเพื่อช่วยให้ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งกลับเข้าทำงานและใช้ชีวิตในสังคมได้เหมือนเดิม
- ประเทศในกลุ่มรายได้ต่ำถึงปานกลางส่วนใหญ่มีข้อเรียกร้องให้ WHO มี technical support ให้มากขึ้น โดยเฉพาะการพัฒนาบุคลากรและเทคโนโลยี
- โดยรวมประเทศสมาชิกให้การสนับสนุนข้อมติ

### บทสรุปของวาระ

#### รับข้อมติ

#### Intervention on Agenda 15.6 Cancer prevention and control in the context of an integrated approach

Delivered by Thai delegate: Dr. Thongtana P.

Thank you Chair;

Thailand appreciates and sincerely thanks WHO secretariat, the drafting and inter-sessional working groups for their efforts to develop this draft resolution.

Increase in number of people suffering from cancer without proper access to comprehensive and affordable care reflected dimensions of healthcare system incapacities to deal with cancer. Thailand supports the draft resolution in particular it accentuates the role of primary prevention and the importance of using country's epidemiological data for policy decision-making. We also appreciate that the draft includes our concern about price of cancer medicines as a significant barrier for cancer patients to reach quality of care and quality of life.

The draft resolution is generally well-illustrated the picture of what we want in an integrated approach for cancer prevention and control. We expect to see pricing mechanism indicated in the draft resolution becomes a real-effective tool for improving more affordability. It is a crucial stepping stone in cancer care development.

We realize that numbers of challenge are waiting to be tackled for stronger and better cancer prevention and care system. The best solution is going directly into the most troublesome and to resolve it. Effective primary prevention and removal of barriers to promote accessibility and affordability for cancer care are of priority that we need to ACT now.

Chair, Thailand supports the Southeast Asia Regional One Voice Statement. We co-sponsor this draft resolution and we endorse the adoption of the draft resolution.

Thank you, chair

## Agenda 15.7 Strengthening synergies between the World Health Assembly and the Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control

### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นายรังสรรค์ มั่นคง สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
๒. นางสาวณนุต มธูรพจน์ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

### สาระสำคัญของวาระ

กรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO Framework Convention on Tobacco Control -- FCTC) เป็นกรอบอนุสัญญาสัญญาฉบับเดียวภายใต้การสนับสนุนขององค์การอนามัยโลก หลังจากที่ได้รับรองมติยอมรับกรอบอนุสัญญาโดย สมัชชาสุขภาพขององค์การอนามัยโลกเมื่อเดือน พฤษภาคม ปี ค.ศ. ๒๐๐๓ โดยประเทศไทยเป็นหนึ่งใน ๔๐ ประเทศแรกที่ลงสัตยาบรรณ (ratification) หรือการยอมรับและการยืนยันอย่างเป็นทางการ ส่งผลให้กรอบอนุสัญญาฯ มีผลจริงตั้งแต่ กุมภาพันธ์ ปี ค.ศ. ๒๐๐๕ โดย Conference of Parties (หรือ COP) เป็นกลไกอภิบาลหลักของ FCTC ปัจจุบัน ที่มีองค์สมาชิกจำนวน ๑๘๐ ราย) มีสำนักงานเลขาธิการของตนเอง ทั้งนี้ในปี ค.ศ. ๒๐๑๕ การดำเนินการตามอนุสัญญาฯ ถูกบรรจุเป็นเป้า 3.A ของเป้าหมายโลกด้านการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDG) แต่ที่ผ่านมามีการขับเคลื่อนข้อมติและนโยบายระหว่างสมัชชาอนามัยโลก (WHA) และ COP ยังไม่เป็นไปในเชิงระบบที่ชัดเจน อีกทั้งวาระด้านการควบคุมยาสูบ ที่เสนอเข้าสู่ในสมัชชาอนามัยโลกมักถูกลดความสำคัญไปวางอยู่ใต้วาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้วยเหตุนี้ ในปี ๒๐๑๖ WHA จึงออก Decisions WHA69(13) ให้ฝ่ายเลขาฯ ไปปรึกษาหารือกับ COP เรื่องการบูรณาการการทำงานที่มีประสิทธิภาพและเป็นระบบมากขึ้นระหว่างกัน และนำผลที่ได้มาพิจารณาในการประชุม WHA ครั้งที่ 70 ซึ่งนำมาสู่มีการเสนอรายงานจากการประชุม COP 7 ที่จัดขึ้นปลายปี 2016 และร่าง Decision ในการประชุม WHA ครั้งนี้

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศนอร์เวย์ ในฐานะประเทศ Co-sponsor ของร่าง Decision เสนอให้ปรับ OP1 จาก “Welcome” เป็น “Take Note with Appreciation of” สำหรับรายงานผลการประชุม COP ครั้งที่ ๗ (ซึ่งได้มาจากผลสรุปการ

ต่อระหว่างประเทศ co-sponsors กับประเทศคิวบา) นอกจากนอร์เวย์แล้ว มีอีกกว่า ๓๐ ประเทศจากทุกภูมิภาค รวมทั้งตัวแทนภูมิภาคแอฟริกา (๔๗ ประเทศ) ที่นำเสนอท่าที โดยทุกประเทศเห็นประโยชน์และความสำคัญของ FCTC และเห็นชอบกับร่าง decision เพื่อบูรณาการการทำงานที่เป็นระบบมากขึ้น ระหว่าง COP และ WHA

### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยเห็นชอบและเป็นหนึ่งในประเทศ Co-Sponsors ของร่าง Decision โดยที่ไทยแจ้งข้อห่วงกังวลจากรายงาน COP ใน ๒ มาตรการสำคัญที่ยังมีอุปสรรคมากที่จะดำเนินการได้ตามกรอบอนุสัญญาฯ คือ หนึ่ง Article ๑๙ ด้านการมีมาตรการทางกฎหมายเพื่อให้อุตสาหกรรมยาสูบต้องรับผิดชอบต่อภาระโรคที่ตนก่อขึ้น สอง Article ๕.๓ คือการป้องกันการแทรกแซงของอุตสาหกรรมยาสูบในกระบวนการพัฒนามาตรการควบคุมยาสูบ นอกจากนี้ประเทศไทยยังระบุถึงปัญหาการขาดแคลนงบประมาณและกำลังคนของ FCTC ด้วย ไทยจึงเสนอให้องค์การอนามัยโลกใช้โอกาสนี้ในการทำงานร่วมกับเลขานุการ FCTC และองค์กรอื่นๆ เพื่อสนับสนุนประเทศสมาชิก โดยเฉพาะ ใน Article ๑๙ และ ๕.๕ และเรื่องการใช้ทรัพยากรของสำนักงานองค์การอนามัยประจำประเทศต่างๆ ในการสนับสนุนการดำเนินงานด้านการควบคุมยาสูบจนบรรลุตามกรอบอนุสัญญาฯ

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

โดยร่างคำตัดสินที่ปรับแก้โดยนอร์เวย์ ได้รับการเห็นชอบโดยเอกฉันท์จากสมาชิกสมัชชาอนามัยโลก ดังต่อไปนี้ (OP 1). ให้ Take Note with Appreciation สำหรับรายงานผลการประชุม COP ครั้งที่ 7 (OP ๒). เชิญให้ COP พิจารณาส่งรายงานผลการประชุม COP ให้ที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกรับทราบในสมัยการประชุมที่ถัดจากการประชุม COP นั้นๆ ภายใต้วาระการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (OP ๓). ขอร้องให้เลขานุการใหญ่องค์การอนามัยโลก รายงานให้ที่ประชุม COP รับทราบข้อมติและคำตัดสินที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการตามกรอบอนุสัญญาฯ อย่างสม่ำเสมอ

### ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

#### การทำงานในระดับประเทศ

สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข สื่อสารสรุปคำตัดสิน ไปสู่สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค และผู้แทนประเทศไทยใน FCTC COP ตลอดจนหน่วยงานอื่นที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนงานด้านควบคุมยาสูบ อาทิ สสส., ศจย., ASH Thailand เป็นต้น

#### การทำงานในระดับนานาชาติ

- สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค และผู้แทนประเทศไทยใน FCTC COP ติดตามการดำเนินการของฝ่ายเลขานุการ FCTC COP ว่าสอดคล้องกับการบูรณาการกับองค์การอนามัยโลก ตาม Decision OP ๒ หรือไม่
- สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข และผู้แทนประเทศไทยใน การประชุมสมัชชาอนามัยโลก ติดตามการดำเนินการขององค์การอนามัยโลกว่าสอดคล้องกับการบูรณาการกับ FCTC COP ตาม Decision OP ๓ หรือไม่

## Intervention on agenda 15.7 Strengthening Synergies between the World Health Assembly and the Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control

Delivered by Thai delegates (Mr. Rungsun Munkong, 30/05/2017)

Thank you Chair,

Thailand welcomes the report of the President of the Conference of Parties to the FCTC. In the light of SDG 3.a, Thailand fully commits to the implementation of FCTC. And Thailand fully supports the draft decision.

This decision fosters effective implementation between the two bodies, enabling regular reporting of progress and challenges on implementing FCTC between COP and WHA.

While the COP7 report showed some good signs, such as a small drop of overall smoking prevalence (*from 21.1% in 2014 to 20.5% in 2016*) or a progress on passing or amending tobacco control legislation, the implementation of FCTC is still lacking in many key areas, especially Article 19 on holding the tobacco industry accountable for the burden of disease it creates, and Article 5.3 on preventing tobacco industry interference with the policy-making process.

Evidence [1] shows how tobacco industries violate Article 5.3 of the Convention, interfering government control policies. These are their common tactics

- Conducting public relations campaigns,
- Buying scientific and other expertise to create controversy about established facts,
- Funding political parties, hiring lobbyists to influence policy, using front groups and allied industries to oppose tobacco control measures,
- Pre-empting strong legislation by pressing for the adoption of voluntary codes or weaker laws, and corrupting public officials.

While global tobacco industry aggressive actions are the most important external barrier in the implementation of the Convention, the lack of human and financial resources are grave internal weaknesses of the FCTC movement.

Therefore, Thailand urges the WHO Secretariat to utilize this synergistic linkage between COP and WHA to increase the effective collaboration with the Convention Secretariat as well as other intergovernmental organizations to coordinate much-needed support to member, especially on Article 5.3 and 19, and on contributing resources of country offices to the full implementation of the FCTC as available and appropriate.

Thank you Chair.



**ข้อเสนอแนะ:**

ประเทศไทยได้มีนโยบายที่สำคัญหลายอย่างในการควบคุมป้องกันเสียงดังเช่น พระราชบัญญัติควบคุมระดับเสียงในที่ทำงาน/สถานบริการต่างๆ แต่การบังคับใช้ยังไม่ได้ผลจึงควรมหามาตรการใหม่ๆระหว่างกระทรวงแรงงานและกระทรวงอุตสาหกรรมรวมทั้งเพิ่มบทบาทให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเจ้าของพื้นที่และประชาชนร่วมกันแก้ไขปัญหา สำหรับกระทรวงสาธารณสุขถึงแม้จะทำได้ดีหลายอย่างเช่นคัดกรองการได้ยินเด็กแรกเกิดทุกราย และตั้งแต่เริ่มมีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่องการเข้าถึงการบริการทำให้ได้รับอุปกรณ์ช่วยเหลือการได้ยินในราคาที่เหมาะสมมีคุณภาพแล้วแต่ควรขยายวงกว้างสำหรับพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อให้เกิดการพึ่งตนเองได้ต่อไปในอนาคต

**การทำงานในระดับนานาชาติ:**

สร้างความเข้มแข็งและพัฒนาศักยภาพบุคลากรระหว่างกัน ร่วมมือกันจัดทำฐานข้อมูลที่มีคุณภาพและเชื่อถือได้รวมทั้งให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ต่างๆ

**Intervention on agenda 15.8 Prevention of deafness and hearing loss**

Read by Dr. Nadtaya Mills

Thank you Chair,

The Thai delegation welcomes the resolution on EB139/R1 proposed by the Executive Board. We align ourselves with the SEAR statement mention by DPR Korea. We have two comments.

Firstly Thailand emphasizes the importance of audiologists and other health care professionals with audiological training in the diagnosis and management of hearing loss. In countries where there is a shortage of these professional one of the major barriers to progress is the difficulty in providing training. International cooperation in which countries with plentiful audiologists help to kick-start audiological training in those that have a shortage can make a valuable contribution to overcoming this problem.

Secondly Thailand stresses the importance of surgery for chronic otitis media in the treatment and prevention of hearing loss. Such intervention can improve the conductive element of the patient's hearing loss. Successful surgery helps to prevent the progression of this component of hearing loss. Developed countries have an abundance of expertise in the surgical treatment of chronic otitis media but declining numbers of cases, whereas the reverse is true in the developing countries. Training of surgeons either abroad or by overseas surgeons visiting their countries, can overcome this critical shortage.

In conclusion my delegation fully endorses the resolution.



## Agenda 16.1 Progress in the implementation of the 2030 Agenda for Sustainable Development Report by the Secretariat

### ผู้รับผิดชอบ

๑. นางสาวณนุต มธุรพจน์ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๒. นางสาวสุดาสิณี เตชานันท์ กระทรวงการต่างประเทศ

### สาระสำคัญของวาระ

๑. ในการประชุม WHA๖๙ เมื่อ พ.ศ. ๒๕๕๙ ที่ประชุมได้รับรองข้อมติ WHA๖๙.๑๑ เรื่องสุขภาพในวาระการพัฒนาที่ยั่งยืน ค.ศ. ๒๐๓๐ (๒๐๓๐ Agenda) และในการประชุม EB๑๔๐ เมื่อ ม.ค. ๒๕๖๐ ที่ประชุมได้รับรองแนวทางการดำเนินการหลัก ๖ ประเด็นเพื่อช่วยให้ประเทศสมาชิกประสบความสำเร็จในการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals - SDGs) ตามที่ฝ่ายเลขานุการ WHO เสนอ ได้แก่ (๑) การดำเนินการร่วมกันของทุกภาคส่วน (๒) การสร้างความเข้มแข็งให้ระบบสุขภาพเพื่อนำไปสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (๓) การเคารพความเท่าเทียมและสิทธิมนุษยชน (๔) การสนับสนุนเงินที่ยั่งยืน (๕) การวิจัยทางวิทยาศาสตร์และนวัตกรรม (๖) การติดตามและประเมินผล

๒. วาระนี้มีวัตถุประสงค์ให้ประเทศสมาชิกรับทราบรายงานความก้าวหน้าของการดำเนินงานโดยประเทศสมาชิกซึ่งได้รับการสนับสนุนจากฝ่ายเลขานุการ WHO ทั้งในระดับโลกและระดับภูมิภาคเพื่อมุ่งสู่การบรรลุเป้าหมายที่ ๓ และเป้าหมายที่เกี่ยวข้องของ SDGs รวมทั้งรับทราบการดำเนินการตามข้อมติ WHA๖๙.๑๑

๓. การดำเนินการของ WHO ได้แก่ (๑) สนับสนุนให้เกิดแผนชาติซึ่งคำนึงถึงประเด็นด้านสุขภาพซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินการตาม ๒๐๓๐ Agenda (๒) การพัฒนาแผนระดับภูมิภาคเพื่อดำเนินการตาม ๒๐๓๐ Agenda (๓) พัฒนาและสรุปตัวชี้วัดสำหรับ SDGs ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (๔) เสริมสร้างศักยภาพด้านสถิติให้แก่ประเทศสมาชิก (๕) ส่งเสริมรัฐสมาชิกให้ทบทวนความก้าวหน้าการดำเนินงานในแต่ละประเด็น (๖) สนับสนุนข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ (๗) สนับสนุน International Health Partnership for UHC ๒๐๓๐ (๘) สนับสนุนความพยายามระดับชาติที่จะไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง (๙) ส่งเสริมการดำเนินงานร่วมกันของทุกภาคส่วนเพื่อบรรลุ ๒๐๓๐ Agenda (๑๐) ส่งเสริมความร่วมมือตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ (๑๑) ส่งเสริมประเทศสมาชิกในการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีและเครื่องมือใหม่ ๆ (๑๒) ส่งเสริมให้ประเทศสมาชิกทำวิจัยเกี่ยวกับระบบสุขภาพ (๑๓) เป็นตัวกลางให้เกิดความร่วมมือแบบ เหนือ – ใต้ – ใต้ ไตรภาคี ระดับภูมิภาค และระหว่างประเทศด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพ และ (๑๔) การเพิ่มผลกระทบเชิงบวกจากการมีส่วนร่วมของ WHO โดยพิจารณา programme budget และ general programme ให้สอดคล้องกับดำเนินการตาม ๒๐๓๐ Agenda

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ท่าที ณ วันที่ ๒๙ พ.ค. ๒๕๖๐

- แคมเบียซึ่งได้รับการเสนอแนะจาก Secretariat<sup>6</sup> ได้เสนอร่างข้อตัดสินใจให้มีการรายงานความคืบหน้าในการดำเนินการเรื่อง surgical care and anaesthesia ภายใต้ระเบียบวาระเรื่อง Health in 2030

<sup>6</sup> ตอนแรกแคมเบียได้เสนอร่างข้อตัดสินใจภายใต้ระเบียบวาระ 17k เรื่องรายงานความคืบหน้าตาม WHA68.15 Strengthening emergency and essential surgical care and anaesthesia as a component of universal health coverage แต่ Secretariat แจ้งว่า ไม่สามารถเสนอข้อตัดสินใจภายใต้ระเบียบวาระที่เป็น progress report ได้ จึงเสนอให้นำเรื่องดังกล่าวมาไว้ในระเบียบวาระ 16.1 Progress in the

Agenda for Sustainable Development ทุก ๓ ปี โดยมีโมนาโกร่วมอุปถัมภ์ ทั้งนี้ อ้างถึงข้อมติ WHA68.15 โดยไม่ระบุหัวข้อ ซึ่งทำให้หลายประเทศเข้าใจคลาดเคลื่อนว่าข้อมติ WHA68.15 เรื่อง Strengthening emergency and essential surgical care and anaesthesia as a component of universal health coverage เกี่ยวข้องกับ 2030 Agenda

- ภูมิภาคอเมริกา (กล่าวโดยบราซิล) ขอให้การดำเนินการตาม SDGs มีความสอดคล้องกัน และขอให้ WHO สนับสนุนการดำเนินการในระดับประเทศและระดับภูมิภาค และมีการรายงานความก้าวหน้าที่น่าเชื่อถือ โปร่งใส และวัดผลได้
- ภูมิภาคแอฟริกา (กล่าวโดยเคนยา) ให้คำมั่นว่าจะดำเนินการเพื่อบรรลุ SDGs และเห็นว่าการจะบรรลุ UHC ได้นั้นต้องมีมาตรการที่ครอบคลุม โดยภูมิภาคแอฟริกาได้สนับสนุนให้มีการรายงานความก้าวหน้าทุก 3 ปี และเสนอให้มีการทำ Global action plan on emergency and essential surgical care and anaesthesia โดยมี โมซัมบิก นามิเบีย บอสวานา โตโก แทนซาเนีย แอฟริกาใต้ ซิมบับเว ไนเจอร์ รวมทั้ง World Federation Societies of Anesthesia สนับสนุน  
หลังเลิกประชุม ไทยได้อธิบายเคนยา สองประเด็น ประเด็นที่หนึ่ง ความไม่สอดคล้องของการอ้างข้อมติ WHA68.15 เรื่อง Strengthening emergency and essential surgical care and anaesthesia as a component of universal health coverage ซึ่งไม่ใช่ประเด็นเรื่อง Health in the 2030 Agenda for Sustainable Development ซึ่งเป็น WHA69.11 แต่เคนยาแจ้งว่า รับทราบอยู่แล้วว่า WHA68.15 เป็นเรื่อง Surgical care โดยไม่ใช่เรื่อง SDG ประเด็นที่สอง ต่อเนื่องจากประเด็นที่หนึ่ง หากทราบอยู่แล้วว่าเป็น Surgical care ควรจัดทำหัวข้อเรื่อง Surgical care ให้ชัดเจน ไม่ต้องไปแอบแฝงในเรื่อง SDG ซึ่งเคนยาเห็นด้วยต่อประเด็นที่สอง แต่ถ้อยแถลงดังกล่าวเป็นถ้อยแถลงที่กลุ่มแอฟริกาได้เห็นชอบร่วมกันว่าให้ระบุในเรื่อง SDG จึงไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้
- ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (กล่าวโดยมัลดีฟส์) กระตุ้นประเทศสมาชิกให้จัดลำดับความสำคัญในการลงทุนและการใช้ทรัพยากรจากทั้งในและต่างประเทศสำหรับการดำเนินการด้านสุขภาพ โดยคำนึงถึงศักยภาพและนโยบายของประเทศนั้น ๆ และส่งเสริมการดำเนินการร่วมกันของหลากหลายภาคส่วนและการเข้ามามีส่วนร่วมของ WHO และกล่าวว่า ไม่สามารถยอมรับร่างข้อตัดสินใจที่เสนอโดยแซมเบียและโมนาโกได้ ซึ่งไทย ศรีลังกา และเนปาลได้กล่าว สนับสนุนท่าทีดังกล่าว
- จีน และ EU แจ้งเป็นการภายในว่า เห็นด้วยกับถ้อยแถลงของไทย เรื่องความไม่สอดคล้องของการอ้างข้อมติ WHA68.15 กับข้อมติ WHA69.11 และความถี่ของการรายงานทุก 3 ปีที่ขัดกับข้อมติ WHA69.11 ที่ให้รายงานความก้าวหน้าทุก 2 ปี แต่ไม่สามารถกล่าวสนับสนุนไทยต่อที่ประชุมได้
- ประเทศอื่น ๆ ได้กล่าวถ้อยแถลงต่อการดำเนินการตาม 2030 Agenda เช่น (1) ให้มีการดำเนินการร่วมกันระหว่างหลายภาคส่วนให้บรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพ โดยหลีกเลี่ยงการดำเนินงานที่ซ้ำซ้อนกัน (2) มีการประเมินและติดตามผลความก้าวหน้า (3) แก้ไขปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่วมกันโดยหลากหลายภาคส่วน (4) ให้มีความร่วมมือแบบ ใต้ - ใต้ (5) ให้มียุทธศาสตร์และแผนการดำเนินงาน

## บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

๑. ประเทศไทยมีท่าทีสอดคล้องกับท่าทีของ SEAR ตามมติของ SEAR Regional One Voice (ถ้อยแถลงกล่าวโดยมัลดีฟส์) ให้รับรองรายงาน Progress in the implementation of the 2030 Agenda for Sustainable Development ที่จัดทำโดย Secretariat และไม่รับรองร่างข้อตัดสินใจที่เสนอโดยแซมเบีย และโมนาโค ใน Conference Paper 2 ซึ่งขอให้มีการรายงานความก้าวหน้าของ WHA 68.15 Strengthening emergency and essential surgical care and anaesthesia as a component of universal health coverage ทุก ๓ ปี เนื่องด้วยเห็นว่า เรื่อง surgical care and anaesthesia เป็นเรื่องเล็กเกินกว่าจะรายงานใน SDG ซึ่งต้องการเห็นภาพรวม และการรายงานทุก 3 ปีก็ไม่สอดคล้องกับ WHA 69.11 ที่ให้รายงานทุก ๒ ปี

๒. ประเทศไทยมีข้อเสนอให้ 1) WHO รายงาน SDG 3.8 เรื่อง UHC ครอบคลุมเรื่อง surgical and anaesthesia services ด้วย 2) คณะกรรมการภูมิภาคแอฟริกา อาจพิจารณานำเรื่อง surgical and anaesthesia services ไปหารือในการประชุมระดับภูมิภาคเพื่อผลักดันประเด็นดังกล่าว<sup>7</sup> หลังจากที่ถูกกล่าวจบ ประเทศไทยได้ร่างข้อตัดสินใจขึ้นมาใหม่เพื่อใช้ต่อรองกับประเทศโมนาโคซึ่งเล่นบทเชื่อมประสานระหว่างไทยและแซมเบีย

๓. โมนาโคเห็นสอดคล้องกับไทยในเรื่องการปรับถ้อยคำให้ร่างข้อตัดสินใจมีความชัดเจน และสอดคล้องกับกำหนดเวลาของการจัดทำรายงาน SDGs โดยได้นำร่างข้อตัดสินใจจากไทยไปหารือกับแซมเบีย ซึ่งแซมเบียได้ยอมประนีประนอม และได้เสนอปรับแก้ร่างข้อตัดสินใจต่อที่ประชุม Committee A โดยอ่านจากร่างข้อตัดสินใจที่ไทยเป็นผู้ร่างขึ้น กล่าวคือ ให้มีการรายงานเรื่อง Progress in the implementation of the 2030 Agenda for Sustainable Development ทุก ๒ ปี โดยรวมเรื่อง Strengthening emergency and essential surgical care and anaesthesia as a component of universal health coverage ทุกประเทศจึงรับรองข้อตัดสินใจที่แก้ไข

๔. ประเทศไทยได้กล่าวย้ำเพื่อให้ระบุไว้ในบันทึกการประชุมให้เป็นบรรทัดฐานการทำงานของสมัชชาอนามัยโลกในสองประเด็นคือ (1) การหารือเรื่องร่างข้อมติหรือร่างข้อตัดสินใจก่อนและระหว่างการประชุมสมัชชาอนามัยโลกต้องให้ทุกประเทศและทุกภูมิภาคมีส่วนร่วม และ (2) ไม่ควรนำหัวข้อย่อยเล็กน้อยภายใต้ SDG เข้ามาเสนอเพิ่มเติมในรายงานความคืบหน้าเรื่อง Health in 2030 Agenda for Sustainable Development เพราะจะทำให้เกิดความแบ่งแยก (fragmented) ของการรายงาน แต่ควรนำเสนอเรื่อง SDGs อย่างเป็นองค์รวม

## สรุปผลลัพธ์ของวาระ

สมัชชาอนามัยโลกรับรองรายงานและข้อตัดสินใจที่แก้ไข

## ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

### การทำงานในระดับประเทศ

<sup>7</sup> ก่อนการประชุม Committee A ไทยได้พยายามหารือกับแซมเบียและโมนาโค แต่แซมเบียอ้างว่าได้มีการจัดประชุมอย่างไม่เป็นทางการเมื่อวันที่ 8 พ.ค. 2560 ซึ่งประเทศต่างๆ เห็นชอบต่อร่างข้อตัดสินใจนี้แล้ว และกลุ่มแอฟริกาให้การสนับสนุน จึงไม่ประสงค์จะปรับแก้ร่างหรือจัดการหารืออย่างไม่เป็นทางการเพิ่มเติมระหว่างการประชุม WHA แต่อย่างไรก็ดี ไทยจำเป็นต้องกล่าวต่อที่ประชุมเพื่อปฏิเสธร่างข้อตัดสินใจดังกล่าว และเคนยาในฐานะผู้กล่าวถ้อยแถลงในนามกลุ่มแอฟริกาได้ช่วยประสานให้แซมเบียยอมเจรจาหารือเพื่อให้ได้ข้อยุติในร่างข้อตัดสินใจ

- สธ. ควรร่วมมือและประสานงานกับ WHO และองค์การระหว่างประเทศอื่น ๆ รวมทั้งกระทรวงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อนำไปสู่การบรรลุ SDGs ร่วมกัน ซึ่งรวมถึงเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุขที่ต้องการความร่วมมือจากหลายภาคส่วน
- สธ. อาจพิจารณาใช้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็นกระบวนการและช่องทางการดำเนินงาน เพื่อดึงความร่วมมือจากกระทรวงต่างๆ รวมทั้งองค์กรภาคีเครือข่ายภาคประชาชน และภาควิชาการ มาทำงานร่วมกัน ให้บรรลุ SDGs

#### การทำงานในระดับนานาชาติ

ควรสร้างความเป็นหุ้นส่วนระหว่างประเทศไทยกับ WHO และองค์การระหว่างประเทศอื่น ๆ รวมทั้ง ประเทศสมาชิกอื่นๆ ในการขับเคลื่อนการพัฒนาทางด้านสุขภาพแบบบูรณาการเพื่อบรรลุ SDGs

#### **Intervention รอบที่ 1**

#### **16.1 Progress in the implementation of the 2030 Agenda for Sustainable Development**

Intervention by Dr. Viroj Tangcharoensathien, Thailand

Thailand aligns ourselves with South East Asia Regional statement made by Maldives yesterday

While we share the sentiment and concerns by Zambia and Monaco who co-sponsor this Conf paper, as surgical and anesthesia service can be one of the major curative service challenges in African context, we have the following concerns.

1. SDG is much much extensive and comprehensive than surgical and anesthesia services, health and health related SDG has gone far far beyond surgery and anesthesia service strengthening,
2. Even surgical services are small part of universal access to a comprehensive range prevention, health promotion, curative and rehabilitation services, all embraced by the principle of equitable access and financial risk protection to everyone.
3. With reference to conference paper 2, para 2 it refers to WHA68.15 without referring to the title of the resolution: Strengthening emergency and essential surgical care and anesthesia as a component of universal health coverage. It unintentionally disguise the assembly who may overlook what does the WHA68.15 refer to, and especially this conference paper was discussed under agenda 16.1 on Progress in the implementation of the 2030 Agenda for Sustainable Development.
4. Also para 2 of Conf paper 2 requests DG for a three yearly reporting on the progress of WHA68.15 on surgical and anesthesia service. This means there will be four more reports until 2029, in addition to WHA70 agenda 17K which will be noted by this assembly.
5. This every three year reporting contradicts with WHA69.11 on "Health in the 2030 Agenda for Sustainable Development", which requests the DG to report every at least two years in OP2(10) and OP2(14). This further increase fragmentation and inefficiencies, while the Assembly calls for streamlining, harmonization, synergies as part of the WHO reforms.

6. In the resolution WHA69.11 OP 1(1) URGE member state to "scale up comprehensive action at the national, regional and global levels, to achieve the Goals and targets of the 2030 Agenda for Sustainable Development relating to health by 2030". It does not pin point to surgical and anesthesia services.

Chair, in view of these arguments,

a) 11 member states of SEAR cannot accept the decision in Conference paper 2, not only it is unnecessary as WHA69.11 had mandated a comprehensive report every two years, but sends a wrong signal pinpointing to surgical and anesthesia services which is a very small part of UHC in 3.8 of the overall great picture of health and health related SDG.

b) What are the solution? Allow me to suggest the following

1. Secretariat take note when reporting on SDG3.8 on UHC there need to have a comprehensive views on access to the whole range or prevention, health promotion, rehabilitation, and curative services including surgical and anesthesia services.
2. African Regional Committee, may wish to take this agenda to boost surgical and anesthesia services in their region.

Chair,

If the Assembly adopts Decision in Conference paper 2, it sets a wrong precedence that in the future, any small items can be piggy back into WHA69.11 on SDG.

## รอบที่ 2

### **16.1 Progress in the implementation of the 2030 Agenda for Sustainable Development**

Intervention by Dr. Viroj Tangcharoensathien, Thailand

Chair,

Thailand registers two concerns here, and it should be reflected in the WHA Summary Records

1. Informal consultations prior to and during the Assembly must be thorough and inclusive
2. In the future Assemblies, Member States should refrain from introducing certain elements of the health related SDG into the umbrella resolution 69.11 on Health in the 2030 agenda for sustainable development. As it will increase fragmentation of report. The future report on SDG should be integrated, harmonized and comprehensive

In conclusion, Thailand has flexibility to adopt the decision as amended by Zambia and supported by Monaco

## Agenda 16.2 The role of health sector in the Strategic Approach to International Chemicals Management towards the 2020 goal and beyond

### ผู้รับผิดชอบ

๑. นางณิรนุช อภาจารี ส กรมอนามัย
๒. ดร. เกสัชกรหญิงนิธิตา สุ่มประดิษฐ์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

### สาระสำคัญของวาระ

รายงานฉบับนี้จัดทำขึ้นตาม Resolution WHA 69.4 เพื่อเป็นแนวทางสำหรับหน่วยงานภาคสาธารณสุข ทั้งระดับประเทศ ภูมิภาค และระหว่างประเทศ ในการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายยุทธศาสตร์ระหว่างประเทศด้านการจัดการสารเคมี (Strategic Approach to International Chemicals Management: SAICM) ภายในปี ค.ศ. 2020 และหลังจากนั้น โดยร่าง Roadmap ได้เสนอให้มีการพิจารณาในการประชุม EB140 แล้ว และให้มีการสำรวจออนไลน์เพื่อรับฟังความเห็นเพิ่มเติมจากประเทศสมาชิกและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้วย และมอบให้ฝ่ายเลขานุการจัดทำ Draft Decision เสนอ WHA70 พิจารณา

**สาระสำคัญของร่าง Roadmap** สอดคล้องกับหลักการและแนวทาง SAICM และการประชุมจัดทำข้อเสนอแนะการจัดการสารเคมีและของเสียอย่างปลอดภัย เพื่อนำเสนอในการประชุม International Conference on Chemicals Management ครั้งที่ 4 (ICCM 4<sup>th</sup>) และการดำเนินงานอื่น ๆ ขององค์การอนามัยโลกที่เกี่ยวข้อง รวมถึงยุทธศาสตร์สร้างความเข้มแข็งภาคสาธารณสุขในการดำเนินงาน SAICM ร่าง Roadmap นี้ให้ความสำคัญกับบทบาทของทุกภาคส่วน รวมถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในการทำงานร่วมกันเพื่อบรรลุเป้าหมายการจัดการสารเคมีอย่างครอบคลุมตลอดวงจรชีวิต โดยระบุกิจกรรมดำเนินงาน ที่เป็นบทบาทของภาคสาธารณสุข ทั้งบทบาทนำและบทบาทสนับสนุนการดำเนินงานที่ไม่สามารถทำได้โดยภาคสาธารณสุขโดยตรง

Roadmap ประกอบด้วย ๔ ส่วนสำคัญ ได้แก่ ๑) การลดความเสี่ยง (Risk reduction) ๒) ความรู้และข้อมูลเชิงประจักษ์ (Knowledge and evidence) ๓) ศักยภาพและความเข้มแข็งเชิงสถาบัน (Institutional capacity) ๔) การสร้างการนำและความร่วมมือ (Leadership and coordination) โดยการทำงานทั้ง ๔ ด้าน สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่กำหนดในยุทธศาสตร์เชิงนโยบายของยุทธศาสตร์การจัดการสารเคมีฯ แต่ละกิจกรรมได้กำหนดผลลัพธ์และผู้รับผิดชอบหลัก โดยเฉพาะบทบาทหน่วยงานภาคสาธารณสุขด้านต่าง ๆ รวมถึงบทบาทของ WHO ซึ่งกิจกรรมต่าง ๆ ใน Roadmap มีความเชื่อมโยงกัน และคำนึงถึงความแตกต่างของบริบทประเทศ ทั้งวิธีการและสถานภาพการดำเนินงานแต่ละด้าน จึงมีความเป็นไปได้ที่ประเทศสมาชิกจะปรับแนวทางในร่าง Roadmap ได้ตามความเหมาะสมของบริบทประเทศ ระยะเวลาการดำเนินงานของ Roadmap มุ่งสู่เป้าหมาย SAICM ภายในปี 2020 และ 2030 โดยให้ WHO ปรับปรุง Roadmap ตามข้อเสนอแนะจากการประชุมที่เกี่ยวข้องกับยุทธศาสตร์การจัดการสารเคมีและของเสียอย่างปลอดภัย ภายหลังปี 2020

- **ผลจากการปรึกษาหารือประเทศสมาชิก** โดยสำรวจความคิดเห็นของประเทศสมาชิก หน่วยงานภายใต้องค์กรสหประชาชาติ และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง มีการตอบกลับ จำนวน 60 คน พบว่า ส่วนใหญ่สนับสนุนและยินดีที่มีร่าง Roadmap โดยเห็นชอบกับชื่อและเนื้อหาโดยรวม รวมทั้งกิจกรรม และผลลัพธ์ที่ระบุไว้ในร่าง Roadmap ซึ่งมีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายได้ และเห็นว่าการบรรลุความสำเร็จ ขึ้นกับศักยภาพ ทรัพยากร คำมั่นสัญญาทางการเมือง มีข้อเสนอให้มีผู้แทนภาคสาธารณสุขเข้า

ร่วมในประชุมสำคัญ ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสารเคมี และสนับสนุนให้ภาคสาธารณสุขทุกระดับ รวมทั้งหน่วยงาน เครือข่ายให้ความสำคัญกับเรื่องนี้ เสนอให้ใช้วิธีการแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสบการณ์ดำเนินงานตาม roadmap ผ่านเครือข่ายที่มีอยู่เดิม หรือเครือข่ายใหม่ และโดยการจัดทำรายงาน โดยฝ่ายเลขานุการเพื่อ เสนอในการประชุมที่เกี่ยวข้อง รวมถึง WHA และ ICCM

- **การดำเนินงานภายหลังการประชุม EB140** ฝ่ายเลขานุการปรับปรุงร่าง Roadmap ตาม ข้อเสนอของประเทศสมาชิก และนำเสนอในการประชุมจัดทำข้อเสนอแนะเกี่ยวกับยุทธศาสตร์การดำเนินงาน และการจัดการสารเคมีและของเสียอย่างปลอดภัย ในเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๐ ณ ประเทศบราซิล และจัด Side meeting โดยผู้เข้าร่วมประชุมฯ เห็นว่า Roadmap เป็นประโยชน์กับรัฐบาลในการจัดทำแผนปฏิบัติการ และภาคส่วนต่าง ๆ ใช้จัดลำดับความสำคัญการดำเนินงาน และเสนอให้สร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน พัฒนาศักยภาพการดำเนินงานตาม Roadmap และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ผ่านเครือข่ายระดับภูมิภาค

- **รายงานเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพจากของเสีย** Resolution WHA69.4 ให้ WHO จัดทำ รายงานผลกระทบต่อสุขภาพจากของเสีย และบทบาทภาคสาธารณสุขและ WHO ในการปกป้องสุขภาพจากของ เสีย โดยให้รายงานความก้าวหน้าใน WHA70 ฝ่ายเลขานุการรายงานว่าได้ทบทวนข้อมูลระดับโลกเกี่ยวกับของ เสียและความเสี่ยงต่อสุขภาพ การประเมินความแตกต่างของกิจกรรมที่ก่อให้เกิดของเสียและการกำจัดของเสียที่มี ความเสี่ยงสูงต่อสุขภาพ ทั้งของเสียจากชุมชน ของเสียจากแหล่งกำเนิดทางคลินิก และของเสียที่ถูกปล่อยลงแหล่ง น้ำและปลดปล่อยสู่บรรยากาศ และอยู่ระหว่างรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อจัดทำรายงานฯ

ฝ่ายเลขานุการเสนอ WHA ให้รับทราบรายงานและพิจารณาร่าง Decision ได้แก่

๑. เห็นชอบ Roadmap เสริมสร้างบทบาทภาคสาธารณสุขในการดำเนินงาน เพื่อบรรลุเป้าหมาย SAICM ภายในปี 2020 และภายหลังจากนั้น

๒. เรียกร้องให้ DG รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานตาม Roadmap ใน WHA 72th และ WHA 74th รวมถึงความก้าวหน้าการปรับปรุง Roadmap ตามข้อเสนอแนะและผลลัพธ์การประชุมที่เกี่ยวข้องกับ ยุทธศาสตร์การจัดการสารเคมีและของเสียอย่างปลอดภัยภายหลังปี ๒๐๒๐

## Annex

### Roadmap to Enhance health sector engagement in the Strategic Approach to International Chemicals Management towards the 2020 goal and beyond

กำหนดการดำเนินงาน 4 ด้าน ได้แก่

- **Risk reduction;** เน้นการจัดการความเสี่ยงจากสารเคมี ทั้งโดยภาคสาธารณสุข และภายใน หน่วยงานภาคสาธารณสุขเอง การป้องกันสุขภาพ การควบคุมสารเคมี การให้ความรู้สาธารณะ และการ แลกเปลี่ยนข้อมูลและตัวอย่างที่ดี ประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก ได้แก่ การปกป้องสุขภาพ การพัฒนาสถาน บริการสาธารณสุข (Healthy Health care setting) และการสร้างความตระหนัก โดยผลที่คาดว่าจะได้รับ คือ การพัฒนาด้านสุขภาพทั้งระยะสั้น ระยะยาว และ สุขภาพคนในรุ่นถัดไป โดยลดความเสี่ยงต่อสุขภาพที่ อาจเกิดขึ้นจากการได้รับสัมผัสสารเคมีตลอดวงจรชีวิตของสารเคมี รวมถึงของเสีย อันจะส่งผลให้มีกิจกรรม การป้องกันสุขภาพเพิ่มขึ้น ทั้งในระดับประเทศ ภูมิภาค และระหว่างประเทศ รวมทั้งเกิดความสนใจและ ตระหนักภายในภาคสาธารณสุขและชุมชนโดยทั่วไปมากขึ้น

- **Knowledge and evidence;** เน้นการเติมเต็มความรู้และวิธีการประเมินความเสี่ยงบน ฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ เพิ่มการติดตามทางชีวภาพและเฝ้าระวังสุขภาพ การประเมินภาวะโรคจากสารเคมี

และการติดตามความก้าวหน้าของโรค การแลกเปลี่ยนและการสร้างความร่วมมือ ผลที่คาดว่าจะได้รับ คือ การมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งของภาคสาธารณสุข ในการเติมเต็มความรู้และวิธีการประเมินความเสี่ยง และการดำเนินงานดังกล่าว รวมถึงพัฒนาการมีส่วนร่วมเครือข่ายและกลไกความร่วมมือใหม่ ๆ อำนวยให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ และความร่วมมือของหน่วยงานในภาคสาธารณสุขเกี่ยวกับประเด็นเฉพาะเชิงวิชาการ

- **Institutional capacity**; เน้นการเพิ่มศักยภาพ และสร้างความเข้มแข็งขององค์กรระดับชาติ เพื่อให้ความสำคัญเรื่องสารเคมีที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ รวมทั้งการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุจากสารเคมี การพัฒนานโยบายระดับชาติและข้อกำหนดที่เกี่ยวข้อง การสร้างขีดความสามารถด้าน IHR การฝึกอบรมและการให้ความรู้ในภาคสาธารณสุข เพื่อมุ่งหวังให้เพิ่มขีดความสามารถของระบบสาธารณสุขให้รองรับเรื่องความปลอดภัยสารเคมีในทุกมิติ

- **Leadership and coordination** เน้นส่งเสริมให้เรื่องสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งในทุกนโยบายด้านสารเคมี การผลักดันให้ภาคสาธารณสุขมีส่วนร่วมในกิจกรรมการจัดการสารเคมีทั้งระดับชาติ ภูมิภาคและนานาชาติ ร่วมกับภาคส่วนอื่น ผลที่คาดว่าจะได้รับ คือ เพิ่มความตระหนักและการผนวกเรื่องสุขภาพในทุกนโยบายด้านสารเคมีในทุกระดับ เพื่อนำไปสู่การยกระดับและการให้ความสำคัญของการจัดการสารเคมีตลอดทั้งวงจรชีวิตของสารเคมี

ทั้งนี้ การดำเนินงานแต่ละส่วนตาม Roadmap มีการระบุผู้รับผิดชอบหลักและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งประเทศสมาชิก WHO ตามบทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง โดยหวังว่า Draft Roadmap นี้จะช่วยให้ประเทศสมาชิกใช้เป็นเครื่องมือในการระบุประเด็นที่ควรขับเคลื่อนและดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสารเคมี ในทุกระดับ เพื่อให้หน่วยงานต่างๆในภาคสาธารณสุขมีแผนการดำเนินงานตาม Roadmap นี้ได้ ร่วมกับภาคส่วนอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ให้บรรลุเป้าหมายภายใน ปี 2020 (และตามเป้าหมาย SDGs 2030 เป้าหมายที่ 3.9, 6.3 และ 12.4)

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่น ๆ

- Canada สนับสนุน Roadmap และเห็นว่าเป็นประโยชน์สำหรับประเทศต่าง ๆ ใช้เป็นแนวทางดำเนินงาน แคนาดา มี Canada's Chemical Management Plan ตั้งแต่ปี ๒๐๐๖ และยินดีสนับสนุนประเทศต่าง ๆ และการทำงานของ WHO ในการดำเนินงานตาม Roadmap โดยเฉพาะด้านการวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- รัสเซียสนับสนุน Roadmap และเห็นว่าจะช่วยลดผลกระทบต่อสุขภาพจากสารเคมีได้ เนื่องจากเป็นการจัดการเชิงระบบ และ Scientific Approach และเสนอให้ WHO สนับสนุนให้มีการดำเนินงานเกี่ยวกับสารเคมีที่มีฤทธิ์ตกค้างยาวนาน
- Germany สนับสนุน Roadmap และให้เร่งดำเนินการ เนื่องจากมีเวลาจำกัดในการทำงานให้บรรลุเป้าหมาย SAICM ภายในปี ๒๐๒๐
- กลุ่มประเทศในภูมิภาคเอเชียส่วนใหญ่สนับสนุน Roadmap เช่น อินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์ มัลดีฟส์ โดยบังคลาเทศ เสนอให้มีการทำงานเชื่อมโยงกับอนุสัญญาบาเซลว่าด้วยการควบคุมการเคลื่อนย้ายข้ามแดน และการกำจัดซึ่งของเสียอันตราย เพื่อมั่นใจว่ามีการจัดการสารเคมีอย่างครบวงจร และให้ WHO สนับสนุนการดำเนินงานตาม Roadmap กับประเทศสมาชิก



- อินเดียน เห็นว่า Roadmap ทั้ง ๔ ด้าน เป็นประโยชน์ แต่ขอให้ประเทศสามารถจัดลำดับความสำคัญการดำเนินงานได้ตามบริบทประเทศ ขอให้เพิ่ม text ในเอกสาร Decision ข้อที่ ๑ (ฝ่ายเลขานุการฯ ได้ชี้แจงภายหลังว่าในเอกสารรายงาน ระบุข้อความตามที่อินเดียเสนอไว้แล้ว)

#### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (แนว intervention ตอนท้าย)

- รัฐบาลรายงาน และกรอบการดำเนินงานตาม Roadmap ทั้ง ๔ ด้าน เนื่องจากการจัดการสารเคมีอย่างปลอดภัย เป็นประเด็นที่ส่งผลต่อการบรรลุเป้าหมาย SDG 3 และเป้าหมายย่อยที่ 3.9 และ SDG อื่น ๆ อาทิ SDG 6, 11,12,13 และนอกจากลดผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมแล้ว ยังเกี่ยวข้องกับโภชนาการอาหารปลอดภัย ป้องกันการเกิดมะเร็ง และ AMR
- ประเทศไทยห่วงกังวลเกี่ยวกับสารเคมีบางตัวที่แม้กฎหมายห้ามใช้ แต่ยังคงพบมีการใช้อย่างผิดกฎหมาย และการควบคุมยังไม่มีประสิทธิภาพ การใช้จ่ายกำจัดศัตรูพืชเพิ่มขึ้นและใช้ไม่ถูกต้อง ทำให้ผลกระทบต่อสุขภาพจากสารเคมีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แม้ว่าประเทศไทยมียุทธศาสตร์การจัดการสารเคมีแห่งชาติ มาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๐ จนถึงปัจจุบัน รวมทั้งมีความพยายามที่จะพัฒนาระบบและกลไกการบริหารจัดการสารเคมีให้ดีขึ้น และทำงานร่วมกับภาคส่วนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องแล้วก็ตาม
- ประเทศไทยห่วงใยเกี่ยวกับมลพิษสารเคมีใหม่ ๆ เช่น อนุภาคนาโน และเภสัชภัณฑ์ที่มีฤทธิ์ตกค้างยาวนานในสิ่งแวดล้อม (รวมถึงแร่ใยหินและโลหะหนัก ที่ปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม ตกค้างในห่วงโซ่อาหาร อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพและเกิดภาวะดื้อยาในคนได้ เนื่องจากระบบการบริหารจัดการของเสียอันตราย ยังไม่มีประสิทธิภาพ)
- ประเทศไทยแสดงความห่วงใยด้านจริยธรรมและการควบคุมกำกับกับการดำเนินงานตามกฎระเบียบหรือข้อกำหนดที่มีอยู่ ทั้งระดับประเทศ และระดับโลก ที่ต้องทำงานร่วมกับหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้องอย่างเข้มข้น และผลักดันให้มีการดำเนินงานตามอนุสัญญาหรือข้อตกลงระหว่างประเทศเกี่ยวกับการจัดการสารเคมี เพื่อให้มั่นใจว่าสุขภาพของคนทุกคนในทุกประเทศ และสิ่งแวดล้อมของประเทศนั้น ๆ จะได้รับการปกป้องอย่างเป็นธรรม
- ประเทศไทย เสนอให้ WHO อำนวยความสะดวกและสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยง การลดความเสี่ยงต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม และการแลกเปลี่ยนข้อมูลและความรู้ เกี่ยวกับปัญหามลพิษสารเคมีที่เป็นประเด็นเกิดขึ้นใหม่
- ประเทศไทย เห็นชอบรายงานและRoadmap โดยให้ข้อสังเกตเพิ่มเติม เกี่ยวกับกรอบการดำเนินงานของ SAICM ที่เป็นการขับเคลื่อนโดยหน่วยงานภาครัฐ ภายใต้การดำเนินงานของ UNEP มากกว่าที่จะให้ทุกภาคส่วนมีบทบาทอย่างกว้างขวาง เท่าเทียม และหวังว่า SAICM จะให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

#### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

๑. รับรองรายงานและเห็นชอบ Roadmap เสริมสร้างบทบาทภาคสาธารณสุขในการดำเนินงาน เพื่อบรรลุเป้าหมาย SAICM ภายในปี 2020 และภายหลังจากนั้น
๒. ให้ DG รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานตาม Roadmap ในการประชุม WHA 72th และ WHA 74th รวมถึงความก้าวหน้าการปรับปรุง Roadmap ตามข้อเสนอแนะและผลลัพธ์ของการประชุมที่เกี่ยวข้องกับยุทธศาสตร์การจัดการสารเคมีและของเสียอย่างปลอดภัย ภายหลังปี ๒๐๒๐

## ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

### การทำงานในระดับประเทศ

๑. กระทรวงสาธารณสุข (โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในฐานะหน่วยประสานงานหลักการจัดการสารเคมีแห่งชาติ ร่วมกับ กรมอนามัย กรมควบคุมโรค กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์) นำ Road map ไปเป็นแนวทางดำเนินงานร่วมกัน เพื่อผลักดันให้ประเด็นปัญหาด้านสุขภาพที่เป็นผลจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและสารเคมีและของเสียอันตราย เป็นประเด็นที่นโยบาย แผนงานและโครงการด้านสิ่งแวดล้อมและสารเคมีต้องคำนึงถึงและร่วมดำเนินการอย่างจริงจังต่อเนื่อง ทั้งนี้ โดยผ่านคณะกรรมการ และอนุกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสารเคมีมีอยู่เดิม หรือพิจารณากำหนดเพิ่มเติม เพื่อแก้ไขเร่งด่วนเฉพาะด้าน เช่น การจัดการสารปรอทอย่างปลอดภัยในภาคสาธารณสุข
๒. กรมอนามัย ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรมควบคุมโรค กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (ในฐานะคณะกรรมการอนามัยสิ่งแวดล้อม) จัดทำและขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการภายใต้แผนยุทธศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560-2564 โดยเฉพาะด้านสารเคมีที่ใช้ในภาคเกษตรกรรม และครัวเรือน รวมทั้งการจัดการของเสียอันตรายในชุมชน เพื่อปกป้องสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ซึ่งตอบสนอง Roadmap ดังกล่าวด้วย
๓. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ร่วมกับกรมอนามัย และสถาบันการศึกษา ทบพทวนทางวิชาการ พัฒนาการวิจัยและจัดทำแนวทางการประเมินความเสี่ยงและการจัดการสารเคมีประเภทยาหรือเภสัชภัณฑ์ ที่มีฤทธิ์ตกค้างยาวนานในสิ่งแวดล้อม การปนเปื้อนในน้ำและสิ่งแวดล้อม รวมถึงห่วงโซ่อาหาร และพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสาธารณสุข เกี่ยวกับการจัดการสารเคมีและของเสียอันตราย
๔. กรมอนามัย เร่งรัดการพัฒนาระบบการจัดการของเสียจากสถานพยาบาลและของเสียอันตรายในชุมชน และส่งเสริมการบังคับใช้กฎหมายสาธารณสุข เพื่อการควบคุมกำกับอย่างเข้มงวด

### การทำงานในระดับนานาชาติ

- ประเทศไทย (โดยกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม) ควรกำหนด Focal point ประสานการดำเนินงานกับ WHO และ UNEP เพื่อร่วมผลักดันให้หน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้อง เห็นความสำคัญของการทำงานเชื่อมโยงกันอย่างใกล้ชิดระหว่างภาคสาธารณสุข กับสิ่งแวดล้อม และประเทศไทยพัฒนาเป็นต้นแบบการทำงาน Multisectoral Approach เพื่อให้มีการจัดการสารเคมีอย่างครบวงจรและการผลักดัน Health in all chemical policy
- กระทรวงสาธารณสุข ควรสนับสนุนและพัฒนาให้มีผู้เชี่ยวชาญด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อติดตามความเคลื่อนไหวระดับโลกและการประชุมระหว่างประเทศอย่างต่อเนื่อง เพื่อเกาะติดประเด็น Environment and Health ที่เป็นการทำงานเชิงป้องกัน และเป็นประโยชน์กับประเด็นสุขภาพ อื่น ๆ เช่น โภชนาการ การป้องกัน NCD มะเร็ง และ Antimicrobial Resistance

#### **Intervention on agenda 16.2 The role of health sector in the Strategic Approach to International Chemicals Management towards the 2020 goal and beyond**

Delivered by Mrs. Neeranuch Arphacharus, Department of Health (30 May 2017)

Thank you, Chair,

Thailand appreciates the secretariat for the comprehensive Roadmap. We recognize that sound chemicals management is a key cross-cutting issue which contribute to SDG 3 and

many SDG targets. It's vital for the prevention of adverse impacts on the environment and public health, and also benefits for promoting food safety and nutrition as well as prevention of cancer and AMR.

Since 1997, Thailand has continuously and extensively implemented the National Strategic Plan on Chemical Management. Progresses are observed. At this moment, new emerging issues such as nanoparticles, Environmentally Persistent Pharmaceutical Pollutants (EPPP) are became our new concerns.

Having consider the Roadmap, Thailand raise our concerns on ethics and strong regulation on chemical management throughout their life cycle as well as strong cooperation among relevant agencies under UN system in implementing the related multilateral environmental agreements (MEAs). We must ensure that human health and environment both in import, transport and export countries are equally protected. We request the new Director General to facilitate researches on risk assessment, risk reduction and also information sharing on these chemical emerging issues.

Chair, Thailand supports the roadmap and endorses the draft decision contained in the document A70/36. However, our observation is that SAICM has become driven mainly by the public sector fully under the UN environmental systems. This is in contrast to the IFCS, the secretariat of which was in WHO, which has more equal participation from all partners. We expect SAICM to be more effective and collective in its participation by all relevant partners.

Thank you, Chair.

### Agenda 16.3 Global Strategy on Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030): adolescent's Health

#### ผู้รับผิดชอบ

๑. ดร. ทันทแพทย์หญิงวริศา พานิชเกรียงไกร สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๒. ทันทแพทย์หญิงวรมน อัครสุต สำนักทันตสาธารณสุข

#### สาระสำคัญของวาระ

- เลขาธิการสหประชาชาติได้ออกยุทธศาสตร์ระดับโลก ค.ศ.๒๐๑๖-๒๐๓๐ สำหรับสุขภาพผู้หญิง เด็กและวัยรุ่น (The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health) เมื่อเดือนกันยายน ค.ศ.๒๐๑๕ โดยมีวิสัยทัศน์คือ ภายในปีค.ศ.๒๐๓๐ ทั่วโลกจะต้องตระหนักถึงเสรีภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ ความเป็น อยู่ที่ดี การได้รับโอกาสทางด้าน สังคมและเศรษฐกิจ การมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในการ สร้างสังคมที่มีความเจริญรุ่งเรืองและยั่งยืนของ สตรี เด็ก และวัยรุ่นทุกคน โดยแบ่งเป็นสามเป้าหมายหลักได้แก่ Survive (เพื่อป้องกันการเสียชีวิตจากเหตุซึ่งสามารถป้องกันได้) Thrive (ทำให้มีความสุข ความเป็นอยู่ที่ดีตามศักยภาพที่มี) และ Transform (ขยายภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อความเป็นอยู่ที่ดี)

- สมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๖๙ มีมติรับรอง แผนการปฏิบัติการ Operational plan to take forward the Global Strategy on Women's Children's and Adolescents' Health ทั้งนี้ในแต่ละปีเลขานุการองค์การอนามัยโลก จะจัดทำรายงานความคืบหน้าการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ระดับโลก โดยในครั้งนี้ได้รายงานสถานการณ์ในเรื่องอัตราตายมารดาและทารก ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของระบบฐานทะเบียนราษฎร ในส่วนของ Thrive ได้มีการเสนอความครอบคลุมของการเข้าถึงบริการต่างๆ อาทิเช่น การวางแผนครอบครัว การฝากครรภ์ การคลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อัตราป่วย รายจ่ายด้านสุขภาพ เป็นต้น สำหรับ Transform มุ่งเน้นประเด็นความรุนแรงในสตรี เด็กและวัยรุ่น
- สำหรับการรายงานความก้าวหน้าในประเด็นเฉพาะ ปีนี้เป็นประเด็นของวัยรุ่น เนื่องจากอัตราการเสียชีวิตและทุพพลภาพในวัยรุ่นลดลงช้ากว่ากลุ่มเป้าหมายอื่น รวมถึงการป้องกันการเข้าถึงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีกำบัง การเข้าถึงการคุมกำเนิด การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา บริโภคอาหารไม่เหมาะสม กัดลวดช้าเช่นกัน ทั้งนี้ประเทศสมาชิกให้ความสนใจกับสุขภาพของวัยรุ่นมากขึ้น เห็นได้จากการจัดทำแผนชาติ การเพิ่มงบประมาณและบุคลากรในการดำเนินงาน นอกจากนี้ฝ่ายเลขายังได้จัดทำแนวทางการดำเนินการเพื่อส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่น (Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!) Implementation Guidance) ซึ่งได้ผ่านกระบวนการหารือกับประเทศสมาชิก และนับเป็นครั้งแรกที่มีแนวทางการดำเนินงานสำหรับวัยรุ่น ฝ่ายเลขายังได้มีการดำเนินงานร่วมกับ UN agencies อื่นๆ ในการดำเนินงานด้านวัยรุ่น เช่น การจัดทำ the first United Nations System-wide Action Plan on Youth และ Young Voices Count
- นอกจากนี้ยังได้มีการจัดตั้งคณะผู้เชี่ยวชาญ Maternal and Newborn Information for tracking Outcomes and Results (MONITOR) เพื่อพัฒนาฐานข้อมูลในการติดตามการดำเนินงานต่างๆในเรื่องแม่และทารกอีกด้วย
- เมื่อต้นเดือนกุมภาพันธ์ที่ผ่านมาได้มีการประชุม High-Level Working Group on the Health and Human Rights of Women, Children and Adolescents เพื่อจัดทำข้อเสนอในการดำเนินงานที่นำไปสู่การปกป้องสิทธิของประชาชนในเรื่องสุขภาพ เช่น การจัดทำกฎหมายระดับชาติ การบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การรับฟังเสียงของประชาชน และการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบการดำเนินงาน
- สำหรับการประชุมสมัชชาอนามัยโลกในครั้งนี้เป็นการรับรองรายงานความคืบหน้าการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ระดับโลก ค.ศ.๒๐๑๖-๒๐๓๐ สำหรับสุขภาพผู้หญิง เด็กและวัยรุ่น ซึ่งผ่านการพิจารณาจากที่ประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลกสมัยที่ ๑๔๐ แล้วและมีการปรับเพิ่มเนื้อหารายงานหลังจากนั้นบางส่วน

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

วาระนี้มีประเทศที่แสดงท่าทีทั้งหมด ๓๔ ประเทศ และหน่วยงานอื่นๆอีก ๑๔ แห่ง โดยส่วนใหญ่รายงานการดำเนินงานในประเทศ เช่น การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติในเรื่องของผู้หญิง แผนยุทธศาสตร์ชาติในเรื่องของเด็ก แผนยุทธศาสตร์ชาติในเรื่องของวัยรุ่น การดำเนินงานให้สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ในประเด็นวัยรุ่น หลายประเทศให้ความสำคัญกับการเข้าถึงบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ที่มุ่งเน้นการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ การพัฒนาการเรียนการสอนด้านเพศศึกษารอบด้าน นอกจากนี้ประเทศสหรัฐอเมริกายังได้แสดงจุดยืนที่จะไม่สนับสนุนการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการทำแท้งอีกด้วย

ความท้าทายในการดำเนินงาน ได้แก่ การปรับปรุงฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรและฐานข้อมูลอื่นๆเพื่อให้สามารถติดตามสถานการณ์และผลการดำเนินงานได้ การลดอัตราการตายแม่ อัตราตายเด็ก แม่วัยรุ่น การเพิ่มทรัพยากรในการดำเนินงานทั้งงบประมาณและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การบูรณาการการทำงาน และการสร้างมีส่วนร่วมร่วมจากทุกภาคส่วน ที่รวมถึงการมีส่วนร่วมของวัยรุ่น การสร้างความเท่าเทียมระหว่างเพศ การลดความรุนแรงในสตรีและเด็ก สำหรับการดำเนินงานขององค์การอนามัยโลกได้มีข้อเสนอให้มีการบูรณาการการรายงานที่เกี่ยวข้องกัน การทำงานร่วมกับองค์กรระหว่างประเทศอื่นๆ ทั้งนี้รายงานเฉพาะประเด็นในปีหน้าจะเป็นเรื่อง early child development

### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

- ประเทศไทยสนับสนุนท่าทีร่วมของ ๑๖ ประเทศ ได้แก่ เบลเยียม แคนาดา ชิลี เอสโตเนีย ฟินแลนด์ ฝรั่งเศส โมซัมบิก นามิเบีย เนเธอร์แลนด์ นอร์เวย์ โปแลนด์ สวีเดน สวิสเซอร์แลนด์ อูรุกวัย และประเทศไทย ซึ่งกล่าวถึง ๑) สนับสนุนการดำเนินงานภายใต้ Global Strategy ๒) “She Decides movement” ซึ่งเป็นการระดมทุนเพื่อทดแทนเงินสนับสนุนจากรัฐบาลสหรัฐอเมริกาที่ถูกตัดไป ภายใต้ Global Gag Rule ๓) ความสำคัญของระบบฐานทะเบียนราษฎร ๔) การสร้างความสอดคล้องของรายงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกับประเด็นนี้ ๕) การให้ความสำคัญกับกลุ่มเปราะบางที่ต้องการความช่วยเหลือมากกว่ากลุ่มอื่น ๖) สนับสนุนรายงาน Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!) ๗) การรับฟังเสียงจากกลุ่มวัยรุ่น
- เน้นย้ำความสำคัญของระบบฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร การเกิด การตาย และปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพผู้หญิง เด็กและวัยรุ่น
- ประเทศไทยยังให้ความสำคัญกับสุขภาพวัยรุ่น โดยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การผลักดัน พรบ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๕๙ ที่มุ่งเน้นการจัดบริการคลินิกวัยรุ่น การให้คำปรึกษาด้านการคุมกำเนิด การมีเพศสัมพันธ์ และทักษะชีวิต และการทำงานร่วมกันแบบบูรณาการระหว่างภาคส่วน นอกจากนี้ยังเสนอ (ร่าง) ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560-2569 ต่อคณะรัฐมนตรี เพื่อให้สามารถดำเนินการตาม พรบ. ได้อย่างจริงจัง

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับรองรายงาน

#### Intervention 16.3 Global Strategy on Women’s, Children’s and Adolescent’s Health (2016-2030): adolescent’s Health

Delivered by Dr.Warisa Panichkriangkrai

Thank you, Chair.

Thailand supports the joint statement by Canada.

Thailand emphasizes the importance of this global strategy aiming to improve health of these population groups, using multi-sectoral approaches. Moreover, this global strategy is in line with the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, ratified by 189 UN member states, which focuses on rights of women and adolescent.

In addition, robust data in particular the civil registration system is vital tool for monitoring the situation, such as adolescent pregnancy rate, safe abortion rate, as well as evaluating the progress, success and barriers which will inform policy reformulation

Moreover, the key success is not only the Global Strategy but also translating this into real actions. Sustained political commitment and implementation capacities are keys to success. There needs to integrate works across Ministers as well as across sectors where civil society has a major role to play

Chair, Thailand pays high attention to adolescents, putting them as country's top priority. We enacted the Law on Prevention and Solutions of the Adolescent Pregnancy in 2016 aiming to increase rights of adolescent in access to reproductive health services, sex and relationship education for prevention of adolescent pregnancy and social support for those adolescent mothers. The Draft National Strategy on this issue is under consideration of the Council of Ministers.

Thank you, Chair.

### **Intervention 16.3 Global Strategy on Women's, Children's and Adolescent's Health (2016-2030): adolescent's Health**

Delivered by Canada

Madame Chair, I am pleased to deliver this statement on behalf of 16 member states – Belgium, Canada, Chile, Denmark, Estonia, Finland, France, Mozambique, Namibia, the Netherlands, Norway, Portugal, Sweden, Switzerland, Thailand and Uruguay.

We thank the Secretariat for this report and reaffirm our commitment to resolution WHA69.2 on implementation of the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health.

We welcome the report's theme on adolescent health.

With an unprecedented number of adolescents in the world today—1.2 billion—there is no question that healthy and empowered adolescents will be critical to our collective success in implementing and achieving the Global Strategy and the Sustainable Development Goals.

A key piece of the puzzle is ensuring that adolescents have access to the full range of quality sexual and reproductive health information and services in order to make informed decisions about their bodies and their futures, free from discrimination and violence, This includes access to age-appropriate comprehensive sexuality education, family planning, including modern methods of contraceptives, safe and legal abortion, and post-abortion care, as well as prevention and treatment of sexually transmitted infections, including HIV/AIDS. Prevention and response to sexual and gender-based violence, child, early and forced marriage, and female genital mutilation and cutting are also critically important.

That is why we welcome the She Decides movement, which is working to ensure sustained attention and momentum on sexual and reproductive health and rights, in partnership with a broad range of stakeholders.

We welcome the reporting on the progress of the 16 key indicators and note the challenge of collecting more robust and gender-disaggregated data in countries without strong civil registration and vital statistics systems, particularly on adolescent health.

However, we feel relevant important data is missing to get an accurate and comprehensive picture of progress on women's, children's and adolescents' health, such as on access to and availability of safe abortion and the adolescent birth rate. There are also critical data gaps on many of the health and nutrition indicators of adolescents aged 10-14.

We welcome continued efforts to build coherence amongst the various reports supporting accountability towards the Global Strategy. These reporting exercises are helpful tools for country led efforts in implementing the Global Strategy. As such, we encourage WHO and partners to ensure that the various reports produced are properly disseminated in countries.

If we are to leave no one behind, we must ensure that the most marginalized adolescents, such as those living in humanitarian and fragile settings, are empowered with comprehensive services and information to transform their lives and their communities.

We welcome the adoption of the Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HAI) framework developed by the WHO in collaboration with partners, which constitutes an important tool in supporting countries on planning, implementing and monitoring of their policies and strategies on adolescents.

We also recognize the importance of empowering adolescent voices and in this regard welcome the new Practical Toolkit for Young People to Advocate for Improved Adolescent Health and Well-Being recently launched by Women Deliver and the Partnership for Maternal, Newborn and Child Health.

Central to adolescent health and well-being is the realization of their human rights, including their sexual and reproductive rights.

This is why we are pleased to express our strong support for the report and recommendations from the High Level Working Group for the Health and Human Rights of Women, Children and Adolescents, which outlines clear actions that governments can take to ensure human rights are at the heart of policies and programs in the health sector and beyond.

Our task now will be to make these recommendations real for women, children and adolescents at the national level through a joint programme of work established by the WHO Director-General and the High Commissioner for Human Rights.

By working together, we can truly make health and human rights a reality for all.

**Agenda 17B. Addressing the challenges of the United Nations Decade of Action for Road Safety (2011-2020): outcome of the Second Global High-level Conference on Road Safety—Time for Results (resolution WHA69.7 (2016))**

**ผู้รับผิดชอบ**

๑. นายรังสรรค์ มั่นคง สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
๒. นางสาวสุดาสิริ เตชานันท์ กระทรวงต่างประเทศ

**สาระสำคัญของวาระ**

ปัญหาด้านความปลอดภัยทางถนน เป็นภาระโรคอันดับต้นๆ ในประเทศกำลังพัฒนาในหลายภูมิภาคของโลก ในปี ๒๐๐๙ องค์การสหประชาชาติได้จัดให้มีการประชุม First Global Ministerial Conference on Road Safety และประกาศเป็น “Moscow Declaration” ซึ่งภายหลังได้พัฒนามาสู่ข้อมติของที่ประชุมใหญ่ขององค์การสหประชาชาติ (UNGA) ในปี 2553 ที่ประกาศให้ปี ค.ศ. 2011-2020 เป็น **ทศวรรษการปฏิบัติการเพื่อความปลอดภัยบนท้องถนน (Decade of Action for Road Safety 2011- 2020)** โดยตั้งเป้าลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากปีละ 1.3 ล้านคน ให้ได้ลงครึ่งหนึ่งในอีก 10 ปี พร้อมทั้งกำหนดให้แต่ละประเทศเร่งวางฐานในระบบจัดการความปลอดภัย 5 เสาหลัก ได้แก่ การบริหารจัดการเพื่อความปลอดภัยทางถนน การจัดการเชิงโครงสร้างที่สนับสนุนให้เกิดความปลอดภัยทางถนน การจัดการเรื่องมาตรฐานความปลอดภัยทางการขนส่งและยานพาหนะ การปรับปรุงพฤติกรรมขับขี่ และการจัดการภายหลังการเกิดอุบัติเหตุ

ประเทศไทยในฐานะประเทศสมาชิกองค์การสหประชาชาติได้รับรองนโยบายดังกล่าว และนำมาขับเคลื่อนเชิงนโยบายการดำเนินงาน โดยกำหนดให้อุบัติเหตุทางถนนเป็นวาระแห่งชาติ มีการกำหนดเป้าหมายที่สอดคล้องกับแนวทางของสหประชาชาติ จัดทำ Road map แผนทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน และแผนแม่บทศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนที่สอดคล้องกับมาตรการ 5 เสาหลัก

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้จัดทำรายงานสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนนขององค์การอนามัยโลก (Global Status Report on Road Safety) พบว่า การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทั่วโลกมีจำนวนคงที่ โดยในปี พ.ศ. 2556 มีประชากร เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนมากกว่า 1.25 ล้านราย มากไปกว่านั้นยังมีการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนอีกกว่า 20-50 ล้านคน **โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในประเทศกำลังพัฒนา**

จากการคาดประมาณขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2558 พบว่า ประเทศไทยถูกจัดอันดับเป็นประเทศที่มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงเป็นอันดับ 2 ของโลก รองจากประเทศลิเบีย ทั้งยังเป็นอันดับ 1 ในภูมิภาคเอเชีย ด้วยอัตราการเสียชีวิต 36.2 ราย ต่อประชากรแสนคน หรือคิดเป็นจำนวน 24,237 คน

ในปี ๒๐๑๕ องค์การสหประชาชาติได้กำหนดเป้าหมาย SDG ขึ้นซึ่งครอบคลุมประเด็นการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุบนท้องถนน (SDG 3.6) และ จัดให้มีการประชุม Second Global High-level Conference on Road Safety ที่ประเทศบราซิล โดยเนื้อหาการประชุมครอบคลุมทั้งการทบทวนสถานการณ์ครึ่งทางของทศวรรษ และการพิจารณาแนวทางเพื่อตอบรับกับเป้าหมาย SDG และประกาศเป็น Brasilia Declaration โดยผลจากการประชุมดังกล่าว ถูกนำเข้าไปในที่ประชุม WHA ครั้งที่ 69 ในปี 2559 เกิดเป็นข้อมติ WHA 69.7 ให้เร่งการดำเนินงานหลายด้านเพื่อให้เป้าหมายบรรลุผล และระบุให้ทางองค์การอนามัยโลกรายงานความก้าวหน้าในการประชุม WHA ครั้งที่ 70

**บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ**



- นอร์เวย์ สนับสนุนให้ผลักดันนโยบาย Road safety
- อีรัก ดำเนินการเรื่อง Road safety โดยเน้นการบังคับใช้กฎหมายเพื่อให้เกิดความปลอดภัย
- สหรัฐอเมริกา สนับสนุนการมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วน เพื่อลดอุบัติเหตุทางถนน
- เวียดนาม สนับสนุนให้รักษาผู้ประสบอุบัติเหตุทางถนนอย่างมีคุณภาพเพื่อลดอัตราการตาย
- แอฟริกาใต้ สนับสนุนการดำเนินงานโครงการ Road safety โดยการมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วน เน้นในเรื่องการสร้างความตระหนักต่อความปลอดภัยบนท้องถนน

### **บทบาทและท่าทีของประเทศไทย**

ประเทศไทยขอขอบคุณฝ่ายเลขานุการ (องค์การอนามัยโลก) ที่ประมวลจัดทำรายงาน WHA 70/38 โดยชื่นชมประสิทธิภาพในการจัดกระบวนการเพื่อพัฒนาเป้าหมายโดยสมัครใจระดับโลก (global voluntary targets) การพัฒนารายงานสถานการณ์ด้านความปลอดภัยทางถนนระดับโลกและระดับภูมิภาคเพื่อติดตามความก้าวหน้าสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง และการสร้างความตระหนักตามหลักฐานเชิงประจักษ์ และการสนับสนุนการจัดทำแผนปฏิบัติการด้านการรักษาพยาบาลก่อนถึงโรงพยาบาล (pre-hospital care) ของ 50 ประเทศ ภายในปี 2017

แต่ขณะเดียวกัน ประเทศไทยมีความกังวลใน สองประเด็น

หนึ่ง คือด้านการสนับสนุนการดำเนินงานด้านนโยบายและการทำงานบนฐานความรู้เชิงประจักษ์ ซึ่งพบว่ามีเพียง 3 ประเทศ (รวมทั้งไทย) ที่จะมีการปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และอีก 5 ประเทศที่เริ่มประเมินความเป็นไปได้ในการปรับกฎหมาย จึงขอให้องค์การอนามัยโลกทำงานเชิงรุกและเพิ่มประสิทธิภาพในการสนับสนุนประเทศสมาชิกจำนวนมากยิ่งขึ้นด้านความรู้เชิงประจักษ์เพื่อขับเคลื่อนนโยบาย

สอง คือด้านกิจกรรมขององค์การอนามัยโลกและหน่วยงานโลกบาลอื่นๆ เพื่อสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายในเรื่องนี้ พบว่ายังมีไม่มากนัก และ ส่วนใหญ่จะเน้นเรื่องการพัฒนาศักยภาพในบางแง่มุมของความปลอดภัยทางถนน ซึ่งเวลาที่เหลืออีกไม่ถึง 4 ปี ที่จะสิ้นสุดทศวรรษ จึงขอให้องค์กรโลกบาลที่เกี่ยวข้องเร่งการดำเนินการและจัดกิจกรรมอย่างมียุทธศาสตร์ โดยประเทศไทยจะมีบทบาทสนับสนุนเรื่องนี้ โดยกระทรวงสาธารณสุขไทย จะร่วมกับองค์การอนามัยโลก และหน่วยงานภาคี จัดการประชุม 13th World Conference on Injury Prevention and Safety Promotion or Safety 2018 เพื่อแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ล่าสุด เน้นย้ำความมุ่งมั่นการประสานงานแบบร่วมมือของรัฐบาลและร่วมมือของสังคมเพื่อลดผลกระทบของการบาดเจ็บและความรุนแรง โดยจะมุ่งจุดเน้นไปที่การบาดเจ็บทางถนน

### **สรุปผลลัพธ์ของวาระ**

ที่ประชุมมีมติให้รับรองรายงานความก้าวหน้า

### **ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข**

#### การทำงานในระดับประเทศ

ควรแจ้งรายงานความก้าวหน้าตามข้อมติและปรึกษาหารือเกี่ยวกับท่าทีประเทศไทยและการดำเนินการร่วมกันหน่วยงาน/องค์กรที่ทำหน้าที่บูรณาการงานด้านความปลอดภัยทางถนนในประเทศไทย ได้แก่ ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน กระทรวงมหาดไทย ตลอดจนหน่วยงานสนับสนุน อาทิ สธฉ. ในกระทรวงสาธารณสุข สพฉ. สำนักควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสังคม (ส.10) สสส. สตช. กระทรวงคมนาคม WHO Collaborating

Center on Road Safety (นพ.วิทยา) เพื่อให้เกิดการประสานส่งต่อไปสู่องค์การอนามัยโลกและองค์การ  
 ปลอดภัยทางถนน ให้รับรู้และสามารถได้รับประโยชน์จากการสนับสนุนขององค์การอนามัยโลกและองค์การ  
 โลกบาลอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อช่วยยกระดับการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ

การทำงานในระดับนานาชาติ

ใช้ข้อมูลนี้ขององค์การอนามัยโลก ในการแสวงหาโอกาสในการสร้างความร่วมมือหรือรับการสนับสนุนจาก  
 องค์กรระหว่างประเทศ เช่น WHO, Other UN Agencies, Bloomberg Philantropies และประเทศที่มี  
 ทรัพยากรหรือความเชี่ยวชาญที่ตรงจุด ในการช่วยปิดช่องว่างของปัญหาการบาดเจ็บและตายบนท้องถนนของ  
 ไทย เพื่อช่วยให้ประเทศไทยสามารถบรรลุหรือเข้าใกล้เป้าหมายทศวรรษความปลอดภัยบนท้องถนนได้จริง

**Intervention on Agenda 17B. Addressing the challenges of the United Nations  
 Decade of Action for Road Safety (2011–2020): outcome of the second Global High-  
 level Conference on Road Safety – Time for Results (resolution WHA69.7 (2016))**

Read by Mr. Chaiwat Pulsrikarn

Thailand appreciates the secretariat for synthesizing progress report A 70/38 on NCD sub  
 item B. Addressing the challenges of the United Nations Decade of Action for Road Safety  
 (2011-2020), which was mandated one year ago by Resolution WHA69.7.

Road traffic accident is one of the leading causes of death and disability among young  
 people globally, the burden that bears heavily on the population of Thailand.

Among the actions requested in Resolution WHA 69.7, Thailand applauds the secretariat  
 for their expedient and effective actions on facilitating the development of global  
 voluntary targets, the synthesizing of progress monitoring reports (global and regional  
 ones), and on raising evidence-based awareness on Road Safety, as well as the support of  
 50 member states in developing pre-hospital care action plan by 2017.

Nevertheless, Thailand has some concerns on the remaining actions of the secretariat,  
 which seem to progress too slowly and/or having limited coverage to achieve the desired  
 change. These are:

- **the provision of support to member states in implementing evidence-based policy and practices.** The report indicated that only 3 countries modified Road Safety law, Thailand was included, and only 5 countries with an initial assessment. We believe the secretariat needs to be more assertive and effective in support evidence policy decision to more number of member states.
- **the activities in conjunction with other UN organizations supporting the RS objectives and goals.** The report showed not only few but sporadic joint activities across intergovernmental agencies, mostly focusing on capacity building on selective aspects of RS. As the end of the Decade goals of RS is approaching in less than 4 years, the secretariat and other UN Agencies are encouraged to **speed up and be more strategic in organizing their joint activities.** Thailand is ready to contribute to this area.

In November 2018, the Ministry of Public Health of Thailand, WHO, and partner agencies will jointly organize the 13th World Conference on Injury Prevention and Safety Promotion or “Safety 2018”, in Bangkok, Thailand to learn and share the latest evidences and reaffirm commitments and coordinate whole-of-government and whole-of-society actions to reduce the impact of injuries and violence, with a **particular focus on road traffic injuries**.

## Agenda 17C Towards universal eye health: a global action plan 2014-2019

### ผู้รับผิดชอบ

๑. แพทย์หญิงนาตยา มิลส์ สำนักการสาธารณสุขต่างประเทศ
๒. เกษัชกรหญิงสมฤทัย สุพรรณกุล สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

### สาระสำคัญ

เป็นการรายงานความก้าวหน้าของสมาชิกตามมติ WHA66.4: Global Action Plan 2015-2019 ด้วยวิสัยทัศน์และเป้าหมายว่าผู้ที่มีสายตาเลือนรางหรือพิการ ๑) จะไม่เพิ่มขึ้นอีกจากสาเหตุที่ป้องกันได้ (เน้นให้มีมาตรการรณรงค์ป้องกัน ค้นหา คัดกรองและใช้หลักฐานข้อมูลเพื่อสะท้อนให้ทุกระดับเห็นความสำคัญ) ๒) สามารถดำรงชีวิตหรือทำงานได้เต็มศักยภาพ (เน้นการได้รับการฟื้นฟู) ๓) เข้าถึงการบริการที่เต็มรูปแบบได้ โดยบูรณาการเข้ากับระบบสุขภาพ(เช่นการมีหลักประกันสุขภาพที่มีคุณภาพและทั่วถึง การประยุกต์ใช้แนวทางขององค์การอนามัยโลก2007 รวมถึงความร่วมมือจากองค์กรเครือข่ายต่างๆ) โดยได้กำหนดให้มีการติดตามตัวชี้วัดที่เป็นรูปธรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายระดับโลกคือ “reduction in prevalence of avoidable visual impairment by 25% by 2019 from the baseline of 2010” ดังนี้ ๑) ให้มีระบบฐานข้อมูลระดับชาติเพื่อกำหนดนโยบายทรัพยากรคน เงิน ของ เทคโนโลยีและการวางแผน ๒) ให้มีแผนกำลังคนทั้งจำนวนและศักยภาพที่เพียงพอ ๓) อัตราการผ่าตัดต้อกระจก(จำนวนที่ผ่าตัดต่อปีต่อล้านประชากร) และความครอบคลุมการผ่าตัด(จำนวนผู้ที่เป็นต้อกระจก2 ข้างต่อการได้รับผ่าตัด 1 หรือ 2 ข้าง) เนื่องจากต้อกระจกเป็นสาเหตุหลักของความพิการทางสายตา

บทบาททำที่ของประเทศอื่นๆ ไม่มี

### บทบาททำที่ประเทศไทย

สนับสนุนการดำเนินงานตามแผนงานหลักขององค์การอนามัยโลกถึงแม้การผ่าตัดต้อกระจกเป็นชุดสิทธิประโยชน์ในหลักประกันสุขภาพทำให้มีการบริการเกิดขึ้นอย่างทั่วถึงบวกกับแผนพัฒนารายเขตสุขภาพสาขาจักษุมีการคัดกรองสายตา ระดับพื้นที่อย่างกว้างขวางแต่การไปให้ถึงเป้าที่จะลดความพิการทางสายตาจากสาเหตุที่ป้องกันได้ลง 25% ในปี 2019 นั้นต้องให้ความสนใจสาเหตุที่สำคัญมากขึ้นเรื่อยๆในปัจจุบันแต่ไม่ได้กล่าวไว้ในแผน NCD เช่น diabetic retinopathy

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับทราบการรายงานความก้าวหน้า

### ข้อเสนอแนะ

ถึงแม้กระทรวงสาธารณสุขจัดการปัญหาเรื่องตาได้ในระดับดีแต่เนื่องจากแผนระดับโลกนี้จะสิ้นสุดในอีกสองปีข้างหน้าจึงควรทบทวนสถานการณ์จัดเก็บข้อมูลให้มีคุณภาพทั้งสามกองทุนหลักและควรขยายปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานให้เป็นตัวอย่างแก่ประเทศต่างๆได้นำไปใช้ให้เกิดประโยชน์

#### Intervention on Agenda 17C: Towards universal eye health: a global action plan 2014-2019

Intervention by the Thai delegation

Thank you Chair

The Thai delegation welcomes the Universal Eye Health Action Plan 2014-2019 and fully support all implementation plans through the universal health coverage (UHC) program.

Thailand support the development of national eye health plans among member states. These have been produced by a number of countries in South East Asia. The numbers of ophthalmologists are increased but there is still a disparity between provision in urban and rural areas.

We also support the role of World Sight Day in raising awareness of the prevention and treatment of eye disease.

Thailand recognize the importance of on-going collection of data on eye disease and its management. The use of cataract surgery rates as a proxy indicator for eye service provision is useful because the common causes of visual impairment is cataract. But the accessibility and affordability can be solved by active case finding and universal health coverage respectively. However, there are other common causes of visual impairment, such as diabetic retinopathy, which must not be overlooked.

In conclusion, my delegation fully supports the continued implementation of the action plan.

#### Agenda 17D Eradication of dracunculiasis

##### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. ดร.ธีรพร สติธอังกูร สำนักงานการพยาบาล
๒. นางสาวณนุต มธูรพจน์ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

##### สาระสำคัญของวาระ

๑. Secretariat รายงานความก้าวหน้าของการกำจัด Dracunculiasis ของประเทศที่พบผู้ป่วยติดเชื้อโรคนี้
๒. Dracunculiasis หรือเรียกว่า Guinea-worm disease โรคนี้ติดเชื้อมาจากการที่คนดื่ม น้ำไม่สะอาดที่มีเชื้อ parasite โรคนี้ไม่มีวัคซีน แต่ป้องกันโดยไม่ให้คนที่ติดเชื้อและมีแผลนำแผลแพร่ไปสู่ น้ำต่อไป
๓. การกำจัดโรคนี้จาก 3.5 ล้านคนในปี 1986 เป็น 25 คนในปี 2016 โดยประเทศที่กำจัดโรคนี้ได้สำเร็จจะได้รับ Certification of Dracunculiasis Eradication จาก WHO ซึ่งประเทศที่ได้รับมี 198 ประเทศ

ปัจจุบันมี 8 ประเทศยังไม่ได้รับ Certificate คือ Chad, Ethiopia, Mali, South Sudan, Kenya and Sudan อยู่ระหว่าง pre- certificate stage ส่วน Democratic Republic of the Congo และ Angola กำลังรอหลักฐานว่าไม่พบผู้ป่วยนี้

๔. หน่วยงานต่างๆ ได้ช่วยเหลือการกำจัดโรคนี้นในด้านต่างๆให้กับประเทศที่ยังพบผู้ป่วย Dracunculiasis ได้แก่ The Carter Center, UNICEF, WHO, CDC
๕. ในปี 2016 พบว่าสุนัขติดเชื้อ Dracunculus medinensis ในประเทศ Chad, Ethiopia, Mali, (Chad พบมากที่สุด) ทั้งนี้ WHO, CDC, The Carter Center ได้ติดตามเรื่องนี้ และได้ผลเบื้องต้นว่าสามารถหยุดยั้งการแพร่เชื้อได้ และไม่แพร่ไปยังคน
๖. The Director-General ได้กำกับให้มีโครงการกำจัดโรคนี้นี้ มีการประชุมของประเทศที่ยังมีโรคนี้นี้ ซึ่งประเทศเหล่านั้นต้องรายงานสถานการณ์การกำจัดโรคนี้นี้
๗. ในการประชุมอย่างไม่เป็นทางการระหว่าง WHA69 Regional Director for Africa ขอให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขของประเทศที่ยังพบโรคนี้นี้ให้สนับสนุนโครงการกำจัด Dracunculiasis และเพิ่มความพยายามที่กำจัดโรคนี้นี้ในขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการเพื่อกำจัดโรคนี้นี้ให้สิ้นซากในที่สุด

#### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- ประเทศต่างๆต้องการให้ประเทศที่พบผู้ป่วยร่วมกับกำจัด Dracunculiasis ให้หมดไปจากโลกนี้ และขอให้ประเทศที่พบโรคนี้นี้ในสุนัข ให้ความสนใจกำจัดเชื้อนี้ด้วยเช่นกัน ถึงแม้ว่าจะไม่แพร่ไปยังคนก็ตาม
- กลุ่มประเทศแอฟริกาใต้ให้ความสำคัญเรื่องนี้ ได้พยายามกำจัดโรคนี้นี้ และต้องการให้โรคนี้นี้หมดไปเช่นกัน กลุ่มประเทศแอฟริกาอินดิที่มีองค์กรต่างๆเช่น WHO, CDC, the Carter Center ให้การสนับสนุนงบประมาณหรือสิ่งสนับสนุนอื่นๆ และขอให้ความช่วยเหลือต่อไป ส่วนการระบาดของเชื้อประเภทนี้ในสุนัข เป็นสิ่งที่ประเทศที่เกิดการระบาดนั้นต้องพยายามควบคุมและกำจัดให้หมดไปเช่นกัน

#### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

- ชื่นชมองค์กรต่างๆเช่น WHO, CDC, the Carter Center ที่ให้การสนับสนุนการกำจัด Dracunculiasis และชื่นชมความร่วมมือของประเทศที่พบผู้ป่วยในการกำจัดโรคนี้นี้
- ชื่นชมประเทศที่สามารถกำจัดโรคนี้นี้ได้สำเร็จ และได้รับ Certification of Dracunculiasis จากWHO
- ประเทศไทยต้องการให้ Dracunculiasis ถูกกำจัดให้หมดไปจากโลกนี้ และขอให้สนับสนุนงบประมาณหรือสิ่งสนับสนุนอื่นๆแก่ประเทศที่ยังพบผู้ป่วยโรคนี้นี้ เพื่อบรรลุเป้าหมาย

#### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

เห็นชอบให้มีการรายงานผู้ป่วย Dracunculiasis ต่อไป

#### ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

##### การทำงานในระดับประเทศ และการทำงานในระดับนานาชาติ

กรมควบคุมโรคควรติดตามอุบัติการณ์การเกิด Dracunculiasis ในประเทศของทวีปแอฟริกา และสนับสนุนให้มีการกำจัดโรคนี้นี้ไปจากโลก

**Intervention on agenda 17 Communicable disease**

D. Eradication of dracunculiasis (resolution WHA64.16 (2001))

E. Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015 (resolution WHA67.1 (2014))

F. Global technical strategy and targets for malaria 2016 – 2030 (resolution WHA68.2 (2015))

Read by Dr. Teeraporn Sathira-Angkura

Thank you, Chair.

Thailand appreciates the progress report on dracunculiasis, tuberculosis and malaria, through collaborative works with all partners.

Thailand appreciates the outcomes of dracunculiasis eradication; 186 Member States are certified free from dracunculiasis transmission and the others remain to be certified. These performances are the outcomes of long term sustained responses by governments, WHO, CDC, the Carter Center and communities on the use of larvicide temephos. Thailand solemnly respects these ‘unsung heroes and heroines’.

Thailand notes the good progress on End TB strategy. Thailand commends the “3Ps Project—Push, Pull and Pooled fund” introduced by multi-sector partnership. This incentivized financial mechanism will accelerate the development of new Anti-TB diagnostics and medicines which delink R&D costs from price of medicines and ensure affordability and access to new medicines. Multi-Drug Resistant-TB is the global threat. We need to emphasize on the research and development of more effective, safer, and shorter treatment for new TB cases that can promote adherence and prevent the emergence of MDR- and XDR-TB.

Thailand congratulates to the countries having eliminated malaria and encourages others on their ways towards of malaria elimination by 2020. Thailand is among 5 countries in the greater Mekong sub-region, one of the high endemic area on Malaria including challenges from artemisinin-resistance. Therefore, redoubled efforts in this sub-region are need. One key challenge is the sub-regional Malaria Surveillance Platform for data sharing and timely information for outbreak response. The required resources for malaria eliminations are big challenges. Mobilizing adequate resources and maximizing value of money to achieve the elimination goal in all affected countries are needed.

Thank you, Chair

## Agenda 17. E. Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015 (resolution WHA67.1 (2014))

### ผู้รับผิดชอบ

๑. นายสัตวแพทย์ชัยวัฒน์ พูลศรีกาญจน์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
๒. แพทย์หญิงภาวิณี เจียมศิริ กรมควบคุมโรค

### สาระสำคัญของวาระ

ด้วยในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๐ จะมีการประชุมระดับรัฐมนตรีที่รัสเซียได้กำหนดขึ้น ณ กรุงมอสโก ประเทศรัสเซีย และในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ จะมีการประชุมผู้นำระดับสูง ณ สหประชาชาติ (United Nations General Assembly; UNGA) ในวาระวัณโรค (Tuberculosis; TB) ทำให้หลายประเทศให้ความสนใจในเรื่องการจัดการวัณโรค โดยเฉพาะในประเทศที่มีปัญหา รวมถึงประเทศไทย

เนื่องจากปัญหาวัณโรคไม่ได้มีเฉพาะการรักษา และเชื้อดื้อยา แต่ยังมีปัญหาอื่นๆ เช่น การค้นหาผู้ป่วย การอพยพ หรือการเคลื่อนย้ายของแรงงาน ซึ่งทำให้มีการแพร่กระจายของเชื้อในประเทศปลายทาง ดังนั้นการที่องค์การอนามัยโลกประกาศว่าค้นพบยาใหม่ หรือพบวิธีให้ยาแบบใหม่ที่สามารถลดการดื้อยาได้ ตลอดจนวัคซีนที่อยู่ในขั้นตอนการทดสอบ และคาดว่าจะสามารถนำมาใช้ได้นั้น จึงอาจจะไม่สามารถแก้ไขปัญหาวัณโรคให้หมดไปได้ตามแผนงานที่กำหนดไว้

### บทบาททำที่ของประเทศอื่น (เฉพาะประเทศที่กล่าวถึง 17E เท่านั้น)

- รัสเซีย ขึ้นชมการดำเนินงานที่รัสเซียได้มีส่วนร่วมจนเป็นผลสำเร็จ และจะได้มีการประชุมระหว่างวันที่ ๑๖-๑๗ พฤศจิกายน ๒๐๑๗ ที่ได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มเศรษฐกิจ BRICS (Brazil, Russia, India, China) ที่ประกอบด้วยรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงอื่นที่เกี่ยวข้อง ตลอดจน UN โดยผลการประชุมจะได้นำเสนอในเวที UNGA ในปีถัดไป (๒๐๑๘)
- มาลาวี กล่าวในนามของภูมิภาคแอฟริกา ด้วยข้อกังวลการติดเชื้อร่วมกันระหว่าง TB และ HIV ทำให้มีผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น และพบการดื้อยาแบบ MDR และ XDR
- ญี่ปุ่น สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินตามแผน END TB และเข้าร่วมการประชุมที่จะมีขึ้น
- อิตาลี และไนจีเรีย สนับสนุนให้นำผลการประชุมที่รัสเซีย และ UN ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ ๗๒
- อิรัก ต้องการให้สนับสนุนประเทศที่มีปัญหา TB ทั้งด้านการรักษาและการป้องกันโรคในชุมชน
- บาร์เรน ซิมบับเว สนับสนุนข้อเสนอของมาลาวีในนามของภูมิภาคแอฟริกา
- สหรัฐอเมริกา สนับสนุนงบประมาณเพื่อกระตุ้นให้มีการวิจัยวัณโรคให้มากขึ้น
- ชูรินาม ขอให้องค์การอนามัยโลกสนับสนุนงบประมาณในการวิจัย
- ปานามา ขอให้พัฒนาการวินิจฉัยโรคได้เร็วทันต่อการรักษา

### บทบาททำที่ประเทศไทย (แบบ intervention ตอนท้าย)

ไม่ได้นำเสนอ (17D, 17E และ 17F เป็นวาระเดียวกันในหัวข้อ Communicable Disease)

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

รับรองรายงานความก้าวหน้า

**ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข**

- กรมควบคุมโรค กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ร่วมดำเนินงานเกี่ยวกับการค้นหาผู้ป่วย และตรวจยืนยันโรค เพื่อสืบค้นผู้ป่วยตาม ยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔

**Intervention on Agenda 17. E. Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015 (resolution WHA67.1 (2014))**

(Document: A70/38, WHA67.1(2014))

**Word count= 174**

Thank you, Chair.

Thailand notes the good progress on End TB strategy. Thailand appreciated WHO SEAR's efforts in organizing a health minister meeting leading towards the global ministerial meeting in November 2017 and consequently towards a high-level meeting on ending tuberculosis at The UNGA in 2018. This will put Ending TB agenda at the highest political priority. These momentums support our efforts to achieve the End TB Target by 2030.

Thailand commends the "3Ps Project—Push, Pull and Pooled fund" introduced by multi-sector partnership led by IUTLD. This incentivized financial mechanism will accelerate the development of new Anti-TB diagnostics and medicines which delink R&D costs from price of medicines and ensure affordability and access to new drugs. It is in line with the recommendations by CEWG, and was highlighted in the UN High level Panel on Access to Medicine report. "Ending TB" using "innovative financing" which support access is a great show case which link the two SDG 3 together: ending TB in SDG3.3 and access to medicines in SDG 3.8

Thank you, Chair.

**Agenda 17F. Global technical strategy and targets for malaria 2016-2030 (Resolution WHA68.2 (2015))**

**ผู้รับผิดชอบ**

๑. รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ
๒. แพทย์หญิงสุชาดา เจียมศิริ กรมควบคุมโรค

**สาระสำคัญของวาระ**

จากการประชุมสมัชชาอนามัยโลก ปี ๒๕๕๘ มีการพิจารณาความร่วมมือในการควบคุม ลดความรุนแรง และรณรงค์การกำจัดมาลาเรีย โดยมีกรอบกลยุทธ์ ๓ ประการ คือ universal access to interventions, acceleration towards elimination, and making surveillance a core intervention มีส่วนสนับสนุน ๒ ประการ คือ strengthened enabling environment and innovation/research ที่สำคัญคือทุกประเทศอยู่ในกระบวนการควบคุมที่มุ่งสู่การกำจัดมาลาเรีย สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงด้วย คือเรื่องยาฆ่าแมลงและการดื้อ



ยา อาทิเช่น ในพื้นที่กลุ่มลุ่มแม่น้ำโขง มีการดื้อยาหลายประเภท เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในปี ๒๕๖๓ ที่จะกำจัด มาลาเรียได้อีก ๒๑ ประเทศ องค์การอนามัยโลก ควรให้ความสำคัญ สนับสนุนกลุ่มประเทศสมาชิกนี้

ประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก Global Fund Grant ๒๔๒ ล้าน เหรียญสหรัฐฯ ในระหว่างปี ๒๕๕๕-๒๕๕๘ มีผลให้อัตราการเกิดโรคมาลาเรียลดลง ๕๔% และอัตราการตาย ลดลง ๘๔% มี ๒ ประเทศที่ประสบความสำเร็จในการกำจัดมาลาเรีย คือ ประเทศมัลดีฟ ซึ่งสามารถกำจัดได้ ตั้งแต่ปี ๒๕๒๗ และประเทศศรีลังกาที่ระงับการระบาดของโรคได้ ในปี ๒๕๕๕ อย่างไรก็ตาม มาลาเรียยังเป็น ปัญหาสำคัญในภูมิภาคนี้ ในปี ๒๕๕๘ มีรายงานผู้ติดเชื้อมาลาเรีย ๑,๔๙๓,๙๑๔ คน และมีผู้เสียชีวิต ๖๒๐ คน

การเสียชีวิต การติดเชื้อมาลาเรีย โดยเฉพาะในเด็กก่อนวัยเรียน มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง จึงควรมุ่ง การป้องกันไม่ให้ถูกยุงกัด มีการตรวจรักษาเชิงป้องกันการแพร่ระบาด ลดความรุนแรงและอัตราการตาย ด้วยการสนับสนุนทรัพยากร การให้ความรู้ มีระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมและเข้าถึงได้

การใช้ยาฆ่าแมลง การดื้อยาที่ใช้ในการรักษา และกระจายจากหรือสู่กลุ่มเสี่ยง ผู้เรื้อรัง หรือผู้ป่วย เป็นภาวะคุกคามต่อสุขภาพ มีผลต่อสังคมและเศรษฐกิจของประเทศที่มีการระบาด ส่วนความสำเร็จในการ ควบคุมมาลาเรีย ต้องอาศัยความร่วมมือกันอย่างต่อเนื่อง โดยสร้างความเข้มแข็งให้ระบบบริการสาธารณสุข ให้ความรู้ ผลเสียจากการใช้ยาฆ่าแมลง และการดื้อยา การร่วมมือกันในหลายภาคส่วน ในการควบคุม กำจัด มาลาเรียอย่างจริงจังในพื้นที่เสี่ยง รวมทั้งการพัฒนานวัตกรรมและงานวิจัย เพื่อนำมาใช้ในการกำหนดแนว ทหารรักษา พัฒนาบุคลากร และการจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสม โดยเฉพาะในพื้นที่ชายขอบของประเทศ

การนำยุทธศาสตร์นี้ไปใช้ ต้องได้รับการสนับสนุนงบประมาณ การกำหนดนโยบายที่บังคับใช้เพื่อ ควบคุมและกำจัดมาลาเรียอย่างยั่งยืน จำเป็นต้องเสนอขอรับการสนับสนุน แนะนำ กำกับติดตามการนำ ยุทธศาสตร์นี้ไปใช้ และให้องค์การอนามัยโลกในทุกระดับประสานงานให้การสนับสนุนประเทศรายได้ปาน กลางที่ยังมีการระบาดในพื้นที่ชายแดนระหว่างประเทศ และให้มีการรายงานความก้าวหน้าในการประชุม สมัชชาอนามัยโลก ทุก ๒ ปี

### บทบาททำที่ของประเทศอื่น

การเกิดมาลาเรียลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่ปลอดจากมาลาเรีย ต้องควบคุมมิให้มีการแพร่กระจายมากขึ้น จึง ต้องการการสนับสนุนด้านงบประมาณจากองค์การอนามัยโลก เพื่อการพัฒนาบุคลากรและสิ่งแวดลอม การ ศึกษาวิจัยเพื่อค้นหาแนวทางการดูแลรักษา และการใช้ยาที่เหมาะสม

### บทบาททำที่ของประเทศไทย

ประเทศไทยรับข้อกำหนดยุทธศาสตร์สำหรับโรคมาลาเรีย (Global technical strategy and targets for malaria 2016-2030 (Resolution WFA68.2) โดยควบคุมมาลาเรียให้ลดลง ไม่ให้แพร่กระจาย และปลอดมาลาเรียในที่สุด โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง หรือในพื้นที่ชายขอบของประเทศ

เสนอการกำหนดแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและสิ่งแวดลอมที่ เหมาะสมกับพื้นที่ เพื่อควบคุมการเกิดโรค การระบาดของโรค เพิ่มคุณภาพชีวิต ลดค่าใช้จ่ายของประชาชน สังคม ทั้งในระดับประเทศ และโลกได้อย่างยั่งยืน

ต้องการการสนับสนุนด้านงบประมาณอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะ การให้ความรู้ การพัฒนาบุคลากร และสิ่งแวดลอม การศึกษาวิจัยเพื่อการดูแลรักษา การใช้ยา การติดตาม เก็บรวบรวมข้อมูลและรายงานผลที่ เหมาะสม

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ในปัจจุบัน ปัญหา มาลาเรีย ซึ่งเป็นปัญหาในระดับชาติและระดับโลกมีแนวโน้มลดลง แต่ยังไม่หมดไป ต้องร่วมมือกันในการกำจัดแหล่งโรค และการแพร่กระจายเชื้ออย่างต่อเนื่องจากประเทศสมาชิกที่ประชุมรับรอง

### ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

#### การทำงานในระดับประเทศ

สนับสนุนงบประมาณในการกำจัดมาลาเรีย

ส่งเสริมการป้องกัน การเฝ้าระวัง การดูแลรักษา การพัฒนาคน และการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสม

กำหนดแนวทางการดำเนินงานร่วมกันหลายภาคส่วนอย่างเป็นรูปธรรม เหมาะสมกับพื้นที่

ควรมีการติดตามและรายงานผลการควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง

#### การทำงานในระดับนานาชาติ

ผลักดันนโยบาย แนวทางการดำเนินงาน และงบประมาณสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ในการกำจัดมาลาเรียระหว่างประเทศ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดในแผนยุทธศาสตร์ Global Technical Strategy 2016-2030 ดังกล่าว

#### Agenda 17 F. Global technical strategy and targets for malaria 2016-2030 (Resolution WHA68.2 (2015))

Thank you Chair,

Thank you to secretariat for preparing the progress report in the **Global technical strategy and targets for malaria 2016-2030 (Resolution WHA68.2 (2015))**.

Thailand entirely agrees that all health sectors should intensively cooperate in this Global technical strategy and targets for malaria 2016-2030.

To achieve global movement on malaria elimination, Thailand has 3 suggestions as followed

First, cross-border still actions play critical role in malaria control and elimination. Secondly, a global network shall be free from conflict of interest and works in the transparent manner. Thirdly, the global strategy should be more cleared. We would like to encourage WHO secretariat to set priority on the definition used. It should serve as a platform or guideline for further actions together.

Finally, a report mechanism in achieving the objectives set forth in this resolution is crucial to move agenda forward. We would like to urge all the member states to send the progress in the timely manner.

Thailand support the progress report of the year 2019

Thank you, Chair

**Agenda 17G. Public health impacts of exposure to mercury and mercury compounds: The role of WHO and Ministry of Public Health in the implementation of the Minamata Convention (resolution WHA67.11 (2014))**

**ผู้รับผิดชอบ**

๑. นางฉวีรุช อาภาจรัส กรมอนามัย
๒. นายแพทย์พิสุทธ์ ชื่นจงกลกุล กรมควบคุมโรค

**สาระสำคัญของวาระ**

รายงานความก้าวหน้าตามข้อมติ WHA67.11 (พ.ศ. ๒๕๕๗) กล่าวถึงอนุสัญญามินามาตะว่าด้วยปรอท ที่ได้รับการรับรองเมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๖ มีวัตถุประสงค์เพื่อปกป้องสุขภาพมนุษย์และสิ่งแวดล้อมจากการปล่อยสารปรอทและสารประกอบปรอท ซึ่งจะมีผลบังคับใช้ เมื่อมีประเทศสมาชิกให้สัตยาบันหรือภาคยานุวัติ ครบ ๕๐ ประเทศ และข้อมติ WHA67.11 ให้ WHO สนับสนุนประเทศสมาชิกดำเนินงานตามอนุสัญญามินามาตะว่าด้วยปรอทในทุกมิติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เพื่อส่งเสริมและคุ้มครองสุขภาพประชาชน และสนับสนุนการพัฒนาและดำเนินงานตามยุทธศาสตร์และแผนงานเกี่ยวกับการระบุความเสี่ยงและคุ้มครองประชากรที่มีความเสี่ยง โดยเฉพาะประชากรกลุ่มเปราะบาง และอ้างอิงข้อมติ WHA69.4 (พ.ศ. ๒๕๕๙) ที่รสนับสนุนให้อนุสัญญาฯ มีผลบังคับใช้โดยเร็วที่สุด

เนื้อหารายงานฯ กล่าวถึงการดำเนินงานของ WHO ที่สนับสนุนและร่วมกับประเทศสมาชิกในภูมิภาคต่าง ๆ ดำเนินงานที่จะช่วยให้อนุสัญญาฯ มีผลบังคับใช้ได้โดยเร็ว ได้แก่

- เพิ่มความตระหนักเกี่ยวกับอนุสัญญาฯ ในกลุ่มกระทรวงสาธารณสุข โดยสร้างเครือข่าย และเผยแพร่เครื่องมือและแนวทางดำเนินงานที่จัดทำขึ้นโดย WHO จัดประชุมปฏิบัติการระดับภูมิภาคและภูมิภาคย่อย ให้กับกระทรวงสาธารณสุขในประเทศแถบแอฟริกา ยุโรป เมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก จัดทำเอกสารตามแนวทางของ WHO และสิ่งสนับสนุนอื่น ๆ ตามขอบทของอนุสัญญาฯ เผยแพร่ทางเว็บไซต์เป็นภาษาต่าง ๆ

- ทบทวน ปรับปรุง และพัฒนาเครื่องมือและแนวทางใหม่ ๆ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตามอนุสัญญาฯ โดยในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ WHO และ UNEP ร่วมกันจัดทำและเผยแพร่รายงานหัวข้อ “การส่งเสริมการลดการใช้อะมัลกัมในประเทศกำลังพัฒนา” เผยแพร่แนวทางการดำเนินงานสำหรับภาคสาธารณสุขในการจัดทำยุทธศาสตร์ระดับประเทศเกี่ยวกับการยุติการใช้เครื่องวัดอุณหภูมิและเครื่องวัดความดันโลหิตที่มีสารปรอท เพื่อช่วยให้กระทรวงสาธารณสุขใช้วางแผนการพัฒนาระบบสาธารณสุขทั่วประเทศ พัฒนาเครื่องมือแนวทางปฏิบัติและสื่อสิ่งพิมพ์สนับสนุนสำหรับการฝึกอบรมด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับเหมืองแร่ทองคำ พื้นบ้านและเหมืองทองคำขนาดเล็ก และพัฒนายุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข ตามที่กำหนดไว้ในข้อบทที่ ๗ ของอนุสัญญาฯ ส่วนแนวทางการวางยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขฯ คาดว่าจะแล้วเสร็จในปี ๒๕๖๐ เพื่อนำเสนอในการประชุมครั้งแรกของการประชุมภาคีสมาชิกของอนุสัญญาฯ

- ส่งเสริมกระทรวงสาธารณสุขของประเทศต่าง ๆ ให้เข้าร่วมดำเนินโครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานด้านสิ่งแวดล้อมจากทั่วโลก และฝ่ายเลขานุการยังร่วมกับหน่วยงานด้านสิ่งแวดล้อมระดับโลกในการดำเนินโครงการต่าง ๆ เกี่ยวกับเหมืองแร่ทองคำพื้นบ้านและเหมืองทองคำขนาดเล็ก การจัดการของเสียปรอทในสถานบริการสาธารณสุขอย่างปลอดภัยและเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม การติดตามสถานการณ์สารปรอทระดับโลก (รวมถึงการติดตามสุขภาพประชาชน) ในหลายประเทศ โดยการสนับสนุนของ WHO collaborating centre at the National Institute for Minamata Disease ประเทศญี่ปุ่น ส่งเสริม

การลดการใช้อะมัลกัมอุดฟัน พัฒนาการประเมินเบื้องต้นเกี่ยวกับอนุสัญญามินามะตะ สนับสนุนการดำเนินงานแต่ละประเทศตามการร้องขอ เช่น การจัดประชุม และสนับสนุนการพัฒนากรอบการดำเนินงานด้านสุขภาพภายใต้อนุสัญญาฯ และจะสนับสนุนการจัดประชุมสำหรับประเทศในภูมิภาคที่เหลือ ในการดำเนินงานตามข้อบทที่ 16 ของอนุสัญญาฯ ที่ว่าด้วย “มิติสุขภาพ” และจัดทำ สิ่งสนับสนุนต่าง ๆ ในรูปแบบภาษาอื่น ๆ มากขึ้น รวมถึงตอบสนองความต้องการของประเทศสมาชิกที่จะดำเนินการด้านสาธารณสุขและผลกระทบต่อสุขภาพจากเหมืองแร่ทองคำพื้นบ้านและเหมืองทองคำขนาดเล็ก และการยุติการใช้สารปรอทจากกิจกรรมรูปแบบอื่น ๆ ภายในปี ค.ศ. ๒๐๒๐ รวมทั้ง การผลิต การนำเข้า และการส่งออกเทอร์โมมิเตอร์วัดไข้ และเครื่องวัดความดันโลหิตชนิดที่มีปรอทในสถานบริการสาธารณสุข ซึ่งขณะนี้การผลิตเทอร์โมมิเตอร์วัดไข้ และเครื่องวัดความดันโลหิตชนิดที่มีปรอท ยังมีความจำเป็นสำหรับประเทศขนาดเล็ก อย่างไรก็ตาม ประเทศต่าง ๆ ทั้งที่ให้สัตยาบันและยังไม่ได้สัตยาบันร่วมเป็นภาคีสมาชิกอนุสัญญาฯ มีความจำเป็นต้องเตรียมการสำหรับแนวโน้มการลดลงของเครื่องมือทางการแพทย์เหล่านี้ตามกลไกตลาด

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่น ๆ

- ญี่ปุ่น ในฐานะประเทศที่ผลักดันให้มี Resolution เกี่ยวกับอนุสัญญามินามะตะว่าด้วยปรอท จะจัด workshop เกี่ยวกับการลดผลกระทบต่อสุขภาพจากสารปรอท ในวันที่ 29-30 มิถุนายน 2560 และยินดีต้อนรับประเทศต่าง ๆ เข้าร่วมประชุม และแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการลดผลกระทบต่อสุขภาพจากสารปรอท

- แคนาดา ยินดีที่มี WHA resolution เกี่ยวกับอนุสัญญามินามะตะฯ และพร้อมดำเนินการ

- อูรุกวัย กล่าวถึงการจัดประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการระดับประเทศ ณ ประเทศอูรุกวัย เพื่อรองรับการบังคับใช้ของอนุสัญญาฯ และมีประเทศต่าง ๆ มาร่วมประชุมด้วย 18 ประเทศ ปัจจุบันมีการจัดทำแนวทางดำเนินงานเพื่อลดการใช้ thermometer, sphygmomanometer

- มาเลเซีย กล่าวว่ามีความพร้อมดำเนินงานตามอนุสัญญาฯ มีการจัดประชุมระดับรัฐมนตรี และกำหนดเป้าหมายการลดการใช้สารปรอท ขอขอบคุณ WHO ที่สนับสนุนการจัด Workshop กำหนดกรอบการดำเนินงาน ณ ประเทศมาเลเซีย ในปี 2560

- แชมเปีย ขอขอบคุณ WHO ที่สนับสนุนให้เข้าร่วมประชุม Regional workshop เกี่ยวกับการดำเนินงานตามอนุสัญญาฯ

- อิรัค ขอให้ WHO ช่วยเหลือประเทศต่าง ๆ ให้ดำเนินการตามอนุสัญญาฯ ได้ และให้มีการประสานความร่วมมือกับภาคส่วนอื่น ๆ

- ปานามา Panama: อยู่ในกระบวนการดำเนินงาน มีการประเมินความเสี่ยงในปลา จัดอบรมบุคลากรในโรงพยาบาล และภาคสาธารณสุข และหน่วยงานที่ดูแลเกี่ยวกับการจัดการของเสีย

- ซิมบับเวย์ กล่าวในนามประเทศกลุ่มแอฟริกา ที่ให้สัตยาบันในอนุสัญญาฯ ต้องการแนวทางการดำเนินงานและการพัฒนาศักยภาพประเทศ ติดตามการดำเนินงาน และขอให้ WHO สนับสนุนประเทศติดตามการเครื่องมือทางการแพทย์และสาธารณสุข และสนับสนุนเป้าหมาย Mercury free in 2020.

- แมกซิโก อยู่ระหว่างดำเนินการสร้างความตระหนักในภาคสาธารณสุข มีการรณรงค์ลดการใช้สารปรอทในภาคสาธารณสุขแล้ว

- อินโดนีเซีย ให้สัตยาบันในอนุสัญญาฯ แล้ว ขณะนี้อยู่ระหว่างการพัฒนาภาคดำเนินงาน และจัดทำแผนปฏิบัติการระดับประเทศ สำหรับปี 2016-2020 และเริ่มส่งเสริมการใช้ทดแทนปรอท ในสถานพยาบาล
- เวียดนาม อยู่ระหว่างกระบวนการเพื่อให้สัตยาบันในอนุสัญญาฯ ตระหนักถึงผลกระทบต่อสุขภาพจากปรอทและสารประกอบปรอทในภาคสาธารณสุข เช่น เครื่องมือทางการแพทย์ และอะมัลกัมอุดฟัน และขอให้ WHO สนับสนุนด้านงบประมาณและวิชาการแก่ประเทศ

### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (แบบ intervention ตอนท้าย)

- ประเทศไทยรับทราบรายงานฯ และชื่นชมการทำงานของ WHO Secretariat ที่สนับสนุนให้ประเทศสมาชิกดำเนินการ ตามมติ WHA67.11
- ประเทศไทย ปัจจุบันอยู่ระหว่างดำเนินงานเพื่อเข้าร่วมเป็นภาคีอนุสัญญามินามาตะฯ มีกลไกระดับประเทศ ได้แก่ คณะกรรมการอนุสัญญามินามาตะฯ ด้วยสารปรอท ภายใต้คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ มีหน้าที่พิจารณาและให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับการกำหนดนโยบาย มาตรการและแนวทางการจัดการปรอท เพื่อเตรียมพร้อมในการเข้าร่วมเป็นภาคีสมาชิกของอนุสัญญาฯ
  - การดำเนินงานที่ผ่านมาของไทย โดยกรมควบคุมมลพิษ ในฐานะหน่วยงานรับผิดชอบหลัก อาทิ สร้างความเข้าใจกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดทำทำเนียบปรอทเบื้องต้นโดยใช้วิธีการคาดประมาณตาม UNEP Toolkit (2553) ศึกษาความพร้อมของประเทศไทยในการปฏิบัติตามอนุสัญญามินามาตะฯ ด้วยปรอท (2557) จัดทำแผนการเตรียมความพร้อมการเข้าร่วมเป็นภาคีอนุสัญญามินามาตะฯ (2558) พิจารณาการขอยกเว้นผลิตภัณฑ์ฯ และขั้นตอนการแจ้งยินยอมนำเข้าและส่งออกปรอท รวมทั้งจัดทำเอกสารประกอบการภาคยานุวัติ (2559) คู่ขนานกับพิจารณาการออกและปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ปัจจุบันอยู่ในขั้นตอนเตรียมการเสนอขอความเห็นชอบคณะกรรมการอนุกรรมการอนุสัญญามินามาตะฯ คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ และคณะรัฐมนตรีตามลำดับ
  - ประเทศไทย ยังมีการผลิต การนำเข้า และการใช้ผลิตภัณฑ์หลายประเภทที่มีสารปรอทเป็นส่วนประกอบ อาทิ แบตเตอรี่ หลอดไฟฟลูออเรสเซนต์ สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและสัตว์ เครื่องมือทางการแพทย์ ชนิดวัดแบบไม่ใช้ไอเลคทรอนิกส์ โรงงานอุตสาหกรรมที่ใช้สารปรอทในกระบวนการผลิต เต้าเผาขยะ และเต้าเผาศพ เป็นต้น และยังมีการใช้อะมัลกัมอุดฟัน ในขณะที่ระบบจัดการของเสียปรอท และการจัดการของเสียอันตรายที่มีปรอทปนเปื้อน รวมทั้งการจัดการน้ำเสียจากสถานบริการสาธารณสุข ยังต้องมีการการพัฒนาให้ดีขึ้น
  - เนื่องจาก คาดว่าอนุสัญญาฯ จะมีผลบังคับใช้ภายในปี 2017-2018 ประเทศไทย มีข้อห่วงใยเกี่ยวกับข้อจำกัดของประเทศกำลังพัฒนา ในการดำเนินการตามอนุสัญญาฯ บังคับ ขอให้ WHO ร่วมกับ UNEP พัฒนา ศักยภาพภาคสาธารณสุข ในการดำเนินงานตามอนุสัญญาฯ รวมถึงอนุสัญญาฯ ที่เกี่ยวข้อง และในระยะเปลี่ยนผ่านขอให้มีการตระหนักและสนับสนุนทุกประเทศให้สามารถหาสารทดแทนปรอทได้ ด้วยราคาที่สามารถจ่ายได้ และเข้าถึงได้สะดวก (availability, affordability and accessibility และขอให้มีความร่วมมือที่เข้มแข็งระหว่าง WHO และ UNEP เพื่อส่งผลให้การดำเนินงานระดับประเทศมีประสิทธิภาพมากขึ้น

สรุปผลลัพธ์ของวาระ: รับทราบรายงาน

## ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

### การทำงานในระดับประเทศ

- กรมวิชาการ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่เกี่ยวข้อง ร่วมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขในการบริหารจัดการสารปรอทภาคสาธารณสุขเพื่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม และให้ความสำคัญกับการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสถานการณ์ด้านสุขภาพ ผลกระทบและการปนเปื้อนปรอทในสิ่งแวดล้อม เพื่อใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข และผลักดัน Health in All policies
- กรมอนามัยร่วมกับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และกรมวิชาการที่มีโรงพยาบาลในสังกัดพัฒนาโรงพยาบาลต้นแบบต่อยอดจาก GREEN & CLEAN Hospital เป็น GREEN & CLEAN & Mercury Free Hospital เพื่อเป็นแบบอย่างสำหรับสถานบริการสาธารณสุขสังกัดอื่น ๆ
- โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ดำเนินงานวิจัยเพื่อสนับสนุนให้เกิดการตัดสินใจลงทุน และกำหนดนโยบายด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของภาคสาธารณสุข เกี่ยวกับการ Phase down และ Phase out สารปรอทในภาคสาธารณสุข
- กรมอนามัยเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ และให้ความรู้สู่สาธารณะเพื่อให้เกิดความตระหนักต่อพิษภัยของสารปรอทต่อสุขภาพ และของเสียที่ปนเปื้อนสารปรอท เพื่อปรับพฤติกรรมปกป้องสุขภาพ และมีพฤติกรรมคัดแยกของเสียอันตรายในครัวเรือนและชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้ความสำคัญกับการจัดการของเสียอันตรายเพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ

### การทำงานในระดับนานาชาติ

กระทรวงสาธารณสุขให้ความร่วมมือและสนับสนุนผู้แทนเข้าร่วมประชุมระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้อง กับการจัดการสารปรอท เพื่อรับทราบความก้าวหน้าและแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดำเนินงานกับภาคสาธารณสุขของนานาประเทศ และมีบทบาทในผลักดันให้เรื่องสุขภาพให้เป็นส่วนหนึ่งของนโยบายระหว่างประเทศที่อาจส่งผลต่อสุขภาพพลเมืองโลก

**Intervention on agenda: 17G. Public health impacts of exposure to mercury and mercury compounds: The role of WHO and Ministry of Public Health in the implementation of the Minamata Convention (resolution WHA67.11 (2014))**

Read by Neeranuch Arphacharus, Department of Health

Thank you, chair,

Thailand appreciates the WHO secretariat for the hard work on implementing the resolution WHA 67.11.

The Convention is expected to be enforced by next year. Our concern is the limited national capacity for implementing the Convention. Thus we urge WHO both Headquarter and Regional Offices in collaboration with relevant UN agencies to build up national capacities, especially in health sector, in order to effectively establish and implement the national action plan according to the Convention and other related MEAs - multilateral environmental agreements.

During the transitional period, availability, affordability and accessibility of alternative materials for replacing mercury and mercury compounds are the concern.

The alternatives should be accessed by all member states regardless the level of economics development.

Lastly, we would like to see better and closer collaboration between WHO and UNEP which will have positive momentum for the effective implementation of the Convention at the country level.

Thank you Chair.

## Agenda 17I Progress in the rational use of essential medicines

### ผู้รับผิดชอบ

๑. เกสัชกรหญิงสมฤทัย สุพรรณกุล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๒. เกสัชกรหญิงสิตานันท์ พูนผลทรัพย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
๓. ดร. เกสัชกรหญิงวลัยพร พัทธนนกุล สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

### สาระสำคัญของวาระ

- อ้างถึง The resolution WHA๖๐.๑๖ เรื่อง Progress in the rational use of medicines WHO สนับสนุนให้ประเทศสมาชิกมีนโยบายเกี่ยวกับการสนับสนุนให้เกิดการใช้ยาที่เหมาะสม โดยจัดสรรทรัพยากรสนับสนุนให้พอเพียง มีสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมรายการยาที่จำเป็น สนับสนุนให้มีคณะกรรมการยาในระดับประเทศและระดับโรงพยาบาล ลดการสนับสนุนการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ตลอดจนการให้ความรู้กับบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยเพื่อเอื้อให้เกิดการใช้ยาที่เหมาะสม
- อ้างถึง Progress report WHA๗๐/๓๘ พบว่า WHO มีการกำหนดยารักษาภาวะเรื้อรัง ยารักษาภาวะตับอักเสบจากการติดเชื้อไวรัสซี ยารักษาวัณโรค ลงในรายการยาจำเป็น ฉบับที่ ๑๙ และรายการยาจำเป็นสำหรับเด็ก ฉบับที่ ๕ รวมทั้งในการประชุมผู้เชี่ยวชาญ ในการคัดเลือกและใช้ยาจำเป็น ในเดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ มีการทบทวนรายการยาด้านจุลชีพ รายการยารักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการใช้ยาด้านจุลชีพในเด็ก นอกจากนี้แล้วยังมีการทบทวนรายการยาจำเป็นสำหรับการรักษาโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคเบาหวาน และ โรคเมเร็ง นอกจากนี้ WHO ได้ทบทวนแนวทางการบริหารจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม opioids ในการรักษาอาการปวดผู้ป่วยกลุ่มนี้ด้วย
- กรณีการใช้ยาด้านจุลชีพ WHO สนับสนุนให้มีเครือข่ายการใช้ยาด้านจุลชีพ เพื่อติดตามสถานการณ์การใช้ยาด้านจุลชีพ โดยได้รับการสนับสนุนโปรแกรมการวิเคราะห์ข้อมูลจาก WHO สาขายุโรป ซึ่งขณะนี้อยู่ระหว่างการวิเคราะห์ข้อมูล
- ความก้าวหน้าในต่างประเทศ ในแอฟริกา ๑๗ ประเทศ มีการปรับปรุงนโยบายการคัดเลือกยาเพื่อบรรจุในบัญชียาของประเทศ การสั่งใช้ยาและการกระจายยาเหล่านั้น ในแถบยุโรป ๓๒ ประเทศ มีการสนับสนุนให้เภสัชกรชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในสนับสนุนการใช้ให้เหมาะสมมากขึ้น ในฝั่งตะวันตกของเมดิเตอร์เรเนียน ๘ ประเทศ มีการสำรวจปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงยากกลุ่มแก้ปวด opioids รวมทั้งสาเหตุของยาขาดคราว อีกด้วย

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่น

- กลุ่มประเทศ AFRO เห็นด้วยกับการสนับสนุนให้มีการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ยาด้านจลชีพ เพื่อลดปัญหาการดื้อยา อย่างไรก็ตามในกลุ่มประเทศเหล่านี้ยังพบปัญหาการใช้ยาไม่เหมาะสมในกลุ่ม ยามะเร็ง ยาโรคตับอักเสบ ยาต้านไวรัส และการใช้ยาในกรณี palliative care โดยขอให้ WHO ให้การสนับสนุนการใช้ยาให้สมเหตุผลต่อไปทั้งเงินทุนและ Technical support ที่เกี่ยวข้องเช่น การพัฒนาการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น การควบคุมราคายาให้ยุติธรรม การสร้างเสริมธรรมาภิบาลในระบบเภสัชกรรม และการสนับสนุนการใช้ยาที่สมเหตุผลในกลุ่ม palliative care การใช้ยาในหญิงตั้งครรภ์
- ประเทศอิรัก เห็นด้วยกับกลุ่ม AFRO และขอให้ WHO ส่งเสริมการสร้างขีดความรู้และความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ที่จะตอบสนองไปพร้อมกับแนวทางการบริหารจัดการ AMR ไปพร้อมกันด้วย เพื่อสามารถลดการใช้ยาด้านจลชีพที่ไม่เหมาะสมได้ตามวัตถุประสงค์

### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยเสนอ ให้ WHO ดำเนินการเพิ่มเติม เกี่ยวกับ

๑. เร่งให้เกิดแนวทางการรักษาโรคต่างๆ โดยเฉพาะ ภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งมีผลกระทบต่อภาระงบประมาณและสังคม และมีการยอมรับ resolution ในการประชุม WHA ๗๐ นี้ เพื่อที่ประเทศสมาชิกจะได้นำไปอ้างอิงสนับสนุนให้เกิดการดูแลรักษาผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดการใช้ยาได้อย่างเหมาะสม
๒. สนับสนุน การพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลในระบบสุขภาพ เพราะ การกำกับติดตามการใช้ยา การติดตามความเปลี่ยนแปลงของระบบที่เกิดขึ้น รวมทั้งการประเมินผลการตอบสนองต่อนโยบายด้านยาหรือแผนที่ดำเนินการ นั้นจำเป็นต้องใช้ข้อมูลดังกล่าว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ยาด้านจลชีพที่ไม่เหมาะสมหรือมากเกินไปจนส่งผลกระทบต่อยาด้านจลชีพ
๓. สนับสนุนให้เกิดธรรมาภิบาลและความโปร่งใสทั้งในส่วนของบริษัทยา (pharmaceutical system) และระบบสุขภาพ (health system) โดยเฉพาะแนวทางจริยธรรมในการการสนับสนุนการขายยาที่มีมาตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๓๑

### สรุปผลของวาระ

ที่ประชุมส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการดำเนินงานด้านการส่งเสริมการใช้ยาอย่างเหมาะสม ต่อไป และขอให้ WHO สนับสนุนการดำเนินการด้านนี้

#### Intervention on Agenda 17I. Progress in the rational use of medicines (resolution WHA60.16 (2007))

Read by Ms. Somruethai Supungul

Thank you, chair

Thailand appreciates the continued effort by WHO. The progress report on the rational use of medicines was impressive.

Thailand has a few comments.



1. WHO should accelerate the development of guidelines on disease management for health conditions, in particular sepsis with has high social and economic impacts; this is in line with the Sepsis resolution adopted by WHA70.
2. Countries need to strengthen health information systems and national capacity to analyze data and generate evidence to inform policies, strategies, program implementation, budget allocation, and monitoring the situation of rational drug use. Particular importance is the inappropriate and excessive use of antibiotics which are the drivers of AMR.
3. To achieve rational use of medicines, there is a need for good governance and transparency in pharmaceutical system and health system. At country level, there is a need for active implementation of the WHO 1988 ethical criteria for medicinal drug promotion.

Thank you. Chair

## Agenda 17K. Health Systems Strengthening emergency and essential surgical care and anesthesia as a component of Universal health coverage

### ผู้รับผิดชอบ

๑. นายแพทย์คณิตสรณ์ สัมฤทธิ์เดชขจร สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๒. แพทย์หญิงนาตยา มิลส์ สำนักงานการสาธารณสุขระหว่างประเทศ

### สาระสำคัญของวาระ

สืบเนื่องจากการที่ทุกปีมีประชาชนเกือบ ๑๘ ล้านคนต้องเสียชีวิต และอีกหลายล้านคนต้องประสบภาวะทุพพลภาพจากภาวะที่ป้องกันได้ทางศัลยกรรม สมัชชาสุขภาพโลกปี ๒๐๑๕ จึงได้ผ่านมติ WHA 68.15 ว่าด้วยการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการด้านศัลยกรรมและวิสัญญี (ประเทศไทยสนับสนุนผ่าน Regional One Voice led by DPR Korea) และกำหนดให้ฝ่ายเลขานุการรายงานความคืบหน้าในสมัชชาสุขภาพโลก สมัยที่ ๗๐ ฝ่ายเลขานุการจึงเสนอแผนที่น่าทาง ซึ่งผ่านการอภิปรายกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ ดังนี้

๑. การขับเคลื่อนเพื่อสร้างการตระหนักถึงความจำเป็นและคุณค่าของการผนวกการให้บริการด้านศัลยกรรมและวิสัญญีเข้าไปในระบบบริการปฐมภูมิ
๒. การสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการ โดยที่ผ่านมามีการจัดเวทีอภิปรายและการประเมินศักยภาพในหลายประเทศในภูมิภาคอัฟริกา อเมริกา เอเชียอาคเนย์ และแปซิฟิกตะวันตก
๓. การพัฒนาเครื่องมือทางอิเล็กทรอนิกส์สำหรับประเมินศักยภาพทางศัลยกรรม สูติกรรม และวิสัญญี โดยความร่วมมือของคณะทำงานวิชาการจากทั้ง ๖ ภูมิภาค
๔. ความพยายามแก้ปัญหาเรื่องการเข้าถึงยาจำเป็นทางศัลยกรรม สูติกรรม และวิสัญญี รวมถึงการจัดระบบควบคุมการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างสมเหตุผลเพื่อป้องกันปัญหาเชื้อดื้อยา
๕. ความพยายามหากกลไกแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวปฏิบัติ มาตรฐานขั้นต่ำ และหลักสูตร สำหรับฝึกฝนเจ้าหน้าที่ด้านศัลยกรรม สูติกรรม และวิสัญญี

ความท้าทายต่อความสำเร็จในการดำเนินการ คือ การระดมทรัพยากรให้เพียงพอ การจัดแผนงานรองรับระดับประเทศและระหว่างประเทศ การมียาและเวชภัณฑ์จำเป็นรองรับการให้บริการ และการพัฒนาฝึกฝนกำลังคนให้มีคุณภาพและจำนวนที่เพียงพอ

ฝ่ายเลขานุการได้วางแผนการดำเนินการระยะถัดไปดังนี้

๑. ระดับโลก พัฒนาการอบการให้บริการด้านศัลยกรรม สูติกรรม และวิสัญญีระดับประเทศ
๒. ระดับภูมิภาค พัฒนาเครื่องมือการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ โดยระดมภาคีและศูนย์ความร่วมมือต่างๆ มาร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูล
๓. ระดับประเทศ พัฒนาระบบติดตาม ประเมินผล และขับเคลื่อนการดำเนินงาน

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศที่แสดงท่าทีคือประเทศในทวีปแอฟริกาและเนปาลที่ขอให้มีการสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพและงบประมาณอย่างต่อเนื่อง โดยดำเนินการในระดับภูมิภาค

อนึ่ง ช่วงก่อนการประชุมสมัชชาสุขภาพโลกสมัยที่ 70 Zambia ได้มีหนังสือผ่านทางสถานทูตฯ ขอให้ประเทศสมาชิกนำเสนอกิจกรรมที่แต่ละประเทศได้ดำเนินการในประเด็นนี้, เรียกร้องให้ว่าที่ผู้อำนวยการใหญ่ฯ ทำการทบทวนและรายงานความคืบหน้าทุก 3 ปีเรื่อยไปจนถึงปี 2030, และขอให้ว่าที่ผู้อำนวยการใหญ่ฯ จัดตั้งแผนงานด้านนี้ที่มีงบประมาณสนับสนุนเพียงพอและบูรณาการการทำงานกับแผนกและหน่วยงานอื่นๆ ในองค์การอนามัยโลก อาทิ Family, Women and Children's Health และ Health Systems และ Innovation, Noncommunicable Diseases เป็นต้น

### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ไม่ได้แสดงท่าที

(DRAFT) Thailand supports the request made by Zambia for the Secretariat to further update the progress made in the implementation of resolution A68.15. Suggested interval, however, is every two years, in line with that of the progress report for WHA 69.11 Implementation of the 2030 Agenda for Sustainable Development. Moreover, successful achievement of the planned activities as set out by the Secretariat in the progress report would highly profit from the interface of the Emergency and Essential Surgical Care Program and other relevant departments and sectors in the Organization. Thank you.

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

เนื่องจาก WHA 68.15 ได้ขอให้ WHO เสนอรายงานความคืบหน้าใน WHA70 นี้ครั้งเดียวขณะที่ปัญหานี้ยังมีอยู่และไม่ได้รับการแก้ไขในเหล่าประเทศที่ได้รับผลกระทบ การขยายช่วงเวลาในการเสนอความคืบหน้าจึงเป็นเรื่องที่ดี โดยกำหนดให้รายงานความก้าวหน้าทุก ๒ ปีพร้อมไปกับการรายงานความก้าวหน้าของ WHA 69.11 เรื่อง Implementation of the 2030 Agenda for Sustainable Development

### ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

การทำงานในระดับประเทศ (กระทรวงสาธารณสุข, สพฉ)

แม้ประเทศไทยยังไม่ประสบปัญหานี้ แต่ควรเตรียมความพร้อมในส่วนของทรัพยากร บุคลากร และระบบการส่งต่อให้พร้อมดำเนินการอยู่เสมอ เพื่อไม่ให้ส่งผลต่อความยืดหยุ่นของระบบสุขภาพ

การทำงานในระดับนานาชาติ

การเตรียมความพร้อมในศักยภาพและจำนวนของบุคลากรในการเป็นอาสาสมัครด้านการแพทย์และสาธารณสุขในประเทศที่ประสบปัญหา health emergency

## Agenda 17. M Enhancement of laboratory bio-safety (resolution WHA58.29 (2005))

### ผู้รับผิดชอบ

๑. นายสัตวแพทย์ชัยวัฒน์ พูลศรีกาญจน์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
๒. รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ

### สาระสำคัญของวาระ

จากปัญหาโรคติดต่อทั้งอุบัติซ้ำและอุบัติใหม่ ทำให้มีความต้องการห้องปฏิบัติการที่ตรวจวิเคราะห์ได้ทันต่อความต้องการ และมีความปลอดภัยต่อทั้งผู้ปฏิบัติงานและสิ่งแวดล้อม โดยพบว่าผู้ปฏิบัติงานที่ติดเชื้อจากห้องปฏิบัติการมีแนวโน้มสูงขึ้น องค์การอนามัยโลกได้ออกมติ resolution WHA58.29 (2005) เพื่อกำหนดให้ประเทศสมาชิกได้พัฒนาขีดความสามารถด้านความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการชีววินิจฉัย (Enhancement of Laboratory bio-safety) โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) เป็นแกนหลักในการจัดทำคู่มือเพื่อเป็นแนวทางให้แก่ประเทศสมาชิก ตลอดจนจัดอบรมผู้ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการมีความตระหนัก เพื่อลดการติดเชื้อจากห้องปฏิบัติการ และการแพร่กระจายเชื้อไปสู่สิ่งแวดล้อม

### บทบาททำที่ของประเทศอื่น (เฉพาะประเทศที่กล่าวถึง 17M เท่านั้น)

- ญี่ปุ่นสนับสนุนให้ดำเนินการตามมติ resolution WHA58.29 (2005) ด้วยเป็นการเตรียมความพร้อมรองรับโรคอุบัติซ้ำและอุบัติใหม่
- บารเรนได้จัดอบรมให้ห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนในเรื่องความปลอดภัย (bio safety) และความมั่นคง (bio security) ของห้องปฏิบัติการ เพื่อลดความเสี่ยงจากสารชีวภาพ และต้องการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย (safety culture) ให้แก่ห้องปฏิบัติทั้งภาครัฐและเอกชน
- กานากว่าในนามของภูมิภาคแอฟริกา (47 ประเทศ) ซึ่งได้จัดทำแผนแห่งชาติว่าด้วยการจัดเก็บและขนส่งจุลชีพและสารชีวพิษ อีรักได้พัฒนาห้องปฏิบัติการด้านสาธารณสุขเนื่องจากการตรวจหาเชื้อโรคจากตัวอย่างด้านสาธารณสุขจำนวนมาก
- อินโดนีเซียได้พัฒนาและรับรองความปลอดภัยของห้องปฏิบัติสำหรับตรวจวิเคราะห์เชื้อโปลิโอไวรัสไทป์ทู
- แคนาดาได้ให้ความช่วยเหลือหลายประเทศแต่ยังพบการติดเชื้อจากห้องปฏิบัติการ และขอใช้กฎอนามัยระหว่างประเทศ (IHR) เพื่อติดตามการพัฒนาห้องปฏิบัติการโดยมีความถี่ทุกปี
- เกาหลีใต้ ได้ดำเนินการพัฒนาห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ สาธารณสุข และทางสัตวแพทย์
- มาลาวี กล่าวในนามของภูมิภาคแอฟริกาใต้

- ปานามา สนับสนุนให้พัฒนาห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และด้านการวิจัย โดยได้อบรมเรื่องการขนส่งเชื้อจุลินทรีย์ทั้งห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และทางสัตวแพทย์ ในห้องปฏิบัติการทุกระดับ ด้วยมีความกังวลด้านงบประมาณ และบุคลากรในประเทศกำลังพัฒนาที่ยังต้องการความสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก และองค์กรอื่นๆ

#### บทบาททำที่ของประเทศไทย (แบบ intervention ตอนท้าย)

ไม่ได้นำเสนอ (17L และ 17M เป็นวาระเดียวกันในหัวข้อ Preparedness, surveillance and response)

#### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

รับรองรายงานความก้าวหน้า

#### ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

-กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมการแพทย์ ดำเนินงานเตรียมความพร้อมของห้องปฏิบัติการในโรงพยาบาลรองรับภาวะโรคระบาดตามข้อกำหนดของกฎอนามัยระหว่างประเทศ และคู่มือความปลอดภัยที่องค์การอนามัยโลกกำหนด

#### Intervention

(Document: A70/38, WHA58.29) Word count = 68

Thank you, Chair.

Thank you to secretariat for preparing the progress report.

We developed legislation to control bio-safety lab follow WHO guidance, implement custom control for import and export microbiological agent and train lab personal to awareness of bio-safety. We also note on challenge issue on level 3 containment laboratory follow resolution WHA58.29 (2005) including maintenance of bio-safety infrastructure and equipment, which are in progress.

Thank you, Chair.

#### วาระ 17.J Regulatory system strengthening for medical products (resolution WHA67.20 (2014))

##### ผู้รับผิดชอบ

๑. ดร.รุ่งภา คำผาง โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
๒. ดร. เกสัชกรหญิงนิธิมา สุ่มประดิษฐ์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

#### ความสำคัญของวาระ

สาระสำคัญของข้อเสนอนี้คือ การสร้างความเข้มแข็งของ National regulatory authorities (NRA) ในมาตรการทั้ง ๓ ด้าน คือ กฎหมาย การบริหาร และทางเทคนิค เช่น มาตรการกำกับดูแลก่อนและหลังการเข้าสู่ตลาดของยา การโฆษณา การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เป็นต้น เพื่อควบคุมคุณภาพ ความ

ปลอดภัย และประสิทธิผลของยาและผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์อื่นๆ นอกจากนี้กระตุ้นให้หน่วยงานที่รับผิดชอบหลักเรื่องยาและผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ของประเทศสมาชิกประเมินองค์การตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก จัดเก็บข้อมูลเพื่อวิเคราะห์และเทียบเคียงกับ stringent regulatory agency เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาองค์กร พัฒนา core set of regulatory functions ให้สอดคล้องกับความต้องการของประเทศและภูมิภาค รวมทั้งกระตุ้นการทำงานร่วมกันในระดับภูมิภาคและนานาชาติเพื่อสร้างเครือข่ายและความร่วมมือในการดำเนินงาน

ในการประชุม EB ในปี ๒๕๖๐ องค์การอนามัยโลกได้รายงานความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามข้อมติสมัชชาอนามัยโลก WHA๖๗.๒๐ ต่อที่ประชุม โดยระบุว่า ๑) จากการดำเนินในปี ๒๕๕๗ – ๒๕๖๐ องค์การอนามัยโลกได้พัฒนาศักยภาพประเทศสมาชิกจำนวน ๖๐ ประเทศให้เกิดระบบกำกับดูแลที่เข้มแข็งและจัดออบรบพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกว่า ๑๐๐๐ คน ๒) องค์การอนามัยโลกได้พัฒนาแนวทางสำหรับกำกับดูแลผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ต่างๆ เช่น guidelines on biotherapeutic products, guidance on management of blood and blood components as essential medicines, guideline for non-vaccine-producing countries on regulatory preparedness for the expedited approval of influenza vaccines used in response to a pandemic emergency, global model regulatory framework for medical devices เป็นต้น และ ๓) องค์การอนามัยโลกสนับสนุนให้เกิดการสร้างเครือข่ายและความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในภูมิภาคแอฟริกันและเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รวมทั้งสนับสนุนการจัดงาน International Conference of Drug Regulatory Authorities (ICDRA) ครั้งที่ ๑๖ และ ๑๗ ที่มีประเทศสมาชิกเข้าร่วมกว่า ๑๐๐ ประเทศ

#### **บทบาทและท่าทีของประเทศสมาชิก**

ประเทศต่าง ๆ ชื่นชมการทำงานของ WHO เกี่ยวกับพัฒนาศักยภาพหน่วยงานที่มีหน้าที่กำกับดูแลผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ การพัฒนาแนวทางที่เกี่ยวกับการจัดการดูแลผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ รวมทั้งรายงานความก้าวหน้าว่าประเทศตนเองได้ดำเนินการอะไรที่เกี่ยวข้องไปแล้ว เช่น การพัฒนาฐานข้อมูลเพื่อติดตามการใช้ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ การพัฒนารอบการกำกับดูแลผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ รวมถึงพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ประเทศในภูมิภาคแอฟริกาได้มีความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสร้างระบบเฝ้าระวังและติดตามผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ที่คุณภาพต่ำกว่ามาตรฐาน ประเทศต่าง ๆ เสนอให้ WHO ยังคงสร้างความเข้มแข็งของ National regulatory authorities ต่อไป โดยเฉพาะการสร้างความเข้มแข็งด้านการควบคุมคุณภาพผลิตภัณฑ์ และการพัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศ

#### **บทบาทและท่าทีของประเทศไทย**

ประเทศไทยชื่นชมการทำงานของ WHO พร้อมทั้งเสนอให้ WHO สนับสนุนการดำเนินงานใน ๓ ประเด็น ดังนี้ คือ ๑) สร้างความเข้มแข็งของ pre-qualification program เพื่อให้มั่นใจได้ว่าผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ในตลาดมีคุณภาพ มีประสิทธิผล และปลอดภัย ๒) สร้างความเข้มแข็งหน่วยงานที่กำกับดูแลผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ที่มีความซับซ้อน เช่น cell therapy, gene therapy and tissue engineering โดยมีความจำเป็นที่จะต้องมีความเข้มแข็งในการจัดการผลิตภัณฑ์เหล่านี้ และ ๓) กระตุ้นให้หน่วยงานในประเทศต่าง ๆ สร้างความร่วมมือในระดับภูมิภาค เพื่อให้มีกฎหมายที่สอดคล้องกัน รวมทั้งเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน

## ข้อสรุปจากการประชุม

ที่ประชุมมีมติรับทราบรายงานความก้าวหน้า

### Intervention on agenda item 17J “REGULATORY SYSTEM STRENGTHENING FOR MEDICAL PRODUCTS”

Delivered by Dr. Roongnapa Khampang

Thank you, Chair.

Thailand appreciates the progress made by WHO in supporting Member States to develop their regulatory capacity, providing guidance and guidelines on different aspects of medical products, and promoting the cooperation among national regulatory authorities to learn and share experiences.

Having reviewed the progress report, Thailand has the following commentaries;

Firstly, WHO should continue strengthening and expanding the WHO’s pre-qualification program to ensure that medical product supply is of good quality, safety and efficacy.

Secondly, WHO should accelerate the capacity strengthening of member states to regulate complex biological products such as cell therapy, gene therapy and tissue engineering. There is a need to develop guidance on the effective management of medical products.

Finally, WHO should continue encouraging the collaboration and cooperation among regulatory authorities at regional or sub-regional levels. This will gradually ensure that their regulations are coherent, while at the same time learning and sharing good practices among them

Thank you chair,

### Agenda 17L: SMALLPOX ERADICATION: DESTRUCTION OF VARIOLA VIRUS STOCKS (resolution WHA60.1 (2007))

#### ผู้รายงาน

๑. ดร.จอมขวัญ โยธาสมุทร โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
๒. แพทย์หญิงภาวิณี ดั่งเงิน กรมควบคุมโรค

#### สาระสำคัญของวาระ

- การทำลายเชื้อไวรัสโรคฝีดาษที่เก็บไว้ในสหรัฐอเมริกาและสหพันธรัฐรัสเซียมีการถกเถียงมานานและยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนประเด็นที่เห็นต่างสำคัญ คือ ฝ่ายหนึ่งเห็นควรให้มีการรื้อทำลายเนื่องจากกังวลเรื่องอาวุธชีวภาพ (Bioterrorism) อีกฝ่ายหนึ่งอยากเก็บไวรัสไว้เพื่อทำการวิจัยต่อเนื่อง และเพื่อทำวัคซีนในกรณีที่เกิดโรคอุบัติซ้ำ ทั้งนี้ประเด็นนี้เป็นประเด็นที่ซับซ้อนยืดเยื้อและเป็นประเด็นทางการเมือง

- ที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๙ รับรองรายงาน และจะนำเรื่อง smallpox eradication เข้าในวาระการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๗๒ เพื่อขยายเวลาในการทำวิจัยเพิ่มเติม
- รายงานความก้าวหน้าในปี ๒๐๑๗ นำเสนอข้อมูลภาพรวมของการดำเนินงานของฝ่ายเลขาฯ หลังการประชุม WHA69 รายงานนี้รวบรวมเอกสารประกอบและรายงานสรุปการประชุมครั้งที่ ๘ ของ WHO Advisory Committee on Variola Virus Research ที่กรุงเจนีวา เดือนพฤษภาคม ค.ศ. ๒๐๑๖ และการตรวจสอบความปลอดภัยของห้องเก็บเชื้อทั้งสองแห่งซึ่งดำเนินการทุก ๒ ปี
- Advisory Committee ได้ทบทวนโครงการวิจัย variola virus ที่เก็บไว้ พบว่าในปี ค.ศ. ๒๐๑๖ มีโครงการวิจัยจำนวน ๘ เรื่องส่งเข้ามาพิจารณาขอใช้ตัวอย่างเชื้อในการวิจัย ซึ่งโครงการดังกล่าวได้รับการประเมินโดย คณะอนุกรรมการด้านวิชาการภายใต้ Advisory Committee ซึ่งพิจารณาแล้วพบว่า “เป็นการวิจัยที่มีความสำคัญและเป็นประโยชน์ต่อการสาธารณสุขซึ่งมีความจำเป็นต้องใช้ live variola virus” ดังนั้นคณะอนุกรรมการฯ จึงมีข้อเสนอให้ WHO อนุมัติโครงการวิจัยดังกล่าว
- Advisory Committee พิจารณาการประเมินของ Independent Advisory Group on Public Health Implications of Synthetic Biology Technology Related to Smallpox ซึ่งระบุในรายงานปี ค.ศ. ๒๐๑๕ ว่าความเสี่ยงที่ใช้ทรพิษจะกลับมาเป็นสิ่งที่ไม่มีวันกำจัดไปได้คณะกรรมการจึงให้ความสำคัญในเรื่องการเตรียมความพร้อมในระดับประเทศ และระดับโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการมีอยู่และการเข้าถึงการตรวจคัดกรองและเครื่องมืออื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
- การตรวจสอบความปลอดภัยของห้องเก็บเชื้อซึ่งมีอยู่ ๒ แห่งในประเทศสหรัฐอเมริกาและรัสเซียดำเนินการทุก ๒ ปี ในรอบนี้ไปตรวจที่ VECTOR ประเทศรัสเซียระหว่างวันที่ ๑๐-๑๕ ตุลาคม ค.ศ. ๒๐๑๖ ส่วนการตรวจสอบที่ CDC ประเทศสหรัฐอเมริกาจะดำเนินการในเดือน พฤษภาคม ค.ศ. ๒๐๑๗ โดยคณะผู้ตรวจกลุ่มเดิม นำโดย WHO ทั้งนี้รายงานการตรวจสอบทั้งสองฉบับจะเสร็จสิ้นในปี ค.ศ. ๒๐๑๗ แนวทางที่ใช้ในการตรวจสอบเป็นไปตาม European Committee for Standardization’s Laboratory Biorisk Management Standard CWA 15793 ซึ่งครอบคลุม ๑๖ ด้านของการจัดการความเสี่ยงของห้องปฏิบัติการทางชีวภาพ

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศที่ยืนยันท่าทีให้ทำลาย live variola virus ทันที ได้แก่ ประเทศไทย อิหร่าน อิรัก อียิปต์ และปากีสถาน ประเทศที่ต้องการให้เก็บ live variola virus ต่อไปเพื่อทำวิจัย ได้แก่ สหรัฐอเมริกา รัสเซีย ออสเตรเลีย นอร์เวย์ และญี่ปุ่น

### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยยืนยันท่าทีเดิมให้ทำลายไวรัสให้เร็วที่สุด และอยากเห็นแนวทางและ timeline ที่ชัดเจนในการทำลายไวรัส ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๗๒

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

The assembly noted the report และจะนำประเด็นเรื่อง smallpox eradication เข้าในวาระการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๗๒

**Intervention on agenda 14.3 Smallpox Eradication: Destruction of Variola Virus Stocks**

Read by Dr Chaiwat

Thank you, Chair

Thailand would like to make an intervention on Agenda L

Thailand confirms our position for the timely destruction of live variola virus stocks as soon as possible and puts high hope to see peaceful consensus in WHA72.

Thank you, Chair

**Agenda 19 Health conditions in the occupied Palestinian territory, including east Jerusalem, and in the occupied Syrian Golan****ผู้รับผิดชอบ**

๑. นางสาวสุตาสิริ เตชานันท์ กระทรวงการต่างประเทศ
๒. ดร. จอมขวัญ โยธาสมุทร โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

**สาระสำคัญของวาระ**

๑. รายงานนี้ได้จัดทำขึ้นตามที่ที่ประชุม WHA69 ได้รับรองข้อตัดสินใจ WHA69(10) ซึ่งได้ร้องขอให้ ผอ.ใหญ่ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization - WHO) รายงานและให้คำแนะนำที่สามารถปฏิบัติได้จริงเกี่ยวกับสถานะทางสุขภาพในดินแดนปาเลสไตน์ รวมถึงเยรูซาเลมตะวันออก และที่ราบสูงโกลันที่ถูกครอบครองอยู่ที่ประชุม WHA70

๒. ในปี ๒๕๕๙ WHO ได้ให้ความช่วยเหลือด้านเทคนิคแก่กระทรวงสาธารณสุขปาเลสไตน์ โดยเน้นการปรับปรุงคุณภาพการให้บริการสาธารณสุขในเขตปาเลสไตน์ ซึ่งรวมถึงเขตเยรูซาเลมตะวันออกที่ถูกครอบครอง นอกจากนี้ยังได้รับการสนับสนุนด้านอื่น ๆ จากรัฐบาลอิตาลี นอร์เวย์ สวิสเซอร์แลนด์ ตุรกี ญี่ปุ่น รวมถึง สหภาพยุโรป UNICEF และธนาคารโลก

๓. ผู้เชี่ยวชาญหลากหลายสาขาซึ่งสรรหาโดยสำนักงาน WHO ในเขตเวสต์แบงก์และฉนวนกาซา เข้าไปสำรวจและประเมินสุขภาพในเขตปาเลสไตน์ที่ถูกครอบครองซึ่งรวมถึงเยรูซาเลมตะวันออก ระหว่างวันที่ ๓-๗ ก.พ. ๒๕๖๐ โดยความร่วมมือของกระทรวงสาธารณสุขปาเลสไตน์ รัฐบาลอิสราเอล ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง และการให้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญ ซึ่งการประเมินนี้จะนำไปสู่คำแนะนำสำหรับการปรับปรุง สุขภาพในเขตปาเลสไตน์ที่ถูกครอบครอง

๔. ผู้เชี่ยวชาญของ WHO ได้ลงพื้นที่สำรวจในเขตที่ราบสูงโกลันของซีเรียที่ถูกครอบครอง ระหว่างวันที่ ๑๗ - ๒๐ มีนาคม ๒๕๖๐ อย่างไรก็ตาม การประเมินดังกล่าวมีข้อจำกัด เนื่องจาก ข้อจำกัดด้านเวลา และจำเป็นต้องได้ข้อมูลเพิ่มเติม ซึ่งรวมถึงการสัมภาษณ์ผู้มีอำนาจหน้าที่ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง จึงต้องดำเนินการต่อไปเพื่อให้สามารถทำการประเมินได้อย่างสมบูรณ์ และจะรายงานต่อที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก (World Health Assembly - WHA) สมัยที่ ๗๑

๕. เมื่อพิจารณาการประเมินแล้ว ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลกมีข้อเสนอแนะ ๑๐ ข้อ ต่อการปรับปรุงสุขภาพดังนี้ (๑) อิสราเอลต้องปฏิบัติตามกฎหมายระหว่างประเทศ โดยให้ผู้พลเรือนปาเลสไตน์เข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทันทั่วทั้งที่ ให้บุคลากรด้านสาธารณสุขของปาเลสไตน์ สามารถทำงาน ได้รับการอบรม และได้



ศึกษาเฉพาะทางได้ทั้งในเขตปาเลสไตน์ที่ถูกครอบครอง ซึ่งรวมถึงเยรูซาเลมตะวันออก และในต่างประเทศ รวมทั้งให้โรงพยาบาลสามารถปรับผู้ป่วยและนำไปส่งสถานพยาบาลได้อย่างเสรี(๒) ปาเลสไตน์ควรร่วมกับหุ้นส่วนระหว่างประเทศปรับปรุงระบบส่งต่อผู้ป่วย (๓) ปาเลสไตน์ต้องใช้ความพยายามในการผลักดัน ให้เกินหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าผ่านการหารื้อด้านนโยบาย เพื่อให้เกิดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและยั่งยืน (๔) ปาเลสไตน์ควรหาทางเลือกเพื่อให้อุปกรณ์ทางการแพทย์ได้รับการยกเว้นจากข้อจำกัดด้านการค้าตาม Paris Protocol และอุปกรณ์การแพทย์ควรได้รับการพิจารณาเป็นสิ่งของจำเป็นเพื่อมนุษยธรรม (๕) รัฐบาลปาเลสไตน์ควรร่วมมือกับแพทยสภาปาเลสไตน์เพื่อพัฒนายุทธศาสตร์ด้านบุคลากรด้านสาธารณสุข ซึ่งเชื่อมโยงกับภาวะโรคและความต้องการบริการเฉพาะ (๖) อิสราเอลต้องรับรองให้มั่นใจว่าบุคลากรด้านสาธารณสุขจะไม่ถูกกีดกันการเข้าถึงสถานที่ปฏิบัติงานของตน และมีโอกาสในการพัฒนาความเชี่ยวชาญและความรู้เฉพาะทาง (๗) ควรพยายามก้าวข้ามการแบ่งแยกทางการเมืองระหว่างเขตเวสต์แบงก์และฉนวนกาซา รวมถึงมีข้อตกลงเพื่อให้เกิดค่าตอบแทนที่เท่าเทียมและยั่งยืนสำหรับบุคลากรด้านสาธารณสุขทุกคน (๘) ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายต้องปฏิบัติตามข้อมติ UNSC 2286 (2016) ซึ่งกล่าวถึงกฎหมายจารีตประเพณีระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้อง ในการปกป้องผู้ป่วยและผู้ได้รับบาดเจ็บบุคลากรด้านสาธารณสุขที่อยู่ระหว่างปฏิบัติหน้าที่ การเดินทางของบุคคลเหล่านี้ และสถานพยาบาล (๙) อิสราเอลและปาเลสไตน์ควรพิจารณาให้มีบริการสาธารณสุขสำหรับเรือนจำ แยกออกจากการให้บริการในเรือนจำ เพื่อให้เกิดความเป็นธรรม และมีบริการที่มีคุณภาพและเป็นอิสระ รวมทั้ง แพทย์ชาวปาเลสไตน์ที่ได้รับการควบคุมตามระบบรักษาความปลอดภัยควรได้รับอนุญาตให้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยในเรือนจำของอิสราเอลอย่างสม่ำเสมอ ทั้งนี้ การร้องเรียนเกี่ยวกับการทรมานทุกรณีควรได้รับการสืบสวน (๑๐) ยุทธศาสตร์สุขภาพจิตซึ่งได้รับการพัฒนาโดยรัฐบาลปาเลสไตน์ ควรได้รับการปรับปรุงข้อมูลเกี่ยวกับภาวะโรคทางจิต เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสุขภาพจิต และเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งให้การติดตามและประเมินผลความก้าวหน้าการให้บริการด้านสุขภาพจิต

## บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

### การเลื่อนการประชุม

๑. ปาเลสไตน์ ซีเรีย และประเทศอื่นเกือบ ๓๐ ประเทศได้ขอ point of order เรียกร้องให้เลื่อนการประชุมไปเป็นภาคบ่าย โดยอ้างว่าการประชุมในช่วงเช้าเป็นเวลาเดียวกับการประชุมสำคัญใน Committee A และบางประเทศมีผู้แทนเข้าร่วมน้อยทำให้ไม่สามารถตั้ง ๒ การประชุมพร้อมกันได้ และต้องการให้ประเทศสมาชิกมีเวลาศึกษารายงาน และร่างข้อตัดสินใจอย่างจริงจังก่อน

๒. อิสราเอล แคนาดา ออสเตรเลีย สหราชอาณาจักร และ สหรัฐอเมริกา คัดค้าน โดยอิสราเอลขอให้มีการลงคะแนนเสียงต่อ point of order ว่าจะให้เลื่อนการประชุมหรือไม่

### ร่างข้อตัดสินใจ

๑. ปาเลสไตน์ ซีเรีย และสหภาพแอฟริกา และประเทศอื่น ๆ อีกจำนวนหนึ่งได้กล่าวชื่นชมรายงานของฝ่ายเลขานุการ WHO และแสดงความห่วงกังวลสถานการณ์การเข้าถึงการให้บริการสาธารณสุขให้เขตพื้นที่ปาเลสไตน์เยรูซาเลมตะวันออกและที่ราบสูงโกลันที่อยู่ในการยึดครองของอิสราเอล กระบวนการส่งตัวผู้ป่วยจากเขตปาเลสไตน์ในการยึดครองของอิสราเอลไปยังโรงพยาบาลในเขตเยรูซาเลมตะวันออกที่ใช้เวลาพิจารณานาน และโรงพยาบาลไม่สามารถวิ่งผ่านจุด check point ไปยังโรงพยาบาลโดยตรงได้ รวมทั้ง การทรมานนักโทษ และการที่นักโทษไม่สามารถเข้าถึงการรักษาที่เหมาะสมและทันเวลา

๒. อิสราเอล กล่าวว่าไม่ควรนำประเด็นดังกล่าวมาเป็นเรื่องการเมือง และเห็นว่ารายงานเดิมที่เป็นรายงาน field assessment ในเขตพื้นที่ในครอบครองของอิสราเอลดังกล่าวนั้นตั้งอยู่แล้ว แต่ถูกปรับเนื้อหาโดยปาเลสไตน์ และถูกรัฐบาลซีเรียกีดกันไม่ให้ออกรายงานดังกล่าว รายงานฉบับปัจจุบันนั้นถูกทำให้เป็นเรื่องการเมือง จึงไม่สามารถยอมรับได้ และเรียกร้องให้มีการลงคะแนนเสียงรับรองข้อตัดสินใจ

๓. สหรัฐอเมริกา กล่าวว่าควรพูดถึงแต่ประเด็นสาธารณสุขในเวที WHA โดยไม่ควรทำเป็นเรื่องการเมืองเพราะทำให้เสียเวลา ทั้งนี้ ไม่สามารถสนับสนุนเนื้อหาของรายงานและข้อตัดสินใจได้และขอให้มีการลงคะแนนเสียง

๔. ออสเตรเลีย ซินซม ผอ.ใหญ่ WHO ที่พยายามทำให้เกิดการยอมรับร่างข้อตัดสินใจโดยฉันทามติ และเห็นว่าไม่ควรทำให้เป็นประเด็นการเมืองและขอให้ทุกฝ่ายเจรจากันใหม่อีกครั้ง

๕. ผอ.ใหญ่ WHO ชี้แจงว่า ประเด็นนี้เป็นประเด็นที่ซับซ้อนและถกเถียงกันมากที่สุดของการประชุมมาตั้งแต่ปี ค.ศ. ๑๙๖๘ ซึ่งตนมีหน้าที่อำนวยความสะดวกให้ทุกฝ่ายได้หารือกันอย่างโปร่งใส และขอบคุณรัฐบาลอิสราเอลที่อนุญาตให้เข้าไปทำ field assessment เป็นครั้งแรก อย่างไรก็ตาม รายงานจากการลงพื้นที่ยังไม่สมบูรณ์ จึงต้องมีการหาข้อมูลเพิ่มเติม ก่อนจะมานำเสนอให้แก่ประเทศสมาชิก ทั้งนี้ รายงานปัจจุบันก็ยังไม่ถือว่าสมบูรณ์และจำเป็นต้องมีการหาข้อมูลเพิ่มเติมต่อไป

### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

๑. ไทยงดออกเสียงในการลงคะแนนการเลื่อนหรือไม่เลื่อนประชุมเป็นช่วงบ่าย เนื่องจากไม่มีผลต่อสาระของวาระ ทั้งนี้ ไทยเห็นว่าหากปาเลสไตน์ ซีเรีย และประเทศที่สนับสนุนต้องการให้วาระดังกล่าวอยู่ในช่วงบ่าย ก็น่าจะหารือกับฝ่ายเลขานุการของ WHO ก่อนหน้านี้

๒. ไทยรับทราบรายงานของ WHO และให้การสนับสนุนร่างข้อมติ เนื่องจากพิจารณาแล้วว่า เนื้อหาของร่างข้อมติน่าจะพัฒนาสู่ภาวะของประชาชนในเขตปาเลสไตน์และที่ราบสูงโกลันของซีเรียภายใต้การยึดครองของอิสราเอล

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

๑. ตามกำหนด การประชุมวาระดังกล่าวจะเป็นวาระแรกหลังจากเปิดการประชุม Committee B ซึ่งโดยปกติจะเปิดในช่วงบ่ายของวันที่ ๓ ของการประชุม แต่ด้วยการเลือกตั้ง ผอ.ใหญ่องค์การอนามัยโลกคนใหม่ การประชุม Committee B จึงย้ายมาเป็นเช้าวันที่ ๒๕ พ.ค. ๒๕๖๐ (วันที่ ๔ ของการประชุม) ซึ่งปาเลสไตน์ได้เขียนร่างข้อตัดสินใจให้ประเทศอื่นๆ โดยระบุว่าจะมีการพิจารณาในช่วงบ่ายวันที่ ๒๕ พ.ค. ๒๕๖๐ แต่เนื่องจากปาเลสไตน์ ซีเรีย และประเทศอื่นเกือบ ๓๐ ประเทศสนับสนุนให้เลื่อนการประชุมเป็นช่วงบ่าย ซึ่งอิสราเอล แคนาดา ออสเตรเลีย สหราชอาณาจักร และ สหรัฐอเมริกา คัดค้าน โดยอิสราเอลขอให้มีการลงคะแนนเสียงต่อ point of order ว่าจะให้เลื่อนการประชุมหรือไม่ ผลการลงคะแนนปรากฏว่าฝ่ายสนับสนุนให้เลื่อนประชุมชนะไปด้วยคะแนน ๕๙ เสียง โดยมีผู้คัดค้าน ๑๑ เสียง และงดออกเสียง ๔๒ เสียง

๒. ในช่วงบ่าย เวลา ๑๔.๓๐ น. วาระการประชุมในหัวข้อดังกล่าว ได้เริ่มอีกครั้ง โดยมีผลการลงมติต่อร่างข้อตัดสินใจ

๒.๑ ประเทศสมาชิกลงมติสนับสนุน ๙๘ เสียง (รวมทั้งไทย) คัดค้าน ๗ เสียง (ออสเตรเลีย แคนาดา กัวเตมาลา อิสราเอล โดโก สหราชอาณาจักร และ สหรัฐอเมริกา) งดออกเสียง ๒๑ เสียง และไม่เข้าร่วมประชุม ๖๑ ประเทศ

๒.๒ ประเทศอาเซียนที่ลงมติสนับสนุน ได้แก่ บรูไน อินโดนีเซีย มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ สิงคโปร์ เวียดนาม และไทย ส่วนประเทศที่ไม่เข้าประชุม ได้แก่ กัมพูชา ลาว และ เมียนมา

## ข้อสังเกต

๑. ได้รับทราบเป็นการภายในว่า ร่างรายงานฉบับแรกที่ไม่ได้เผยแพร่ นั้นมีเนื้อหาที่เป็นคุณกับอิสราเอล ทำให้ทั้งฝ่ายซีเรียและปาเลสไตน์ไม่พอใจเป็นอย่างมาก จึงต้องปรับร่างรายงานที่จะเสนอต่อ ที่ประชุมมาเป็นร่างปัจจุบัน โดยอิสราเอลได้เวียนหนังสือถึงคณะผู้แทนถาวรประจำสหประชาชาติของประเทศสมาชิกเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องความไม่โปร่งใสในการจัดทำรายงานให้ประเทศต่างๆ ทราบก่อนการประชุม
๒. ประเด็นปาเลสไตน์ได้รับการพิจารณาจาก WHA ทุกปีโดยข้อมติหรือข้อตัดสินใจจะได้รับการรับรองโดยการลงคะแนนเสียงมาตลอด โดยทั้งฝ่ายที่สนับสนุนร่างข้อตัดสินใจและฝ่ายคัดค้านต่างโจมตีฝ่ายตรงข้ามว่า พยายามทำให้ประเด็นดังกล่าวเป็นเรื่องการเมือง แต่ทั้งสองฝ่ายต่างใช้กระบวนการต่างๆ ทั้ง point of order เพื่อขอเลื่อนการประชุม และการขอให้ลงคะแนนเสียงเพื่อสร้างความยุ่งยากให้กับอีกฝ่าย

## ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

### การทำงานในระดับประเทศ

พิจารณาเนื้อหาของรายงานและร่างข้อมติร่วมกับกระทรวงการต่างประเทศอย่างใกล้ชิด เพื่อประเมินท่าทีไทย

### การทำงานในระดับนานาชาติ

สร้างสายสัมพันธ์อันดีกับฝ่ายเลขานุการ WHO และประเทศสมาชิก เพื่อหาข้อมูลเชิงลึกและนำมาประมวลท่าทีของประเทศต่าง ๆ

## Agenda 20.1 WHO Mid-Term Programmatic and Financing Report for 2016-2017 including audited financial statement for 2016

### ผู้รับผิดชอบ

๑. นายบรรลุ ศุภอักษร สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ
๒. นายวัฒนา มะสังหลง กรมควบคุมโรค

## สาระสำคัญ

- วาระนี้จะเป็นการพิจารณา WHO Mid-Term programmatic and financial report for 2016-2017 รวมถึง Audited financial statements for 2016
- หลังจาก WHA68 ได้รับรอง PB 2016-2017 เป็นจำนวน ๔,๓๘๕ ล้านดอลลาร์แล้วต่อมาในปี ๒๐๑๖ ได้มีการเพิ่มขึ้นของงบประมาณเพื่อรองรับการตั้ง WHO Health Emergencies Programme จำนวน ๑๖๐ ล้านดอลลาร์ รวมเป็นจำนวน ๔๕๔๕ ล้านดอลลาร์
- แบ่งเป็น base programme จำนวน ๓,๓๕๔ ล้านดอลลาร์ คิดเป็นร้อยละ ๗๔ ทั้งนี้ สำหรับ Polio, Outbreak and crisis response, TDR และ HRP งบประมาณส่วนนี้ได้เพิ่มขึ้น เนื่องจากยังคงมีการดำเนินการอยู่ ซึ่งเพิ่มจาก ๑,๑๙๑ ล้านดอลลาร์ เป็น ๒,๓๑๗ ล้านดอลลาร์ (เพิ่มขึ้น ๑๒๖ ล้านดอลลาร์)
- งบประมาณหลักของ WHO มาจาก Specified VC และ Flexible funds ซึ่งประกอบไปด้วยเงิน AC, เงินสนับสนุนแผนงาน และ core VC
- ปี ๒๐๑๖ WHO ได้รับงบประมาณแล้ว เป็นจำนวน ๔,๕๕๒ ล้านดอลลาร์ สำหรับงบประมาณทั้งหมด แบ่งออกเป็น base programme จำนวน ๒,๗๗๗ ล้านดอลลาร์ คิดเป็นร้อยละ ๘๓ (จากงบประมาณ

- ทั้งหมดของ base programme ๓,๓๕๔ ล้านเหรียญสหรัฐ ซึ่งแสดงให้เห็นทิศทางที่ลดลงเมื่อเทียบกับปี ๒๐๑๔ (ร้อยละ ๙๖) สาเหตุที่ทำให้ลดลงมาจากการเพิ่มขึ้นของ Base programme จากปี ๒๐๑๔-๒๐๑๕ จำนวน ๓๙๖ ล้านเหรียญสหรัฐ จากการลดลงของ core VC และจากการลดลงของ specified VC
- ปี ๒๐๑๖ มีรายได้จำนวน ๒,๑๘๗ ล้านเหรียญสหรัฐ ๔๗๐ ล้านเหรียญสหรัฐ มาจากเงิน AC และ ๑,๗๑๗ มาจากเงิน VC โดยเงิน VC ที่รับลดลงจากปี ๒๐๑๕ จำนวน ๑๒๐ ล้านเหรียญสหรัฐ คิดเป็น ร้อยละ ๗ แต่ได้มีการเพิ่มเงิน VC สำหรับ base programme จำนวนร้อยละ ๘
  - แผนงาน NCD ยังคงเป็นแผนงานที่มีปัญหา funding gap มากที่สุด ตามมาด้วย emergency

#### แผนงาน CD

Achievement ที่สำคัญ ได้แก่ การดำเนินการตาม SDGs การดำเนินการให้มี draft global vector response การจัดการประชุมเพื่อให้มี political commitment ต่างๆ เช่น การประชุม HLM on HIV/AIDS, AMR และต่อไปจะมีด้าน TB เพิ่มขึ้นในปีหน้า

Challenges and lesson learn ที่สำคัญ ได้แก่ งบประมาณที่จะสนับสนุนในการดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย SDG การลดเงินสนับสนุนของ UNAIDS มีผลการการสนับสนุนทางด้านวิชาการแก่ประเทศสมาชิก

Priority for 2017 ได้แก่ การดำเนินงานของแผนงาน HIV การจัดการงบประมาณที่มั่นคงให้แก่แผนงาน AMR

#### แผนงาน NCDs

Achievement ที่สำคัญ ได้แก่ การดำเนินการของ WHO อย่างต่อเนื่องในการลดปัญหาของโรค NCDs เช่น การรับรองข้อมติ road safety การยอมรับรายงานของ technical guidance on ending the inappropriate promotion of foods for infants and young children

Challenges and lesson learn ที่สำคัญ จะต้องมีการหารือระหว่างประเทศสมาชิกกับ WHO และ NSA อย่างจริงจังในการดำเนินการแก้ปัญหาโรค NCDa

Priority for 2017 ได้แก่ การจัดการประชุม global conference on NCDs ณ ประเทศอูรุกวัย การจัดการประชุม HLM on NCDs ครั้งที่สาม

#### แผนงาน Promoting Health to the life course

Achievement ที่สำคัญ ได้แก่ ๑) reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health, ๒) ageing and health, ๓) gender, equity and human rights mainstreaming, ๔) social determinants of health, and ๕) health and the environment.

Challenges and lesson learn ได้แก่ การบูรณาการในภาคส่วนต่างๆ ที่เพื่อแก้ปัญหา health-related Sustainable Development Goals ยังคงล่าช้าอยู่

Priority for 2017 ได้แก่ การดำเนินการร่วมกันหลายภาคส่วนของ WHO ทั้งในและนอกด้านสุขภาพ และดำเนินการให้มีความก้าวหน้าเพื่อบรรลุเป้าหมายระดับโลก

#### แผนงาน Health system

Achievement ที่สำคัญ ได้แก่ การรับรอง SDGs โดยมีเรื่อง UHC เป็นหนึ่งในเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน การเพิ่มขึ้นของหน่วยงานความร่วมมือที่จะช่วยสร้างให้ Health system ให้มีความเข้มแข็งมากขึ้นด้วย

Challenges and lesson learn ได้แก่ การสนับสนุนอย่างเข้มแข็งในการดำเนินการ UHC แก่ประเทศต่างๆ

Priority for 2017 ได้แก่ การสนับสนุนอย่างแก่ประเทศสมาชิกอย่างใกล้ชิดในการดำเนินการทั้งด้าน Health system และด้าน disease programme

#### แผนงาน WHO health emergencies programme

Achievement ที่สำคัญ การตั้ง WHO health emergencies programme เพื่อสนับสนุนประเทศสมาชิก ประสานงานระหว่างประเทศ และเพื่อป้องกัน ตรวจสอบ ในการตอบโต้กับภาวะฉุกเฉินต่างๆ

Challenges and lesson learn ได้แก่ การทำอย่างไรให้มีการจัดสรรงบประมาณอย่างลงตัวแก่แผนงาน ดังกล่าว ปัญหาเรื่องกำลังคน

Priority for 2017 ได้แก่ 1) ensuring robust and timely risk assessment and response to every significant new acute event (an all-hazards approach); (2) fostering strengthened partnerships for coordinated and predictable collective action; (3) developing and supporting the implementation of high-quality, comprehensive action plans for national prevention and preparedness; (4) implementing the country business model in countries with major emergencies and high-risk countries with 60C protracted emergencies so that results are delivered in line with the expectations of the response plan; and

(5) developing high-profile disease-specific strategies and applying them at country level

#### แผนงาน Corporate service

Achievement ที่สำคัญ การเข้าร่วมใน AID Transparency Initiative เพื่อเป็นการแสดงถึงความเป็นองค์กรที่ โปร่งใส ความก้าวหน้าของการปฏิรูปองค์การอนามัยโลกในด้านต่างๆ

Challenges and lesson learn เรื่องงบประมาณที่มีความยืดหยุ่นได้ และมีอัตราการลดลงของเงิน Core Voluntary Contribution ทาง WHO ได้มีการเตรียมแผน Value for money

Priority for 2017 ได้แก่ ให้ความสำคัญกับกิจกรรมที่มีความสำคัญและให้สอดคล้องกับงบประมาณที่ได้รับ น้อยลง และการจัดทำแผน value for money

- ปี ๒๐๑๖ ใช้เงินไปแล้วจำนวน ๒,๑๘๒ ล้านดอลลาร์สหรัฐ ลดลงร้อยละ ๑๑ จากปี ๒๐๑๕ และเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๕ จากปี ๒๐๑๔ สาเหตุที่ทำให้ปี ๒๐๑๕ ใช้เงินมากขึ้นเนื่องจากการเพิ่มของกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับ emergencies ต่างๆ รวมถึง ebola virus disease outbreak emergency และกิจกรรมด้าน Global Polio Eradication Initiative ทั้งนี้ ในปี ๒๐๑๖ ใช้เงินเฉพาะ base programme คิดเป็นร้อยละ ๕๘ ลดลง จากปี ๒๐๑๕ ที่ใช้ไปร้อยละ ๕๙ และปี ๒๐๑๔ ร้อยละ ๖๓ แสดงให้เห็นถึงการใช้งบประมาณลดลงเล็กน้อย
- ๑๐ ประเทศสมาชิก ได้แก่ สหรัฐ สหราชอาณาจักร ญี่ปุ่น เยอรมนี แคนาดา ออสเตรเลีย สวีเดน ฝรั่งเศส นอร์เวย์ เนเธอร์แลนด์ ได้สนับสนุนงบประมาณแก่ WHO รวมกัน เป็นจำนวน ๑,๐๒๔ ล้านดอลลาร์สหรัฐ คิดเป็นร้อยละ ๗๕ ของเงินที่ได้รับจากประเทศสมาชิกทั้งหมด และร้อยละ ๔๗ จากงบประมาณทั้งหมด
- ในปี ๒๐๑๖ WHO ได้มีการดำเนินการสนับสนุนประเทศสมาชิกโดยมุ่งเน้นไปที่ระดับประเทศเพื่อให้มีการ ขับเคลื่อนร่วมกับภาคส่วนด้านสุขภาพและ NSA เพื่อบรรลุเป้าหมาย SDGs อีกทั้งในระดับภูมิภาคและ สำนักงานใหญ่ได้มีการจัดตั้งกลไกการประสานงานในการสนับสนุนเรื่องดังกล่าว รวมทั้งได้มีการดำเนินการ จัดการกับ emergencies ๔๗ ครั้ง ในซีเรีย ไนจีเรีย อิรัก และเยเมน เป็นต้น

#### **ทำที่ประเทศสมาชิก**

รับทราบรายงาน PBAC ในประเด็น WHO mid-term programmatic and financial report for 2016–2017, including audited financial statements for 2016 และให้การรับรองร่างข้อมติเกี่ยวกับเรื่อง ดังกล่าว

## ทำที่ประเทศไทย

ประเทศไทยไม่ได้แสดงทำที่ในวาระนี้

### สรุปผลการประชุม

ที่ประชุมให้การรับรองร่างข้อตัดสินใจเกี่ยวกับ WHO mid-term programmatic and financial report for 2016–2017, including audited financial statements for 2016 เสนอโดย PBAC

### Agenda 20.2 Status of collection of assessed contributions, including Member States in arrears in the payment of their contributions to an extent that would justify invoking Article 7 of the Constitution

#### ผู้รับผิดชอบ

๑. นายบรรลุ ศุภอักษร สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ
๒. นายวัฒนา มะสังหลง กรมควบคุมโรค

#### สาระสำคัญ

- ประเทศสมาชิกจะต้องจ่ายเงินค่าบำรุงสมาชิก ณ วันที่ ๑ มกราคม ของทุกปี เพื่อให้องค์การอนามัยโลกสามารถจัดสรรงบประมาณให้แก่ละของโครงการได้ ภายใต้ข้อบังคับทางการเงิน ๖.๔
- อัตราการเก็บเงินสำหรับปี ๒๐๑๖ เป็น ๘๘% เพิ่มขึ้นจาก ๘๐% ในปี ๒๐๑๕ โดยปี ๒๐๑๖ ได้รับทั้งหมดหรือบางส่วนจาก 139 Member จากทั้งหมด 196 Member and Associate Member (เทียบกับ ๑๓๕ สมาชิกและสมาชิกสมทบในปี ๒๐๑๕)
- ตามข้อบังคับทางการเงิน ๖.๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยมติ WHA66.16 (2013) หากการจ่ายเงินค่าบำรุงสมาชิกแต่ละปีรวมอยู่ที่ ๒๐๐,๐๐๐ เหรียญสหรัฐ หรือมากกว่านั้น จะต้องจ่ายครึ่งหนึ่งเป็นเหรียญสหรัฐ และครึ่งหนึ่งของเงินสวิสฟรังก์ ซึ่งในปี ๒๐๑๖ ได้รับเงินจำนวน ๒๔๑ ล้านดอลลาร์สหรัฐ และ ๒๒๔ ล้านดอลลาร์สวิสฟรังก์ (เทียบกับ ๒๔๒ ล้านดอลลาร์สหรัฐ และ ๒๒๒ ล้านดอลลาร์สวิสฟรังก์ ในปี ๒๐๑๕)
- ทั้งนี้ ยังมีประเทศที่ยังไม่ได้จ่าย สถานะ ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๙ มีจำนวน ๓๔.๘ ล้านดอลลาร์สหรัฐ และ ๓๑.๙ ล้านดอลลาร์สวิสฟรังก์ (รวมประมาณ ๖๕.๗ ล้านดอลลาร์สหรัฐ) และอีก ๓๐.๕ ล้านดอลลาร์สหรัฐ จากประเทศที่ต้องชำระภายใต้ข้อตกลงพิเศษที่ได้รับอนุญาตจาก Health Assembly
- สถานะ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๐๑๖ ประเทศสมาชิกบางรายได้ชำระเงินล่วงหน้าไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนสำหรับประจำปี ๒๐๑๗ และปีต่อ ๆ ไป รวมเงินที่ได้รับล่วงหน้า เป็นจำนวน ๕๐.๔ ล้านดอลลาร์สหรัฐ

#### MEMBERS IN ARREARS AND SPECIAL ARRANGEMENTS

- ภายใต้รัฐธรรมนูญ มาตรา ๗ ระบุว่าหากสมาชิกไม่ปฏิบัติตามข้อผูกพันทางการเงิน ดังนั้น WHA อาจระงับสิทธิในการลงคะแนนที่สมาชิกมีสิทธิได้ ถ้าในขณะที่เปิดการประชุม WHA หากประเทศสมาชิกค้างชำระในจำนวนที่เท่ากับหรือเกินกว่าสองปี ที่ประชุม WHA จะตัดสินใจเกี่ยวกับการระงับการมีสิทธิออกเสียงลงคะแนนตามมติ WHA41.7 (1988)
- ตามมติของ WHA ก่อนหน้านี้นี้จะมีการระงับสิทธิการออกเสียงลงคะแนนของ 6 ประเทศสมาชิก ต่อไปนี้ ได้แก่ สาธารณรัฐแอฟริกากลาง คอโมโรส กินี กินีบิสเซา โชมเลีย และยูเครน ซึ่งจะมีการระงับการมีสิทธิ

ออกเสียงลงคะแนนในที่ประชุม WHA70 จนกว่าจะมีการชำระเงินจนถึงจำนวนที่กำหนด ตาม มาตรา ๗ ของธรรมนูญ

- ตามมติ WHA69.13 (2016) หากถึงเวลาที่การเปิดการประชุม WHA70 ประเทศบรูไน เอลซัลวาดอร์ และสาธารณรัฐโบลิวาร์เวเนซุเอลา หากยังคงค้างชำระ สิทธิในการออกเสียงลงคะแนนจะถูกระงับ เช่นเดียวกัน ซึ่งจะมีการระงับการมีสิทธิออกเสียงลงคะแนนจะต่อเนื่องถึงการประชุม WHA71 จนกว่าจะมีการชำระเงินจนถึงจำนวนที่กำหนด ตาม มาตรา ๗ ของธรรมนูญ
- ๑๐ ประเทศสมาชิกที่มีข้อตกลงพิเศษสำหรับการชำระเงินที่ได้รับอนุมัติก่อนหน้านี้โดย WHA ได้ทำการจ่ายเงินจำนวน 5.0 ล้านเหรียญสหรัฐได้รับในปี 2016 (เทียบกับ 1.3 ล้านเหรียญสหรัฐในปี 2015) ตามข้อตกลงพิเศษเหล่านี้ มีเจ็ดประเทศสมาชิกที่เกี่ยวข้องได้ปฏิบัติตามข้อตกลง และมีเพียง 3 ประเทศสมาชิก ได้แก่ อัฟกานิสถานสาธารณรัฐแอฟริกากลาง และประเทศยูเครน ไม่ทำตามคำมั่นที่ได้ให้ไว้ ซึ่งสาธารณรัฐแอฟริกากลางและยูเครนจะไม่มีสิทธิในการออกเสียงลงคะแนน ในกรณีของอัฟกานิสถานหากไม่มีการชำระเงินเพิ่มเติมก่อนการเปิดการประชุม WHA70 ก็จะถูกตัดสิทธิออกเสียงลงคะแนน
- ตามสถานะเมื่อวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2017 ประเทศสมาชิก 12 ประเทศ ได้แก่ อิเควทอเรียลกินี แคมเบีย เกรนาดา ลาว เลบานอน เลโซโท มาลาวี ปารากวัย เซียร์ราลีโอน ซูดานใต้ ตองกา และยูกันดา ซึ่งมีการค้างชำระค่าบำรุงสมาชิก ครบสองปี เช่นเดียวกับเปอร์โตริโก ซึ่งเป็น Associate member และในการประชุม WHA70 อาจจะมีการลงมติว่าให้ระงับสิทธิออกเสียงลงคะแนนของประเทศสมาชิกดังกล่าวในวันเปิดการประชุม WHA71
- ทั้งนี้ จากการประชุม PBAC26 มี ๑๓ ประเทศสมาชิกได้จ่ายเงินค่าบำรุงสมาชิกเพิ่มเติม ดังนี้ อัฟกานิสถาน บรูไน เอลซัลวาดอร์ กินี ลาว เลบานอน เลโซโท มาลาวี ปารากวัย เซียร์ราลีโอน ตองกา ยูกันดา เวเนซุเอลา และโซมาเลีย (แสดงความจำนงในการทยอยการชำระเงินในวันเปิดการประชุม WHA70)
- ร่างข้อมติเสนอให้ประเทศ อิเควทอเรียลกินี แคมเบีย เกรนาดา และ ซูดานใต้ ลงมติว่าให้ระงับสิทธิออกเสียงลงคะแนนของประเทศสมาชิกดังกล่าวในวันเปิดการประชุม WHA71

#### ทำที่ประเทศสมาชิก

ให้การรับรองร่างข้อมติเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าว

#### ทำที่ประเทศไทย

ประเทศไทยไม่ได้แสดงทำที่ในวาระนี้

#### สรุปผลการประชุม

ที่ประชุมให้การรับรองร่างข้อมติจากการเสนอโดย PBAC

#### ข้อเสนอแนะ

ให้สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศชำระ Assessed Contribution ให้กับองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทยตามเวลาที่กำหนด เพื่อป้องกันการถูกตัดสิทธิออกเสียง

### Agenda 20.3 Special arrange for settlement of arrears

#### ผู้รับผิดชอบ

๑. นายบรรลุ ศุภอักษร สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ
๒. นายวัฒนา มะสังหลง กรมควบคุมโรค

#### สาระสำคัญ

- ตามมาตรา ๗ ของธรรมนูญองค์การอนามัยโลก และมติสมัชชาอนามัยโลกที่ WHA8.13 และ WHA41.7 เกี่ยวกับการค้างชำระเงินบำรุงสมาชิก ๒ ปี ติดต่อกันจะมีผลทำให้หมดสิทธิในการออกเสียงในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกจนกว่าจะมีการชำระเงินจนถึงจำนวนที่กำหนด ตาม มาตรา 7 ของธรรมนูญ
- อย่างไรก็ตามประเทศสมาชิกสามารถยื่นขอประณัติประณอมการค้างชำระได้ ละจะต้องมีกำหนดการชำระงบประมาณด้วย
- ประเทศโซมาเลียได้ยื่นความจำนงค์ในระหว่างการประชุม general committee เพื่อขอยกการชำระเงิน โดยมีกำหนดการจ่ายเงินจำนวนปีละ ๒๒,๓๑๘ เหรียญสหรัฐ เป็นเวลา ๒๐ ปี รวมจำนวน ๔๔๖,๓๖๔ เหรียญสหรัฐ ตั้งแต่ปี ๒๐๑๘-๒๐๓๗ โดยมีรายละเอียดในร่างข้อมติในเอกสาร A70/67 เพื่อให้มีสิทธิออกเสียงเลือกตั้งผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก

#### ท่าทีประเทศสมาชิก

ประเทศสมาชิกไม่มีข้อขัดข้องและให้การสนับสนุนต่อร่างข้อมติดังกล่าว

#### ท่าทีประเทศไทย

ประเทศไทยไม่ขัดข้องต่อร่างข้อมติดังกล่าว

#### สรุปผลการประชุม

ที่ประชุมให้การรับรองร่างข้อมติในเอกสาร A70/67 ในการขยายการชำระค่าบำรุงสมาชิก และคืนสิทธิในการออกเสียงเลือกตั้งผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก

### Agenda 20.4 Scale of Assessment for 2018-2019

#### ผู้รับผิดชอบ

๑. นายบรรลุ ศุภอักษร สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ
๒. นางสาวสุดาสิริ เตชานันท์ กระทรวงการต่างประเทศ

#### สาระสำคัญ

- เมื่อเดือนธันวาคม ๒๐๑๕ องค์การสหประชาชาติได้มีการรับรอง scale of assessment สำหรับปี 2016-2018 ซึ่ง WHO ได้ปรับใช้ scale นี้ในปีงบประมาณ ๒๐๑๗ โดยไทยอยู่ scale ที่ **0.2910 %**
- WHO เสนอให้สำหรับปี 2018-2019 ใช้ scale of assessment เดียว กับปี 2017
- ที่ประชุม EB140 ได้มีข้อมติ EB140 R6 ให้ WHA70 รับรอง scale of assessment for the biennium 2018-2019



### ทำที่ประเทศสมาชิก

ประเทศสมาชิกให้การรับรองเกี่ยวกับร่างข้อมติ EB140.R6 ในประเด็นเรื่อง scale of assessment proposed for 2018-2019

- จอร์แดน ขณะนี้ยังไม่ได้รับแนวทางจากกระทรวงการคลังเรื่องการเพิ่ม scale of assessment จึงขอสงวนท่าทีต่อวาระนี้ไว้ก่อน
- จีน การเพิ่ม scale of assessment ทำให้จีนต้องให้เงินสนับสนุน WHO สูงขึ้นมาก ทั้งนี้แม้จีนจะต้องการสนับสนุนการดำเนินงานของ WHO แต่จีนก็ยังเป็นเพียงประเทศกำลังพัฒนา

### ทำที่ประเทศไทย

เห็นชอบกับร่างข้อมติ EB140.R6 ในประเด็นเรื่อง scale of assessment proposed for 2018-2019 และได้เน้นย้ำเกี่ยวกับการสนับสนุนเงินค่าบำรุงสมาชิกเพิ่มเติม ๓ % และสนับสนุนอีก ๗ % ที่เหลือจะดำเนินการจ่ายให้กับองค์การอนามัยโลกในรูปแบบสมัครใจ โดยจะต้องขอความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีอีกครั้ง

### สรุปผลการประชุม

ที่ประชุมให้การรับรองร่างข้อมติ EB140 R6 scale of assessment for the biennium 2018-2019

### ข้อเสนอแนะ

กระทรวงสาธารณสุขติดตามการชำระเงินค่าบำรุงสมาชิกตามที่องค์การอนามัยโลกกำหนด

#### Intervention on Agenda 20.4 Scale of Assessment for 2018-2019

Read by Mr. Banlu Supaaksorn

Thank you chair

Thailand welcomes the scale of assessment proposed for 2018-2019 and supports the draft Resolution EB140.R6. We reiterate the statement by the Minister and Permanent Secretary of Public Health that Thailand commits to pay the 3% increased assessed contribution and the remain 7% as voluntary contributions, subject to the Cabinet re-approval.

Thank you chair

#### Agenda 21.1 Report of the external auditor

ผู้รับผิดชอบ

๑. นายแพทย์คณิตสรณ์ สัมฤทธิ์เดชขจร สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๒. นางสาวกุลธิดา พิณธูทอง กรมอนามัย

### สาระสำคัญของวาระ

การตรวจสอบดำเนินการโดยสาธารณรัฐฟิลิปปินส์นับแต่ ๒๐๑๖-๒๐๑๙

การตรวจสอบครอบคลุมการเงินการบัญชี การบริหารจัดการ ระบบสารสนเทศ และการจัดการความเสี่ยง โดยหน่วยงานที่ได้รับการตรวจสอบในปีมี สำนักงานใหญ่ (๕ หน่วยงาน/ประเด็น คือ NCD&Mental Health, IT, นโยบายจัดซื้อจัดจ้าง, global service center) สำนักงานภูมิภาคแอฟริกา สำนักงานประจำประเทศ (ยูกันดา, ซิมบับเว, สาธารณรัฐแอฟริกากลาง, เบนินและโมแซมบิก)

รายงานพบว่า การเสนอสถานะการเงินเป็นไปตามความเป็นจริง ธุรกรรมต่างๆ ดำเนินสอดคล้องนโยบายการบัญชี, การจัดซื้อจัดจ้างผ่านระบบGlobal Inventory Management System (GIMS) ยังทำได้ไม่สมบูรณ์ หากทำได้จะช่วยแก้ปัญหาเชิงระบบและช่วยวางนโยบายการบริหารจัดการระบบพัสดุได้, การบัญชียังมีการระบุหมวดหมู่ผิด, การยื่นเรื่องเพื่อแจ้งเปลี่ยนสถานะของพนักงานที่อาจมีผลต่อการได้รับสิทธิ์ประโยชน์ผ่านระบบECM โดยไม่ได้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารประกอบจากผู้อำนาจ, DFC ยังประสบปัญหาเรื่องเอกสารประกอบการทำสัญญาไม่ครบ ทั้งที่มี checklist ให้แล้ว แต่ปริมาณรายงานที่ส่งล่าช้ามีจำนวนลดลงเรื่อยๆ, ในส่วนของการบริหารจัดการพบว่ามีปรับปรุงประสิทธิภาพการดำเนินการอย่างต่อเนื่องทั้งในการวางหลักเกณฑ์ร่วม มาตรการ ตัวชี้วัด, ในส่วนของระบบสารสนเทศ ยุทธศาสตร์และแผนงานยังทำแบบแยกส่วน และไม่บูรณาการไปกับยุทธศาสตร์องค์กร สะท้อนถึงการขาดกลไกอภิบาลในการกำกับติดตาม และตรวจสอบ ปัญหานี้ควรได้รับการแก้ไขโดยด่วน, ในส่วนของการระบุและจัดการความเสี่ยง พบปัญหาหนึ่งใน 3 ระดับขององค์กร นั่นคือ การขาดการจัดกระบวนการคิดอย่างมีระบบ โดยมากระบุความเสี่ยงตามที่นึกได้ ปราศจากการใคร่ครวญเป็นลำดับขั้น ทำให้สาวไม่ถึงรากเหง้าของปัญหา

สัดส่วนการดำเนินการแก้ไขโดยองค์กรอนามัยโลกตามข้อเสนอแนะของผู้ตรวจสอบตั้งแต่ปี 2015 พบมีเพียง 3 ข้อจาก 41 ข้อที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

มี 2 ประเทศ คือ แคมเบียและสหรัฐอเมริกาแสดงท่าทีในประเด็นระบบอภิบาลที่ยังต้องปรับปรุงและการใช้เงินอาทิ ค่าเดินทางสำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ

### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ชื่นชมการทำงานของคณะผู้ตรวจสอบภายนอก

ชื่นชมที่องค์กรอนามัยโลกพยายามดำเนินการตามข้อเสนอแนะของผู้ตรวจสอบอย่างเต็มที่

กระตุ้นให้องค์กรอนามัยโลกดำเนินการตามข้อเสนอแนะต่อไป พร้อมหาวิธีปรับปรุงกระบวนการบริหารจัดการทั้งระบบ

ในส่วนของระบบสารสนเทศ แม้จะใช้เงินทุนและการดำเนินการในระยะยาว แต่หากระบบดำเนินการได้มีประสิทธิภาพ การบริหารองค์กร ทั้งในส่วนของจัดการ และในส่วนของแผนงานหลัก จะปราดเปรียวยิ่งขึ้น คู่กับการลงทุนลงแรง จึงขอกระตุ้นให้องค์กรอนามัยโลกดำเนินการให้ลุล่วง

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ฝ่ายบริหารรับทราบข้อห่วงกังวล ในส่วนของค่าเดินทางบางครั้งอาจเลี่ยงไม่ได้ เพราะกิจกรรมบางอย่าง อาทิ วิกฤติสาธารณสุข จำเป็นต้องได้ผู้ทรงงในเวลารวดด่วน ในส่วนของสาระสนเทศ จะจัดประชุมคณะกรรมการ เต็มรูปแบบเพื่อดำเนินการด้านนี้โดยเร็วที่สุด

### ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

การทำงานในระดับประเทศ (สำนักสาธารณสุขระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข)

สำนักสาธารณสุขระหว่างประเทศคือตัวเชื่อมประสานสำคัญระหว่างองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย และหน่วยงานในประเทศไทย ในการกำกับติดตามการบริหารจัดการแผนงานให้เป็นไปตามกำหนดและมีคุณภาพ

การทำงานในระดับนานาชาติ

การดำรงตนเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ประเทศอื่นในการทำงานร่วมกับองค์การอนามัยโลก สำนักงานประจำภูมิภาค และสำนักงานประจำประเทศ นอกจากนี้ แนวทางการทำงานร่วมกับองค์การอนามัยโลกรูปแบบใหม่ๆ อาทิ CCS อาจเป็นไปได้ทั้ง model ในการบริหารจัดการแผนงาน และเป็นหัวข้อที่ผู้ตรวจสอบจะให้ข้อเสนอแนะในอนาคต

#### Intervention on agenda 21.1 Report of the external auditor

Delivered by Dr Kanitsorn Sumriddetchkajorn, Thailand May 25, 2017

Thank you, Mr Chairman.

Thailand is appreciative of the external auditor's report.

It is noteworthy that a majority of prior years' recommendations have been closed or are closing while only three out of forty-one are in progress of implementation.

Thailand encourages WHO's ongoing commitment to addressing the external auditor's concerns and to improving its overall management practices.

Relative to the current report's IT issue, despite the cost and long-term effort this would inevitably entail, a fully-functioning and efficient IT infrastructure could enhance and streamline WHO's operations, both on the management side and the core-business side.

The results should be worth the investment. And Thailand encourages the WHO to follow through with the plan.

Thank you.

## Agenda 21.2 Report of the Internal Auditor

### ผู้รับผิดชอบ

๑. นายรังสรรค์ มั่นคง สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
๒. นางสาวกุลธิดา พิณธูทอง กรมอนามัย

### สาระสำคัญของวาระ

รายงานการตรวจสอบภายใน (Internal Audit Report) ประจำปีจัดทำโดย Office of Internal Oversight Services ขององค์การอนามัยโลก เพื่อรายงานต่อผู้อำนวยการใหญ่โดยตรงเพื่อพิจารณานำไปพัฒนาการดำเนินการ และรายงานต่อสมัชชาอนามัยโลกเพื่อการรับรอง โดยครอบคลุมการตรวจสอบในประเด็นต่อไปนี้

- กระบวนการประเมินความเสี่ยง processes for risk management
- การรักษาคุณภาพระบบควบคุมภายใน maintenance of controls
- การกำกับดูแลด้านธรรมาภิบาล implementing effective governance and
- การสอบสวนข้อกล่าวหาความผิดของเจ้าหน้าที่องค์การอนามัยโลก conducting investigation of alleged wrong doings of WHO staff

ทั้งนี้ ทาง IOS จะจัดทำข้อเสนอแนะ (recommendations) ต่อส่วนงานต่างๆขององค์การอนามัยโลกที่พบประเด็นการตรวจสอบ และจะติดตามความก้าวหน้าการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะ

ผลจากรายงานพบว่า ประสิทธิภาพของการควบคุมภายในดีขึ้นอย่างมากในภาพรวมเทียบกับหลายปีที่ผ่านมา เนื่องมาจากผู้บริหารระดับสูงให้ความสำคัญและมุ่งมั่นกับการทำตามข้อแนะนำจากการตรวจสอบภายใน และติดตามตรวจสอบการปฏิบัติตามกฎระเบียบขององค์กรของเจ้าหน้าที่อย่างเคร่งครัด อีกทั้ง ยังได้มีการปรับปรุงระบบต่างๆที่ตอบสนองต่อข้อแนะนำการตรวจสอบ อาทิ การจัดให้คะแนนการตรวจสอบเป็น ๔ ระดับ การจัดลำดับความสำคัญของการตรวจสอบ การลดค่าใช้จ่ายโดยการอาศัยระบบสารสนเทศสมัยใหม่เพิ่มสัดส่วนการตรวจสอบจากโต๊ะทำงาน (desk review) เพื่อลดค่าใช้จ่ายการเดินทางของเจ้าหน้าที่ การเร่งรัดการปิดกรณีที่ยังค้างอยู่อย่างมีประสิทธิภาพผ่านการเพิ่มการจัดจ้างเจ้าหน้าที่ตรวจสอบ (auditors) และเจ้าหน้าที่สืบสวน (investigators) ทั้งชั่วคราวและเต็มเวลา เป็นต้น

ผลตรวจสอบด้านระบบบริหารจัดการทั่วไป พบว่า มีการพัฒนาและมีความรัดกุมขึ้นอย่างมาก อาจมีบางระบบย่อย ณ สำนักงานบางประเทศ ที่ยังมีประเด็นให้สิทธิเข้าถึงของบุคคลเกินควร จนอาจเป็นช่องโหว่การทุจริตได้ เช่น ให้สิทธิ์เจ้าหน้าที่คนเดียวกัน เป็นทั้ง ผู้สั่งซื้อ ผู้อนุมัติ และผู้ออกใบเสร็จ เป็นต้น อีกประเด็นย่อย ในคือระบบ Workflow อิเล็กทรอนิกส์ อาจมีการมอบหมายอำนาจหน้าที่ไม่เหมาะสมกับตำแหน่งที่ควรเป็น จึงอาจเกิดกรณีบุคคลอนุมัติการลาตนเองได้ เป็นต้น

ผลการลงพื้นที่ตรวจสอบ พบว่า มีระดับที่น่าพอใจมาก หรือน่าพอใจเป็นส่วนใหญ่ ยกเว้น บางประเทศในแอฟริกาที่มีความทุรกันดาร หรือ ประเทศที่มีสถานการณ์การสู้รบ เช่น ประเทศซีเรีย หรือ ประเทศซูดานใต้

ผลการตรวจสอบจากโต๊ะทำงาน พบว่า มีระดับเป็นที่น่าพอใจมาก หรือน่าพอใจปานกลาง โดยที่ไม่มีประเด็นสำคัญที่ต้องปรับปรุง นับเป็นการพัฒนาที่ชัดเจนเทียบกับปีก่อนหน้า

ด้านผลการสืบสวนกรณีที่มีการร้องเรียนเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่องค์การอนามัยโลก พบว่า มีจำนวน ๗๙ กรณี ซึ่งลดลงจากปีก่อนเล็กน้อย เรื่องที่มีการมีการร้องเรียนระดับสูงต่อเนื่องมา ได้แก่ การทุจริต (Fraud), การไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ, การคุกคามทางเพศ และ คอร์รัปชัน ตามลำดับ โดยในปี ๒๕๕๙ สามารถ

ปีคคตได้ ๕๘ กรณี กำลังดำเนินการ ๑๔ กรณี เนื่องจากเจ้าหน้าที่สืบสวนที่เพิ่มเติมมานั้นยังไม่เพียงพอกับปริมาณข้อร้องเรียนและภาระงานอื่นๆที่มี

การดำเนินการตามข้อเสนอแนะของผู้ตรวจสอบ พบว่ามีระดับพอกๆกับปีที่ผ่านมา คือ มีจำนวนข้อเสนอแนะคงค้าง ที่ยังไม่ได้รับการดำเนินการเพียงส่วนน้อย คือ ๓.๗% (เทียบกับ ๓.๖% ของปี ๒๕๕๙)

### **บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ**

มีประเทศร่วมอภิปรายประมาณ ได้แก่ นอร์เว บอตสวานา (พูดแทน ๔๗ ประเทศของภูมิภาคแอฟริกา) สหรัฐอเมริกา กาบอง สหราชอาณาจักร โดยทุกประเทศรับรองรายงาน และชื่นชมผลของการพัฒนาระบบการตรวจสอบภายในและการดำเนินการที่สอดคล้องกับระบบที่ดีขึ้นมาก แต่มีหลายประเทศมีข้อกังวล โดยนอร์เว กาบอง และสหราชอาณาจักร กังวลเกี่ยวกับจำนวนการร้องเรียนและการป้องกันการทุจริตโดยเจ้าหน้าที่องค์การอนามัยโลก โดยเสนอให้ทำข้อตกลงกับหน่วยงานภาคีเพื่อเปิดเผยข้อมูลการเงินของ DFC เพื่อความโปร่งใส และให้องค์การอนามัยโลกดำเนินการอย่างเต็มที่เพื่อติดตามเงินที่ถูกทุจริตมาคืนองค์กร ส่วน ประเทศสหรัฐอเมริกาขอให้อำนาจนโยบายการเดินทางของเจ้าหน้าที่ และให้ประหยดงบประมาณนี้

### **บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (แบบ intervention ตอนท้าย)**

ประเทศไทยรับรองรายงาน โดยไม่ได้นำเสนอในที่ประชุม เนื่องด้วยประเด็นที่มีข้อกังวลได้แก่ การทุจริต และงบประมาณการเดินทาง ได้รับการพูดถึงโดยประเทศสมาชิกอื่นแล้ว

### **สรุปผลลัพธ์ของวาระ**

ที่ประชุมมีมติรับรอง รายงานผลการตรวจสอบภายใน โดย ผู้ช่วยผู้อำนวยการใหญ่ด้านการบริหารจัดการทั่วไป (Dr. Hans Troedsson) ได้อธิบายในประเด็นที่ประเทศสมาชิกมีข้อสงสัยได้แก่ การติดตามเงินที่ถูกทุจริตที่มักทำได้ยากในเชิงกฎหมายเมื่อเจ้าหน้าที่ลาออกไปจากองค์กรแล้ว โดยจะแก้ไขโดยการคงเงินผลประโยชน์คงค้างของเจ้าหน้าที่ ที่จะลาออกไปส่วนหนึ่งจนกระทั่งผ่านการตรวจสอบว่าไม่มีการทุจริต ส่วนงบประมาณการเดินทางได้แจ้งว่าเป็นการเข้าใจผิดของสื่อมวลชนบางราย ซึ่งงบที่เจ้าหน้าที่องค์กรเดินทางทั้งปีไม่ถึง ๒๐๐ ล้านบาทตามข่าว แต่เพียง ๘๐ ล้านบาท ที่เหลือเป็นงบการเดินทางของผู้แทนประเทศสมาชิกและผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการสนับสนุนเพื่อเข้าร่วมประชุมต่างๆขององค์การอนามัยโลก แต่อย่างไรก็ตามทางองค์การอนามัยโลกจะปรับปรุงให้การใช้งบด้านนี้มีความรัดกุมและสมเหตุสมผลต่อไป

### **ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)**

#### การทำงานในระดับประเทศ

สำนักงานสาธารณสุขระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข ติดตามข้อมูลที่เกี่ยวข้องรายงานการตรวจสอบภายใน ขององค์การอนามัยโลก โดยเฉพาะหากมีประเด็นที่เกิดกับ WHO ประจำประเทศไทย หรือ ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เพื่อแจ้งให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรับทราบ

#### การทำงานในระดับนานาชาติ

ประเทศไทย ติดตามและให้ข้อเสนอแนะต่อรายงานการตรวจสอบภายใน ในฐานะสมาชิกคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก

## Agenda 22.1 Human resources: Annual report

### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยูพิน อังสุโรจน์ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย
๒. นายแพทย์ทินกร โนรี นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

### สาระสำคัญของวาระ

รายงานประจำปี เรื่องทรัพยากรบุคคลขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. ๒๕๖๐ เกี่ยวกับการรายงานแนวโน้มกำลังคนขององค์การอนามัยโลกจากข้อมูล ๓ ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.๒๕๕๖-๒๕๕๙) กลยุทธ์การบริหารงานบุคคล และสิ่งที่ต้องดำเนินการต่อ มีประเด็นสำคัญดังนี้

๑) จำนวนบุคลากรมีเพิ่มขึ้น ๑๑% จาก ๗,๐๙๗ คน ในปี ๒๕๕๖ เป็น ๗,๙๑๖ คน ในปี ๒๕๕๙ โดยในปี ๒๕๕๖ มีบุคลากรชั่วคราว ๑๒% ของบุคลากรทั้งหมด เพิ่มขึ้นเป็น ๒๐% ในปี ๒๕๕๙ จำนวนที่เพิ่มขึ้นส่วนใหญ่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับสถานการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข ในขณะที่จำนวนบุคลากรประจำยังคงเดิม

๒) บุคลากรวิชาชีพระดับสูง ที่รับตำแหน่งในถาวร ในปี ๒๕๕๙ มีเพศหญิง ๔๒.๘% ซึ่งเพิ่มขึ้นจากเดิม ๔๐.๔% ในปี ๒๕๕๖

๓) มีบุคลากรที่ย้ายงานในหน่วยงานเพิ่มขึ้นเล็กน้อย จาก ๗.๓% ของบุคลากรทั้งหมด ในปี ๒๕๕๖ เป็น ๗.๘% ในปี ๒๕๕๙ แต่มีบุคลากรที่ย้ายสำนักงาน จาก ๓๗.๗% ของบุคลากรที่ย้ายทั้งหมด ในปี ๒๕๕๖ เป็น ๔๑.๔% ในปี ๒๕๕๙ ในปัจจุบันการโยกย้ายของบุคลากรนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ และจะเป็นคำสั่งบังคับใช้ในปี ๒๕๖๒

กลยุทธ์ที่นำมาใช้ คือ

๑) การจ้างผู้มีความรู้สูง โดยการสรรหาและรับสมัครผู้มีความรู้สูง การทำสัญญา

๒) การธำรงรักษาผู้มีความรู้สูง โดยการวางแผนและการออกแบบการบริหารทรัพยากรบุคคล การบริหารผลการปฏิบัติงาน และความก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน รวมถึงการเคลื่อนย้ายบุคลากรตามพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ ซึ่งจะมีการกำหนดเป็นนโยบายที่ชัดเจนในปี ๒๕๖๒

๓) การกำหนดทบทวนสัญญาจ้างงาน เช่น สัญญาจ้างงานด้านจริยธรรม การบริหารงานบุคคลแนวใหม่ การบริหารความเที่ยงธรรม และการกำกับติดตามโดยผู้ตรวจสอบภายนอก

ผลการดำเนินงานการบริหารงานทรัพยากรบุคคล พบว่า สามารถธำรงรักษาบุคลากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรวิชาชีพในระดับสูงให้คงอยู่ในงาน และมีการสรรหาบุคลากรใหม่ให้เข้ามาปฏิบัติงานในตำแหน่งชั่วคราวได้ตามความจำเป็นและเร่งด่วน ซึ่งสามารถประหยัดค่าใช้จ่าย ส่วนความสมดุลทางเพศสถานะ พบว่าสัดส่วนบุคลากรเพศหญิงมีเพิ่มมากขึ้นในรอบ ๓ ปีที่ผ่านมา แต่ยังไม่สมดุลกับสัดส่วนบุคลากรเพศชาย นอกจากนี้การกระจายของบุคลากรในระดับหน่วยงาน และการโยกย้ายบุคลากรตามเขตภูมิศาสตร์ ซึ่งเป็นไปตามความสมัครใจ รายงานว่าไม่มีปัญหา แต่มีข้อท้วงติงว่าเป็นไปอย่างล่าช้ามาก

สมาชิกหลายประเทศได้ชื่นชมการดำเนินงาน และขอให้มีแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน รวดเร็ว และมีความยุติธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเพิ่มสัดส่วนการโยกย้ายบุคลากรวิชาชีพระดับสูงจาก WHO สำนักงานใหญ่ไปทำงานในเขตภูมิศาสตร์ต่างๆ ซึ่งรวมถึงงานที่ปฏิบัติการปกติ และงานที่ปฏิบัติการชั่วคราว เพื่อให้ทันกับสถานการณ์เร่งด่วนที่เกิดขึ้น และให้ทันเป้าหมายในการบังคับใช้ ในปี ๒๕๖๒ เพื่อเพิ่มความแข็งแกร่งให้กับการดำเนินงาน ที่ร่วมกันผลักดันการสาธารณสุขของโลกให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

### บทบาททำที่ของประเทศอื่น

ประเทศต่างๆ ได้อภิปรายชื่นชมการทำงานของฝ่ายเลขานุการ ในรายละเอียดสถานการณ์ การคิดวิเคราะห์ แนวโน้มด้านบุคลากร การนำเสนอผลจากสิ่งที่ดำเนินการแล้ว และสิ่งที่ต้องดำเนินการต่อไปในรายงานประจำปี รวมถึงความพยายามในการนำนโยบายการบริหารงานบุคคล ด้านการโยกย้ายบุคลากรตามเขตภูมิศาสตร์มาใช้ ให้มีการกระจายในแต่ละภูมิภาคอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ประเทศต่างๆ ให้ความเห็นที่สอดคล้องกัน โดยให้องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญในการดำเนินงานนี้ และขอให้มีการกำหนดแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการโยกย้าย และการกระจายบุคลากรที่ปฏิบัติงาน และสนับสนุนการพัฒนาคนและพัฒนางานทุกภาคส่วนไปพร้อมกัน

### บทบาททำที่ของประเทศไทย

ประเทศไทยชื่นชมการให้ข้อมูลสถานการณ์บุคลากรขององค์การอนามัยโลก กลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินงาน สนับสนุนการกำหนดแนวปฏิบัติที่ชัดเจน เทียบธรรมเนียมในการสรรหา การส่งเสริมความก้าวหน้า และการโยกย้ายให้มีอัตราการกระจายที่สมดุลในแต่ละภูมิภาค

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

รายงานได้รับการรับรองจากประเทศสมาชิก และขอให้มีการรายงานเป็นประจำทุกปี เพื่อติดตามผลการดำเนินงาน

### ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

#### การทำงานในระดับประเทศ

ควรสนับสนุนโครงการ Capacity building: Diplomatic leadership เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความพร้อมในการเป็นผู้แทนของประเทศ เข้ามามีส่วนร่วมในการประชุมกำหนดนโยบายสาธารณสุขระดับโลก และสามารถนำแนวทางมาปรับใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อประเทศชาติ

#### การทำงานในระดับนานาชาติ

ควรส่งเสริมให้บุคลากรที่มีศักยภาพสูง ไปปฏิบัติงานในองค์การอนามัยโลก สำนักงานใหญ่ และ/หรือ ส่วนภูมิภาคมากขึ้น เพื่อการผลักดันนโยบายสาธารณสุขโลกที่เหมาะสม

#### Intervention on agenda 22.1 Human resources: Annual report

Delivered by Associate Professor Dr. Yupin Aunguroch (26 May 2017)

Thank you, Chair.

Thailand appreciates the secretariat for the well-prepared report. We also appreciate the engagement by the staff representatives and management representatives across the Organization who contributed to the improvement of HR management of the Organization. All workforce data, an overview of the trends and updated implementation including what has been done and what still needs to be done are clear.

For the workforce situation between 2014 and 2016, we appreciated the unchanged number of staff members holding fixed-term appointments, while the increased number of temporary appointments is the result of the new establishment of Health Emergency Program. It is critical that WHO is able to recruit and retain the high talent and competent staff members and creates an enabling work environment of the organization; with these competencies that WHO is “fit for purpose” and can meet the global health challenges. Though Thailand notes the steady progress in improvement of gender balance among WHO staff members, the voluntary geographical mobility was so slow. Thailand urges WHO provides more efforts to improve this performance; as it will become a mandatory policy in 2019.

Thank you Chair

## Agenda 22.2 Report of the International Civil Service Commission Report by the Secretariat

๑. นางสาวณัฐ มธรรพจน์ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๒. นายแพทย์คณิตสรณ์ สัมฤทธิ์เดชขจร สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

### สาระสำคัญของวาระ

สมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติ (71<sup>st</sup> Session) มีมติรับทราบรายงานของคณะกรรมการพลเรือน (ก.พ) นานาชาติ (International Civil Service Commission : ICSC) พ.ศ. ๒๕๕๙ ข้อเสนอของคณะกรรมการ ก.พ. นานาชาติ มีผลให้ WHO ต้องปรับปรุงระเบียบข้อบังคับของเจ้าหน้าที่ (WHO's staff rules) ระเบียบข้อบังคับฉบับปรับปรุงได้นำเข้ารายงานในการประชุมคณะกรรมการบริหารขององค์การอนามัยโลก สมัยที่ ๑๔๐ สำหรับรายงานของคณะกรรมการ ก.พ. นานาชาติ ที่ Secretariat สรุปเพื่อนำเสนอใน WHA นี้ว่าด้วยเรื่องอื่นๆ ที่นอกเหนือระเบียบข้อบังคับของเจ้าหน้าที่

มติของคณะกรรมการ ก.พ. นานาชาติแบ่งออกเป็น

#### ๑) อนุมัติ ได้แก่เรื่อง

๑.๑) กรอบบริหารงานบุคคล ที่มีการทบทวนใหม่จากกรอบเดิมเมื่อปี ๒๕๕๓ โดยฉบับปรับปรุงใหม่นี้ให้ความสำคัญกับหลักการ ๓ ประการ คือ (๑) staff-centred; (๒) strategic; และ (๓) results-based และเน้น talent management

๑.๒) เงินสนับสนุนค่าครองชีพในรายการที่มีการปรับปรุงใหม่ และเปิดพื้นที่ให้เลขาธิการคณะกรรมการสามารถปรับเปลี่ยนได้ยืดหยุ่น

#### ๒) รับทราบ ได้แก่

๒.๑) เรื่องข้อมูลการจัดทำสัญญาจ้าง โดยมากรทบทวนการจัดทำสัญญาจ้าง ๓ รูปแบบ

๒.๒) เรื่องความเสมอภาคทางเพศ

๒.๓) เรื่องเงินสงเคราะห์พิเศษสำหรับครอบครัวและบุตร โดยให้เลขาธิการจัดการจัดทบทวนระดับเงินสงเคราะห์พิเศษในเมืองแมดริด ลอนดอน นิวยอร์ก และเจนีวา ซึ่งได้รับการยกเลิกการห้ามขึ้นเงินสงเคราะห์ โดยให้จัดทบทวนครั้งเดียวแบบเฉพาะกิจ



๓) เสนอเรื่องหรือให้ข้อเสนอแนะไปยังสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติ ได้แก่

๓.๑) เรื่องแนวทางการจ่ายค่าชดเชยเมื่อหมดสัญญาจ้างสำหรับเจ้าหน้าที่ที่ทำงานเป็นระยะเวลานาน ซึ่งควรกำหนดระยะเวลาการทำงานต่อเนื่องให้ชัด คือ ๑๐ ปีขึ้นไป

๓.๒) เรื่องโครงสร้างเงินเดือนพื้นฐาน โดยเสนอให้มีการเพิ่มเงินเดือน และลดจำนวนคุณของเงินสนับสนุน ค่าครองชีพแทน

๓.๓) วิวัฒนาการผลต่างของค่าตอบแทนระหว่างองค์การสหประชาชาติและรัฐบาลสหรัฐอเมริกา ซึ่งในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ อยู่ที่ ๑๑๔.๑ ให้มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ไม่มีประเทศใดทำ intervention เนื่องจากได้มีการอภิปรายเรื่องบุคคลกร ในระเบียบวาระ 22.1 Human resources: annual report ครอบคลุมระเบียบวาระ 22.2 ไปแล้ว

### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยรับทราบรายงานของคณะกรรมการพลเรือนนานาชาติ จัดทำโดย Secretariat และได้ยกประเด็นเรื่องกรอบบริหารงานบุคคลขึ้นมาให้ความสำคัญ เพราะเห็นว่าการบริหารงานบุคคลที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยให้องค์การอนามัยโลกแก้ปัญหาทางการเงินได้ เพราะบุคคลากรคือทุนที่สำคัญขององค์กร การบริหารบุคคลควรให้ความสำคัญในด้านการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ เพื่อช่วยให้องค์การอนามัยโลกทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยเหลือตรงความต้องการของประเทศสมาชิก และหยิบยกประเด็นท้าทายของโลกรวมหรือได้ทันที

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

รับทราบรายงานของคณะกรรมการพลเรือนนานาชาติ สรุปโดย Secretariat

### ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

#### การทำงานในระดับประเทศ

หน่วยงานต่างๆทั้งในระดับองค์กร หรือกรม ควรตระหนักถึงความสำคัญของทรัพยากรบุคคล และมีการบริหารจัดการที่ดีตั้งแต่การคัดเลือกเจ้าหน้าที่ การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ และการดูแลเจ้าหน้าที่ให้มั่นคงและปลอดภัย โดยเฉพาะเรื่องการพัฒนาศักยภาพ

#### การทำงานในระดับนานาชาติ

ไม่มี

#### Intervention on Agenda 22.2 Report of the International Civil Service Commission

Read by Ms. Nanoot Mathurapote and Dr. Kanitsorn Sumriddetchkajorn (25/May/2017)

Thank you, Chair,

Thailand takes note of the report done by the secretariat. However, we would like to bring the Human Resource Management Framework in the report to an attention. Concerning the shortfall of WHO budget, Human Resource Management will be one of the answers to tackle this problem. Strategic human resource management can contribute to the achievement of WHO success with limited budget.

Human resource is an asset of WHO. To Keep WHO staff motivated and competent, it is not about the issue of salary and benefit, but staff development and learning. Thailand urges WHO to put an attention to staff capacity building to increase staff competency which results in efficient organizational performance, responsive support to Member States and prompt address to new global challenges.

### Agenda 22.3 Amendments to the Staff Regulations and Staff Rules

#### ผู้รับผิดชอบ

๑. แพทย์หญิงนาตยา มิลส์ สำนักงานสาธารณสุขต่างประเทศ
๒. นางสาวณนุต มธรรพจน์ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

#### สาระสำคัญ

ตามเอกสาร EB140/48 (draft resolution) ณ วันที่ ๒๑ พฤศจิกายน ๒๐๑๖ และประกาศ(confirmation EB140.R8-9) ณ วันที่ 31 มกราคม 2017 เป็นการปรับปรุงแก้ไขกฎระเบียบข้อบังคับเจ้าหน้าที่ประจำปีตามข้อเสนอของ DG ที่ผ่านการกลั่นกรองและรับรองโดย EB ก่อนนำเข้าสู่ที่ประชุม WHA เพื่อให้พิจารณาเห็นชอบ ซึ่ง ณ วันที่ ๘ พฤษภาคม ๒๐๑๗ มี ๒ ประเด็นเฉพาะ EB140.R8 (ส่วนประเด็นขยายอายุเกษียณ EB140.R9 ให้นำไปเสนอพิจารณาในการประชุม EB141) คือ

๑. Confirmation of amendments to the staff rules: revised compensation package, related entitlements and salaries for staff ให้มีผลตั้งแต่ 1 มกราคม 2017 ใช้กับเจ้าหน้าที่ระดับเชี่ยวชาญขึ้นไป และมีการแก้ไขใหม่ให้สอดคล้องหรือครอบคลุมเป็นปัจจุบันเช่น เบี้ยเลี้ยงกันดาร ย้ายฐาน จูงใจ ทนตั้งตัว ทนเกษียณ ค่าเดินทางคู่สมรสและบุตร ค่าทำศพ เป็นต้น (ภาคผนวก1) กรณีเป็นทุนการศึกษา ค่าเดินทางเจ้าหน้าที่คู่สมรสและบุตรให้ขยายไปถึง 1 มกราคม 2018

๒. Salaries of Staff in ungraded positions and the Director-General ให้ตั้งค่าจ้างเพิ่มแก่บุคคลต่อไปนี้ (๓.๑) Assistant DG และ Regional Director ให้ได้รับ net salary of US\$ 130,586 (๓.๒) Deputy DG ให้ได้รับ net salary of US\$ 142,346 (๓.๓) DG ให้ได้รับ net salary of US\$ 172,069 มีผลตั้งแต่ 1 มกราคม 2017 เป็นต้นไป

#### บทบาททำที่ของประเทศอื่นๆ:

ทุกประเทศรับรองการเพิ่มเงินเดือนผู้บริหารระดับสูงแต่การขยายอายุทำงานเป็น 65 ปีหลายประเทศไม่เห็นด้วยจึงขอให้มีการพิจารณาอย่างละเอียดรวมทั้งหาข้อมูลเปรียบเทียบกับที่ต้องจ้างเจ้าหน้าที่ชั่วคราวใหม่อีกครั้งในการประชุม EB ครึ่งหน้า

**บทบาททำที่ประเทศไทย:** สนับสนุนโดยเฉพาะเบี่ยกันดารหรือแรงจูงใจในการทำงานต่างๆให้เพิ่มขึ้นรวมทั้งการขยายอายุเกษียณงานเนื่องจากลักษณะงานหลักๆเป็นการใช้ความรู้ความสามารถบวกประสบการณ์ที่ยาวนานแต่เสนอความหวังในเรื่องของงบประมาณจึงสนับสนุนให้มีการพิจารณาในรายละเอียดอีกครั้งในการประชุม EB 141

**สรุปผลลัพธ์ของวาระ:**

รับรองการเพิ่มเงินเดือนของผู้บริหารระดับสูงของและสนับสนุนให้นำวาระการขยายอายุเกษียณถึง 65 ปีไปพิจารณาใน EB141

**Intervention on agenda 22.3 Amendments to the Staff Regulations and Staff Rules**

Read by Dr. Nadtaya Mills

Thank you Chair, the Thai delegation does not have any objection on the resolution EB140.R8R9. We support the adoption of these EB resolution. My Thai delegates agree that the extension of the mandatory retirement age to be 65 years old for staff appointed before 1 January 2014 needs more additional information especially the funding implication on WHO. We agreed that this issue will be considered at the EB 141st session.

**Agenda 22.5 Appointment of representatives to the WHO Staff Pension Committee****ผู้รับผิดชอบ**

๑. นางสาวกุลธิดา พิณรุทอง กรมอนามัย
๒. นายวัฒนา มะสังหลง กรมควบคุมโรค

**สาระสำคัญของวาระ**

เพื่อให้เป็นไปตามระเบียบกองทุนบำนาญของเจ้าหน้าที่องค์การสหประชาชาติ (United Nations Joint Staff Pension Fund) และตามมติที่ประชุมสมัชชานานาชาติโลกที่ 2.49 เรื่องการแต่งตั้งคณะกรรมการกองทุนบำนาญของเจ้าหน้าที่องค์การอนามัยโลก ซึ่งประกอบด้วยกรรมการจำนวน ๙ คน (และกรรมการสำรองอีก ๙ คน) ที่มาจากการแต่งตั้งโดยความเห็นชอบของที่ประชุมสมัชชานานาชาติโลก ๓ คน การแต่งตั้งโดยผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก ๓ คน และการเลือกตั้งในหมู่สมาชิกของกองทุนฯ ด้วยกันเองอีก ๓ คน โดยมีวาระการปฏิบัติหน้าที่ ๓ ปี ทั้งนี้ โดยยึดหลักว่ากรรมการจะต้องเป็นผู้แทนของชาติสมาชิกจากทั้ง ๖ ภูมิภาคตามการแบ่งเขตขององค์การอนามัยโลก

ในการประชุม WHA70 นี้ ได้มีการเสนอชื่อผู้ที่สมควรได้รับการแต่งตั้งเป็นกรรมการและกรรมการสำรองใหม่เพื่อแทนกรรมการที่กำลังจะหมดวาระ ๑ คน (Dr. Ebenezer Appiah-Denkyira - Ghana) แทนกรรมการเดิมที่ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ในคณะกรรมการฯ ชุดนี้ได้ต่อ ๑ คน (Dr. Palitha Gunarathna Mahipala - Sri Lanka) และแทนกรรมการสำรองเดิมที่ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ต่อเช่นกันอีก ๑ คน (Dr. Mariam A. Al-Jalahma - Bahrain) โดยฝ่าย Secretariat เสนอให้

- เลื่อนกรรมการสำรอง จำนวน ๒ คน ซึ่งได้รับการแต่งตั้งโดยความเห็นชอบของที่ประชุม WHA69 ขึ้นเป็นกรรมการ โดยให้อยู่ในตำแหน่งจนกว่าจะสิ้นสุดวาระการปฏิบัติหน้าที่ของทั้งคู่ในเดือนพฤษภาคม ๒๐๑๙ คือ Dr. Naoko Yamamoto - Japan และ Dr. Gerardo Lubin Burgos Bernal - Colombia
- แต่งตั้งกรรมการสำรองใหม่ จำนวน ๓ คน คือ Dr. Asad Hafeez - Pakistan, Dr. Papa Amadou Diack - Senegal และ Dr. Alan Ludowyke - Sri Lanka โดยมีวาระการปฏิบัติหน้าที่จนถึงเดือนพฤษภาคม ๒๐๒๐

**บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ**  
ไม่มีประเทศใดแสดงท่าทีในวาระนี้

**บทบาทและท่าทีของประเทศไทย**  
ไม่มีประเทศใดแสดงท่าทีในวาระนี้

**สรุปผลลัพธ์ของวาระ**  
ที่ประชุมฯ รับรองตามข้อเสนอของฝ่าย Secretariat

### Agenda 23.1 Overview of WHO Reform Implementation

#### ผู้รับผิดชอบ

๑. นายวัฒนา มะสังหลง สำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศ กรมควบคุมโรค
๒. นายบรรลุ ศุภอักษร สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ

#### สาระสำคัญของวาระ

รายงานฉบับนี้เป็นรายงานสรุปความก้าวหน้าของการปฏิรูปองค์การอนามัยโลกในช่วงระยะเวลา ๖ ปีที่ผ่านมา โดยเป็นการรายงานความก้าวหน้าของการปฏิรูปใน ๓ ด้านหลัก คือ ด้าน programmes and priority-setting ด้าน governance และด้าน management รวมถึงความจำเป็นในการเพิ่มการปฏิรูปด้าน outbreaks and health emergencies เพิ่มเติมด้วย

#### Programmatic reform

- WHO จัดทำร่าง programme budget ของปี ๒๐๑๘- ๒๐๑๙ โดยใช้กระบวนการ bottom up เน้นการปรับปรุง priority setting ในระดับประเทศ และการกำหนด countries' priorities ให้สอดคล้องกับการจัดสรรงบประมาณ
- ตระหนักถึงปัญหาในด้านการจัดสรรงบประมาณให้เพียงพอและยั่งยืน โดยยกตัวอย่างถึงปัญหาการจัดสรรงบประมาณในปี ๒๐๑๖-๒๐๑๗ ซึ่งงบประมาณส่วนใหญ่ถูกจัดสรรไปให้กับ WHO Health Emergencies Program ซึ่งเป็นโครงการเร่งด่วนที่ต้องรีบพัฒนาในขณะนั้น ซึ่งการทุ่มเงินลงทุนไปพัฒนาในโครงการ WHO Health Emergencies Program นั้นส่งผลกระทบต่อการสนับสนุนและพัฒนาในส่วนของแผนงาน/โครงการอื่นๆ ใดๆก็ตาม ระหว่างการประชุม Financing Dialogue (จัดเมื่อ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๕๙) มีผู้บริจาค (Donors) หลายรายแสดงความประสงค์จะสนับสนุนเงินทุนเพิ่มขึ้นให้แก่แผนงานต่างๆ

#### Governance reform

- ฝ่ายเลขานุการจัดทำร่างเอกสาร six years forward looking planning schedule of expected agenda item เพื่อพัฒนาในเรื่องของจำนวนวาระและระยะเวลาที่ใช้ในการอภิปรายในที่ประชุมให้ครอบคลุมและเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ซึ่งที่ประชุม EB ๑๔๐ ให้ความเห็นชอบแล้ว
- WHO กำลังดำเนินการปรับปรุงและพัฒนาให้การประชุมระดับนโยบายขององค์การอนามัยโลก (governing body sessions) ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยเสนอให้มีจำนวนวาระการประชุมที่เหมาะสมกับระยะเวลาของการประชุม เนื่องจากวาระ การประชุมสมัชชาอนามัยโลก เพิ่มสูงขึ้นถึง ๕๐ เพอร์เซ็นต์ในช่วงระยะเวลา ๗ ปี

ที่ผ่านมา และมีจำนวนเอกสารประกอบเพิ่มขึ้นถึง ๓ เท่า อีกทั้งยังมีความพยายามในการจัดส่งเอกสารให้ประเทศสมาชิกตรงเวลา

- จัดทำกรอบการดำเนินงานสำหรับการเข้ามามีส่วนร่วมของ None State Actors ( the Framework of Engagement with Non – State Actors (FENSA)) สำเร็จและได้มีการรับรองในที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๙ ซึ่งผ่านกระบวนการหารือยาวนานกว่า ๒ ปี โดย FENSA ระบุถึงหลักการขอเขตความร่วมมือ ๕ รูปแบบ (participation, resources, evidence, advocacy และ technical collaboration) ระหว่าง WHO กับ NSAs ๔ กลุ่มหลัก ได้แก่ ๑) Non-governmental organizations ๒) Private sector entities ๓) Philanthropic foundations และ ๔) Academic institutions) รวมทั้งได้ระบุข้อควรระวัง/ ความเสี่ยงเรื่องผลประโยชน์ทับซ้อน การประเมินผลและจัดการความเสี่ยง

#### Management Reform

WHO ตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นสำหรับการปฏิรูปในด้าน Human resources, Accountability and transparency และ Evaluation

#### Human resources

ได้มีการรายงานการปฏิรูปด้าน Human resources บนพื้นฐานของยุทธศาสตร์ทรัพยากรมนุษย์เพื่อให้แน่ใจว่าจำนวนและคุณสมบัติของเจ้าหน้าที่เหมาะสมกับองค์กรทั้งสามระดับ โดยมุ่งเน้นถึงประเด็นนโยบาย ๓ pillars หลัก ได้แก่ ๑ การดึงดูดบุคลากรที่มีความสามารถ (Attracting talent ) ซึ่งมีระบบการคัดเลือกแบบ fast track กรณีที่ต้องการบุคลากรอย่างเร่งด่วน (emergencies ) ๒ การรักษาไว้ซึ่งบุคลากรที่มีความสามารถ (retaining talent ) ด้วยนโยบายการเคลื่อนย้ายบุคลากรข้ามเขตแดน ( geographical mobility policy) เพื่อรักษาไว้ซึ่งบุคลากรที่มีคุณภาพให้ทำงานใน Headquarter เขตภูมิภาคของตนเอง ซึ่ง DG ประกาศใช้เมื่อเดือนมกราคม ปี ๒๕๕๙ โดยริเริ่มในรูปแบบโครงการทดลองระยะเวลาระหว่างปี ๒๕๕๙- ๒๕๖๑ ผลปรากฏว่า ในช่วงครึ่งปีแรกของปี ๒๕๕๙ มีจำนวนการเคลื่อนย้ายบุคลากรที่มีความสามารถระหว่าง regional headquarter สูงถึง ๓๐ เปอร์เซนต์เมื่อเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันในปี ๒๕๕๘ ๓. การคำนึงถึงสภาพแวดล้อมที่เอื้อในการทำงาน (An enabling work environment ) ภายใต้แนวทาง Respectful Workplace เพื่อให้แน่ใจว่าบุคลากรมีความสุขและรู้สึกดีกับบรรยากาศและสภาพแวดล้อมในสถานที่ทำงาน รวมถึงได้รับการปฏิบัติที่ดีและได้รับการเคารพนับถือซึ่งกันและกัน

#### Accountability and transparency

เมื่อเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๘ DG ได้ให้คำมั่นในการดำเนินการตาม standards of the International Aid Transparency Initiative เพื่อเป็นการพัฒนาและปฏิบัติตามนโยบายการเปิดเผยข้อมูลข่าวสาร

#### Evaluation

WHO ได้มีการจัดตั้ง evaluation office เพื่อสร้างความเข้มแข็งและพัฒนาประสิทธิภาพในเรื่องของการประเมินผลการดำเนินงานและส่งเสริมให้องค์การอนามัยโลกเป็น organization learning โดยเน้นการประเมินใน ๖ เรื่องสำคัญ ดังนี้ ๑. การประเมินในเรื่องของ governance ๒. การประเมินเรื่องของความสามารถและทรัพยากร ๓. การประเมิน workplan ๔. การประเมินในเรื่องของการจัดการและข้อเสนอแนะ ๕ การประเมินสิ่งที่ได้เรียนรู้ขององค์กร ๖ การประเมินในเรื่องของงานด้านการสื่อสาร โดยมีผลงานการประเมินที่สำคัญได้แก่การประเมินความจำเป็นในการมี country office ในประเทศต่างๆและการประเมินผลลัพธ์ของ WHO publications

การประเมินผลการดำเนินงานตาม global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property เป็นต้น

ฝ่ายเลขานุการจะดำเนินการประเมิน รายงานผล และอัปเดตความก้าวหน้าการดำเนินงานในเรื่องของการปฏิรูปในด้านต่างๆให้ประเทศสมาชิกทราบเป็นระยะๆ และเน้นย้ำว่าการที่จะมองเห็นความสำเร็จและความยั่งยืน รวมถึงข้อบกพร่องในการดำเนินงานด้านการปฏิรูปในสาขาต่างๆจำเป็นต้องใช้เวลาในการดำเนินการสังเคราะห์ผล

### สรุปความสำเร็จในการปฏิรูปองค์การอนามัย

#### ด้าน programmatic reform

๑. เพิ่มความโปร่งใสในการจัดสรรงบประมาณและระบุแหล่งทุน และการดำเนินงานของแผนงาน โดยประเทศสมาชิกสามารถตรวจสอบข้อมูลดังกล่าวผ่าน web portal (<http://open.who.int/>)

#### ด้าน governance reform

๒. ผลักดันให้ผู้มีบทบาทสำคัญของประเทศสมาชิกต่างๆเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานมากขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการเข้าประชุม Governing body meeting (increasing level of MS engagement)

๓. มีการพัฒนาและริเริ่มกำหนด Global Health Agenda ใหม่ๆ outside WHO's wall

๔. การปรับเปลี่ยนการดำเนินงานเพื่อให้สอดคล้องและประสานรับกันระหว่าง Governing body ระดับโลกและระดับภูมิภาคประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี อีกทั้งกระบวนการและเกณฑ์การคัดเลือก DG และ RD ก็เป็นไปอย่างโปร่งใสและสอดคล้องซึ่งกันและกัน

๕. จัดทำกรอบการดำเนินงานสำหรับการเข้ามามีส่วนร่วมของ None State Actors (the Framework of Engagement with Non – State Actors (FENSA)) สำเร็จและได้มีการรับรองในที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๙ ซึ่งผ่านกระบวนการหารือยาวนานกว่า ๑๗ เดือน โดยกรอบ FENSA นั้นนับว่าเป็นหนึ่งในกรอบการดำเนินงานที่โปร่งใสที่สุด

#### ด้าน management reform

๖. ความสำเร็จในการจัดตั้ง Compliance Risk and Ethics department เสริมสร้างให้องค์การอนามัยโลกเป็นองค์กรคุณธรรมและโปร่งใส และ Evaluation Office เพื่อสร้างความเข้มแข็งและพัฒนาประสิทธิภาพในเรื่องของการประเมินผลการดำเนินงาน

๗. Staff mobility policy

#### ประเด็นท้าทาย

๑. ความยากลำบากในการประมาณการแหล่งเงินทุนสนับสนุน และการระบุ priority setting

๒. ความยากลำบากในการแบ่งสรรทรัพยากร ทั้งในด้านทรัพยากรบุคคลและแหล่งทุน เนื่องจากโครงสร้างการปกครองที่ซับซ้อน (difficulty of allocating resources across various layers of governance structures)

๓. ปัญหาค่าใช้จ่ายการบริหารจัดการที่เพิ่มสูงขึ้น (Increasing administrative and management costs)

### ข้อเสนอแนะจาก 3rd stage WHO reform

ผลจากการประเมิน WHO third stage evaluation ได้ข้อสรุปเป็น ๓ กิจกรรมที่ต้องเร่งดำเนินการ และ ๑๐ ข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน ดังนี้

Priority # ๑: กำหนดกรอบแนวทางการดำเนินงานของ WHO ให้มีความชัดเจน

คำแนะนำ ๑ ระบุทิศทางที่ชัดเจนสำหรับการทำงานในอนาคตของ WHO เช่น การทบทวนความต้องการของประเทศสมาชิก เพื่อที่จะได้เร่งแก้ปัญหาทางด้านสาธารณสุขและจัดการความเสี่ยงได้ตรงจุด

คำแนะนำ ๒ พัฒนาขีดความสามารถขององค์กรในการจัดสรรเงินทุนเพื่อไปพัฒนาแก้ปัญหาประเด็นสาธารณสุขเร่งด่วน

Priority # ๒: ดำเนินงานให้ไปในทิศทางเดียวกับ WHO's operating model

คำแนะนำ ๓ พัฒนาประสิทธิภาพการดำเนินงานด้าน Governance ของ WHO

คำแนะนำ ๔ ดำเนินงานตามแบบอย่างและไปในทิศทางเดียวกับ WHO ทั้งในระดับ HQ, Regional และ Country office : พัฒนาการเคลื่อนย้ายบุคลากรที่มีความสามารถโดยกระจายออกจาก HQ ที่เจนีวา ไปยังภูมิภาคอื่นๆ เพื่อให้การดำเนินงานในระดับภูมิภาคมีประสิทธิภาพและประสานรับกันกับ HQ

คำแนะนำ ๕ ส่งเสริมให้มีแนวทางปฏิบัติที่สอดคล้อง เชื่อมต่อ และบูรณาการซึ่งกันและกันระหว่างหน่วยงานระดับต่างๆของ WHO

Priority # ๓: ดำเนินกิจกรรมที่จำเป็นเพื่อให้การดำเนินงานสัมฤทธิ์ผล

คำแนะนำ ๖ เพิ่มขีดความสามารถในการดำเนินงานตามกรอบ FENSA

คำแนะนำ ๗ แก้ปัญหาภายในที่อาจจะแฝงตัวอยู่ภายในองค์กร เช่นการประสานงานกันระหว่าง Staff ในระดับต่างๆของ WHO ทั้ง HQ, regional และ Country office

คำแนะนำ ๘ เน้นการพัฒนาทักษะความเป็นผู้นำและการบริหารจัดการงานของบุคลากรตำแหน่งหลักๆที่สำคัญ

คำแนะนำ ๙ ดำเนินงานตามนโยบายข้ามย่ายเขตแดนในปี ๒๐๑๙

คำแนะนำ ๑๐ พัฒนาขีดความสามารถการดำเนินงานของทีมเลขานุการ WHO

### **บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ**

รับทราบรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานขององค์การอนามัยโลก แต่อย่างไรก็ตามประเทศสมาชิกได้แสดงความกังวลถึงการส่งเอกสารที่ล่าช้าขององค์การอนามัยโลก เช่น ในบางวาระการประชุม เอกสารประกอบถูกปล่อยออกมาล่าช้าเป็นอย่างมากทำให้ประเทศสมาชิกไม่มีเวลาที่จะอ่าน ทบทวนเนื้อหา และเตรียมตัวให้พร้อมสำหรับเข้าร่วมประชุม อีกทั้งเรียกร้องให้องค์การอนามัยโลกพัฒนาและส่งเสริมประสิทธิภาพในการจัดสรรและคาดประเมินเงินทุนสนับสนุนโครงการต่างๆ เพื่อไม่ให้เกิดปัญหา shortfall พร้อมให้การสนับสนุนผู้อำนวยการใหญ่ขององค์การอนามัยโลกคนใหม่การปฏิรูปองค์การอนามัยโลกรวมถึงการจัดทำ General Programme of Work ฉบับต่อไป

## บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

-รับทราบรายงาน Overview of WHO Reform Implementation

-ประเทศไทยเล็งเห็นว่า การปฏิรูปขององค์การอนามัยโลกนั้นยังไม่มี ความชัดเจนและยังไม่สามารถแก้ปัญหา การเข้ามาควบคุมและครอบงำจาก Donors ได้ อีกทั้งโครงสร้างการบริหารงานระดับ Region ยังไม่ได้รับการ ปรับปรุงและพัฒนาให้ดีขึ้นเท่าที่ควร

- เสนอแนะให้องค์การอนามัยโลกปรับเปลี่ยนรูปแบบการปฏิรูปใน ๓ ประเด็นหลักดังต่อไปนี้

๑. จัดลำดับความสำคัญและมุ่งสนับสนุนโครงการที่สามารถสร้างผลกระทบและเกิดประโยชน์และเห็นผลลัพธ์ การเปลี่ยนแปลงได้อย่างชัดเจน เช่นการสร้าง ความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพ และการส่งเสริมหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า

๒. ปรึบลดและคัดกรองการเข้ามาสนับสนุนเงินทุนจากหน่วยงานภายนอกที่มุ่งหวังแต่ผลประโยชน์ เพื่อ ขัดขวางไม่ให้องค์การอนามัยโลกตกเป็นเหยื่อและอยู่ภายใต้การควบคุมของ Donors

๓. ปรับปรุง คัดกรอง และพัฒนาการจัดการทรัพยากรบุคคล ( WHO Staff) เพื่อเปิดโอกาสให้บุคลากรที่ดี มี ความสามารถที่แท้จริง เข้ามาช่วยขับเคลื่อนการดำเนินงานขององค์การอนามัยโลก

## สรุปผลการประชุม

ที่ประชุมรับทราบรายงานในเอกสารหมายเลข A๗๐/ ๕๐

## ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

### การทำงานในระดับประเทศ

ติดตามความก้าวหน้าของการปฏิรูปองค์การอนามัยโลก และหารือผู้ที่เกี่ยวข้องรวมทั้งให้ข้อคิดเห็นต่อการ ปฏิรูป

### การทำงานในระดับนานาชาติ

ประสานงานกับประเทศสมาชิก SEARO และคณะผู้แทนถาวรไทยฯ ในการหารือและจัดทำข้อเสนอแนะใน ประเด็นการปฏิรูปองค์การอนามัยโลกต่อไป

### Intervention on agenda 23.1: overview of the WHO reform implementation

Read by Mr. Wattana Masunglong

Mr. Chair,

We, Thailand, wish to address this intervention to the new DG, Dr. Tedros.

First, the WHO reform so far is ‘less than cosmetic’ and did not address the main challenges of ‘financial control by donors’, ‘bleeding out of capable staff with good spirit’, ‘outdated regional structures’, ‘inefficient vertical bureaucracy’, and ‘rapid loss of its social and intellectual capital’.

Second, there is no clear proposal for the real substantive reform so far.

Thus, this would be the opportunity for Dr. Tedros to totally rethink about WHO reform in an innovative way, including:



1. Prioritization of its works to focus a few game changing issues like health systems strengthening and UHC.
2. Scale down its organization and budget to prevent WHO falling prey to donors' control. 25 years ago, WHO assessed contribution was more than two third but now it is only 20% of total budget.
3. Create a HR management systems that prevent the situation of 'Good guys hiding and disappearing and bad guys roaming'.

Thailand would like to convey these sincere views to the new DG, Dr, Tedros, thru you Mr. Chair, for his consideration in his tenure. We commit to support his actions to move this organization from a near 'hopeless' to a 'hopeful' one.

We do believe in the wisdom, commitment, and leadership of the new DG, Dr. Tedros, and expect to see his successes soon.

I thank you ,Madame Chair.

## Agenda 23.2 Governance Reform follow-up to decision WHA69(8) (2016)

### ผู้รับผิดชอบ

๑. นายบรรลุ ศุภอักษร สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ
๒. นางสาวกุลธิดา พิณรุทอง กรมอนามัย

### สาระสำคัญ

- WHA69 ได้รับรองข้อตัดสินใจ WHA69(8) ในการเห็นชอบกับข้อเสนอแนะจากที่ประชุม Open ended Intergovernmental Meeting on Governance Reform ในการขอให้ DG RD ดำเนินการตาม Methods of work of WHO's governing bodies และปรับปรุงการอภิบาลให้สอดคล้องทั้งสามระดับขององค์การอนามัยโลก (ระดับประเทศ ภูมิภาค และสำนักงานใหญ่)
- EB bureau ได้รับความเห็นจากประเทศสมาชิกในการทบทวน criteria เพื่อพิจารณาจัดทำ provisional agenda of the board และพัฒนาข้อเสนอใหม่หรือปรับ criteria ซึ่งได้มีการพิจารณาในที่ประชุม EB140 และได้จัดทำข้อเสนอในการปรับจำนวนวาระของการประชุม governing bodies, ระยะเวลาของการประชุม รวมถึง Financial implications เพื่อให้ WHA70 พิจารณา โดยผ่าน EB140
- ที่ประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลกได้หารือถึงการพัฒนากระบวนการทำคะแนน (scoring) ของวาระที่เสนอเพื่อเข้าเป็นวาระการประชุมคณะกรรมการบริหาร, การส่งเสริมให้มีการพิจารณาข้อเสนอการเพิ่มวาระการประชุม WHA ภายใต้ Rule 5 of the Rule of Procedure of the WHA โดยจะต้องมีเอกสาร Explanatory Memorandum แนบพร้อมวาระที่เสนอ และให้มีการปรับปรุงการประชุม governing ให้มีประสิทธิภาพ โดยใช้ประโยชน์จากการประชุม PBAC ในรูปแบบข้อเสนอแนะต่างๆ (เช่น วาระที่ได้มีการอภิปรายที่ PBAC แล้ว อาจไม่ต้องนำมาเป็นวาระแยกในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก แต่เสนอเป็นวาระรวมในรายงานการประชุมของ PBAC)

- WHA70 จะพิจารณาเกี่ยวกับการเสนอวาระการประชุมภายใต้ Rule 5 of the Rule of Procedure of the WHA และจะต้องมี Explanatory Memorandum <sup>ทั้งนี้</sup> สำหรับเรื่องระบบ scoring ในการพิจารณาวาระที่จะบรรจุเข้าเป็นวาระการประชุมคณะกรรมการบริหาร จะถูกพิจารณาใน EB141

### Explanatory memorandum for items proposed under Rule 5 of the Rules of Procedure of the World Health Assembly

- ที่ประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลกในเดือนมกราคมของแต่ละปีทำหน้าที่พิจารณาระเบียบวาระการประชุมสมัชชาอนามัยโลกตาม Rule 5 of the Rules of Procedure of the World Health Assembly โดย Member State, Associate Member และองค์กรในระบบสหประชาชาติที่มีความร่วมมือกับ WHO สามารถเสนอวาระได้ องค์การสหประชาชาติจะเสนอวาระการประชุมจะต้องมีการหารือเบื้องต้นตามที่จำเป็นระหว่าง DG และ UNSG ก่อน ดังนั้นวาระการประชุมใด ๆ ที่เสนอตามกฎข้อ ๕ จะถูกบรรจุในวาระการประชุมของ WHA โดยอัตโนมัติ โดยไม่คำนึงถึงความเกี่ยวข้องกับการทำงานของ WHO หรือเงื่อนไขใดๆ
- เพื่อเป็นการส่งเสริมการบริหารจัดการระเบียบวาระการประชุมและเพื่อผลประโยชน์ที่ได้รับจากการพิจารณาของคณะกรรมการบริหารฯ ที่ประชุม WHA อาจพิจารณากำหนดผู้ที่จะเสนอวาระการประชุมของ WHA ตาม Rule 5 of its Rules of Procedure โดยแนบเอกสารอธิบายเหตุผลความจำเป็น (explanatory memorandum) ในการเสนอวาระดังกล่าว โดยคำอธิบายจะต้องใช้ภาษา WHO's official languages ไม่เกิน ๕๐๐ คำ และต้องส่งถึง DG ไม่น้อยกว่าสี่สัปดาห์ก่อนเริ่มการประชุม EB เพื่ออำนวยความสะดวกในการแปลเป็นภาษาอื่น ๆ และการแจกจ่ายทันเวลา
- explanatory memorandum ประกอบการเสนอวาระการประชุมเพิ่มเติม จะช่วยให้คณะกรรมการบริหารสามารถพิจารณาวาระการประชุม WHA ภายใต้ Rule 4 of the Rules of Procedure of WHA ได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยที่ประชุม WHA อาจพิจารณาทางเลือกเพื่อช่วยในการตัดสินใจการจัดทำระเบียบวาระการประชุมของคณะกรรมการฯ ๒ ทางเลือก ดังนี้
 

**ทางเลือกที่ ๑ explanatory memorandum** จะช่วยให้คณะกรรมการบริหารประเมินและพิจารณาเสนอให้ที่ประชุม WHA บรรจувาระ เลื่อน หรือ ไม่บรรจุวาระเลย ทั้งนี้ Member State, Associate Member และองค์กรในระบบสหประชาชาติที่มีความร่วมมือกับ WHO ยังสามารถเสนอวาระการประชุม WHA เพิ่มเติม (supplementary agenda) ได้ ภายใต้ Rule 12 of the Rules of Procedure of the World Health Assembly

**ทางเลือกที่ ๒ explanatory memorandum** จะช่วยให้คณะกรรมการบริหารพิจารณา เพื่อให้คำแนะนำในการเลื่อนการบรรจุวาระ (Deferral) ถ้าเห็นว่าเหมาะสม ไปในการประชุมครั้งต่อไป ภายใต้ทางเลือกที่สองนี้ คณะกรรมการบริหารฯ จะยังคงดำเนินการบรรจุวาระการประชุมของ WHA อย่างไรก็ตาม General Committee ของ WHA จะพิจารณาข้อเสนอแนะของคณะกรรมการบริหารฯ เพื่อเลื่อนการดำเนินการตาม Rule 31(c) of the Rules of Procedure of the World Health Assembly
- ทางเลือกแรกประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญมากกว่าทางเลือกที่สอง และหากข้อเสนอแนะเพื่อเสนอข้อกำหนดเกี่ยวกับ explanatory memorandum เป็นที่ยอมรับ ดังนั้น Rule 5 of the Rules of Procedure of the World Health Assembly จะต้องมีการแก้ไขเพิ่มเติม ดังระบุ Annex

#### **ACTION BY THE HEALTH ASSEMBLY**

The Health Assembly is invited to note the report and to consider the following draft decision:

The Seventieth World Health Assembly, having considered the report on governance reform: follow-up to decision WHA69(8) (2016), decides:

- (1) to adopt the amendments to Rule 5 of the Rules of Procedure of the World Health Assembly as set out in table [1]/[2]2 in the Annex to document A70/51, in accordance with Rule 119 of the Rules of Procedure of the World Health Assembly, with effect from the closure of its Seventieth session;
- (2) to recommend that explanatory memoranda referred to in the third paragraph of Rule 5 of the Rules of Procedure of the World Health Assembly be limited to 500 words.

**Table 1. First option as outlined in paragraph 9 of the report**

<b>Current version of Rule 5 of the Rules of Procedure of the World Health Assembly</b>	<b>Proposed amended version of Rule 5 of the Rules of Procedure of the World Health Assembly</b>
<p>The Board shall include in the provisional agenda of each regular session of the Health Assembly inter alia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(a) the annual report of the Director-General on the work of the Organization;</li> <li>(b) all items that the Health Assembly has, in a previous session, ordered to be included;</li> <li>(c) any items pertaining to the budget for the next financial period and to reports on the accounts for the preceding year or period;</li> <li>(d) any item proposed by a Member or by an Associate Member;</li> <li>(e) subject to such preliminary consultation as may be necessary between the Director-General and the Secretary-General of the United Nations, any item proposed by the United Nations;</li> <li>(f) any item proposed by any other organization of the United Nations system with which the Organization has entered into effective relations.</li> </ul>	<p>The Board shall include in the provisional agenda of each regular session of the Health Assembly inter alia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(a) the annual report of the Director-General on the work of the Organization;</li> <li>(b) all items that the Health Assembly has, in a previous session, ordered to be included;</li> <li>(c) any items pertaining to the budget for the next financial period and to reports on the accounts for the preceding year or period.;</li> </ul> <p><b>The Board shall consider including on the provisional agenda of each regular session of the Health Assembly:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(ad) any item proposed by a Member or by an Associate Member;</li> <li>(be) subject to such preliminary consultation as may be necessary between the Director-General and the Secretary-General of the United Nations, any item proposed by the United Nations;</li> <li>(cf) any item proposed by any other organization of the United Nations system with which the Organization has entered into effective relations.</li> </ul> <p><b>Any proposal for inclusion on the provisional agenda of any item under the second paragraph of this Rule shall be accompanied by an explanatory memorandum that shall reach the Director-General not later than four weeks before the commencement of the session of the Board at which the provisional agenda of the Health Assembly is to be prepared.</b></p>

**Table 2. Second option as outlined in paragraph 10 of the report**

<b>Current version of Rule 5 of the Rules of Procedure of the World Health Assembly</b>	<b>Proposed amended version of Rule 5 of the Rules of Procedure of the World Health Assembly</b>
<p>The Board shall include in the provisional agenda of each regular session of the Health Assembly inter alia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(a) the annual report of the Director-General on the work of the Organization;</li> <li>(b) all items that the Health Assembly has, in a previous session, ordered to be included;</li> <li>(c) any items pertaining to the budget for the next financial period and to reports on the accounts for the preceding year or period;</li> <li>(d) any item proposed by a Member or by an Associate Member;</li> <li>(e) subject to such preliminary consultation as may be necessary between the Director-General and the Secretary-General of the United Nations, any item proposed by the United Nations;</li> <li>(f) any item proposed by any other organization of the United Nations system with which the Organization has entered into effective relations.</li> </ul>	<p>The Board shall include <del>o</del>in the provisional agenda of each regular session of the Health Assembly inter alia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(a) the annual report of the Director-General on the work of the Organization;</li> <li>(b) all items that the Health Assembly has, in a previous session, ordered to be included;</li> <li>(c) any items pertaining to the budget for the next financial period and to reports on the accounts for the preceding year or period;</li> <li>(d) any item proposed by a Member or by an Associate Member;</li> <li>(e) subject to such preliminary consultation as may be necessary between the Director-General and the Secretary-General of the United Nations, any item proposed by the United Nations;</li> <li>(f) any item proposed by any other organization of the United Nations system with which the Organization has entered into effective relations.</li> </ul> <p><b>The Board may recommend the deferral, if it deems that action appropriate, of any item under (d), (e) and (f) above to a future Health Assembly.</b></p> <p><b>Any proposal for inclusion on the provisional agenda of any item under (d), (e) and (f) above shall be accompanied by an explanatory memorandum that shall reach the Director-General not later than four weeks before the commencement of the session of the Board at which the provisional agenda of the Health Assembly is to be prepared.</b></p>

### ท่าทีประเทศสมาชิก

ประเทศสมาชิกได้มีการอภิปรายเกี่ยวกับการเลือกทางเลือกในการเปลี่ยนแปลง Rule 5 of the Rules of Procedure of the World Health Assembly ว่าทางเลือกใดจะเป็นทางเลือกที่เหมาะสม โดยในรอบแรกที่ประชุมได้มีประเทศที่ให้การสนับสนุนในทางเลือกที่ ๒ พร้อมกับเห็นด้วยกับการมี explanatory memorandum อย่างไรก็ตามประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งสนับสนุนทางเลือกที่ ๑ ได้ขอให้ที่ประชุมยุติการประชุมและขอให้กลับมาพิจารณาใหม่ในการประชุมวันถัดไป เนื่องจากยังหาฉันทามติเกี่ยวกับทางเลือกของข้อตัดสินใจไม่ได้ โดยมีประเทศเยอรมนี และฝรั่งเศสให้การสนับสนุนข้อเสนอดังกล่าว ในการประชุมวันต่อมา นิวซีแลนด์ได้ยื่นข้อเสนอให้เลื่อนการพิจารณาเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวไปที่การประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลกในเดือนมกราคม ๒๐๑๘ แทน เนื่องจากยังไม่เห็นด้วยกับทางเลือกที่ ๒ โดยมีประเทศฝรั่งเศส ออสเตรเลีย สหรัฐอเมริกา ให้การสนับสนุนข้อเสนอการเลื่อนการพิจารณาดังกล่าวออกไป

### ท่าทีประเทศไทย

ประเทศไทยให้การสนับสนุนในร่างข้อตัดสินใจโดยเลือกทางเลือกที่ ๒ พร้อมได้ให้ข้อเสนอแนะว่าไม่ควรที่จะเน้นเรื่องการจัดลำดับความสำคัญของการวาระการประชุมเพียงอย่างเดียว แต่ควรให้ความสำคัญกับการปรับปรุงเวลาในการหารือให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นด้วย เช่น การลดเวลาแสดงข้อคิดเห็นของแต่ละประเทศจากสามนาทีเหลือสองนาที หรืออาจจะใช้การหารือรอบการประชุมสมัชชารอนามัยโลกให้มากขึ้น รวมทั้งให้มีการหารือในระดับภูมิภาค หรือการทำ Regional one voice ให้มากขึ้นแทน

### สรุปผลการประชุม

ที่ประชุมได้เสนอให้มีการเลื่อนการพิจารณาเกี่ยวกับข้อตัดสินใจดังกล่าวออกไป และให้มีการหารืออีกครั้งที่การประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลกในเดือนมกราคม ๒๐๑๘ แทน

### ข้อเสนอแนะ

กระทรวงสาธารณสุขต้องติดตามความเคลื่อนไหว หรือ ท่าทีของประเทศอื่นๆ ในประเด็นเรื่องดังกล่าวอย่างใกล้ชิด ซึ่งจะมีผลต่อการเสนอวาระการประชุมของประเทศไทยในอนาคต

#### Intervention on Agenda 23.2 Governance Reform follow-up to decision WHA69(8) (2016)

Read by Mr. Banlu Supaaksorn

Thank you, chair.

We thank the Secretariat for the Report and noted the increased number of agendas discussed at the WHO governing body meeting which affects the effectiveness of the Meetings.

However, this is also a good sign on the increasing interests of member states and partners of WHO. The policy should not only to prioritize the proposed agenda but more towards improving the efficiency of time management during the assembly. For example, limit the intervention time from three to two minutes and to do better technical works and consultations before the assembly consider that agenda. We should encourage more Regional consultation and Regional one voice.

We would need to ensure that we do not undermine the spirit of the Member States, especially developing countries, to propose the agenda that is beneficial to them.

In the past few years, Thailand has successfully limited our intervention to two minutes  
Chair, we support strengthening the role of EB in preparing the provisional agenda of  
WHA and welcome the proposed Draft Decision with a preference for Option 2.

Thank you, chair.

### Agenda 23.3 Engagement with non-State actors: Criteria and principles for secondments from nongovernmental organizations, philanthropic foundations and academic institutions

#### ผู้รับผิดชอบ

๑. นางสาวกุลธิดา พิณรุทอง กรมอนามัย
๒. นายบรรลุ ศุภอักษร สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ

#### สาระสำคัญของวาระ

- ที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๖๙ ได้มีข้อมติที่ WHA69.10 รับรองร่างกรอบการดำเนินความสัมพันธ์ระหว่างองค์การอนามัยโลกและตัวแสดงที่ไม่ใช่รัฐ (Framework of Engagement with non-States actors: FENSA) ซึ่งผ่านกระบวนการหารือยาวนานกว่า ๒ ปี โดย FENSA ระบุถึงหลักการ ขอบเขตความร่วมมือ ๕ รูปแบบ (participation, resources, evidence, advocacy และ technical collaboration) ระหว่าง WHO กับ non-State actors (NSAs) แต่ละกลุ่ม (Non-governmental organizations, Private sector entities, Philanthropic foundations และ Academic institutions) รวมทั้งข้อควรระวัง/ความเสี่ยงเรื่องผลประโยชน์ทับซ้อน การประเมินและจัดการความเสี่ยง โดยกำหนดมาตรการเพื่อความโปร่งใสและตรวจสอบได้ อาทิ ระบุฐานข้อมูลเพื่อขึ้นทะเบียน NSAs อีกทั้งแนวปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่เพื่อให้ดำเนินการได้อย่างสอดคล้องกันทั้งสามระดับของ WHO นอกจากนี้ FENSA ยังระบุถึงสถานะความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ (Official Relations) ซึ่ง WHO Executive Board (EB) พิจารณามอบให้แก่ NGO, International Business Association และ Philanthropic foundations ซึ่งมีแผนความร่วมมือกับ WHO อย่างต่อเนื่อง (ตลอดสามปีที่ผ่านมาและอีกสามปีต่อไป) ทั้งนี้ ข้อมติที่ WHA69.10 มีสาระสำคัญเกี่ยวกับ FENSA ดังนี้

- กำหนดให้ Programme, Budget and Administration Committee (PBAC) ทำหน้าที่กำกับดูแลรายงานผลการดำเนินการตาม FENSA และให้คำแนะนำแก่ EB เกี่ยวกับการมอบและทบทวนสถานะ Official Relations กับ NSAs ในที่ประชุม EB รอบเดือนมกราคม

- จัดตั้งระบบการขึ้นทะเบียน NSAs ให้แล้วเสร็จก่อนการประชุม WHA70
- กำหนดให้ดำเนินการตาม FENSA อย่างเต็มรูปแบบภายในระยะเวลา ๒ ปี
- ให้มีการประเมินผลเบื้องต้น ในปี ค.ศ. ๒๐๑๙

- ในการประชุม WHA70 มีเอกสาร ๒ ฉบับที่เกี่ยวข้องกับวาระนี้ ได้แก่

๑. A70/52 Engagement with non-State actors ซึ่งเป็นรายงานความก้าวหน้าและสถานะล่าสุดของการดำเนินการตาม FENSA ในทั้งสามระดับของ WHO โดยสำนักงานองค์การอนามัยโลกประจำภูมิภาคต่างๆ ได้วางแผนและเตรียมดำเนินการอย่างแข็งขัน มีการจัดประชุมชี้แจงให้แก่หัวหน้าสำนักงานองค์การอนามัยโลก

ประจำประเทศต่างๆ และอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ นอกจากนี้ ได้มีการเริ่มทดลองใช้งานระบบ Register of NSAs และ electronic workflow โดย WHO ระบุว่าจะใช้ประสบการณ์ที่ได้จากการดำเนินงาน FENSA ในการปรับปรุงเครื่องมือต่างๆ ที่มีอยู่ให้ดียิ่งขึ้นเรื่อยๆ นอกจากนี้ WHO กำลังอยู่ในระหว่างจัดทำแผนบริหาร การเปลี่ยนแปลง แผนการสื่อสาร และสื่อการสอนสำหรับการอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ จากความก้าวหน้า ทั้งหมดที่กล่าวข้างต้น WHO จึงคาดว่า FENSA จะสามารถดำเนินการได้อย่างเต็มรูปแบบ และสอดคล้องกัน ทุกระดับได้ภายในระยะเวลา ๒ ปีตามกรอบเวลา

๒. A70/53 Criteria and Principles for Secondments from NGOs, Philanthropic Foundations and Academic Institutions ซึ่งเป็นหนึ่งในบทปฏิบัติการของข้อมติที่ WHA69.10 ที่ขอให้ผู้อำนวยการใหญ่ WHOหารือกับชาติสมาชิกเพื่อจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และหลักการในการยืมตัวบุคลากร (Secondment) จากองค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรการกุศล และสถาบันการศึกษา โดยในการประชุม EB140 ที่ผ่านมา ฝ่าย Secretariat ได้จัดทำเอกสาร EB140/47 เพื่อนำเสนอผลการหารือและข้อสรุปสำคัญๆ เกี่ยวกับการยืมตัว ให้ที่ประชุมฯ รับทราบ ดังนี้

- ไม่ยอมรับการยืมตัวบุคลากรจากองค์กรภาคเอกชน
- การยืมตัวต้องสอดคล้องกับกิจกรรม/โครงการตามแผนงาน และนโยบายของ WHO
- การยืมตัวบุคลากรสามารถทำได้ในกรณีที่ WHO มีความจำเป็นต้องอาศัยความรู้ความชำนาญเฉพาะ ด้านในระดับสูง ซึ่งไม่อาจหาได้ภายในองค์กร ยกเว้นตำแหน่งด้านการบริหาร และตำแหน่งที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบและรับรองมาตรฐานต่างๆ ของ WHO
- เลือก secondee โดยพิจารณาความสมดุลทางเพศและเขตภูมิศาสตร์ของหน่วยงานต้นสังกัด
- ต้องมีการประเมินความเสี่ยงเกี่ยวกับผลประโยชน์ทับซ้อนที่อาจเกิดขึ้น
- การยืมตัวต้องมีระยะเวลาไม่เกิน ๒ ปี โดยหน่วยงานต้นสังกัดต้องให้การรับรองว่าจะรับ secondee กลับไป เมื่อสิ้นสุดสัญญาการยืมตัว
- ให้มีการเผยแพร่ข้อมูลการยืมตัวในระบบการขึ้นทะเบียน NSAs และในรายงานประจำปีด้านความ ร่วมมือกับ NSAs

ทั้งนี้ เนื้อหาในเอกสาร A70/53 เป็นข้อมูลชุดเดียวกับที่ฝ่าย Secretariat ได้นำเสนอในที่ประชุม EB140 ซึ่ง ประเทศสมาชิกได้รับทราบในหลักการแล้ว จึงเป็นเพียงการเสนอให้ที่ประชุม WHA70 รับทราบ

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศสมาชิกสนับสนุนการดำเนินงานตาม FENSA ให้สอดคล้องกันในทุกสามระดับของ WHO โดยส่วนใหญ่ แสดงความพอใจกับความก้าวหน้าในการดำเนินการต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การตั้งระบบขึ้นทะเบียน (Register of NSAs) และการจัดทำ electronic workflow และเรียกร้องให้มีการอัปเดตข้อมูลต่างๆ ให้เป็น ปัจจุบันอยู่เสมอ อย่างไรก็ตาม มีประเทศสมาชิกบางประเทศได้แสดงข้อกังวลเกี่ยวกับหลักเกณฑ์และหลักการ ของ Secondment ดังนี้

- (บราซิล อินเดีย โบลิเวีย อียิปต์ ปากีสถาน) เอกสาร A70/53 ไม่ได้มีการระบุข้อกำหนดเรื่องการห้าม Secondment ในตำแหน่งที่มีความอ่อนไหว (exclusion of sensitive position) เอาไว้อย่างชัดเจน ตามมติที่ประชุม WHA69 จึงขอให้มีการหารือประเด็นนี้อีกครั้งใน EB141
- (ซิมบับเว โซมาเลีย) เสนอให้มีการระบุช่วงเวลาก่อนที่ secondee จะสามารถสมัครเข้าทำงานกับ WHO ได้อีกครั้ง



### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

- FENSA เป็นเรื่องที่ผ่านมากระบวนการหารือกันอย่างยาวนานกว่าจะตกลงกันได้ โดยไทยได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและติดตามประเด็นนี้อย่างใกล้ชิดมาตั้งแต่ต้น และถึงแม้ว่าไทยจะยอมรับและเห็นว่า FENSA เป็นกรอบแนวทางที่ดี แต่ไทยก็เชื่อว่าความสำเร็จในการดำเนินความสัมพันธ์ระหว่าง WHO และ NSAs ไม่ได้ขึ้นอยู่กับมาตรการต่างๆ ที่ระบุอยู่ในเอกสาร FENSA เพียงเท่านั้น แต่ขึ้นอยู่กับว่าทั้งสองฝ่ายจะสามารถสร้าง “ความเชื่อใจ” ระหว่างกันได้มากน้อยเพียงใดด้วย โดยความเชื่อใจจะเกิดขึ้นได้ ก็ต่อเมื่อทั้งสองฝ่ายมีความน่าเชื่อถือ ความพึงพาได้ รวมถึงความใกล้ชิดสนิทสนมกัน โดยแต่ละฝ่ายต้องคำนึงถึงผลประโยชน์ส่วนรวมให้มากกว่าผลประโยชน์ส่วนตน
- ประเทศไทยสนับสนุน Criteria and Principles for Secondments from NGOs, Philanthropic Foundations and Academic Institutions ตามที่ฝ่ายเลขานุการเสนอ โดยหวังว่าจะได้เห็นข้อมูลการยืมตัวที่กำลังดำเนินอยู่ในปัจจุบันทั้งหมด ผ่านทางระบบ Register of NSAs และรายงานประจำปีด้านความร่วมมือกับ NSAs

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมฯ รับทราบรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานตามกรอบ FENSA (เอกสาร A70/52) รวมทั้งหลักเกณฑ์และหลักการของ Secondment (เอกสาร A70/53)

### ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

สำนักงานสาธารณสุขระหว่างประเทศติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานตามกรอบ FENSA ทั้งในระดับสำนักงานใหญ่ ระดับภูมิภาค และระดับประเทศ เพื่อให้เป็นไปตามกรอบเวลาที่กำหนด รวมทั้งการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และหลักการของ Secondment ซึ่งมีความเชื่อมโยงกับ WHO Staff Regulations

Intervention on agenda 23.3 Engagement with non-State actors: Criteria and principles for secondments from nongovernmental organizations, philanthropic foundations and academic institutions

Read by Kulthida Pinthuthong (26/05/2017)

Thank you, Chair

Thailand appreciates the Report on the Engagement with Non-State Actors.

FENSA is the issue that took as much time in the assembly to get agreement as the PIP framework.

We have engaged actively and followed up closely since the first day.

We do believe in and accept the document, which is a very good one.

However, we are convinced that the success of implementation depends on how each partner builds trust among each other.

Chair, there is a formula on trust. Trust equal Credibility plus Reliability plus Intimacy divided by 'self interest'.

When self interest is minimal, trust is maximum.

Thus, the success of implementation on FENSA dose not depend only on the activities in the document, but much more so on our collective actions to build ‘trust’ among ourselves by keeping our ‘self interest’ to the minimum.

Lastly, Thailand fully supports the proposed Criteria and Principles for Secondments. We look forward to seeing further information of all ongoing secondments in the register of Non-State Actors, and in the annual report.

Thank you, Chair.

#### Agenda 23.4 Proposed Infrastructure Fund (Consolidating the Real Estate Fund and IT Fund)

##### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นายวัฒนา มะสังหลง สำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศ กรมควบคุมโรค
๒. นายรังสรรค์ มั่นคง สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

##### สาระสำคัญของวาระ

- กล่าวถึงกลไกการสนับสนุนเงินทุนที่ยั่งยืนภายใต้ the real estate fund เพื่อใช้ในการก่อสร้าง ซ่อมแซม และบูรณะอาคารและสำนักงานขององค์การอนามัยโลก ตามมติ WHA ๒๓.๑๔ เมื่อปี ๑๙๗๐ โดยในแต่ละ biennium ภายใต้เงินทุนนี้จะได้รับเงินสนับสนุนจำนวน ๒๕ ล้าน US dollar (from unspent Member States’ fund)
- WHO เล็งเห็นถึงความสำคัญในเรื่อง Information Technology infrastructure และต้องการให้มีแหล่งเงินทุนสนับสนุนที่ยั่งยืนสำหรับการพัฒนา Information Technology infrastructure จึงเสนอให้ ผนวก รวม Information Technology investments needs ไว้กับ the Real estate fund โดยเปลี่ยนชื่อใหม่ เป็น the Infrastructure fund
- WHO ประมาณการค่าใช้จ่ายสำหรับการสนับสนุน Information Technology investments needs ไว้ที่ biennium ละ ๑๕ ล้าน US Dollar ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายสำหรับ Information Technology investments needs จะไม่รวมกับค่าใช้จ่ายในส่วนของ information technology operational cost ซึ่งประกอบไปด้วย ค่าจ้าง staff, outsourced service และค่าบำรุงรักษา โดยจะมี IT Board เป็นผู้พิจารณาแต่ละ investment proposal อย่างละเอียดเพื่อให้แน่ใจว่าแหล่งเงินสนับสนุน Information Technology investments needs และ information technology operational cost จะไม่ถูกนำมาใช้ปนกัน
- WHO ตระหนักถึงความเสี่ยงในเรื่องของการผสมปนกันระหว่างสองแหล่งทุน(๑.real estate fund ๒. IT investment needs) ภายใต้ the infrastructure fund และความเสี่ยงในเรื่องของการขาดแคลนงบประมาณดำเนินการ

##### Action by the Health Assembly

- พิจารณารับรองร่างมติ
- ๑. เห็นชอบต่อในการ เปลี่ยนชื่อจาก the Real Estate Fund เป็น the Infrastructure Fund
- ๒. เห็นชอบให้ the Infrastructure Fund ทำการลงทุนในด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (Information Technology investments) ด้วย

- ๓.ให้ DG มีอำนาจ (authorise)ในการจัดสรรเงินจำนวน๑๕ ล้าน US Dollare (ถ้ามี)เมื่อสิ้นสุดแต่ละ biennium ให้ Infrastructure Fund ใช้สำหรับ Information Technology investments
- ๔. เรียกร้องให้ DG รายงานการดำเนินงานและการเงินการคลังของ Infrastructure Fund ต่อการประชุม คณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลกสมัยหน้า

#### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- เห็นชอบต่อข้อเสนอในการผนวกรวม Information Technology investments ไว้กับ Real estate fund โดยเปลี่ยนชื่อใหม่เป็น the Infrastructure fund
- ไม่ขัดข้องในการรับร่างมติที่ร้องขอให้ DG แบ่งสรรเงินจำนวน ๑๕ ล้าน US Dollare เมื่อสิ้นสุดแต่ละ biennium ไว้สำหรับ Information Technology investments

#### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

- ไม่ขัดข้องต่อข้อเสนอในการผนวกรวม Information Technology investments ไว้กับ Real estate fund โดยเปลี่ยนชื่อใหม่เป็น the Infrastructure fund
  - ไม่ขัดข้องในการรับร่างมติที่ร้องขอให้ DG แบ่งสรรเงินจำนวน ๑๕ ล้าน US Dollare เมื่อสิ้นสุดแต่ละ biennium ไว้สำหรับ Information Technology investments
- แต่อย่างไรก็ตามประเทศไทยแสดงความกังวลต่อเรื่องการผสมปนกันระหว่างสองแหล่งทุนภายใต้ the infrastructure fund และความเสี่ยงในเรื่องของการขาดแคลนงบประมาณ
- เสนอขอให้ฝ่ายเลขานุการฯกำกับดูแลและประเมินความเสี่ยงการดำเนินงานอย่างรัดกุมทั้งในด้านการดำเนินงานภายใต้ real estate fund และ IT fund

#### ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

##### การทำงานในระดับประเทศ

ติดตามรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานและ Financial report จากฝ่ายเลขานุการองค์การอนามัยโลก

##### การทำงานในระดับนานาชาติ

ติดตามรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานและ Financial report จากฝ่ายเลขานุการองค์การอนามัยโลก

#### Intervention on agenda 23.4: Proposed Infrastructure Fund (Consolidating the Real Estate Fund and IT Fund)

Read by Mr.Wattana Masunglong

Mr. Chair,

Thailand welcomes the proposed consolidate of the real estate fund and IT fund and recognize that both need a sustainable financing.

We realized the importance of the transparent financial report and the risk of shortfall in funding sources under the new merged mechanism. Therefore, we request the secretariat to monitor the risk and carefully review operational costs and investment costs for both IT and real estate.

We recognize a long-term nature of IT investment with sustainable funding. Thailand supports the draft resolution on the renaming of the Real Estate Fund as Infrastructure Fund and the proposed financing. .

Thank you

## Agenda 24 Progress reports on collaboration within the United Nations system and with other intergovernmental organizations

### ผู้รับผิดชอบ

๑. ดร. ชีรพร สติรอังกูร สำนักการพยาบาล
๒. นางสาวสุภาสรี เตชานันท์ กระทรวงการต่างประเทศ

### สาระสำคัญของวาระ

๓. WHO ได้จัดลำดับความสำคัญในการดำเนินการร่วมกับองค์การภายใต้สหประชาชาติ (United Nations - UN) ดังนี้ (๑) การทำให้ประเด็นสุขภาพเป็นประเด็นหนึ่งของการหารือและการตัดสินใจขององค์การภายใต้ UN (๒) ส่งเสริมให้เกิดเครือข่ายและความร่วมมือระหว่างประเทศสมาชิก (๓) แสดงบทบาทนำในการผลักดันการดำเนินการด้านสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และ (๔) เป็นส่วนหนึ่งของทีม UN ในระดับประเทศที่มีประสิทธิภาพและดำเนินการอย่างสอดคล้องกัน
๔. WHO ได้ทำงานร่วมกับองค์การภายใต้ UN อื่น ๆ ทั้งในระดับการบริหารจัดการ ระดับนโยบายระดับเทคนิค และระดับปฏิบัติการ
๕. จุดประสงค์หลักของวาระ คือ การรายงานถึงความร่วมมือระหว่างองค์การภายใต้ UN และความร่วมมือกับองค์กรระหว่างรัฐอื่น ๆ ให้ที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกทราบถึงกิจกรรมที่ฝ่ายเลขานุการได้ดำเนินการ เพื่อสร้างความตระหนักว่าสุขภาพเป็นประเด็นสำคัญในการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals - SDGs) โดยความร่วมมือเหล่านี้ ทำให้เกิดการดำเนินงานด้านสุขภาพระหว่างประเทศที่สอดคล้องกัน นอกจากนี้ WHO ยังสามารถสนับสนุนเงินทุนให้แก่การดำเนินงาน ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในกรอบอื่น ๆ และสามารถเข้าถึงเงินทุนของกลไกขององค์การภายใต้ UN อื่น ๆ ได้ด้วย
๖. รายงานเน้นถึงกิจกรรมในระดับประเทศที่ WHO ได้ร่วมมือกับระหว่างองค์การภายใต้สหประชาชาติ และความร่วมมือกับองค์กรระหว่างรัฐอื่น ๆ เพื่อสนับสนุนให้ประเทศสมาชิกบรรลุเป้าหมาย SDGs
๕. WHO ได้มีส่วนร่วมเตรียมการขั้นตอนต่าง ๆ เพื่อตอบสนองข้อเรียกร้องที่ต้องการให้การทำงานระหว่างองค์การภายใต้ UN มียุทธศาสตร์มากขึ้น เช่น การให้ข้อมูล การให้ความเห็น การมีส่วนร่วมใน การสำรวจเพื่อนำไปสู่การรับรองข้อมติ การมีส่วนร่วมในการร่างนโยบายซึ่งทำให้เกิดการประสานงานที่ดีขึ้นระหว่างองค์การภายใต้ UN และสอดคล้องกับวาระการพัฒนาที่ยั่งยืน
๖. WHO ได้มีส่วนผลักดันให้ประเด็นด้านสุขภาพได้รับความสนใจในระดับการเมือง/ระดับสูงมากขึ้นทำให้ภาคส่วนต่าง ๆ มีแนวทางการดำเนินการร่วมกันเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยในปี ค.ศ. ๒๐๑๖ WHO ได้มีส่วนส่งเสริมการจัดประชุมระดับสูงต่าง ๆ เช่น “High-level Panel on the Global Response to Health Crisis”, “High-Level Panel on Access to Medicines”, “High - level Panel on Women’s Economic Empowerment”, “High-level Meeting on Antimicrobial

Resistance” นอกจากนี้ WHO ยังมีส่วนสร้างความตระหนักรู้ในแง่มุมมองด้านสุขภาพในเอกสารผลลัพธ์ของการประชุมต่าง ๆ เช่น “Our joint commitment to effectively addressing and countering the world drug problem”, “New York Declaration for Refugees and Migrants” และ “New Urban Agenda”

### **บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ**

#### **สหภาพแอฟริกา (กล่าวโดย เจริญ)**

๑. ขอให้สนับสนุนประเทศต่าง ๆ ในการเข้าร่วมทบทวนผลการอนุวัติวาระการพัฒนาที่ยั่งยืน ค.ศ.๒๐๓๐ ในระดับชาติ โดยสมัครใจ (Voluntary National Review)
๒. ขอให้ WHO ร่วมกับองค์การภายใต้สหประชาชาติ (United Nations - UN) อื่น ๆ ให้การสนับสนุน การดำเนินงานของประเทศสมาชิกเพื่อบรรลุ SDGs โดยเชื่อมโยงเป้าหมายด้านสุขภาพกับเป้าหมายอื่น ๆ
๓. ขอให้จัดสรรผู้เชี่ยวชาญและทีมงานที่จะช่วยผลักดัน SDGs ในระดับประเทศ โดยเฉพาะประเทศในสหภาพแอฟริกา

**นอร์เวย์** - ขอให้หน่วยงานภายใต้ UN ทำงานประสานกัน โดยปฏิบัติตามแนวทางที่สอดคล้องกับกลไกการทบทวนนโยบายแบบรอบด้านทุกสี่ปี (Quadrennial Comprehensive Policy Review : QCPR) ของ UN

**จีน** - ยินดีที่ WHO มีความร่วมมือกับองค์การภายใต้ UN อื่น ๆ และมีการปฏิรูป WHO ให้ความร่วมมือในระดับประเทศเพื่อแก้ปัญหาด้านสุขภาพเพื่อบรรลุ SDGs

**สหรัฐอเมริกา** - ยินดีที่องค์การภายใต้ UN ดำเนินงานไปในทิศทางที่สอดคล้องกัน และร่วมมือกับประเทศอื่น ๆ ในการแก้ปัญหาสุขภาพ และให้ดำเนินการให้สอดคล้องกับ QCPR

**บังคลาเทศ** - ยินดีที่ WHO ทำงานใกล้ชิดกับ UN ขอให้สนับสนุนประเทศสมาชิกโดยมีกรอบการทำงานในระดับประเทศ ซึ่งสอดคล้องกับประเด็นความต้องการของประเทศสมาชิก

#### **ฝ่ายเลขานุการของ WHO –**

๑. ให้คำมั่นว่าจะทำงานร่วมกับองค์การภายใต้ UN อื่น ๆ เพื่อบรรลุ SDGs
๒. ตระหนักถึง QCPR และจะสนับสนุนการดำเนินงานให้สอดคล้องกับกลไกดังกล่าว
๓. ชี้แจงว่าสามารถบรรลุประเด็นสุขภาพของผู้โยกย้ายถิ่นฐานเป็นประเด็นหนึ่งภายใต้ Global Compact ได้แล้ว

### **บทบาทและท่าทีของประเทศไทย**

๑. สนับสนุนการดำเนินงานที่สอดคล้องประสานกันระหว่างองค์การภายใต้ UN และ
๒. สนับสนุนให้ทุกนโยบายที่เกี่ยวข้องบรรลุจะประเด็นด้านสุขภาพไว้ ในขณะที่เดียวกันก็ส่งเสริมให้บรรลุประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การค้า ความมั่นคง การเกษตร สิ่งแวดล้อม การศึกษา และแรงงานไว้ในนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพด้วย
๓. ชื่นชม WHO ที่มีบทบาทนำในการบรรลุประเด็นด้านสุขภาพในกรอบการดำเนินงานสำคัญของโลกที่มีความคาบเกี่ยวกับหลายภาคส่วน เช่น การบรรลุประเด็นเกี่ยวกับสุขภาพของผู้โยกย้ายถิ่นฐานใน Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration
๔. สนับสนุนให้ WHO ไม่ดำเนินโครงการที่ซ้ำซ้อนกับโครงการขององค์การภายใต้สหประชาชาติอื่น ๆ และจัดสรรเงินงบประมาณสำหรับการดำเนินการตามแผนงบประมาณหน้า (Programme Budget ๒๐๑๘-๒๐๑๙) ในด้านต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับเป้าหมาย SDGs

## สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ประเทศสมาชิกได้รับทราบรายงานของฝ่ายเลขานุการ WHO

### ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

#### การทำงานในระดับประเทศ

ควรร่วมมือและประสานงานกับ WHO และองค์การระหว่างประเทศอื่น ๆ รวมทั้งกระทรวงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพซึ่งจะนำไปสู่การบรรลุ SDGs

#### การทำงานในระดับนานาชาติ

ควรสร้างความเป็นหุ้นส่วนระหว่างประเทศไทยกับ WHO และองค์การระหว่างประเทศอื่น ๆ รวมทั้ง ประเทศสมาชิกอื่น ๆ ในการขับเคลื่อนการพัฒนาทางด้านสุขภาพแบบบูรณาการเพื่อบรรลุ SDGs

### Intervention on agenda 24 Progress reports on collaboration within the United Nations system and with other intergovernmental organizations

Delivered by By Ms. Sudasiree Tejanant, Thailand

Thank you Chair,

Thailand welcomes the report of the Secretariat and fully support collaboration within the United Nations system and with other intergovernmental organizations.

The current health challenges become more complex and closely related to socioeconomic and other factors. Thailand recognizes the importance of joint actions across different sectors. As health is a key driver of sustainable development, Thailand supports WHO to promote “Health in All Policies” at the country level as well as across the United Nations system.

However, Health in all policies may imply a self-center concept so it should go in parallel with the concept of ‘All in Health Policy” which means health sector has to take into account the interests of other sectors especially but not limited to trade, security, agriculture, environment, education and labour into health policy.

One example of cross-cutting issues is migration. The policy for migration should be comprehensive and take health into account. At the same time, health sector must not exclude migrants from Universal Health Coverage to leave no one behind. At present, health is missing from the thematic sessions for development of the Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration. In this regard, Thailand appreciates WHO leadership on mainstreaming migrant health into the Global Compact by working closely with the UNHCR and IOM.

Finally, Thailand urges WHO to avoid overlapping programmes among United Nations system, as well as, to ensure that the new Programme Budget (2018-2019) will be allocated for priority areas which will lead to the achievement of sustainable development goals.

Thank you.

## สรุปผลการประชุม Side Meeting

Side Meeting: Cervical cancer : An NCD we can overcome

ผู้จัด Global Health Objectives

ผู้เข้าร่วมประชุม: รัฐมนตรีหรือผู้แทนจากประเทศ

วันที่/เวลา ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๖๐ เวลา ๑๔.๓๐-๑๖.๓๐ น. สถานที่ Starling Hotel

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

นายแพทย์ธงธน เพิ่มบถศรี กรมการแพทย์

### เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

- ผู้อภิปรายและที่ประชุมยอมรับความสำคัญ burden และปัญหาของมะเร็งปากมดลูก เห็นพ้องกันว่าต้องแก้ไขตั้งแต่ระดับปฐมภูมิหรือการส่งเสริมป้องกันโรค จนถึงอุปสรรคต่างๆเช่นวัฒนธรรม เพศ ความไม่พร้อมของศักยภาพของระบบสาธารณสุขและความต้องการการช่วยเหลือในด้านต่างๆจากองค์กรระหว่างประเทศ และ WHO
- ผู้อภิปรายส่วนใหญ่จากกลุ่มประเทศแอฟริกามีความต้องการขยายการเข้าถึงวัคซีนป้องกันไวรัส HPV และการพัฒนาระบบสาธารณสุขที่รองรับการป้องกัน รักษาและดูแลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ซึ่งส่วนใหญ่เพิ่งเริ่มมีการดำเนินการอย่างจริงจังในช่วง 3-5 ปีที่ผ่านมาโดยมีความก้าวหน้าขึ้นเป็นลำดับ แต่อย่างไรก็ตามมะเร็งปากมดลูกก็ยังเป็นปัญหาสำคัญอันดับต้นๆในเกือบทุกประเทศ
- ผู้อภิปรายจากองค์กรระหว่างประเทศมีการยกตัวอย่างโครงการและแผนการพัฒนาร่วมกับกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา เช่น Global Fund ได้ยกตัวอย่างการสนับสนุนโครงการฯในอินเดีย และ GAVI ได้ยกตัวอย่างการดำเนินงานเพื่อให้ราคาวัคซีนถูกลง และมีการยกประเด็นราคาวัคซีนที่ยังราคาสูงในบางประเทศว่าอาจไม่ได้เกิดจากราคาวัคซีนและเป็นค่าขนส่งและการบริหารจัดการวัคซีนมากกว่า ซึ่งปัญหาชนิดหลังนี้ในแต่ละประเทศสามารถใช้กลไกในประเทศแก้ปัญหาได้มาก
- ผู้แทนประเทศไทยโดยอธิบดีกรมการแพทย์ อภิปรายเสริมประสบการณ์การพัฒนาด้านนี้ในประเทศไทย เน้นย้ำการพัฒนาตั้งแต่ระดับปฐมภูมิไปจนถึงระดับตติยภูมิจนถึงการวิจัยต่างๆ ให้ตัวเลขอุบัติการณ์ในประเทศไทยลดลงอย่างต่อเนื่อง ในส่วนโครงการใช้วัคซีนนั้น ประเทศไทยกำลังมีแผนเริ่มในปี 2017 นี้

### ประเด็นสำคัญที่ถูกรายงาน/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

ในบางประเทศกำลังพัฒนา แม้ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรและโครงการด้านวัคซีน แต่ราคายังสูง จะมีหนทางทำให้ราคาถูกลงกว่านี้ได้หรือไม่ มีคำตอบจาก panelist ว่าต้องพิจารณาด้วยว่าราคาที่สูงเกิดจากราคาวัคซีนจริงหรือมาจากค่าบริหารจัดการหรือการขนส่ง รวมถึงมาตรการการป้องกันมะเร็งปากมดลูกนั้นไม่ได้เกิดจากการฉีดวัคซีนเพียงอย่างเดียวแต่ต้องมีมาตรการชุมชนและการลด cultural barrier ด้วย

### ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

การแก้ไขปัญหาความเสมอภาคของสตรีจะมีผลดีต่อสุขภาพและเศรษฐกิจของประชาคมโลกความสำเร็จขึ้นอยู่กับความร่วมมือของทุกภาคส่วน ได้แก่ การจัดการศึกษาและส่งเสริมให้เด็กผู้หญิงได้เข้าศึกษาในระบบและหรือนอกระบบอย่างเท่าเทียม ส่งเสริมให้มีการบรรจุเนื้อหาเรื่องความเสมอภาคของสตรีไว้ในหลักสูตร

การศึกษาตั้งแต่ระดับประถมศึกษาเพื่อสร้างเจตคติที่ดีของการเคารพสิทธิสตรี เผยแพร่บทบาทของสตรีที่ประสบความสำเร็จให้เป็นที่ประจักษ์ในสังคม ทั้งนี้เพื่อเป็นการสร้างพลังให้กับสตรีอื่นๆ โดยสรุปพลังของสตรีจะช่วยสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายของ SDGs เกือบทุกข้อโดยเฉพาะ ข้อ ๕ และข้อ ๓

### Side Meeting: Partnership for Healthy Cities: Translating Global Noncommunicable Disease and Injury Prevention into Local Action

ผู้จัด WHO และ Bloomberg Philanthropies

วันที่ ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๖๐ เวลา ๑๘.๔๕-๑๙.๓๐ น. ณ Grand Hotel Kempinski Geneva

#### ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. นายแพทย์ณัฐพร วงษ์ศุทธิภากร กรมอนามัย
๒. นางณิรนุช อากาศรัส กรมอนามัย
๓. นางสาวกุลธิดา พิณรุทอง กรมอนามัย

#### เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message) (โดยอาจารย์ชื่อ speaker ด้วย)

- Dr. Matshidiso Moeti, WHO regional director for Africa กล่าวถ้อยแถลง เกี่ยวกับความสำคัญ บทบาทนายกเทศมนตรีและผู้บริหารเมืองและท้องถิ่น ในการลดปัญหา NCD และการบาดเจ็บด้วยมาตรการต่าง ๆ รวมทั้งปัญหามลพิษอากาศ และชุมชนแออัดในเขตเมือง โดยมี Urban Policy จัดหา water and sanitation และ Housing สำหรับประชาชนเขตเมือง เพื่อให้เกิด Health equity และบรรลุเป้าหมาย SDGs ตามด้วยการกล่าวถ้อยแถลงของ WHO Ambassador, Michael R. Bloomberg เกี่ยวกับการริเริ่ม Partnership for Healthy City
- การอภิปราย โดย Minister of Health of Ethiopia กล่าวถึงปัญหาของเมือง ได้แก่ NCD การสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ อุบัติเหตุ มลภาวะ จึงเน้นใช้มาตรการด้านกฎหมาย และทำงานกับภาคีหลายภาคส่วน, Joana Massiana - Fortaleza City กล่าวถึงผลการดำเนินงานลดปัญหา NCD และ Injury การสร้างพื้นที่สำหรับการขี่จักรยาน ที่ช่วยลดมลพิษอากาศ เพิ่มการออกกำลังกาย และสามารถลดอุบัติเหตุได้ ๓๖% และ Dr. Martin Bowles, Secretary of DOH, Australia แลกเปลี่ยนประสบการณ์การควบคุมบุหรี่ และการใช้มาตรการควบคุมการบริโภคสินค้าแอลกอฮอล์ และน้ำตาล ที่ต้องทำงานร่วมกับภาคธุรกิจ ประชาสังคม และ NGOs และใช้กลยุทธ์ระยะยาว มีการดำเนิน School programme เนื่องจากเห็นว่าการให้ความรู้และป้องกันตั้งแต่เด็กเป็นสิ่งสำคัญ ในภาพรวมปัจจัยความสำเร็จของ Healthy City ขึ้นกับการมีบทบาทร่วมดำเนินงานอย่างจริงจัง และค้ำประกันสัญญาาร่วมกันของภาคีที่เกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายในเมืองนั้น ๆ ทั้งนายกเทศมนตรี ภาคเอกชน ประชาสังคม และ NGOs

#### ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

ไม่มี (เนื่องจากเวลาจำกัด)



### ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- ประเทศไทย ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้ท้องถิ่น นำประเด็นด้านสุขภาพ เป็นส่วนหนึ่งของนโยบายพัฒนาเมืองนำอยู่ และสนับสนุนเครื่องมือ ความรู้และเทคโนโลยีการบริหารจัดการเพื่อเสริมศักยภาพและบทบาทท้องถิ่นในการจัดการสุขภาพเขตเมือง
- กระทรวงสาธารณสุข ควรส่งเสริมให้มีการ Showcase best practices การดำเนินงาน Healthy City และ Urban Health ในประเทศไทย สนับสนุนการสร้างเครือข่ายในประเทศ และเชื่อมโยงสู่เครือข่ายระหว่างประเทศ เพื่อเพิ่มโอกาสการพัฒนาให้กับเมืองที่มีศักยภาพ ให้พัฒนาก้าวหน้ายิ่งขึ้น

### Side Meeting: Heroines of Health: Celebrating Women in Global Health

ผู้จัด Women in Global Health ด้วยการสนับสนุนจาก General Electric (GE)

ผู้เข้าร่วมประชุม: ผู้แทนขององค์กรภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรอิสระ มูลนิธิ กาชาด และผู้นำของชมรมหรือสมาคมที่เกี่ยวข้องกับการทำงานเพื่อสตรี จำนวน 320 คน

วันที่/เวลา ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๖๐ เวลา ๑๘.๐๐-๒๑.๐๐ น. สถานที่ Intercontinental Hotel

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

ผศ.ดร. อรพรรณ โตสิงห์ สภาการพยาบาล

### เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

#### ๑. ความสำคัญของสตรีต่อสุขภาพประชาคมโลก

สตรีมีความสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพของประชาคมโลก ในทุกช่วงวัยของชีวิต นับตั้งแต่การปฏิสนธิของมนุษย์ภายในครรภ์ การเลี้ยงดูทารกแรกเกิด การดูแลผู้เจ็บป่วย และผู้ที่ต้องการพึ่งพาในบ้าน และผู้สูงอายุ จากการสำรวจขององค์กร Women in Global Health (WGH) พบว่าบุคลากรสาขาสุขภาพประมาณร้อยละ ๗๕ เป็นสตรี

#### ๒. ความสำคัญของสตรีต่อเศรษฐกิจของโลก

เกือบทุกประเทศในโลก สตรีเป็นแรงงานสำคัญในวงการอุตสาหกรรม ประมาณ หนึ่งในสามของแรงงานหลักๆ ที่เป็นอุตสาหกรรม หรือกิจกรรมเป็นสตรี ปัจจุบันพนักงานในหน่วยงานต่างๆ จำนวนหนึ่งในสามเป็นสตรีเช่นกัน ดังนั้นผลผลิตต่างๆของเกือบทุกประเทศในโลกจึงเกิดจากแรงงานของสตรี

#### ๓. ความท้าทายของประชาคมโลกต่อสถานภาพและสุขภาพของสตรี

๓.๑ ปัจจุบันพบว่า สตรีส่วนหนึ่งเป็นเหยื่อของการกระทำที่รุนแรง การถูกล่วงละเมิดเพื่อการค้าบริการทางเพศ การถูกกดขี่ข่มเหงและถูกเอาเปรียบจากบุคคลทั้งในและนอกครอบครัว ได้รับค่าตอบแทนที่ต่างจากบุรุษ แม้ว่าจะปฏิบัติงานในระดับเดียวกัน

๓.๒ สตรีเข้าถึงการศึกษาไม่เท่าเทียมกับบุรุษในบางประเทศหรือบางวัฒนธรรมมีการกีดกันการศึกษาของเด็กผู้หญิง โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีความยากจนเด็กผู้ชายในครอบครัวจะถูกเลือกให้ได้รับการศึกษา ในขณะที่เด็กผู้หญิงจะถูกกำหนดให้ทำงานบ้านหรือรับจ้างในรูปแบบอื่นๆและเปิดโอกาสให้เด็กผู้ชายได้เรียน

๓.๓ ประเด็นที่เป็นความท้าทายที่สุดคือ จำนวนของสตรีที่ทำงานในระดับสูง ระดับบังคับบัญชาในองค์กรหรือระดับผู้กำหนดนโยบายของประเทศยังมีสัดส่วนที่แตกต่างจากบุรุษมาก การสำรวจของ Women in Global Health (WGH) เปรอ์เซ็นต์ของสตรีที่มีตำแหน่งเป็นผู้นำทางการเมือง หรือผู้นำระดับประเทศ เช่น รัฐมนตรี มีต่ำกว่าร้อยละ ๑๕

#### ๔.แนวทางการแก้ปัญหา

๔.๑ส่งเสริมให้สตรีมีภาวะผู้นำ โดยเริ่มจากระดับครอบครัว เน้นบทบาทของแม่ในการเลี้ยงดูบุตรทั้งหญิงและชาย ให้มีความเสมอภาคทางเพศ

๔.๒จัดเวทีให้สตรีทุกระดับได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ จากบทเรียนที่ประสบความสำเร็จ และบทเรียนที่เป็นความท้าทายของสตรีในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

๔.๓ แสดงเจตนารมณ์ร่วมกันในการประกาศพันธกิจที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความเสมอภาคทางเพศ

๔.๔ส่งเสริมให้สตรีรวมตัวกันเพื่อร่วมกันผลักดันนโยบาย ข้อบังคับ ธรรมเนียม และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความเสมอภาคทางเพศ

๔.๕ ร่วมมือกันในการขยายเครือข่ายขององค์กร Women in Global Health ให้เป็นที่รู้จักทั่วทุกภูมิภาค ทั้งนี้ เพื่อให้การขับเคลื่อนมีความเป็นธรรมในทุกส่วนของโลก

#### ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

บุรุษจะมีบทบาทอย่างไรในการส่งเสริมความเสมอภาคของสตรี และหากมีจำนวนของสตรีในระดับผู้บริหารของประเทศ หรือผู้กำหนดนโยบาย สถานภาพและสุขภาพของสตรีจะดีขึ้นจริงๆหรือไม่

#### ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

การแก้ไขปัญหาคือความเสมอภาคของสตรีจะมีผลดีต่อสุขภาพและเศรษฐกิจของประชาคมโลกความสำเร็จขึ้นอยู่กับความร่วมมือของทุกภาคส่วน ได้แก่ การจัดการศึกษาและส่งเสริมให้เด็กผู้หญิงได้เข้าศึกษาในระบบและหรือนอกระบบอย่างเท่าเทียม ส่งเสริมให้มีการบรรจุเนื้อหาเรื่องความเสมอภาคของสตรีไว้ในหลักสูตรการศึกษาตั้งแต่ระดับประถมศึกษาเพื่อสร้างเจตคติที่ดีของการเคารพสิทธิสตรี เผยแพร่บทบาทของสตรีที่ประสบความสำเร็จให้เป็นที่ประจักษ์ในสังคม ทั้งนี้เพื่อเป็นการสร้างพลังให้กับสตรีอื่นๆ โดยสรุปพลังของสตรีจะช่วยสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายของ SDGs เกือบทุกข้อโดยเฉพาะ ข้อ ๕ และข้อ ๓

#### Side Meeting: Gearing up towards Sustainable Health Development by 2030

ผู้จัดการประชุม คือ I.R. Iran ผู้ร่วมจัดการประชุมคือ Bangladesh, Thailand and Venezuela

วันที่ 22 May 2017 เวลา 12.45-14.15 hrs ณ Room 9, Palais de Nations

#### ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. ดร. ชีรพร สติรอังกูร สำนักงานการพยาบาล

๒. นายแพทย์คณิตสรณ์ สัมฤทธิ์เดชขจร สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผู้บรรยาย เป็นผู้แทนประเทศต่างๆ 8 ประเทศดังนี้ I.R. Iran, Bangladesh, Venezuela, Finland, Sweden, และ Thailand ซึ่งมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้บรรยาย

วัตถุประสงค์ของการประชุม เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของประเทศทั้ง 8 ประเทศในการดำเนินงานของภาครัฐเพื่อบรรลุ SDGs

## เนื้อหาสำคัญในการประชุม

ประเทศต่างๆให้ความสำคัญกับการพัฒนางานเพื่อบรรลุ SDGs โดยได้กำหนด goal 3 ของSDGs (to ensure health and well-being for all at all ages) เป็นนโยบายและยุทธศาสตร์ของประเทศ มีการกำหนดโครงสร้างการประสานงานขององค์กรภาครัฐที่มีการบูรณาการงานร่วมกันทั้งจากภาครัฐ เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงเกษตร กระทรวงสิ่งแวดล้อม เป็นต้น มีการพัฒนางานร่วมกันของภาครัฐและภาคเอกชน (รวมถึงอาสาสมัคร) แต่ละประเทศกำหนดตัวชี้วัดหรือเป้าหมายของงาน และกำหนดกลไกการควบคุมกำกับ การรายงานต่างๆ รวมถึงการประเมินผล ทั้งนี้ได้มีการพัฒนางานอื่นๆควบคู่ไปด้วยเช่น งานข้อมูลสารสนเทศ งานวิจัยและนวัตกรรม

รมว.กระทรวงสาธารณสุขประเทศไทยได้กล่าวถึงการดำเนินงานเพื่อบรรลุSDGs โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานคณะกรรมการ ซึ่งประกอบด้วยคณะกรรมการจากส่วนสำคัญคือสาธารณสุข เศรษฐกิจ และสังคม มีการน้อมนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัววราชากรที่ 9 มาใช้ร่วมกับการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพเพื่อบรรลุเป้าหมาย SDGs และการนำเงินส่วนหนึ่งจากภาษีเหล่า บุหรี่มาเป็นกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพใช้พัฒนางานด้านสร้างเสริมสุขภาพ

DG ได้เข้ามาให้ข้อคิดเห็นว่าเรื่องสุขภาพเป็นเรื่องสำคัญในการบรรลุ SDGs ซึ่งการบรรลุ goal 3 ของ SDGs นั้นต้องมี 5 P คือ People, Peace, Planet, Prosperity, Partnership พร้อมทั้งขอความร่วมมือให้ทุกประเทศร่วมกันดำเนินงานเพื่อบรรลุ SDGs

## ประเด็นสำคัญที่ถูกละเลยหรือถูกถามจากที่ประชุม

ผู้แทนจากประเทศบังคลาเทศถามประเทศไทยถึงการบริหารเงินจากภาษีเหล้าและบุหรี่ ซึ่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขตอบว่ามีการบริหารเงินในรูปแบบของคณะกรรมการมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานกองทุน ทั้งนี้ใช้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพทำให้เกิดประโยชน์อย่างมาก

## ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้

สนับสนุนให้หน่วยงานภาครัฐของประเทศสมาชิกมีบทบาทสำคัญโดยร่วมกันทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องพัฒนางานเพื่อบรรลุ SDGs

## Side Event on Reforming of the work of WHO in the African Region – the Transformation Agenda

ผู้จัด Botswana วันที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๖๐

## ผู้รายงาน

๑. นายบรรลุ ศุภอักษร สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ
๒. นายวัฒนา มะสังหลง สำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศ กรมควบคุมโรค

## เนื้อหาสำคัญในการประชุม

การประชุมนี้มี Dr. Matshidiso Moeti, AFRO RD ทำหน้าที่เป็นประธานในการประชุม โดยมีศาสตราจารย์ Richard Horton ทำหน้าที่เป็น Moderator ซึ่งการประชุมครั้งนี้มีผู้บรรยายจำนวน ๖ ท่าน สารสำคัญของการอภิปรายมีดังต่อไปนี้

- จุดประสงค์ของการประชุมในครั้งนี้ คือ เพื่อนำเสนอวาระแห่งการเปลี่ยนแปลงในด้านการดำเนินงานในภูมิภาคแอฟริกาขององค์การอนามัยโลก (WHO AFR transformation agenda) และรายงานผลการดำเนินงานในภูมิภาคแอฟริกาภายใต้การปฏิรูปขององค์การอนามัยโลก รวมถึงทบทวนความสำเร็จ สิ่งที่ต้องปรับปรุงและแนวทางในการดำเนินงานต่อไปในอนาคตขององค์การอนามัยโลก
- วาระแห่งการเปลี่ยนแปลงในด้านการดำเนินงานในภูมิภาคแอฟริกาขององค์การอนามัยโลก (WHO AFR transformation agenda) นั้นเน้นการดำเนินงานภายใต้ ๔ แกนหลัก ได้แก่ การพัฒนาและสนับสนุนด้าน Technical ๒. การพัฒนาคุณค่าแห่งผลการดำเนินงาน ๓. การพัฒนาในด้าน Partnership และ ๔. การพัฒนายุทธศาสตร์การตอบโต้เพื่อให้แนวทางการดำเนินงานสอดคล้องและประสานรับกับ WHO reform
- ได้ดำเนินการพัฒนาประสิทธิภาพและปรับโครงสร้างระบบการตอบโต้การระบาดฉุกเฉินเพื่อที่จะลดและบรรเทาปัญหาโรคระบาดในภูมิภาคแอฟริกา
- มีการดำเนินงานจัดทำแผนที่ประเมินความเสี่ยงการระบาดของโลก เพื่อประเมินสถานการณ์โรคระบาด
- ได้ดำเนินงานตามกฏอนามัยระหว่างประเทศและวาระความมั่นคงทางด้านสุขภาพโลกเพื่อให้การดำเนินงานเตรียมความพร้อมและตอบโต้โรคระบาดมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อีกทั้งได้เข้าร่วมการประเมิน Joint External evaluation (JEE)
- ในเรื่องของโรคโปลิโอ นั้น ได้ดำเนินการสร้างกลไกและทำงานร่วมกับภาคส่วนอื่นๆ เช่น ร่วมงานกับ USCDC ในการประเมินความเสี่ยงโรค และมีการจัดทำ Real time data
- ได้มีการสนับสนุนเงินทุนและงบประมาณสำหรับการป้องกันโรคเขตร้อนที่ถูกกลืน (NTD)
- ดำเนินการสร้างสภาพแวดล้อมที่ดีในสถานที่ทำงาน รวมถึงให้ความสำคัญกับการดำเนินงานที่โปร่งใสและน่าเชื่อถือ
- รับสมัคร Staff ที่เป็นบุคลากรอื่นนอกเหนือจากภูมิภาคแอฟริกา และให้ความสำคัญกับ Female worker มากยิ่งขึ้น
- มีการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสาร เช่น เพิ่มช่องทางการสื่อสารผ่าน Social media
- ให้ความสำคัญและลงทุนในเรื่องของกระบวนการจัดการมากยิ่งขึ้น หลังจากเกิดวิกฤตโรคเชื้อไวรัสอีโบล่า
- พัฒนารอบการดำเนินงานด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้มีประสิทธิภาพและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น
- ที่ประชุมให้ความเห็นว่า WHO จำเป็นต้องทำให้แน่ใจว่ามีแหล่งเงินทุนสนับสนุนที่เพียงพอในการแก้ปัญหาภัยสุขภาพซึ่งคุกคามภูมิภาคแอฟริกา
- สหราชอาณาจักรแจ้งว่ายินดีให้การสนับสนุนการดำเนินงานภายในภูมิภาคแอฟริกา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสนับสนุนทางด้านเงินทุน
- ให้ความสำคัญกับความยั่งยืนและผลการดำเนินงานที่มีหลักฐานอ้างอิง รวมถึงพัฒนามาตรฐานในการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
- ความสำเร็จในการดำเนินงานของ WHO ในระดับท้องถิ่นจำเป็นต้องใช้เวลาเพื่อที่จะเห็นผลสำเร็จของการดำเนินงาน
- เล็งเห็นว่ากรรายงานสถานการณ์โรคจำเป็นต้องรายงานให้รวดเร็วและทันท่วงทีมากยิ่งขึ้น
- มีการอัปเดตข่าวสารผ่านช่องทางต่างๆ เพื่อให้ stakeholder ได้ทราบความเคลื่อนไหวและความก้าวหน้าของการดำเนินงาน

### ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย

- Nigeria appreciated the commitment of RD to support his country a lots, especially when facing Ebola
- ชื่นชมความสำเร็จของประเทศไนจีเรียในการดำเนินงานด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- ที่ประชุมเล็งเห็นว่าทุกประเทศในภูมิภาคแอฟริกาควรจะมีขับเคลื่อนและดำเนินงานด้านสุขภาพไปในทิศทางเดียวกัน
- ผู้แทนจากประเทศอูกันดาขอบคุณความทุ่มเทในการดำเนินงานของ WHO และให้ข้อสังเกตว่ากระบวนการการปฏิรูปของ WHO นั้น จำเป็นต้องขยายและพัฒนาไปสู่ระดับ Country office ด้วย
- ที่ประชุมเน้นถึงความสำคัญของการพัฒนาทรัพยากรบุคคล และการทำ joint evaluation exercise เพื่อเตรียมการและตอบโต้โรคระบาด
- ประเทศ Guini ได้ชื่นชมการทำงานของ WHO ในการป้องกัน ยับยั้งและควบคุมการระบาดของโรคโปลิโอ โรคไข้เหลือง และโรคหัด ในภูมิภาคแอฟริกา อย่างไรก็ตาม จากกรณีของการระบาดของเชื้อไวรัสอีโบลานั้น แสดงให้เห็นถึงความอ่อนแอในระบบการสื่อสารและการเฝ้าระวังโรคฉุกเฉิน จึงขอให้นำบทเรียนจากการระบาดของโรคเชื้อไวรัสอีโบลามาพัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพให้มีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น
- ประเด็นการเข้ามามีส่วนร่วมของภาคเอกชนและหน่วยงานนอกเหนือสาธารณสุขนั้นจำเป็นต้องพิจารณาว่าการเข้ามามีส่วนร่วมของหน่วยงานเหล่านี้จะมีประโยชน์และส่งผลดีต่อภูมิภาคอย่างไร

### Side Meeting: Launch of the report and recommendations of the working group for the health and human rights of women, children and adolescents

ผู้จัด ออสเตรเลีย แคนาดา ซิลี ฟิจิ ฟินแลนด์ ฝรั่งเศส เนเธอร์แลนด์ ปากีสถาน สวีเดนและอูรุกวัย

วันที่/เวลา ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๖๐ เวลา ๑๗.๔๕-๑๙.๑๕

#### ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. ดร. ทันตแพทย์หญิงวิริศา พานิชเกรียงไกร สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๒. ทันตแพทย์หญิงวรมน อัครสุต กรมอนามัย

### เนื้อหาสำคัญในการประชุม

- Dr.Flavia Bustreo,WHO Assistant Director-General for Family, Women's and Children's Health กล่าวถึงที่มาของรายงาน “Leading the realization of human rights to health and through health” ซึ่งเป็นรายงานจาก High-Level Working Group on Health and Human Rights of Women, Children and Adolescents ที่จัดตั้งเมื่อพฤษภาคม ๒๕๕๙ โดย WHO และ Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights
- Natasha Stott Despoja, Former Global ambassador for women and girls, Australia นำเสนอข้อแนะนำ 9 ข้อจากรายงาน ซึ่งครอบคลุมถึง กฎหมายของประเทศ การเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การกำจัดประเด็นทางสังคม เพศ วัฒนธรรม เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีข้อเรียกร้องต่อผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลก และ Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights ดังนี้ ๑.จัดทำโครงการร่วมกันเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตามคำแนะนำเหล่านี้ใน

ระดับประเทศและภูมิภาค ๒. พัฒนาศักยภาพขององค์การอนามัยโลกในทุกระดับเพื่อให้สามารถสนับสนุนการทำงานของประเทศ ๓. การดำเนินงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

- H.E. Mrs. Tarja Halonen, อดีตประธานาธิบดีฟินแลนด์ ให้ความเห็นว่ารายงานฉบับนี้มีความสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals) ซึ่งจะไม่สามารถบรรลุเป้าหมายได้หากปราศจากการรับรองสิทธิมนุษยชนและศักดิ์ศรีแก่ทุกคน ทุกแห่ง ตามหลักการที่จะไม่ทิ้งใครไว้เบื้องหลัง (leaving no one behind)
- Dr.Margaret Chan, ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกเน้นย้ำว่า สตรีเป็นส่วนประกอบพื้นฐานของการพัฒนา (women are the basic ingredient of development)

การประชุมครั้งนี้ยังได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของประเทศต่าง ๆ เช่น

- **ฟีจี** มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางอากาศ (climate change) เช่น ท้องเสีย มาลาเรีย และโรคที่มีพาหะต่าง ๆ ซึ่งมันจะเกิดในกลุ่มที่มีเศรษฐกิจฐานต่ำ ได้มีการป้องกันปัญหาเหล่านี้โดยมีการตรวจจับสภาพภูมิอากาศที่เปลี่ยนแปลง
- **กานา** ได้นำเสนอการดำเนินงานในกลุ่มสตรี ที่จะได้รับสิทธิในการวางแผนครอบครัวโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย มีนโยบายสนับสนุนด้านโภชนาการ เมื่อสตรีตั้งครรภ์จะได้รับหลักประกันสุขภาพของประเทศทันที และเมื่อเด็กเกิดมาก็จะได้รับหลักประกันสุขภาพในด้านต่างๆ ด้วยเช่นกัน เช่น วัคซีน
- **สวีเดน** ประกาศสิทธิและนโยบายด้านสุขภาพเกี่ยวกับเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ (sexual and reproductive health policy) เช่น สิทธิในการทำแท้งอย่างปลอดภัย นอกจากนั้นยังเน้นในเรื่องการให้ความสำคัญกับครอบครัว ผู้ชาย และชุมชนด้วย
- **ไนจีเรีย** ประสบปัญหาเรื่องวัยรุ่นตั้งครรภ์และไม่มีที่ปรึกษา จึงได้รับคำแนะนำที่ไม่เหมาะสมจากเพื่อน จึงมีกลุ่มนักกิจกรรมเคลื่อนไหวให้เกิดพื้นที่ในการรับคำปรึกษา (safe space discussion) ซึ่งเปิดกว้างสำหรับกลุ่มเยาวชน และส่งเสริมความรู้ด้านเพศและสิทธิให้แก่เด็กผู้หญิง

**ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:**

ไม่มีการอภิปรายในการประชุมนี้

**ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:**

การนำตัวอย่างการดำเนินงานมาประยุกต์ใช้เพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่คำนึงถึงสิทธิของสตรี เด็ก วัยรุ่น ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องการความช่วยเหลือมากกว่ากลุ่มอื่น

**Side Meeting: The International Health Regulations and the Impact of Global Health Security Agenda: Achieving Results and Sustaining progress**

**ผู้จัด** Government of the United States of America, the republic of Korea, Indonesia, Canada, Finland, Kingdom of Saudi Arabia, Kenya, Italy, The Netherlands, Japan

**วันที่/เวลา** 22 May 17/ 17:45-19:15

## ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. แพทย์หญิงภาวิณี ดั่งเงิน กรมควบคุมโรค
๒. นายแพทย์พิสุทธิ์ ชื่นจงกลกุล กรมควบคุมโรค

## เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message) (โดยอาจารย์ชื่อ speaker ด้วย)

- กฎอนามัยระหว่างประเทศ ปี พ.ศ. ๒๕๔๘ ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อให้ประเทศนำไปปฏิบัติเพื่อสร้างความปลอดภัยด้านสุขภาพจากโรคระบาด อย่างไรก็ตามการดำเนินการเป็นไปอย่างล่าช้า เนื่องจากมีอุปสรรคด้านทรัพยากรที่ไม่เพียงพอ และข้อจำกัดด้านการบริหารและการเมืองภายในประเทศ จากเหตุการณ์การระบาดของอีโบล่าในแอฟริกาในปี ๒๕๕๗ ไข้หวัดใหญ่ตะวันออกกลาง (MERS) ชิกาและเชื้อดื้อยาทำให้แต่ละประเทศตระหนักว่าการเพิ่มความเข้มแข็งตามสมรรถนะหลักของ IHR เป็นเรื่องสำคัญ
- เนื่องจากความล่าช้าดังกล่าว ในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ ประเทศสมาชิก ๒๘ ประเทศ, องค์การอนามัยโลก, องค์การโรคระบาดสัตว์ระหว่างประเทศ, องค์การอาหารและผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ ได้ร่วมกันตั้ง Global Health Security Agenda (GHS) เพื่อเพิ่มสมรรถนะของประเทศในการรับมือกับภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน โดยทำประสานควบคู่ไปกับ IHR โดยเน้นไปที่การ ส่งเสริมให้ระดับผู้บริหารประเทศให้ความสำคัญกับ การบูรณาการการดำเนินการของหน่วยงานต่างๆร่วมกันและดำเนินการตามหลักสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health) การพัฒนาและนำร่องการประเมินสมรรถนะของประเทศตาม IHR โดยหน่วยงานภายนอก (JEE) 4 พัฒนาเป้าหมายการดำเนินงานที่ชัดเจน, ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดในการติดตามที่วัดผลได้จริง เพื่อสนับสนุนให้ประเทศสามารถวางแผนและนำกฎอนามัยระหว่างประเทศไปดำเนินการใช้ในประเศได้จริง
- เพื่อให้การดำเนินการตาม GHS เป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงเกิด Joint external evaluation Alliance ขึ้นเพื่อเป็นทีมประเมิน วางแผน และดำเนินการนำกรอบการทำงานไปใช้จริง

## ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

- ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกได้กล่าวถึงทิศทางการดำเนินงานของกฎอนามัยระหว่างประเทศ ในช่วงต่อไปว่า ๑) ประเทศสมาชิกต้องสามารถยืนยันการระบาดได้เร็วและมีการตอบโต้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ๒) มีความเชื่อใจซึ่งกันและกันระหว่างประเทศและนำไปสู่การแลกเปลี่ยนเชื่อเพื่อศึกษาพัฒนานวัตกรรมในการป้องกันโรค
- ผู้อำนวยการอาวุโสของหน่วยงานสาธารณสุข, โภชนาการและประชากรแห่งธนาคารโลกได้กล่าวถึงความสำคัญของการบริหารการเงินในภาวะฉุกเฉิน โดยกล่าวถึงการเตรียมงบประมาณที่สามารถใช้เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินภายในประเทศ ให้สามารถเบิกใช้ได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งในระดับโลกทางธนาคารโลกได้เตรียมงบประมาณในส่วนนี้ไว้เพื่อสนับสนุนอีกทางหนึ่ง และเรียกร้องให้ประเทศสมาชิกได้ทำการซ่อมแผนและประเมินหาจุดอ่อนของระบบตอบโต้เพื่อพัฒนาต่อไป
- ในที่ประชุมแบ่งออกเป็นสองวาระ ในวาระแรก เป็นการเล่าถึงประสบการณ์ การรับประเมินของประเทศฟินแลนด์, ปากีสถานและซาอุดีอาระเบีย โดยรวมทุกประเทศพบปัญหาเรื่องการนำกฎอนามัยระหว่างประเทศไปปฏิบัติ ซึ่งมีอุปสรรคเรื่องกฎหมายและนโยบายของประเทศในภาพใหญ่ ซึ่งแนวทางแก้ปัญหาคือการสื่อสารกับระดับผู้บริหารให้เห็นความสำคัญของกฎอนามัยระหว่างประเทศและความจำเป็นในการนำไปปฏิบัติ

- ในวาระที่สองเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการขับเคลื่อนการทำงานกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้องโดยประเทศอินโดนีเซีย, เคนยาและแทนซาเนีย ซึ่งทุกประเทศมีการร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานภายในประเทศ ผ่านการบรรจุเรื่องนี้เป็นแผนยุทธศาสตร์ของการพัฒนาชาติ และมีแผนปฏิบัติการที่บูรณาการเรื่องงบประมาณจากหน่วยงานเอกชนร่วมไปด้วยกัน

#### ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- ประเทศไทยจำเป็นต้องพัฒนาสำรองงบประมาณเพื่อใช้ในกรณีเกิดการระบาดที่ชัดเจน, สามารถใช้จ่ายงบประมาณเสริมเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็วและทันเวลา
- เน้นการประสานความร่วมมือระหว่างภาคส่วน ให้ครอบคลุมหน่วยงานต่างๆ ทั้งของรัฐและเอกชนให้มากขึ้น เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งในการดำเนินงานตามกฎอนามัยระหว่างประเทศมากยิ่งขึ้น

#### Side Meeting on Development of new technologies to prevent future health crises: the role of the Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI)

วันที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๖๐ เวลา ๑๗.๔๕ – ๑๙.๑๕ น.

ผู้จัด: Delegations of Germany, India, Japan, Norway, Rwanda and the USA

#### ผู้รายงาน:

๑. ดร.จอมขวัญ โยธาสมุทร โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
๒. นายบรรลุ ศุภอักษร สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ

#### เนื้อหาสำคัญในการประชุม:

- การประชุมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ความร่วมมือ Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI) และรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานที่ผ่านมา การประชุมแบ่งเป็น ๒ ช่วง ช่วงแรกเป็นการแนะนำ CEPI และช่วงที่ ๒ เป็นการอภิปรายยุทธศาสตร์ความร่วมมือของการเตรียมพร้อมในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรค จากนั้นจึงเปิดเวทีอภิปรายทั่วไป
- CEPI ก่อตั้งขึ้นเนื่องจากหลายฝ่ายเกิดความกังวลใจจากเหตุการณ์การระบาดของโรคร้ายแรง การรับมือที่ผ่านมาเป็นการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าเป็นครั้งคราว ขาดการจัดการและควบคุมอย่างเป็นระบบ CEPI ผู้ให้ทุน ได้แก่ รัฐบาลประเทศเยอรมนี นอร์เวย์ ญี่ปุ่น อินเดีย Bill and Melinda Gates' Foundation, Wellcome Trust, World Bank และ European Commission ภาคเอกชนได้เสนอเข้าร่วมเป็นสมาชิก CEPI โดยมีข้อเสนอที่ต่างกันซึ่งคณะกรรมการกลางของ CEPI เป็นผู้พิจารณา
- โดยเชื่อว่าการเตรียมพร้อมจะเป็นตัวแปรสำคัญในการควบคุมการระบาดของโรคและวิกฤตการณ์ นอกจากนี้ยังเป็นเครื่องมือสำคัญในการบริหารจัดการสุขภาพโลก
- การพัฒนาวัคซีนเป็นตัวอย่งที่สำคัญในเรื่องการเตรียมความพร้อมก่อนที่จะเกิดการระบาดของโรค ความพิเศษของ CEPI คือการเชื่อมโยงภาครัฐ วิชาการ และเอกชน มาร่วมพัฒนามาตรการสำหรับจัดการการระบาดของโรค เช่น วัคซีน ซึ่งระบบเหล่านี้จะเป็นหลักประกันของชีวิต (life-saving insurance) หากเกิดการโรคระบาดขึ้น โดยวัคซีนที่จะลงทุนพัฒนานั้นจะเลือกจาก Priority list ที่พัฒนาโดย WHO



- ความสำเร็จของการจัดการการระบาดของโรคมิได้ขึ้นอยู่กับนวัตกรรมเพียงอย่างเดียว แต่ยังขึ้นกับระบบสุขภาพที่เข้มแข็ง และระบบบริหารจัดการของแต่ละประเทศด้วย นอกจากนี้ความพร้อมทางกลไกการเงินของประเทศ สำหรับการจัดการปัญหาเร่งด่วนก็มีความสำคัญ ควรสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพในการรับมือกับโรคระบาดทั้งในระดับประเทศ และภูมิภาคไปพร้อมกันด้วย

### ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย หรือ ถูกถามจากที่ประชุม

- Governance ของการบริหาร CEPI ในเรื่องการบริหารจัดการผลประโยชน์ทับซ้อนของภาคเอกชน และการรักษานโยบายสำคัญของการดำเนินงานในเรื่องการเข้าถึงนวัตกรรมอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ซึ่ง WHO ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในเรื่องการสนับสนุนการพัฒนาระบบ Governance ของ CEPI

### ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- ขอให้ประเทศต่างๆ โดยเฉพาะกลุ่มประเทศที่มีรายได้น้อย เห็นความสำคัญ เข้าร่วมเป็นสมาชิก และให้การสนับสนุน CEPI

### Side Meeting: Responding to the Challenge of Antimicrobial Resistance (AMR): Perspectives of Civil Society, Intergovernmental Organizations and Developing Countries

ผู้จัด: Médecins Sans Frontières (MSF); Drugs for Neglected Diseases initiative (DNDi); Health Action International (HAI); Medicus Mundi International Network (MMI)

วันที่/เวลา: ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๖๐ เวลา ๑๗:๔๕ - ๑๘:๔๕ น.

### ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. ดร. เกสัชกรหญิงนิธิมา สุ่มประดิษฐ์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
๒. เกสัชกรหญิงสิตานันท์ พูนผลทรัพย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

### เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message) (โดยอาจจะบุชื่อ speaker ด้วย)

- ตาม Global Action Plan on AMR (2015) และ UNGA Political Declaration on AMR (2016) เน้นย้ำให้สร้างความร่วมมือจากทุกภาคส่วนให้เข้มแข็งมากขึ้นรวมทั้งในส่วนของภาคประชาสังคม (Civil Society) ด้วยเหตุนี้ Médecins Sans Frontières (MSF), Drugs for Neglected Diseases initiative (DNDi), Health Action International (HAI), Medicus Mundi International Network (MMI) และ South Centre ได้จัดการประชุมนี้ขึ้นมาเพื่อให้องค์กรภาคประชาสังคม (civil society) องค์กรระหว่างประเทศ (intergovernmental organizations) และประเทศที่กำลังพัฒนา มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์และมุมมองเกี่ยวกับประเด็นเรื่องการเข้าถึง (access) การวิจัยและพัฒนา (R&D) และการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม (stewardship) เพื่อส่งเสริมบทบาทของ non-state actors ในการร่วมแก้ปัญหา AMR
- การประชุมเริ่มจากการอภิปรายโดย 2 ภาคส่วน คือ (1) ภาคประชาสังคมประกอบด้วย 4 องค์กร คือ South Center (Viviana Munoz), MSF (Els Torreele), MMI (Garance Upham), ReAct (Anthony So) และ DNDi (Michelle Childs) และ (2) ภาครัฐจาก 2 ประเทศกำลังพัฒนา คือ ประเทศอินเดีย (Sumit Seth) และประเทศไทย (Nithima Sumpradit) ในภาพรวมของการอภิปรายเน้นเรื่องความสำคัญ

ของ R&D และการเข้าถึงยาใหม่ และระบบการควบคุมการใช้ที่เหมาะสม ประเด็นเหล่านี้จำเป็นต้องเป็นความท้าทายอย่างมากในประเทศที่กำลังพัฒนา เนื่องจากโครงสร้างพื้นฐานต่างๆ รวมทั้งระบบการบริการด้านสุขภาพยังไม่มีความพร้อมเท่ากับประเทศที่พัฒนาแล้ว ดังนั้น การดำเนินงานจึงจะเป็นลักษณะของ step-wise โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการส่งเสริมเรื่องการเข้าถึงที่ต้องมีการถ่วงดุลให้มีการใช้อย่างเหมาะสมด้วย และหน่วยงานภาคประชาสังคมนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งในการเป็นส่วนที่ช่วยสร้างความตระหนักและเข้าใจแก่ประชาชน

#### ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

- การจัดการการขายยาต้านจุลชีพโดยไม่มีใบสั่งแพทย์ในประเทศกำลังพัฒนา โดยเห็นว่า Global Development and Stewardship Framework ที่กำลังพัฒนาโดย WHO น่าจะเร่งดำเนินการและนำบริบทของประเทศกำลังพัฒนาเข้าร่วมด้วย
- ความจำเป็นของการวิจัย (R&D) ที่นอกเหนือจาก new antibiotics เช่น การศึกษาเพื่อคลี่คลายความซับซ้อนทางชีววิทยาและระบาดวิทยาของการเกิดและการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา รวมทั้งการวิจัยเชิงระบบและนโยบาย และ (3) ผลของระบบการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพกับการ

#### ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

ควรสร้างกลไกให้ภาคประชาสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา AMR ให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น

#### Side event The role of regulators in global health emergencies

ผู้จัด Austria, Brazil, Canada, China, Ireland, Japan, Mexico, Netherlands, Singapore, and United States of America วันที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๖๐/ เวลา ๑๒.๑๕-๑๓.๔๕

#### ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

1. รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย
2. แพทย์หญิงภาวิณี ดั่งวงเงิน กรมควบคุมโรค

#### เนื้อหาสำคัญในการประชุม

- ในเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข อาจต้องมีการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องเพื่อเตรียม รับเหตุการณ์ ควรเพิ่มความเข้มแข็งในการประสานงานระหว่างหน่วยงานในประเทศ ระหว่างประเทศที่ได้รับผลกระทบ เครือข่ายผู้เชี่ยวชาญต่างๆ และเพิ่มความเข้มแข็งของประเทศที่ยังขาดศักยภาพ
- ในกรณีฉุกเฉินที่จำเป็นต้องนำเข้าวัคซีนหรือยาใหม่ ควรมีกลไกที่ทำให้กระบวนการทางกฎหมายเพื่อนำเข้าวัคซีนหรือยาได้อย่างรวดเร็ว นำไปสู่การรักษาและควบคุมป้องกันโรคได้ทัน โดยให้มีการรวบรวมข้อมูลและความก้าวหน้าของการศึกษาเรื่องวัคซีนหรือยาที่เกี่ยวข้องกับโรค ตาม Research & Development blueprint เพื่อให้สามารถติดตามสถานการณ์และวางแผนเพื่อการรองรับวัคซีน ยา หรือชุดตรวจกรณีฉุกเฉิน และควรมีกระบวนการระดับนานาชาติควบคุมยา วัคซีนผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ ให้ประเทศสมาชิกได้เข้าถึงผลิตภัณฑ์ดังกล่าวได้ในราคาที่สมเหตุสมผล

**ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย** ผู้แทนจากทุกประเทศอภิปรายในทิศทางเดียวกัน ดังนี้

- ประเทศแม็กซิโก กระตุ้นให้ประเทศสมาชิกเตรียมแผนรองรับ กรณีจำเป็นต้องใช้กฎหมายกรณีฉุกเฉินไว้เลยในช่วงที่ยังไม่มีการระบาด และสนับสนุนให้มีการรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาเพื่อพัฒนาวัคซีนและยา รวมถึง preclinical trial ต่างๆ
- ประเทศสหรัฐอเมริกา เน้นด้านความปลอดภัย อำนาจการควบคุมทางกฎหมายในการปรับระบบการให้บริการที่ต้องมีความร่วมมือกัน ต้องมีความยืดหยุ่น ตอบสนองได้ตรง และก่อให้เกิดผลดี สะท้อนได้จากการวินิจฉัย การดูแลรักษา และการรายงานได้อย่างรวดเร็ว
- ประเทศอังกฤษมีความเห็นเพิ่มเติม ด้านการให้บริการสุขภาพเคลื่อนที่ ว่าบุคลากรต้องมีใบประกอบโรคศิลป์ มีความเชี่ยวชาญ มีเครือข่าย และสามารถปฏิบัติงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างดี
- นอกจากนี้มีการอภิปรายถึงความต้องการด้านกฎหมาย ที่สามารถควบคุมคุณภาพผลิตภัณฑ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ รวมถึงขั้นตอนการนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน

**ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้**

- ประเทศไทยควรมีแผนรองรับกรณีที่ต้องนำเข้ายาหรือวัคซีน เมื่อมีการระบาดของโรคที่ยังไม่มีวัคซีนหรือการรักษาที่ยังไม่ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยา และการเตรียมบุคลากร

#### Side Event: Stronger national health systems underpinning stronger health security

ผู้จัด ผู้แทนจากประเทศ Australia, Indonesia, Mexico, Republic of Korea, the Philippines, Turkey, the United Republic of Tanzania

วันที่/เวลา ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๖๐ เวลา ๑๒.๑๕-๑๓.๔๕ น. ห้อง XXIV

ทีมผู้รายงาน

๑. นางฉัตรนุช อภาจารัส กรมอนามัย
๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ โตสิงห์ สภาการพยาบาล

**เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)**

##### ๑ ความมั่นคงทางสุขภาพ (health security)

ความมั่นคงทางสุขภาพเป็นประเด็นทางสุขภาพที่ WHO ให้ความสำคัญและได้ประกาศเป็นวาระ ภายใต้หัวข้อ The Global Health Security Agenda (GHSA) เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๗ (ค.ศ. ๒๐๑๔) ครอบคลุมของความมั่นคงทางสุขภาพคือ การป้องกัน ลดความรุนแรง และผลกระทบของโรคติดต่อรวมถึงการระบาดของโรคสำคัญๆที่เกิดขึ้นทั่วภูมิภาค เช่น การระบาดของ Avian Flu, SARS, Sika Virus เพราะหากเกิดการระบาดของโรคดังกล่าวและขาดมาตรการในการป้องกัน ควบคุม และเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพ ย่อมส่งผลกระทบต่อ สุขภาพของประชากรจำนวนมาก กระทบต่อเศรษฐกิจ ความมั่นคง ความน่าเชื่อถือ และภาพลักษณ์ของประเทศ นอกจากนี้ยังกระทบต่อการให้บริการทางสุขภาพสำหรับผู้เปราะบางอื่นๆ เนื่องจากอาจต้องดึงคนและทรัพยากรจากทุกหน่วยมาร่วมกันแก้ไขและควบคุมโรค หรืออาจต้องปิดสถานบริการสุขภาพ เพื่อจำกัดขอบเขตการแพร่ระบาดของโรค ผลกระทบที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือหาก เกิดความไม่มั่นคงทางสุขภาพจะเกิดผลกระทบต่อการบรรลุเป้าหมายของ SDGs

**รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข อินโดนีเซีย** ประธาน กล่าวว่า National Health System ที่เข้มแข็งเป็นปัจจัยสำคัญให้เกิดความมั่นคงด้านสุขภาพระดับโลก ประเทศควรพัฒนาระบบสุขภาพให้มีความปลอดภัยและมั่นคง โดยทำให้ระบบสุขภาพมีความยืดหยุ่นสามารถปรับตัวได้ดีในสถานการณ์วิกฤติทั้งด้านเศรษฐกิจ การเมือง และภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ควรมีแผนการดำเนินงานระดับประเทศ ที่ต้องทำงานกับภาคส่วนต่าง ๆ และต้องทำให้มั่นใจว่าการเงินการคลังเพื่อระบบสุขภาพมีความยั่งยืน

## **๒ การเสริมความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ; แนวทางสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ**

การจัดการให้เกิดความมั่นคงด้านสุขภาพ มีการจัดการได้หลายระดับและหลากหลายวิธีการ แนวทางที่ได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิภาพมากที่สุดคือ การบริหารจัดการระบบสุขภาพให้มีความเข้มแข็ง

๒.๑.เพิ่มความเข้มแข็งให้ทุกภาคส่วนตั้งแต่ภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ภาคประชาสังคม โดยยกระดับสมรรถนะในการป้องกัน การเฝ้าระวัง การพิเคราะห์โรค และการโต้ตอบเมื่อพบโรคติดต่อที่เป็นโรคระบาดรุนแรง ร่วมกับการบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนเพื่อลดความรุนแรง

๒.๒..เน้นการรวมตัวกันเป็นหุ้นส่วนจากประเทศจำนวน 50 ประเทศ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอื่น ๆ ที่เป็นองค์กรในระดับชาติและระดับนานาชาติ ทั้งนี้เพื่อการทำงานร่วมกันโดยพัฒนารอบการทำงานที่เป็นที่ยอมรับของทุกประเทศสมาชิก และสอดคล้องกับข้อกำหนดใน International Health Regulation (IHR)

๒.๓..ให้ความสำคัญเรื่องการระบาดของโรคที่เกิดจากสัตว์ จึงควรได้รับความร่วมมือที่ดีจาก World Organization of Animal Health's (OIE)

๒.๔.ดึงทุกภาคเพื่อใช้ศักยภาพอย่างเต็มที่ ได้แก่ UN Food and Agriculture Organization (FAO) and the Economic Community of West African States (ECOWAS), the UN Office for Disaster Risk Reduction (UNISDR), and the European Union.

๒.๕.กำหนดแผนปฏิบัติการที่ต้องทำให้สำเร็จภายใน ๕ ปี โดยจัดเป็น package จำนวน ๑๑ packages ดังนี้

**๑ GHS Antimicrobial Resistance Action Package** WHO, FAO และ OIE ได้ร่วมมือกันพัฒนาโดยใช้กลยุทธ์ และบูรณาการให้ทุกประเทศทั่วโลก ใช้ Global Package เพื่อการจัดการ ป้องกันและควบคุมการเกิดภาวะเชื้อดื้อยาโดยใช้แนวทางที่เรียกว่า one health approach ซึ่งครอบคลุมการป้องกันมนุษย์ สัตว์ การเกษตรกรรม อาหารและสิ่งแวดล้อม

**๒.GHSA Zoonotic Disease Action Package** ใช้มาตรการในการควบคุมการแพร่กระจายของโรคจากสัตว์มาสู่มนุษย์ มาตรการดังกล่าวประกอบด้วยการผลิตและบังคับใช้กฎหมาย การเฝ้าระวัง และติดตามอย่างใกล้ชิด

**๓.GHSA Biosafety and Biosecurity Action Package** ลดความเสี่ยงที่อาจเกิดจากชีววัตถุ เช่นการเคลื่อนย้ายชีววัตถุต่างๆ เช่นจากห้องปฏิบัติการที่อาจทำให้เกิดอันตรายต่อคนและสิ่งแวดล้อม

**๔.GHSA Immunization Action Package** เก็บ ขนส่งวัคซีน การกระจายวัคซีนอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพสูงสุด

**๕.GHSA National Laboratory System Action Package** จัดระบบห้องปฏิบัติการที่มีประสิทธิภาพสูงในการเก็บรักษา specimen รายงานผลการตรวจและการวิเคราะห์แบบ real time โดยใช้ค่ามาตรฐานที่เชื่อถือได้ในระดับสากล

**๖.GHSA Real-Time Surveillance Action Package** จัดระบบเฝ้าระวังโรคอย่างเป็นรูปธรรม โดยกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจน และสะท้อนความเป็นจริง ทั้งนี้รวมถึงการรายงานผลลัพธ์ การพัฒนาฐานข้อมูลระดับชาติที่มี

ความมั่นคง ทันท่วงทีเหตุการณ์ เพื่อการประเมินปัญหา ความก้าวหน้าของการดำเนินงาน และการประเมินผลลัพธ์

**๗.GHSA Reporting Action Package** จัดระบบรายงานผลที่ถูกต้อง แม่นยำ และทันต่อเหตุการณ์

**๘.GHSA Workforce Development Action Package** พัฒนาทรัพยากรมนุษย์ได้แก่ แพทย์ สัตวแพทย์ นักสถิติ นักวิทยาศาสตร์ นักปฏิบัติการในห้อง lab โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือ นักวิทยาศาสตร์ระบาดที่ทำงานภาคสนาม โดยตั้งเป้าหมายการฝึกอบรมไว้ ๑ คน ต่อประชากร ๒๐๐,๐๐๐ คน **ประเทศไทย และ Jordan** เป็นประเทศแกนนำหลักใน package นี้

**๙.GHSA Emergency Operations Centers Action Package** จัดการให้ทุกประเทศสมาชิกมีศูนย์บริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในกรณีเกิดเหตุ (public health Emergency Operations Center - EOC) ซึ่งภายในศูนย์ประกอบด้วยบุคลากรที่ทำหน้าที่ในการประสานงาน จัดการต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างฉับพลัน ภายในเวลา ๑๒๐ นาทีหลังจากเกิดเหตุฉุกเฉิน

**๑๐.GHSA Linking Public Health with Law and Multisectoral Rapid Response Action Package** จัดวางระบบเชื่อมต่อการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินกับการบริการสาธารณสุขของประเทศเพื่อการปฏิบัติการที่ว่องไวทันต่อเหตุการณ์ สามารถระงับและควบคุมได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการประกาศข้อบังคับทางกฎหมายที่สามารถบังคับใช้ในกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน รวมทั้งจัดการซ้อมแผนอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

**๑๑.GHSA Medical Countermeasures and Personnel Deployment Action Package** กำหนดกรอบการปฏิบัติการเชื่อมต่อกับประเทศอื่นๆ ทั้งนี้เพื่อประสานการทำงานทั้งการให้ความช่วยเหลือประเทศอื่นๆ หรือรับการช่วยเหลือโดยการทำงานเป็นทีมกับประเทศอื่นๆ โดยมีกฎหมายรองรับ

**การอภิปราย โดย Speakers จากกระทรวงสาธารณสุข ประเทศออสเตรเลีย แม็กซิโก เกาหลีใต้ องค์การอนามัยโลกและ World Bank** สารสำคัญ เน้นการทำงานร่วมกับทุกภาคส่วน และ Public Private Partnership (PPP) เพื่อให้ระบบสุขภาพระดับประเทศมีความเข้มแข็ง ผลักดันให้เกิด Political commitment จัดทำแผนพัฒนาระบบสุขภาพระดับประเทศ โดยเฉพาะการเตรียมการรองรับภาวะฉุกเฉินและวิกฤติ เพิ่มศักยภาพบุคลากรในการดำเนินงาน IHR พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร สร้างความเข้มแข็ง primary healthcare เกาหลีใต้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การรับมือสถานการณ์โรคเมอร์ส และนำมาสู่การปฏิรูประบบสุขภาพ โดยการสนับสนุนของ WHO และเน้นว่าการสื่อสารความเสี่ยง เป็นปัจจัยสำคัญในภาวะเกิดโรคระบาดร้ายแรง ออสเตรเลียเสนอให้จัดทำ Regional Action Plan และสร้างความร่วมมือระหว่าง Region เพื่อปิดช่องว่างการดำเนินงานระหว่างประเทศ และให้ความสำคัญกับกลไกทางการเงิน องค์การอนามัยโลกเสนอให้ใช้กลไกทางการเงินในระดับประเทศเป็นหลักในการพัฒนาระบบสุขภาพ และสนับสนุนการทำ National Action Plan ธนาคารโลกเน้นให้ประเทศวิเคราะห์ว่าค่าใช้จ่ายสำหรับประชาชนต่อคนต่อปีในเรื่องนี้ เป็นเท่าใด เพื่อวางแผนเตรียมงบประมาณให้เพียงพอ และความมั่นคงด้านงบประมาณของระบบสุขภาพ จำเป็นต้องมาจากการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย

**ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:**

การดำเนินงานเรื่องนี้ WHO และหน่วยงานต่าง ๆ ทำมานานแล้ว ทำไมยังไม่เข้มแข็ง ปัจจัยสำคัญคืออะไร - WHO ตอบว่าเป็นงานที่ต้องทำต่อเนื่อง แม้ยังไม่สำเร็จ แต่มีความเคลื่อนไหวต่าง ๆ มากขึ้น และ WHO มี Asset จำนวนมากที่สามารถสนับสนุนประเทศได้ แต่ละประเทศสมาชิกจะมีการติดตามหรือเก็บตัวชี้วัดที่สำคัญที่เป็น real time ได้อย่างมีประสิทธิภาพอย่างไร จะมีระบบควบคุมตัวชี้วัดเหล่านี้ได้อย่างไร

### ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

การพัฒนาาระบบสุขภาพปฐมภูมิระดับประเทศ ควรเน้นการมีส่วนร่วมของหน่วยงานนอกภาคสาธารณสุขมากขึ้น และให้ความสำคัญกับระบบการส่งเสริม ป้องกัน การคัดกรองโรค เพื่อลดต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และควรหามาตรการใหม่ ๆ ที่ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรับผิดชอบต่อพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ เพื่อไม่เป็นภาระต่อระบบสุขภาพโดยรวมโดยไม่จำเป็น

ประเทศสมาชิกทุกประเทศต้องมีการติดตามผลการดำเนินงานของทั้ง ๑๑ packages โดยใช้ตัวชี้วัดตามที่ได้มีการกำหนดไว้ การรายงานผลการปฏิบัติการประจำปีจะช่วยสะท้อนความก้าวหน้าและผลสัมฤทธิ์ของการปฏิบัติงานได้เป็นอย่างดี การสนับสนุนให้ระบบสุขภาพมีความเข้มแข็งมีกลไกหลักที่สำคัญคือ ความเข้มแข็งของโครงสร้างการบริหารจัดการ การมีกฎหมายและการบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด การมีระบบเฝ้าระวัง การมีระบบจัดเก็บและบันทึกข้อมูลตามตัวชี้วัดสำคัญ ระบบการรายงานที่มีประสิทธิภาพสูง ระบบกำลังคนที่เข้มแข็ง ระบบการสั่งการที่ชัดเจน และระบบการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ

### Side Event: Citizen-led accountability to achieve health for all: adolescents as agents of change

ผู้จัด ประเทศอัฟกานิสถาน, ประเทศแคนาดา, ประเทศไต้หวัน, ประเทศเคนยา, ประเทศโมซัมบิก, ประเทศนามิเบีย, ประเทศเนปาล, ประเทศไนจีเรีย, ประเทศโปรตุเกส, ประเทศสโลเวเนีย, ประเทศสวีเดน, ประเทศสวิสเซอร์แลนด์, ประเทศอูรุกวัย, The partnership for maternal, newborn & child health (PMNCH), UNAIDS, United Nations Population Fund (UNFPA)

วันที่/เวลา ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๐ เวลา ๑๒.๓๐ – ๑๔.๐๐ น

#### ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. นางสาวณนุต มธูพจน์ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๒. นายรังสรรค์ มั่นคง สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

### เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message) (โดยอาจารย์ชื้อ speaker ด้วย)

- การประชุมพูดถึงเรื่อง sexual reproductive health โดยนำเสนอผ่านมุมมองและประสบการณ์ของคน ๓ กลุ่ม ได้แก่ ๑) เด็กและเยาวชนผู้ได้รับผลกระทบโดยตรง ๒) เด็กและเยาวชนที่เป็นนักกิจกรรมที่ทำงานเรื่อง sexual reproductive health และ ๓) กระทรวงสาธารณสุขที่มีนโยบายสนับสนุนเรื่องนี้
- ต้นเหตุของปัญหาเรื่อง sexual reproductive health สามารถสรุปได้ ๕ ข้อใหญ่ๆ ได้แก่
  - ๑) วัฒนธรรม เช่น การบังคับให้แต่งงานตั้งแต่เด็ก
  - ๒) ความเชื่อ อคติ หรือการตีตราสร้างตราบาป (stigma) ต่อความเป็นผู้หญิง เช่น การท้องก่อนแต่ง โรคเอดส์
  - ๓) ความรุนแรง ตั้งแต่ในครอบครัว จนถึงสงคราม ทำให้ผู้หญิงตกเป็นเหยื่อของความรุนแรง การถูกข่มขืน
  - ๔) ระบบบริการสาธารณสุข ที่ยังไม่ตอบสนองความต้องการต่อเด็กและเยาวชน โดยเฉพาะปัญหา sexual reproductive health

- ๕) ระบบการศึกษา โดยเฉพาะเรื่องเพศศึกษา ที่ยังไม่มีการสอนอย่างกว้างขวางในหลายประเทศ
- ทางออกของปัญหา สรุปลงจากการกรณีตัวอย่างจากประเทศต่างๆ ได้ ๕ ข้อ ได้แก่
    - ๑) การแก้ปัญหาหรือการวางแผนเรื่อง sexual reproductive health ต้องรับฟังความคิดเห็นและความต้องการของเด็กและเยาวชน
    - ๒) การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ที่ไม่ใช่แค่กระทรวงสาธารณสุข ช่วยแก้ปัญหาเรื่อง sexual reproductive health ได้ อย่่างไรก็ตาม เด็กและเยาวชนต้องเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ต้น
    - ๓) ควรสนับสนุนให้เด็กและเยาวชนรวมตัวเป็นเครือข่ายช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จนถึงขั้นสามารถนำเสนอประเด็นของเด็กและเยาวชนและหาแนวร่วมกับหน่วยงานของรัฐที่รับผิดชอบเรื่องนี้ได้ เช่น ประเทศฟิลิปปินส์มี youth council ประเทศยูกันดามี youth forum
    - ๔) ระบบบริการสาธารณสุข ควรจัดให้มี youth friendly health center หรือ web based health center เพื่อให้เด็กและเยาวชนสามารถปรึกษาเรื่อง sexual reproductive health ได้ โดยไม่ต้องไปพบแพทย์ หรือไม่ต้องมีผู้ปกครองพาไป
    - ๕) ระบบการศึกษา ข้อมูลเรื่องเพศศึกษาควรเผยแพร่สื่อต่างๆ เช่น ละคร โทรทัศน์ social media

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

- ไม่มี

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- การจัด Side Event นี้ มีรูปแบบที่แตกต่างจาก Side Event อื่นๆ มน WHA โดยมีวิทยากรจาก ๑) เด็กและเยาวชนผู้ได้รับผลกระทบโดยตรง ๒) เด็กและเยาวชนที่เป็นนักกิจกรรมที่ทำงานเรื่อง sexual reproductive health และ ๓) ผู้กำหนดนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ Side Event นี้ นอกจากนำเสนอข้อมูลเชิงวิชาการและนโยบายแล้ว ยังนำเสนอข้อมูลเชิงอารมณ์ความรู้สึก ทำให้ดึงความสนใจผู้เข้าร่วมประชุมได้มาก ประเทศไทยควรพิจารณาหารูปแบบการจัด Side Event ที่แตกต่างจากแบบเดิมๆ ที่จัดที่ WHA บ้าง

Side Event: BRICS health care systems for the future; Innovations from BRICS countries on people-centred reforms

ผู้จัด ประเทศบราซิล จีน อินเดีย รัสเซีย แอฟริกาใต้

วันที่/เวลา ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๐ เวลา ๑๒.๓๐-๑๔.๐๐ น.

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. แพทย์หญิงจิตติภรณ์ ตวงรัตนานนท์ กรมอนามัย

๒. ดร. ทันตแพทย์หญิง วริศา พานิชเกรียงไกร สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

การประชุมครั้งนี้เป็นการนำเสนอการดำเนินงานด้านการพัฒนาระบบสุขภาพโดยใช้หลักการ people-centred ของกลุ่มประเทศ BRICS

- Dr Edward Kelley (WHO) โลกกำลังเปลี่ยนการรักษาไปเป็นpeople-centered ถือเป็นขั้นแรกของ UHC โดยมีWHO Framework on integrated people-centered health services เป็นแนวทาง
- China; Liang Wannan- มุ่งเน้นที่การพัฒนา Primary Care ซึ่งรวมถึงการผลิตแพทย์ในชนบทเพิ่มขึ้น เน้นทำงานเป็นทีมสหสาขาและร่วมกันในทุกระดับรวมถึง Telemedicine สำหรับพื้นที่ห่างไกล และมีการปรับเปลี่ยนระบบการเงินให้ครอบคลุมประชาชนในพื้นที่ห่างไกลมากขึ้น ทั้งนี้การดำเนินงานที่สำคัญประกอบด้วย การสร้างความเข้าใจ การทำโครงการนำร่อง การทำงานในพื้นที่และการติดตามประเมินผล
- Brazil; Ricardo Barros- เน้นเรื่อง accountability และ accessibility โดยเน้นที่คุณภาพการบริการและมีการเปิด website ที่ให้ประชาชนเห็นความโปร่งใสของการดำเนินงานสาธารณสุข และมีการเข้าถึงบริการฟรีในบางเรื่อง เช่น Primary care, Zikaและ pre-exposure prophylaxis for HIV ในประชากรกลุ่มเสี่ยงสูง
- Russia; ให้ความสำคัญกับaccessibility และ quality โดยเสริมสร้างความเท่าเทียมกันด้วย Primary care และสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีเช่น ลดการสูบบุหรี่และบริโภคแอลกอฮอล์ ไปจนถึงการสนับสนุนการมีสุขภาพที่ดีในทุกกลุ่มวัย ทุกสถานที่ ตั้งแต่โรงเรียนไปถึงที่ทำงาน และเพิ่มจำนวน Excellences centers จนทำให้ปัจจุบันมีผู้ป่วยต่างชาติเดินทางมารักษาเพิ่มขึ้นถึงสองเท่า
- India; เนื่องจากอินเดียมีประชากรถึง 1.2 พันล้านคนและมีความหลากหลายมาก จึงเน้นไปยัง Primary health care และมีการเพิ่มงบประมาณด้านสาธารณสุขจาก 1.2% ของ GDP เป็น 2.5% ในปี 2025 และพยายามที่จะให้มาตรฐานระดับประเทศในการรักษาและจ่ายยาที่ไม่เสียเงิน รวมทั้งพยายามใช้ระบบ E-health ให้มากขึ้น
- South Africa; Malebona Precious Matsoso - เนื่องจากมีอัตราส่วนของการบริการจากภาคเอกชนมากกว่าจึงพยายามให้มี seamless UHC ที่เน้นเรื่องการป้องกันมากกว่าการรักษา รวมไปถึง community health หรือการเพิ่มความดึงดูดของการรักษาในคลินิกเพื่อเพิ่มความเท่าเทียมระหว่างเอกชนและรัฐบาล
- World Bank; Tim Evans - ความสำเร็จของ UHC ต้องมีพื้นฐานการให้บริการที่มีคุณภาพเพื่อให้คนเข้าถึงได้ ร่วมกับมีการบริหารเงินที่เหมาะสมตั้งแต่ Prevention, Primary care ไปจนถึงโรงพยาบาลขนาดใหญ่ นอกจากนี้ยังย้ำความสำคัญของ primary health care ที่เป็นพื้นฐานสำคัญในการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- Meng Qingyue ได้ให้ความเห็นในมุมมองของงานวิจัยที่เน้นการทำวิจัยตามความต้องการที่แท้จริงของประชาชน และการ Good practice ในระดับประเทศเพื่อไปขยายผลในระดับโลกและเน้นการประเมินติดตามผล
- World Organization of Family doctors; Amanda Howe- Family Doctor ที่ีจะดูแลผู้ป่วยแบบเป็นองค์รวม ไม่ได้ดูแลแคโรค ไม่มีการจำหน่ายผู้ป่วยและเน้นความสำคัญของการป้องกันและมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย

### ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

ไม่มีช่วงเวลาสำหรับการอภิปราย

### ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

ทุกประเทศมีแนวทางเดียวกันที่จะเน้นการดูแลประชาชนเป็นแบบ Patient-centered และเริ่มสร้างความเข้มแข็งมาจาก Primary Care ที่จะถือเป็นทางเดินไปสู่ UHC และมีแนวโน้มที่จะให้ความสำคัญกับ Preventionมากขึ้น ร่วมกับการปรับเปลี่ยนการบริหารเงิน การจัดการการส่งต่อ และใช้เทคโนโลยีเข้ามาเป็นส่วนช่วยในการเข้าถึงและบริหารจัดการมากขึ้น



## Side Event Partnership Matters: Achieving Stronger Health System in Practices

ผู้จัด China, Estonia, France, Germany, Ghana, Japan, Myanmar, Slovenia, Sweden, Zambia, Zimbabwe, supported by the European Union and in co-operation with UHC2030, P4H, and World Bank Group

วันที่/เวลา 2๔ พฤษภาคม 2560 เวลา 18.00-19.30 น. ห้องประชุม VIII

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

นางณิรณช อภาจรส กรมนามัย

### เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message) (โดยอาจารย์ชื่อ speaker ด้วย)

- การประชุมแบ่งเป็น ๓ ส่วน ๑) การลงนามร่วมเป็นภาคีใหม่ UHC๒๐๓๐ ของรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข ๕ ประเทศ ได้แก่ ซิลี แอฟริกา จอร์แดน อินโดนีเซีย ไทย และผู้แทน OECD, UN Foundation และ Civil Society Organization ตามด้วยการนำเสนอ Initiatives เกี่ยวกับ UHC และ Health System โดย WHO และ World Bank ๒) Panel discussion โดย รมว.สาธารณสุข ของ ๓ ประเทศ ได้แก่ Zambia, Ghana, Estonia ๓) แจ้งกำหนดการประชุม UHC Forum ๒๐๑๗ โดย กระทรวงสาธารณสุข ประเทศญี่ปุ่น (ช่วงต้นการประชุม Dr. Magaret Chan ร่วมกล่าว Statement ให้ร่วมสร้างระบบสุขภาพที่เข้มแข็ง โดยคำนึงถึงประชาชนและภาคีเครือข่าย การทำงานด้านสุขภาพกับเอกชนต้องจัดความสัมพันธ์ให้สมดุล ให้ประชาชนสามารถจ่ายเพื่อสุขภาพที่ดีได้
- นำเสนอแนวทาง UHC๒๐๓๐ โดย Speaker จาก WHO และ World Bank Group ประเด็นสำคัญ ได้แก่ การสร้างความเข้มแข็งระบบสุขภาพให้สามารถรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินและความพร้อมในการฟื้นคืนสู่สภาพปกติเมื่อประสบกับภาวะวิกฤติด้านสาธารณสุข โดยเน้นความเข้มแข็ง ๓ ด้าน ได้แก่ Health service delivery - Health financing - Governance เพื่อสร้างคุณภาพชีวิตที่ดี บรรลุเป้าหมาย SDG ๓.๘ และเป็น Entry point สำหรับบรรลุ SDG ๒, ๔, ๕, ๑๖ ได้ด้วย
- Panel Discussion โดย รมว.สาธารณสุข ๓ ประเทศ ได้แก่ Zambia: กล่าวว่า การสร้างความเข้มแข็งระบบสุขภาพ ต้องมี Paradigm Shift จาก Hospital Based เป็น Community Based และผลักดัน Health in All Policy การลงทุนเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ และการทำงานร่วมกับภาคส่วนอื่น นอกเหนือจากสาธารณสุข, Ghana: กล่าวถึงเรื่อง Health insurance ในประเทศว่าเป็นการลงทุนโดยภาครัฐ ให้ความสำคัญเรื่องความเสมอภาคด้านสุขภาพ ความท้าทายปัจจุบัน คือ political commitment และการสนับสนุนด้านงบประมาณ โดยเฉพาะสำหรับการให้วัคซีนสำหรับเด็ก, Estonia: กล่าวว่าการทำงาน UHC๒๐๓๐ เป็นแนวทางที่จะช่วยให้ประเทศดำเนินงานตาม SDG และช่วยให้ระบบสุขภาพมีความสามารถในการปรับตัวและสามารถฟื้นสภาพได้ แม้ประสบภาวะวิกฤติต่าง ๆ ความท้าทาย คือ ต้องการการนำที่เข้มแข็งและความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- กำหนดการจัดประชุม UHC Forum ๒๐๑๗ ณ กรุงโตเกียว โดยรัฐบาลญี่ปุ่น สนับสนุนโดย WHO UNICEF และ UHC๒๐๓๐

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม: -

**ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:**

- การเข้าร่วมเป็นภาคี UHC2030 ของกระทรวงสาธารณสุขไทย สามารถเป็นช่องทางแสดงบทบาทของไทยในเวทีโลก เป็นแบบอย่างที่ดีของการดำเนินงาน UHC
- ควรให้ความสำคัญกับ Social and Environment determinant of Health ใน UHC มากขึ้น เพื่อเป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพ ที่ทำได้ในราคาที่ถูกลงกว่าการรักษาพยาบาลเมื่อป่วยแล้ว และส่งเสริมบทบาทประชาชนและท้องถิ่นในระบบสุขภาพมากขึ้น

**Side Event: Polio's final stand: and update on the Global Polio Eradication Initiative**

ผู้จัด ประเทศแองโกลา แคนาดา ญี่ปุ่น โมร็อกโก ไนจีเรีย ปากีสถาน และสหรัฐอเมริกา

วันที่/เวลา ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๐ เวลา ๑๘.๐๐ – ๑๙.๓๐ น

**ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน**

๑. แพทย์หญิงสุชาดา เจียมศิริ กรมควบคุมโรค
๒. นายสัตวแพทย์ชัยวัฒน์ พูลศรีกาญจน์ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข

**เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)**

- ที่ประชุมกล่าวถึงความก้าวหน้าในการกวาดล้างโปลิโอโดยเฉพาะในประเทศที่ยังพบผู้ป่วย ได้แก่ ปากีสถาน อัฟกานิสถาน และไนจีเรีย และแผนการดำเนินงานในอนาคต รวมถึง polio transition plan
- ความก้าวหน้าในการกวาดล้างโปลิโอโดยเฉพาะในประเทศที่ยังพบผู้ป่วย ได้แก่ ปากีสถาน อัฟกานิสถาน และไนจีเรีย นั้น ถึงแม้ทั้งสามประเทศจะมีความยากลำบากในการดำเนินงานเนื่องเหตุการณ์ความรุนแรงในประเทศ แต่รัฐบาลของทุกประเทศมีนโยบายที่สนับสนุนและให้ความสำคัญกับการกวาดล้างโปลิโอ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และการเฝ้าระวังโรคเป็นอย่างดี ปัจจุบันพบว่าในปี 2017 พบผู้ป่วยลดลงกว่าปี 2016 มาก และเป็นไปได้ว่าจะสามารถกวาดล้างโรคได้สำเร็จโดยเร็ว
- สำหรับแผนการดำเนินงานในอนาคตนั้นมีการกล่าวถึงความจำเป็นของการสร้างความเข้มแข็งของระบบสาธารณสุขมูลฐาน ความพยายามในการแก้ไขปัญหาความขาดแคลนวัคซีน IPV เช่นการถ่ายทอดเทคโนโลยีไปยังผู้ผลิตเพื่อผลิตวัคซีนราคาถูก ทั้งหน่วยงานภาคีที่เป็นผู้สนับสนุนหลักมาอย่างยาวนาน อย่าง สโมสรโรตารีก็เน้นย้ำว่าจะให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่จนกว่าการกวาดล้างโรคโปลิโอจะเป็นที่สำเร็จ

**ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:**

- ทุกประเทศควรร่วมมือกันกวาดล้างโปลิโอ โดยเฉพาะในช่วงสุดท้ายของการกวาดล้างนี้ ผู้เข้าร่วมประชุมส่วนใหญ่ให้การสนับสนุนการกวาดล้างโปลิโอ
- มีการอภิปรายถึงเรื่อง transition plan ว่าประเทศที่ยังพึ่งพิงงบประมาณ GPEI จำเป็นต้องหาแผนรองรับการเปลี่ยนผ่านดังกล่าวและพึ่งพางบประมาณของตนเองมากขึ้น เพื่อให้การเปลี่ยนผ่านเป็นไปโดยเรียบร้อย

**ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:**

ไม่มี

## Side Event: Promoting intersectoral and coordinated actions to further invest in health and social workforce : towards achieving the 2030 Agenda

ผู้จัด: อาร์เจนตินา ฝรั่งเศส เนปาล ไนจีเรีย ฟิลิปปินส์ และ อาฟริกาใต้

วันที่ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๐ เวลา ๑๒:๓๐ – ๑๔:๐๐

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน:

๑. นายแพทย์ทิมกร โนรี สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๒. นายแพทย์ธงธน เพิ่มบถศรี กรมการแพทย์

### เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message):

ในการที่จะบรรลุเป้าหมายที่ ๓ สหประชาชาติว่าด้วยการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goal – SDG) ในปี ๒๐๓๐ นั้น ที่นอกเหนือจากประเด็นเรื่องสุขภาพแล้ว ยังรวมถึงการลดความยากจน การมีระบบการศึกษาที่ดี และมีการจ้างงานที่เหมาะสม ในอันที่จะส่งผลให้เกิดการกระตุ้นกาเติบโตทางเศรษฐกิจ และลดความแตกต่างระหว่างเพศ (Gender imbalance) ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ เพราะไม่มีหน่วยงานใด หน่วยงานหนึ่งที่จะสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ท่ามกลางความแตกต่างในแต่ละบริบทของพื้นที่ แตกต่างในแต่ละบริบทปัญหาได้

ปัจจัยที่แตกต่างในแต่ละพื้นที่ ได้แก่ โครงสร้างอายุ สภาวะทางเศรษฐกิจ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี เป็นต้น ดังนั้นความมุ่งมั่นของผู้นำประเทศ ความเข้มแข็งทางการเมือง การทำงานร่วมกันของหน่วยงานต่างๆ ทั้งภายในประเทศ และ หน่วยงานนานาชาติ จะเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะสามารถบรรลุเป้าหมาย ในปี ๒๐๓๐ ได้

The High Level Commission on Health Employment and Economic Growth ได้เป็นความร่วมมือระหว่าง ๓ องค์กรหลักได้แก่ องค์การอนามัยโลก (WHO) องค์กรแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) และองค์การร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (OECD) ได้สร้างเวทีความร่วมมือระดับองค์กรนานาชาติ มีเป้าหมายเพื่อการจ้างแรงงานในภาพสุขภาพและภาคสังคม เพื่อให้เกิดการกระตุ้นทางเศรษฐกิจ

ตัวอย่างความร่วมมือต่างๆของแต่ละประเทศ

- ประเทศเนปาล เป็นประเทศที่มีเศรษฐกิจเล็ก รัฐมีความขาดแคลนทรัพยากร จึงได้มีความร่วมมือกับภาคเอกชน และ Non-government organization ในการจัดระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ
- ประเทศฟิลิปปินส์ มีความร่วมมือกับประเทศเยอรมันในการช่วยผลิตพยาบาล และเมื่อจบการศึกษา ประเทศเยอรมันก็จะมาคัดเลือกพยาบาลไปทำงานที่เยอรมัน อย่างไรก็ตามมีการพูดคุยในระดับทวิภาคีในการส่งผลประโยชน์กลับสู่ประเทศฟิลิปปินส์
- ในประเทศอาร์เจนตินา มีความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงศึกษา ในการผลิตบุคลากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มระดับต่ำกว่าปริญญาตรี เพื่อส่งกลับเข้ามาทำงานในระบบสุขภาพของประเทศ
- ผู้เข้าร่วมประชุมเสนอว่ามีบางประเด็นที่พูดถึงน้อยใน Health Employment and Economic Growth ได้แก่
  ๑. Community Health Worker
  ๒. กลไกการช่วยเหลือจากประเทศปลายทาง กลับสู่ประเทศต้นทาง ในเรื่อง International Migration

## Side Event: Addressing Sepsis

ผู้จัด Global Sepsis Alliance

วันที่/เวลา ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๐ เวลา ๑๒.๐๐ – ๑๔.๓๐ น.

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

นายสัตวแพทย์ชัยวัฒน์ พูลศรีกาญจน์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

### เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

- The Global Burden of Sepsis

N. Kisson (University of British Columbia) ได้อธิบายอาการ sepsis ที่เกิดจากการติดเชื้อ โดยแสดงข้อมูลการเสียชีวิต ๑๐ ลำดับจากโรคติดเชื้อ ประกอบด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ, วัณโรค, ท้องเสีย, มาลาเรีย, ตับอักเสบบี, เอชไอวี, ไข้หวัด, บาดทะยัก, ไอกรน และพยาธิตัวกลม โดยแสดงค่าประมาณการผู้ป่วยทั่วโลก ๓๐ ล้านคนต่อปี (Fleishmann AJRCCM, ๒๐๑๖) และสาเหตุการตายในเด็กร้อยละ ๒๐.๘ ด้วยโรคมาลาเรีย สำหรับปัญหาด้านเศรษฐกิจได้นำเสนอผลการศึกษาของ Lozano และคณะ (Global and Regional Mortality, Lancet ๒๐๑๒) ที่แสดงอัตรา Year of life loss ของผู้ป่วยโรคติดเชื้อต่างๆ โดยได้สรุปตอนท้ายว่าจากปัญหาโรคติดเชื้อที่มีทั่วโลกที่เกิดจากปัญหาโลกร้อน และการเดินทางข้ามพรมแดน ทำให้ sepsis เป็นปัญหาที่มีขนาดใหญ่

- Prevention of Health Care Associated Sepsis

B. Allegranzi (WHO) ได้อธิบายเรื่อง การติดเชื้อจากสถานพยาบาล (Health care associated infections; HAIs) พบ ๑๐๐ ล้านคนต่อปี ในประเทศที่มีรายได้สูงพบร้อยละ ๓๐ และพบสูงขึ้น ๒ – ๓ เท่าในประเทศกำลังพัฒนา sepsis จากการผ่าตัดพบร้อยละ ๓๐ และพบสูงกว่าร้อยละ ๕๐ จากเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพได้แก่ MRSA (methicillin resistant *Staphylococcus aureus*) และ CRE (Enterobacteriaceae resistant to Carbapenems) ได้นำเสนอการศึกษาของ Casini A และคณะ (PLoS Med ๒๐๑๖;๑๓(๑๐) ที่สรุปว่า HAIs เป็นสาเหตุของผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตสูงกว่าการติดเชื้อมากกว่า ๓๑ ชนิด สำหรับมาตรการป้องกันและควบคุมจัดทำโดย WHO ได้แก่คู่มือเรื่อง interim practical manual supporting national implementation of the WHO Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control programs และ Evidence of hand hygiene as the building block for infection prevention and control เนื่องจากการล้างมือจะช่วยลดการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาจากสถานพยาบาล

### ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปรายหรือถูกถามจากที่ประชุม:

- Global Sepsis Alliance (GSA) เป็นองค์กรไม่แสวงหาผลกำไร มีวัตถุประสงค์ในการสร้างความตระหนักในเรื่อง sepsis โดยมีเป้าหมายเพื่อลดการสูญเสียชีวิตจาก sepsis ได้ร้อยละ ๒๐ ภายในปี ๒๐๒๐ GSA ได้กำหนดให้วันที่ ๑๓ กันยายนของทุกปีเป็น World Sepsis Day (WSD) เพื่อสร้างความตระหนักให้กับแพทย์ และประชาชนทั่วไป กิจกรรมเชิงวิชาการที่ GSA ได้ดำเนินการคือการประชุม World Sepsis Congress (WSC) ที่เริ่มตั้งแต่ปี ๒๐๑๖ (พ.ศ. ๒๕๕๙) และจัดขึ้นทุก ๒ ปี สำหรับปี ๒๐๑๗ (พ.ศ. ๒๕๖๐) GSA ได้ร่วมกับองค์การอนามัยโลก (WHO) ในการจัดการประชุมหัวข้อ WSC spotlight: Maternal and Neonatal Sepsis โดยเป็นการประชุมผ่านสัญญาณดาวเทียมที่ไม่มีค่าใช้จ่าย (free online)

### ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- กระตุ้น และสนับสนุนกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง (เด็ก สตรีมีครรภ์ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ) ด้วยมีความเสี่ยงมากกว่ากลุ่มอื่น
- เพิ่มการสื่อสารประชาสัมพันธ์เรื่อง sepsis แก่ผู้ป่วย ญาติ ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้เกิดความตระหนักถึงปัญหาของ sepsis ที่ทำให้เกิดการสูญเสียอวัยวะหรือชีวิตได้ หากได้รับการรักษาที่ล่าช้า ทั้งนี้การรักษาด้วยยาต้านจุลชีพต้องให้อยู่ในวิจาร์ณญาณของแพทย์ ร่วมกับข้อมูลจากผู้ป่วย
- องค์การการกุศล ทำหน้าที่เป็นแหล่งข้อมูล สื่อสารไปยังประชาชนกลุ่มเป้าหมาย โดยผ่านการทำกิจกรรมนันทนาการร่วมกัน และรวมถึงกิจกรรมทางวิชาการด้วย

### Side Event :Building Capacity for Innovation and Access: Combatting Neglected Tropical Diseases

ผู้จัด: Egypt, World Intellectual Property Organization (WIPO), Special Program for Research and Training in Tropical Diseases (TDR) (Co-sponsors: Bangladesh, Philippines, Indonesia, Namibia, Singapore และ Swiss Confederation)

วันที่/เวลา: ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๐ เวลา ๑๒.๑๕ – ๑๔.๐๐ น.

#### ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. ดร. รุ่งนภา คำผาง โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
๒. ดร. เกสัชกรหญิง นิธิมา สุ่มประดิษฐ์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

#### เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message) (โดยอาจารย์ชื่อ speaker ด้วย)

- กระบวนการผลิต innovation ไปจนถึงการเข้าถึงยาจำเป็นต้องมีการสร้างศักยภาพหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตั้งแต่การวิจัยและการพัฒนา การควบคุมเพื่อให้ยามีความปลอดภัยและประสิทธิผล การกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับทรัพย์สินทางปัญญา เป็นต้น ซึ่งมีหลายหน่วยงานที่สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพในด้านต่างๆ ทั้งระดับประเทศและระดับนานาชาติ

- WIPO เป็นหน่วยงานหนึ่งที่สนับสนุนให้เกิดการค้นพบและพัฒนาเทคโนโลยีใหม่สำหรับโรคเขตร้อนที่ถูกละเลย โรคมาลาเรียและวัณโรคโดยสนับสนุนการแลกเปลี่ยนทรัพย์สินทางปัญญากับ global health research community และกระตุ้นให้เกิดการสร้างร่วมมือระหว่างหน่วยงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งพัฒนาศักยภาพประเทศกำลังพัฒนา

- WIPO Re:Search เป็น consortium ก่อตั้งโดย WIPO และ BIO Ventures for Global Health (BVGH) รวมทั้ง pharmaceutical companies และ public sector research institutes หลังจากดำเนินการมา ๕ ปี WIPO Re:Search ได้ออก WIPO Re:Search Strategic Plan ๒๐๑๗-๒๐๒๑ โดยเน้นการทำงานแบบ Public-Private Partnership และแก้ปัญหา IP ของการพัฒนาสำหรับโรคกลุ่มนี้

- จากนั้นเป็นการนำเสนอการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ ผู้นำเสนอ (Panelists) แบ่งเป็น ๔ กลุ่ม คือ (๑) ภาครัฐ (Egypt และประเทศที่เป็น co-sponsors) นำเสนอมุมมองเชิงนโยบายของประเทศตน (๒) หน่วยงานสนับสนุนทุน (TDR-John Reeder, BVGH-Jennifer Dent และ WIPO-Minelik Alemu Getahun) นำเสนอภารกิจของแต่ละองค์กรในประเด็นพัฒนาศักยภาพด้าน R&D เช่น WIPO นำเสนอแผนและกิจกรรม

พัฒนาศักยภาพในลักษณะของ fellowship programs ว่ามีรูปแบบที่หลากหลาย เช่น การฝึกงาน การเข้าร่วมทำงานกับองค์กรหรือบริษัทฯ (secondment) และการให้ทุนวิจัยแบบ post-doctoral program เป็นต้น (๓) ภาคเอกชน (GSK-Jon Pender, Vice President) นำเสนอเกี่ยวกับความสำคัญของงาน R&D และได้เน้นย้ำงานด้าน anti-malaria และ (๔) ผู้รับทุนของ WIPO Re: Search จากประเทศ Gambia นำเสนอประสบการณ์ในการไปทำ post-doctoral program ที่ London School of Hygiene & Tropical Medicines

### ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

ที่ประชุมตั้งข้อสังเกตกับงานด้านนี้ของ WIPO ว่าที่ผ่านมายังไม่ค่อยมีความชัดเจน และยินดีที่เห็นว่ามีแผนยุทธศาสตร์ WIPO Re:Search Strategic Plan ๒๐๑๗-๒๐๒๑ ออกมา และมีความคาดหวังจะเห็นผลงานที่เป็นรูปธรรมในการตอบโจทย์

### ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

ความสำคัญของการผลักดันเรื่องนี้ คือ การสร้างความร่วมมือระหว่าง public-private sector และการพัฒนาศักยภาพประเทศกำลังพัฒนาเพื่อให้เข้าถึงความรู้และความช่วยเหลือด้านการแลกเปลี่ยนเทคโนโลยี

### Side Event: Country-led effort to end Malaria

ผู้จัด The delegations of Angola, Botswana, Ethiopia, Monaco, New Zealand and USA

วันที่/เวลา 25 May 2017/ 18.00-19.30 น.

#### ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. นายแพทย์พิสุทธิ ชื่นจงกลกุล กรมควบคุมโรค
๒. ดร. จอมขวัญ โยธาสมุทร มุลินิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

### เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

Side event นี้เป็นการเสวนาแลกเปลี่ยนกันระหว่างผู้ทำงานด้านการกวาดล้างมาลาเรียตั้งแต่ระดับรัฐมนตรีของประเทศที่มีผู้ป่วยมาลาเรียมาก เช่น ประเทศแองโกลาและบอสวานา, ประเทศผู้บริจาคเงินหรือทรัพยากรเพื่อการกวาดล้างมาลาเรีย เช่น สหรัฐอเมริกา, หน่วยงานภาคเอกชนและภาคประชาสังคม โดยมีประเด็นหลักและรายละเอียดการเสวนาดังนี้

- **บทเรียนความสำเร็จของประเทศที่กำจัดมาลาเรียได้สำเร็จ:** ตัวแทนประเทศต่างๆได้แบ่งปันประสบการณ์และบทเรียนการดำเนินการให้สำเร็จได้แก่ ๑) การสนับสนุนการดำเนินงานในชุมชน ถึงทุกหลังคาเรือน ๒) การให้ความสำคัญในระดับนโยบายโดยมีการจัดสรรทรัพยากรให้กับ การดำเนินงาน ๓) การเพิ่มการเข้าถึงการตรวจกรองและรักษาอย่างครอบคลุม ๔) ระบบเฝ้าระวังที่เข้มข้นและต่อเนื่อง ๕) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดำเนินงานในทุกระดับ ๖) การมีส่วนร่วมกับเครือข่ายตั้งแต่วางแผน, สร้างความเป็นเจ้าของและรับผิดชอบต่อปัญหาาร่วมกัน ๗) การสนับสนุนให้มีผู้นำในการกวาดล้างมาลาเรียในประเทศ ๘) มาตรการเฉพาะสำหรับการจัดการในพื้นที่ชายแดน เช่น การประสานความร่วมมือระหว่างประเทศ

- ปัจจัยสำคัญที่ขับเคลื่อนการทำงานร่วมกับเครือข่ายอย่างต่อเนื่องในการกวาดล้างมาลาเรีย รวมถึงสิ่งที่ภาครัฐต้องการมากที่สุดจากเครือข่าย ได้แก่ การใช้ข้อมูลสนับสนุน และประสานกับเครือข่ายอย่างกว้างขวางโดยไม่จำกัดเพียงการสนับสนุนด้านงบประมาณ แต่รวมถึงการสนับสนุนด้านอื่นๆ เช่น การร่วมมือกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการสื่อสารกับประชาชนให้รู้ถึงความเสี่ยงของมาลาเรีย
- กระบวนการสนับสนุนให้เกิดข้อตกลงด้านนโยบายกวาดล้างมาลาเรียในประเทศที่ปัญหาของโรคดังกล่าวน้อย: ตัวแทนจากประเทศต่างๆ ได้เสนอว่าในการทำให้เกิดข้อตกลงนั้น ต้องประกอบด้วย ๑) การสื่อสารถึงความสำคัญต่อโรคดังกล่าวอย่างต่อเนื่องและสร้างความเป็นเจ้าของร่วมกัน ๒) การบริหารจัดการทรัพยากรในการดำเนินงานอย่างโปร่งใส ๓) การวางแผนใช้งบประมาณในเรื่องนี้อย่างต่อเนื่อง ๔) เทคนิคการสื่อสารกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องนอกภาคสาธารณสุขเพื่อให้ทุกฝ่ายเข้าใจและเห็นความสำคัญของการจัดการปัญหา มาลาเรีย
- การเพิ่มงบประมาณภายในประเทศเพื่อสนับสนุนการกวาดล้างมาลาเรีย มีความจำเป็น เพื่อลดความเสี่ยงจากความไม่แน่นอนของการสนับสนุนจากต่างประเทศ โดยสนับสนุนให้มีการร่วมมือกับเครือข่ายภายในประเทศอย่างกว้างขวาง

#### ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม

- ผู้เข้าร่วมประชุมจากศรีลังกาแลกเปลี่ยนว่าความสำเร็จของการดำเนินงานขึ้นอยู่กับกรณีเป้าหมายที่ชัดเจน ให้ความสำคัญอย่างต่อเนื่อง และมีระบบติดตามประเมินผลการดำเนินงานที่เข้มแข็ง
- ผู้เข้าร่วมประชุมจาก Botswana เล่าถึงการดำเนินงานในประเทศว่า มีข้อตกลงในระดับประเทศให้มีการรายงานผลทุกไตรมาส, มีการวางแผนไปสู่ Malaria free, ทำงานร่วมกับชุมชนอย่างเข้มข้นและทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายอย่างกว้างขวาง

#### ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้

- ประเทศไทยควรพิจารณาถึงแนวทางการดำเนินมาตรการเฉพาะเพื่อกวาดล้างมาลาเรียในพื้นที่ชายแดน โดยวางมาตรการที่แตกต่างจากมาตรการที่ดำเนินการในประเทศ
- พิจารณาการขยายความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายให้กว้างขวางยิ่งขึ้น

**Side Event: Toward Universal Eye Health : Taking stock of progress against the global action plan. What's working And Where to from here?**

ผู้จัด Delegation of Australia , Austria, Burkina Faso, China, Cook Island, Czech Republic, Ethiopia, Guatemala, Indonesia, Kenya, Malta, Pakistan, Tonga, The Fred Hollows Foundation, International agency for the prevention of blindness and Orbis international.

#### ทีมผู้รายงาน

๑. เกสัชกรหญิงสมฤทัย สุพรรณกุล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๒. แพทย์หญิงนาตยา มิลล์ สำนักงานสาธารณสุขระหว่างประเทศ

### เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message) โดยอาจจะบุชื่อ speaker ด้วย)

ผู้แทนออสเตรเลีย : ทาง WHO มี Global action plan เกี่ยวกับด้านการให้บริการรักษาโรคตาในระบบสาธารณสุข สำหรับปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๒ และจากรายงานของ WHO พบว่ามีผู้ป่วยที่ตาบอดถึง ๓๐ ล้านคน โดยประมาณ และ ๘๐% อยู่ในประเทศกลุ่มที่มีรายได้ต่ำ และ ๘๐%ของผู้ป่วยเป็นภาวะที่ป้องกัน หรือ รักษาได้ เช่น cataract เป็นต้น และพบว่ากลุ่มประชากรเด็กมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาในการมองเห็นมากขึ้น วัตถุประสงค์ในการประชุมวันนี้เพื่อติดตามความก้าวหน้าและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การให้บริการ และดูแลเรื่องตาของแต่ละประเทศเพื่อกระตุ้นให้เกิดการเข้าถึงบริการและการรักษาที่มากขึ้น อินโดนีเซีย พบปัญหาเรื่อง cataract ในผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น และพบมีเด็กตาบอดเป็นจำนวนมากการให้บริการรักษาโรคตาอยู่ในสิทธิประโยชน์ของประเทศ มีการอบรมบุคลากรทางการแพทย์ทางด้านตาเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในท้องถิ่นที่ห่างไกลได้มากขึ้น แต่ยังคงประสบปัญหาเนื่องจากภูมิประเทศเป็นเกาะ ตองกาในฐานะตัวแทนกลุ่มประเทศในเขตแปซิฟิกประสบปัญหาคล้ายอินโดนีเซีย แต่ได้ทุนจาก Fred Hallow Foundation นิวซีแลนด์ในการอบรมทีม eye care โดยเฉพาะอย่างยิ่งจักษุแพทย์ด้านการรักษา cataract และการดูแลตาในผู้ป่วยเบาหวาน มอลต้าและกลุ่มcommonwealth ในแถบแอฟริกา พบจำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มสูงขึ้น มีนโยบายระดับประเทศในการดูแลเรื่อง cataract, glaucoma และการดูแลเรื่องสุขภาพตาในผู้ป่วยเบาหวาน จีนมีนโยบายกำจัดภาวะตาบอดจาก cataract ในปี ๒๕๕๘ ปัจจุบัน มีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการรักษาด้วยออกซิเจนในผู้ป่วยเด็กที่คลอดก่อนกำหนด และเน้นการเพิ่มคุณภาพในการผ่าตัดตา รวมทั้งมีการศึกษาวิจัยผลิตภัณฑ์ทางด้านตาและการพัฒนาแนวทางการทำงานที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลได้มากขึ้น ปากีสถานมีการจัดตั้ง eye care team และมีแผนพัฒนากำลังคนทางด้านนี้ เอธิโอเปีย มีความร่วมมือระหว่างประเทศกับองค์กรต่างๆ ในกลุ่มประเทศแอฟริกา ในการลดปัญหาเรื่องการติดเชื้อที่ตาจนมีผลทำให้ตาบอด หรือ trachoma และจะขยายไปสู่การให้บริการเกี่ยวกับ cataract ในอีก ๕ ปี ข้างหน้า ผู้แทน agency for blindness สนับสนุนว่าการดำเนินงานด้านนี้ต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชน องค์กรอิสระต่างๆ เพื่อลดอัตราการเกิดตาบอดลง ๒๕% และเน้นการเข้าถึงบริการด้านนี้โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ยากจนหรือผู้ที่อยู่ในถิ่นที่ห่างไกล โดยใช้ cataract surgery coverage เป็นตัวชี้วัดการดำเนินงานภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

### ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย / หรือ ถูกถามจากที่ประชุม

การบริหารจัดการกรณีบุคลากรทางการแพทย์คลาดแคลน โดยเฉพาะ จักษุแพทย์ ควรมีการแก้ไขอย่างไร เอธิโอเปีย ใช้วิธีการอบรมทีม eye care และสามารถให้การบริการได้ทั้งผู้ป่วยที่อยู่ในท้องถิ่นที่ห่างไกล เพื่อเป็นทีมคัดกรองผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงให้เข้ารับบริการด้านนี้โดยตรงได้ดีขึ้น ไทยได้และเปลี่ยนประสบการณ์กรณี mobile clinic สามารถให้การบริการผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกลได้มากขึ้น และ ปัจจุบันมีการกำหนดให้มียา bevacizumab ซึ่งเป็น off label use สำหรับรักษาภาวะ Aged related macular degeneration (AMD) ในผู้สูงอายุ และ diabetic macula edema (DME) ในผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการและได้รับยามากขึ้นภายใต้งบที่มีอยู่อย่างจำกัดโดยไม่ต้องใช้ยาต้นแบบ อย่างไรก็ตามพบประเด็นปัญหาเกี่ยวกับการผ่าตัดต่อกระจกในการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน โดยการนำผู้ป่วยต่อกระจกในระยะเริ่มต้นมาผ่าตัดในขณะที่ผู้ป่วยที่ควรได้รับการผ่าตัดไม่สามารถเข้ารับบริการได้ ซึ่งเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในลักษณะเดียวกันกับฮ่องกง ซึ่งเป็นสิ่งที่ต้องกำกับดูแลให้เข้มงวดมากขึ้น



### ข้อเสนอแนะจากการประชุมครั้งนี้

- ภาวะตาบอดส่วนใหญ่ เป็นภาวะที่ป้องกันหรือรักษาได้ จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการเสาะหาผู้ป่วย การวินิจฉัยและการรักษาที่รวดเร็วและเหมาะสม ประเทศสมาชิกควรให้การสนับสนุนให้เป็นไปตาม Global action plan ให้มากขึ้น
- ควรมีการให้ความรู้เรื่องการป้องกันภาวะตาบอดแก่ประชาชน ชุมชน และสังคม เพื่อให้มีส่วนร่วมในการป้องกันอีกด้วย

### Technical briefings on Universal Health Coverage: sustained commitment and concrete achievements

ผู้จัด WHO

วันที่/เวลา ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๐ เวลา ๑๒.๓๐- ๑๔.๐๐ น.

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. แพทย์หญิงจิตติภรณ์ ตวงรัตนานนท์ กรมอนามัย
๒. นายแพทย์คณิตสรณ์ สัมฤทธิ์เดชขจร สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

### เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message) (โดยอาจารย์ชื้อ speaker ด้วย)

- Dr. Margaret Chan – UHC ถือเป็นภารกิจทางจริยธรรมของ WHO ที่ผ่านการผลักดันจากหลายเวที เช่น G7, WHO agencies และประเทศสมาชิก จนกลายเป็นเป้าหมายที่ 3.8 ใน SDG ซึ่งที่ผ่านมามีถึง 70 ประเทศที่เข้ามาขอ Technical advices จาก WHO จึงถือเป็น Global movement ที่สำคัญยิ่ง ประชาคมสุขภาพต้องทำ UHC ให้เป็นที่รับรู้อย่างชัดเจนของทุกภาคส่วน และทำให้ UHC มีตัวตนในทุกนโยบายของชาติ ขณะที่ภายในภาคส่วนสุขภาพเองก็ไม่ควรละเลยที่จะให้ความสำคัญต่อการสร้างความตระหนักรู้แก่นิสิตและนักศึกษาทางการแพทย์และสาธารณสุข
- Dr. Gro Harlem Brundtland- UHC ควรบริหารจากเงินของรัฐบาล ซึ่งแปรผันตาม GDP ของประเทศ ประเทศใหญ่อาจใช้แค่ 1% หรืออาจเพิ่มเป็น 6% ในประเทศเล็กได้ จึงไม่จำเป็นว่าประเทศต้องมีรายได้สูงจึงจะมี UHC ได้ และไม่ควรมีเรื่องรายได้ของบุคลากรสาธารณสุข การใช้เทคโนโลยีที่คุ้มค่า และการใช้ essential medicine
- Dr. Tedros Adhanom- -ถนนทุกสายนำไปสู่ UHC (All roads lead to UHC) การปล่อยให้คนจนตายเพราะไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ ถือเป็นอาชญากรรมที่ทุกคนต้องร่วมกันรับผิดชอบ โดยเฉพาะภาครัฐ โดย WHO จะช่วยแนะนำ best practice ของแต่ละ region ประการสำคัญที่สุด ซึ่งสำคัญกว่าระดับความรวย-จนของประเทศนั้นๆ คือผู้บริหารประเทศต้องให้ความสำคัญและความมุ่งมั่นต่อการขับเคลื่อน UHC แต่ละประเทศอาจเริ่มจากจุดเล็กๆ ที่สำคัญก่อน อาทิ ระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อวางรากฐานระบบสุขภาพและสร้างความมั่นใจในการขับเคลื่อนขั้นถัดไป นอกจากนี้ควรได้รับการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน เพื่อให้พวกเขาตระหนักว่า UHC เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่พึงมี
- China; แม้ว่าประเทศจีนจะบรรลุ UHC เนื่องจากกว่า 98% ของประชากรได้รับการคุ้มครองอย่างใดอย่างหนึ่ง [rural commune medical systems--for rural population, urban employed basic medical insurance--for public and private employees, urban resident basic medical insurance—for the remaining population in urban areas] และยังมี out-of-pocket payment อยู่ถึง 28.9% รัฐบาลพยายามลดรายจ่ายส่วนนี้โดยเพิ่มสำคัญของ primary health care โดยเพิ่มงบถึง \$14.5 พันล้าน เพิ่ม

ความครอบคลุมของระบบหลักประกันสุขภาพ โดยเฉพาะในชนบท และเพิ่มการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ มาตรการดังกล่าวช่วยเพิ่ม life expectancy, ลด maternal mortality และลด under-five mortality ได้อย่างมีนัยสำคัญ

- Chile; ปี 2005 รวมระบบประกันของ public และ private ครอบคลุมประชากร 94% และเพิ่มความตื่นตัวของประชากร ร่วมกับนโยบายภาครัฐที่สนับสนุนและเพิ่มความครอบคลุม โดยเน้นด้าน NCDs Chile มีรายจ่ายสุขภาพจากครัวเรือน 31.5% ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด [<http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.TO.ZS>]
- Greece; รัฐบาลยังคงผลักดัน UHC แม้จะมีวิกฤตเศรษฐกิจก็ตาม โดยเน้น people-centred, access to medicine จำนวนบุคลากรที่เพียงพอ การเก็บข้อมูลและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม Greece มีรายจ่ายสุขภาพจากครัวเรือน 34.9% ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด [<http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.TO.ZS>]
- Cape Verde; รัฐบาลสนับสนุนระบบ co-payment ปัจจุบันอยู่ที่ 10% พยายามเพิ่มเป็น 15% โดยยังมีปัญหาเรื่องแม่และเด็ก อนามัยพื้นฐาน และการกระจุกตัวของบุคลากรอยู่ในเมือง แม้ว่า 65% ของประชากรสามารถเดินทางถึงสถานพยาบาลใน 15 นาที ขณะนี้รัฐบาลได้ทดลอง UHC pilot study อยู่และมีแผนจะขยายผลต่อไป Cape Verde มีรายจ่ายสุขภาพจากครัวเรือน 22.2% ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด [<http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.TO.ZS>]
- OXFAM, GAVI; เห็นด้วยว่าต้องใช้เงินจากรัฐ และพร้อมสนับสนุน primary care, health system strengthening

#### ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

เน้นให้เป็นเงินจากรัฐคิดเป็นประมาณ ๕% ของ GDP โดยอาจทำงานร่วมกับเอกชน บางประเทศยังมีปัญหาข้อกีดกันที่อยากให้อECD เข้าไปประเมิน โดยนอกจากการรักษาแล้ว ควรเน้นสาธารณสุขพื้นฐาน เช่น น้ำ สุขอนามัย ความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพ ร่วมกับการเพิ่ม social responsibilities ของประชาชนเพื่อให้เกิดความยั่งยืนของ UHC

#### ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

UHC ถือเป็นนโยบายสุขภาพที่สำคัญในปัจจุบันที่สามารถสร้างให้เกิดขึ้นในทุกประเทศ โดยไม่จำเป็นที่ประเทศจะต้องร่ำรวย สิ่งสำคัญกว่าคือการให้ความสำคัญในประเด็นนี้ของผู้บริหารประเทศ ดังตัวอย่างจากประเทศไทยและศรีลังกา โดยอาศัยการสร้างเสริมของระบบสุขภาพ ผ่านการร่วมมือของรัฐบาล ประชาชน และเอกชนเป็นสำคัญ แต่ละประเทศมีกลยุทธ์ UHC ที่ต่างกัน แต่ควรเน้น primary care และสาธารณสุขพื้นฐานเป็นลำดับแรก เพื่อความครอบคลุมโดยเฉพาะกับผู้ที่มีรายได้น้อย เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมอย่างแท้จริงของโลกใบนี้

## Side Event: The impact of the recommendations of UN Secretary-General's High-level Panel report on Access to Medicines on vulnerable populations.

ผู้จัด Delegation of the Plurinational State of Bolivia, India, Morocco, Uganda and the Bolivian Republic of Venezuela.

### ทีมผู้รายงาน

๑. เกสัชกรหญิงสมฤทัย สุพรรณกุล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๒. เกสัชกรหญิงสิตานันท์ พูนผลทรัพย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

### เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message) โดยอาจารย์ชื่อ speaker ด้วย)

- วัตถุประสงค์ของการประชุม เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเรียนรู้ร่วมกันด้านการเข้าถึงยาของผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ ตามคำแนะนำในรายงานของ UNSG HLP 2016
- ผู้แทน UNSG ปัจจุบันมีปัญหาการเข้าถึงยารักษามาเลเรีย ยาต้านไวรัส วัคซีน ยารักษามะเร็ง ยารักษาการติดเชื้อ ตับอักเสบไวรัสซี เป็นต้น ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญโดยเฉพาะในกลุ่ม ประเทศที่มีรายได้น้อย โดยมีสาเหตุสำคัญมาจากเรื่องราคา ยา แม้ว่าจะมี TRIPS Flexibility , Doha Declaration เป็นต้น การถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องต้องใช้เวลาและทำได้ยาก อีกทั้งบริษัทตั้งราคาขายสูงมากโดย อ้างว่าต้องลงทุนในการศึกษาค้นคว้าวิจัยยาใหม่สูงมาก ถือเป็นประเด็นสำคัญที่ทาง UNSG WHO และ WTO พยายามประสานงานหาทางออกร่วมกันอยู่
- โมร็อกโกมีนโยบายระดับประเทศสนับสนุนการผลิตยาในประเทศและให้สิทธิพิเศษสำหรับ 1<sup>st</sup> generic ในขณะที่ประเทศบราซิลมีนโยบายการส่งเสริมการค้าและการใช้ traditional medicines ที่ผลิตภายในประเทศ และมีการอบรม Mid-wife เพื่อให้สนับสนุนการแพทย์แผนปัจจุบัน และ traditional therapy เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน มาเลเรียและการควบคุมโรคมาเลเรีย อุกันดาไม่มีความสามารถในการผลิตยาเองแต่ใช้วิธี compulsory licensing เพื่อนำเข้ายาจากอินเดีย สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ จอร์แดน โดยเฉพาะยาต้านไวรัส ยามาเลเรีย ยารักษาตับอักเสบซี ขณะนี้อยู่ระหว่างลงทุนสร้างโรงงานผลิตยา อินเดียมีบริษัทผลิตยาที่ได้มาตรฐานตาม WHO PQ ภายใต้การสนับสนุนของรัฐบาล โดยอาศัย TRIPs flexibility ส่งเสริมการผลิตยาที่มีคุณภาพภายในประเทศและส่งออกขายแก่ประเทศสมาชิกเพื่อเอื้อให้ประชาชนเข้าถึงยาได้มากขึ้น เวเนซุเอลาอยู่ในระยะเริ่มต้นของการสนับสนุนการผลิตยาเองภายในประเทศแต่เป็นไปได้ช้าเพราะมีผลกระทบจาก Trade law, IPR เสนอให้มีเครือข่ายในภูมิภาคให้มากขึ้น เพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ผู้แทน South Center ยอมรับคำแนะนำของ UNSG HLP เป็นสิ่งที่ควรทำและควรมีนโยบายของประเทศรองรับเพื่อผลักดันให้เกิดการเข้าถึงยาได้มากขึ้น ผู้แทน Partners in Population and Development เห็นว่าควรมี Road Map ในการทำงาน ติดตาม ประเมินผลที่ชัดเจน และ capacity building และ Technology transfer เป็นสิ่งจำเป็นในการส่งเสริมการผลิตยาภายในประเทศ

### ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย / หรือ ถูกถามจากที่ประชุม

WHO palliative care center ขอให้ UNSG ดูเรื่องเรื่องยามะเร็ง โดยเฉพาะยามะเร็งในเด็ก ยากลุ่ม Narcotic สำหรับการบรรเทาปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ยังมีการเข้าถึงที่ต่ำมาก ทั้งนี้ เนื่องจากปัญหาด้านการผลิต ราคาและกฎหมายควบคุม

### ข้อเสนอแนะจากการประชุมครั้งนี้

โดยสรุป UNSG HLP WHO และองค์กรระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องต้องเข้ามามีบทบาทในการดูแลเรื่องราคา ยาที่ยุติธรรม ความโปร่งใสในการศึกษา ค้นคว้า วิจัย และต้นทุนการผลิตยาใหม่ การส่งเสริมให้มีการผลิตยา ภายในประเทศหรือภายในภูมิภาคภายใต้ TRIPS Flexibility ซึ่งต้องใช้เวลาในการถ่ายทอดเทคโนโลยีและทุน ในการดำเนินงาน

### Side Event: Partnerships for Health System Transformation; Valuing the Experiences

ผู้จัด ประเทศตุรกี

วันที่/เวลา วันพฤหัสบดีที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๐ เวลา ๑๒:๓๐-๑๔:๐๐ น.

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. นายรังสรรค์ มั่นคง สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
๒. นางสาวกุลชิตา พิณธูทอง กรมอนามัย

### เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message):

- การปฏิรูปหรือเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพที่มีขนาดใหญ่และมีความซับซ้อนสูงนั้น จำเป็นต้องอาศัยปัจจัย สำคัญ หลายด้าน อาทิ การมีวิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์ที่ชัดเจนและท้าทาย ความร่วมมือกับนานาชาติเพื่อ ใช้ความรู้และบทเรียนจากประเทศต่างๆ ที่ผ่านการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ (โดยองค์กรระหว่างประเทศ) ความเชื่อมโยงกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน และการมีผู้นำที่เป็นต้นแบบและมุ่งมั่นเกาะติดการปฏิรูปเป็น ระยะเวลาานเพียงพอ เป็นต้น
- หากสามารถปฏิรูประบบสุขภาพได้ จะส่งผลต่อสุขภาพและความกินดีอยู่ดีของประชาชนได้อย่างก้าว กระโดด และช่วยให้ประเทศลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ และสามารถบรรลุเป้าหมายระดับชาติและ นานาชาติต่างๆ ได้ตามกรอบเวลา
- การนำเสนอบทเรียนประสบการณ์การปฏิรูประบบสุขภาพจากประเทศต่างๆ ได้แก่ ประเทศตุรกี (รมต.สธ., 1<sup>st</sup> Phase of Health Transformation Program Human First) ประเทศเอธิโอเปีย (รมต.สธ., 20-Year Health Sector Development Plan) ซาอุดีอาระเบีย (Saudi 2030: Vibrant Society) และ บาห์เรน (รมต.สธ., Safe and Healthy Society) รวมถึง กลุ่มประเทศสมาชิกในภูมิภาคยุโรป (Dr.Hans Kluge, Madrid Report on Health System Transformation)
- ทิศทางระบบสุขภาพที่แต่ละประเทศมุ่งเป้าการปฏิรูปมีความคล้ายคลึงกัน คือ การมีระบบหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า (UHC) การเสริมสร้างความรู้และทักษะด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การขยาย การบริการสุขภาพแบบองค์รวม การลดการพึ่งพาการบริการในโรงพยาบาล (ตติยภูมิ) ด้วยการเพิ่มบริการ สุขภาพระดับชุมชน (ปฐมภูมิ) การใช้นวัตกรรมการคลัง (innovative health financing) แบบต่างๆ เพื่อ เพิ่มงบประมาณสำหรับระบบสุขภาพ การประสานพลังจากทุกภาคส่วนในสังคม เป็นต้น

### ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

- การปฏิรูประบบสุขภาพจำเป็นต้องมีการรับฟังความคิดเห็นและหารือ (Consultation) กับทุกภาคส่วนใน สังคมอย่างเพียงพอ และพึงประสานความร่วมมือจากกระทรวงสำคัญอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง อาทิ

กระทรวงการคลัง (ด้านการบริหารจัดการงบประมาณ) กระทรวงศึกษาธิการ (ด้านการพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอน) ตลอดจนพัฒนาความร่วมมือกับภาคส่วนอื่น อาทิ Public-Private Partnership เพื่อให้เกิดการสนับสนุนแบบเสริมพลังตามจุดแข็งและความรับผิดชอบแต่ละภาคส่วนได้

- บทบาทนักศึกษาแพทย์ในการปฏิรูป และวิธีการรับมือบริษัทเอกชนที่แฝงตัวเข้ามาในกระบวนการปฏิรูป

### ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

ประเทศไทยสามารถเรียนรู้การปฏิรูประบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพจากประเทศตุรกี และประสบการณ์การปฏิรูประบบสุขภาพของไทยสามารถเป็นต้นแบบให้กับประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ ได้เช่นกัน เช่น ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ นวัตกรรมทางการเงินการคลังที่ยั่งยืนเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ เป็นต้น

### Side event: toward universal eye health: taking stock of progress against the global action plan

#### ผู้รายงาน

๑. แพทย์หญิงนาตยา มิลส์ สำนักการสาธารณสุขต่างประเทศ
๒. เกสัชกรหญิงสมฤทัย สุพรรณกุล สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

### เนื้อหาและประเด็นสำคัญ

ดำเนินรายการประชุมโดยประเทศออสเตรเลียและกล่าวความสำคัญโดยนายแพทย์เอเดียน ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกด้านโรคไม่ติดต่อว่า ๘๐% ของความพิการทางสายตาสามารถป้องกันได้เพราะสาเหตุหลักคือโรคต้อกระจกและเบาหวานขึ้นตา การบรรยายแลกเปลี่ยนเรียนรู้แต่ละประเทศเล่าถึงความก้าวหน้าและตัวอย่างความสำเร็จต่างๆ เช่น บรรจุแผนกวาดล้างโรคติดเชื้อหลายชนิดในแผนระดับชาติของประเทศตองก้า และเอธิโอเปียทำให้สามารถกำจัดโรคติดเชื้อทางตา Trachoma ได้สำเร็จ และมี อินโดนีเซีย มอลต้า ปากีสถานและจีนได้รายงานจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกเพิ่มขึ้นจากการพัฒนาทีมผ่าตัดในประเทศเองทั้งภาครัฐและเอกชนหรือรับความช่วยเหลือจากทีมภายนอกประเทศ นอกจากนี้ทุกประเทศให้ความสำคัญกับการผลิตแพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้มีจำนวนเพียงพอและพัฒนาศักยภาพบุคลากรแต่ละระดับโดยเฉพาะในชุมชน รวมถึงการดำรงไว้ของแพทย์ในพื้นที่ห่างไกลซึ่งยังคงเป็นปัญหาสำคัญ เช่น ในประเทศตองก้าได้คัดเลือกเฉพาะคนในพื้นที่ส่งไปเรียนฝึกฝนต่างประเทศโดยความร่วมมือระหว่างประเทศแล้วกลับมาทำงานโดยบรรจุจ้างให้เร็วที่สุด ถึงแม้บางประเทศมีจำนวนแพทย์เพียงพอแต่เรื่องคุณภาพยังเป็นปัญหาสำคัญ(จีน)สุดท้ายโรคติดเชื้อทางตาสามารถป้องกันได้ง่ายๆโดยใช้หลักสุขอนามัยเช่น ล้างมือล้างหน้าบ่อยๆ ด้วยน้ำสะอาด และปัญหาที่กำลังเพิ่มขึ้นเรื่อยๆในสังคมผู้สูงอายุและมีโรคเรื้อรังปัจจุบันคือเบาหวานขึ้นจอประสาทตาเช่นมอลต้าและไทย ซึ่งแต่ละประเทศควรมีแผนรับมือเรื่องนี้ด้วยถึงแม้ไม่ได้บรรจุไว้ในแผนหลักของ WHO 2015-2019 นอกจากนั้นยังมีผู้แทนจากองค์กรต่างๆเช่น International agency for prevention of blindness (IAPD)และผู้แทน WHO ที่กระตุ้นให้มีการทำงานแบบ multisectoral ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและองค์กรไม่แสวงผลกำไร

## ข้อเสนอจากการประชุม

ทุกประเทศควรให้ความสำคัญกับหลักการ no one left behind ของ UHC และอาจต้องเพิ่มหากกลยุทธ์ต่างๆ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการขับเคลื่อนที่เร็วขึ้นเช่น เพิ่มแรงจูงใจการผ่าตัด เพิ่มการค้นหาผู้ป่วยในพื้นที่เนื่องจากมี ปัญหาการเข้าถึงบริการจากการเดินทางที่ห่างไกลโดยเฉพาะอินโดนีเซียที่มีภูมิประเทศหลายพันเกาะต้องอาศัย ผู้ดูแลหรือญาติช่วยเหลือ สถานบริการควรบรรจยาคาที่สำคัญหรือราคาแพงแต่จำเป็นไว้ให้มีในบัญชียาหลัก แห่งชาติ จัดหาเลนส์ตาที่มีคุณภาพและราคาสมเหตุผลเพียงพอต่อเป้าหมายรวมถึงให้ความสำคัญกับการ รายงานข้อมูลของแต่ละประเทศด้วย

### Side Event: Addressing the health of the most vulnerable for an inclusive society

**ผู้จัด** กลุ่ม Foreign Policy and Global Health Initiative (บราซิล ฝรั่งเศส อินโดนีเซีย นอร์เวย์ เซเนกัล แอฟริกาใต้ และไทย) ร่วมกับ กัมพูชา ลาว เมียนมา เวียดนาม ฟิลิปปินส์อิหร่าน และญี่ปุ่น

**วันที่** 25 พฤษภาคม 2560 เวลา 18.00 - 19.30 น.

#### ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. นางสาวสุดาสิริ เตชานันท์ กระทรวงการต่างประเทศ
๒. นางสาวกุลธิดา พิณธูทอง กรมอนามัย

#### เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

- **Dr. Timothy Evans**, Senior Director, Health, Nutrition, & Population Global Practice, World Bank ได้กล่าว keynote address ว่าหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage – UHC) เป็นกุญแจสำคัญที่จะนำไปสู่สังคมที่ไม่ทอดทิ้งกัน โดยต้องคำนึงถึงความเท่าเทียมทางเพศ รายได้ และสิ่งที่ชนบท/เมืองมีแตกต่างกัน นอกจากนี้ ภัยคุกคามจากโรคระบาดต่างๆ จำเป็นต้องมีระบบเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงมีระบบส่งต่อที่ดี ทั้งนี้ เห็นว่า หากไม่มีสาธารณสุขมูลฐานก็ไม่สามารถมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้
- **น.พ. สุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ** ที่ปรึกษาสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านต่างประเทศ กล่าวถึงการ ดำเนินการของไทยในเรื่องสุขภาพของแรงงานต่างด้าวผู้โยกย้ายถิ่นฐานว่า นอกจากเหตุผลด้านมนุษยธรรม และป้องกันการแพร่เชื้อสู่คนในประเทศแล้ว เหตุผลอีกประการที่ไทยเห็นว่าผู้โยกย้ายถิ่นฐานควรมีสหิ รักษาพยาบาล ก็เพราะแรงงานเหล่านี้มีส่วนช่วยเศรษฐกิจของประเทศถึงร้อยละ 6 โดยแรงงานผู้โยกย้าย ถิ่นฐานที่ถูกกฎหมายจะได้รับสิทธิประกันสังคม ส่วนผู้ไม่มีใบอนุญาตทำงาน หากสามารถระบุสัญชาติได้ ก็ สามารถซื้อบัตรประกันสุขภาพจากสธ. ได้ นอกจากนี้ รัฐบาลไทยยังได้ให้สิทธิภายใต้หลักประกันสุขภาพ แก่บุคคลไร้รัฐ (ชาวเขา) เช่นเดียวกับคนสัญชาติไทย อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันยังมีความคิดว่าหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้าควรดูแลแต่คนไทยเท่านั้น ซึ่งเป็นความท้าทายที่ต้องแก้ไขต่อไป
- **Dr Taraneh SHOJAEI**, Chief of the global health centre at the Ministry of European and Foreign Affairs ฝรั่งเศส กล่าวถึงการส่งเสริมสุขภาพของสตรี เด็กและวัยรุ่นเพื่อให้บรรลุหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า โดยเห็นว่าสตรี เด็ก และวัยรุ่นเป็นกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาเฉพาะ เช่น การตั้งครรภ์ก่อน วัยอันควร การถูกกระทำรุนแรง ซึ่งในปัจจุบัน ยังมีสตรี เด็กและวัยรุ่นจำนวนมากทั่วโลกที่ไม่สามารถ เข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพได้อย่างเต็มที่ รัฐบาลฝรั่งเศสจึงได้มีโครงการร่วมกับ UNFPA, UN Women และ WHO เพื่อส่งเสริมงานอนามัยการเจริญพันธุ์ในประเทศกำลังพัฒนาในแอฟริกาตะวันตกและ

แอฟริกาใต้ Dr. Siswanto, Director-General, National Institute of Health Research and Development, สธ. อินโดนีเซีย กล่าวถึงการจัดการระบบสาธารณสุขของอาเซียนเพื่อให้เกิด UHC นำเสนอความท้าทายในการดำเนินการให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของกลุ่มเปราะบาง โดยอินโดนีเซียเห็นว่า จำเป็นจะต้อง (1) สร้างความเข้มแข็งให้แก่ระบบสาธารณสุขให้สอดคล้องกับความต้องการของประชากรกลุ่มเปราะบาง (2) ให้การศึกษาประชากรกลุ่มเปราะบางเพื่อพัฒนาความรู้ ความตระหนัก และความสามารถ (3) แบ่งสรรเงินทุนเพื่อปรับปรุงการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชากรกลุ่มเปราะบาง เช่น ให้เงินอุดหนุนค่าเบี้ยประกัน การจัดทำโปรแกรมสุขภาพเฉพาะด้าน เป็นต้น

- H.E. Mr. Guilherme de Aguiar Patriota เอกอัครราชทูต รองผู้แทนถาวรบราซิล ประจำเจนีวา ย้ำว่า สิทธิด้านสุขภาพเป็นหนึ่งในนโยบายที่รัฐบาลให้ความสำคัญ โดยนำเสนอตัวอย่างการจัดการปัญหาด้านสุขภาพเพื่อไม่ทิ้งใครไว้เบื้องหลัง เช่น การสร้างระบบสุขภาพที่เป็นหนึ่งเดียว (unified health system) เพื่อทุกคน ซึ่งปัจจุบันครอบคลุมประชากรร้อยละ ๘๐ ของประเทศ รวมถึงกลุ่มชนพื้นเมืองต่างๆ การส่งแพทย์ไปยังพื้นที่ห่างไกล การส่งเสริมงานด้านอนามัยแม่และเด็ก การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อที่ยังเป็นพาหะ โครงการ HIV/AIDS ซึ่งให้วัคซีนต้านไวรัสแก่ผู้ป่วยฟรีตั้งแต่ปี ค.ศ. 1996 เป็นต้น
- Dr. Tore Godal, ที่ปรึกษาพิเศษของนายกรัฐมนตรี และกระทรวงการต่างประเทศนอร์เวย์ กล่าวถึง Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI) ว่าเป็นตัวอย่างหนึ่งของความริเริ่มเพื่อประชากรกลุ่มเปราะบาง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อคิดค้น และพัฒนาวัคซีนสำหรับรับมือกับโรคระบาดในอนาคตให้ทันเวลา และต้องการให้เป็นความร่วมมือระหว่างภาครัฐกับเอกชน เพื่อส่งต่อเทคโนโลยีที่คิดค้นได้ให้แก่กลุ่มเปราะบาง
- Dr. Takao Toda, Vice President, Japan International Cooperation Agency (JICA) กล่าวถึงประสบการณ์ของ JICA ในการให้การสนับสนุนและช่วยเหลือประเทศต่างๆ เพื่อวางรากฐานของ UHC โดยย้ำว่าความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพนั้น ไม่ใช่เรื่องการกุศลแต่เป็นความยุติธรรม ทั้งนี้ เห็นว่าประเทศยากจนสามารถบรรลุ UHC ได้ง่ายกว่า สำหรับความช่วยเหลือของญี่ปุ่นแก่ประเทศต่าง ๆ นั้น จำเป็นต้องให้ทั้งความรู้และเงินทุนในช่วงเวลาที่เหมาะสม ไม่เช่นนั้นก็จะไม่มีคุณภาพ นอกจากนี้ ประชาชนไม่ควรเป็นเพียงผู้ได้รับประโยชน์จาก UHC เท่านั้น แต่ควรเป็นพลังขับเคลื่อนให้เกิด UHC ด้วย

#### ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

- การจัดการด้านสุขภาพของผู้โยกย้ายถิ่นฐาน
- การมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมในการทำงานกับ WHO

#### ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- UHC เป็นเครื่องมือสำคัญที่จะทำให้เกิดความเท่าเทียมและเป็นธรรมในการเข้าถึงระบบสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ประชากรกลุ่มเปราะบาง
- ส่งเสริมทั้งภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของกลุ่มเปราะบาง
- ไม่มีสูตรสำเร็จในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของกลุ่มเปราะบาง แต่ละประเทศต้องหาแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศเอง

## Side Event Leaving no one behind: Equity, gender and human rights policy to practice

ผู้จัด ประเทศนอร์เวย์, ประเทศชิลี, ประเทศอินโดนีเซีย, ประเทศมองโกเลีย, ประเทศโมซัมบิก, ประเทศเนปาล, ประเทศสเปน, ประเทศแคนาดา

วันที่/เวลา ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๐ เวลา ๑๘.๐๐ – ๑๙.๓๐ น

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. นางสาวณนุต มธฺรพจน์ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๒. นางสาวสุดาสิณี เตชานันท์ กระทรวงการต่างประเทศ

### เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

- การประชุมพูดถึงเรื่อง Equity Gender และ Human Rights เพื่อตอบสนอง SDGs โดยให้ความสำคัญ 3 ประเด็นเพื่อบรรลุเป้าหมายดังกล่าว ได้แก่ 1) การสร้าง policy environment เพื่อดูแลประชากรทุกกลุ่มเป้าหมาย 2) การเสาะแสวงหากลุ่มคนชายขอบ และวิเคราะห์หาปัจจัยที่ทำให้เขาเป็นคนชายขอบ และ 3) การพัฒนาแผนงานสุขภาพในระดับประเทศให้เข้มแข็ง มีประสิทธิภาพ
- ประเทศต่างๆนำเสนอเครื่องมือในการทำงานเพื่อไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง เช่น ประเทศชิลี มีนำเสนอเครื่องมือ Health Inequality Monitoring ประเทศอินโดนีเซียใช้ Public Health Development Index และ ประเทศเนปาล กำลังทำเรื่อง National Adolescent Development and Health Strategy
- WHO จัดตั้งกลุ่มประสานงานเรื่อง Equity Gender และ Human Rights ชื่อ WHO SDGs internal coordination structure on Leaving No One Behind (LNB) เป็นการรวมตัวระหว่าง Information, Evidence and Research (IER), Health System governance, Policy and Aid Effectiveness (HSG) และ Social Determinants of Health (SDH) เพื่อพัฒนา a country support package สนับสนุน อำนวยความสะดวกให้ประเทศสมาชิกบรรลุ SDGs ในด้าน Equity Gender และ Human Rights

### ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

กลุ่มคนเปราะบางได้ถูกอภิปรายเพิ่มเติมจากผู้หญิงและเด็ก ให้ครอบคลุมกลุ่มคนพื้นเมือง ผู้อพยพ แรงงานต่างด้าว เพื่อให้คนเหล่านั้นสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ดีขึ้น

### ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- Social Determinants of Health (SDH) Commission ภายใต้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ อาจพิจารณาประยุกต์ใช้ Health Inequality Monitoring โดยประสานความร่วมมือทางวิชาการกับ WHO เพื่อวิจัย วิเคราะห์ จัดทำรายงาน เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพให้ตอบสนองความต้องการของกลุ่มคนชายขอบ โดยจะไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลังของการพัฒนาใดๆ
- สธ อาจพิจารณาร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอก สธ รวมทั้ง WHO country office และองค์กรภายใต้ UN อื่นๆ เพื่อสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพ ด้วยการแก้ไขปัญหายาปัจจัยทางสังคมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ



## Side Event: Panel discussion on the role of Regional Cooperation in building regulatory and legal frameworks for NCD Prevention and Control

ผู้จัด ฟิลิปปินส์

วันที่/เวลา ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๐ ๑๘.๐๐ – ๒๐.๐๐

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. แพทย์หญิง ฐิติภรณ์ ตวงรัตน์ นานนท์ กรมอนามัย

๒. ดร. ชีรพร สติรอังกูร สำนักการพยาบาล

### เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message) (โดยอาจารย์ชื่อ speaker ด้วย)

- ปัญหา NCD ถือเป็นปัญหาสำคัญใน ASEAN ซึ่งแต่ละประเทศจะมีวิธีจัดการกับปัญหาที่ต่างกัน
- บรูไน; ปัญหา NCD ใน ASEAN นั้นรุนแรงและเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่รวดเร็วกว่า US, UK ซึ่งการใช้ข้อกำหนดในเรื่องโภชนาการ แอลกอฮอล์และบุหรี่ถือเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพแต่ต้องร่วมกับวิธีอื่นด้วย
- อิตาลี; เน้นการร่วมมือของทุกภาคส่วนและทำให้เกิด HiAP และมีการร่วมมือของนโยบายที่ไปในทิศทางเดียวกัน
- ฟิลิปปินส์; อาเซียนมี Vientiane declaration เมื่อปี 2012 จากนั้นได้ดำเนินเป็น Action plan ต่อ ซึ่งอาศัย Health in all policies และ UHC ทางฟิลิปปินส์เน้นเรื่อง Alcohol, injuries, nutrition, ageing และ mental health
- Dr Douglas Bettcher; NCD WHO ภูมิภาค SEA และ WP มีการเสียชีวิตจาก NCD ถึง 56% ของทั้งโลกจึงเป็นปัญหาใหญ่ของ ASEAN ทาง WHO แนะนำเรื่อง Tobacco Tax เนื่องจากเป็น win win situation หรืออาจพิจารณาตาม National multisectoral plan, Best buy interventions โดยรัฐบาลแต่ละประเทศถือเป็นกุญแจสำคัญ แต่การดำเนินงานจะเข้มแข็งขึ้นเมื่อมีการดำเนินงานเป็นภูมิภาค
- Jeremias N. Paul Jr. WHO; แม้ Tobacco Tax จะเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพที่สุด แต่มีแค่ 10% ของประชากรโลกที่อยู่ในประเทศที่มีกฎหมายดังกล่าว สำหรับ ASEAN ต้องเสียเงินรักษาโรคที่เกิดจากยาสูบ \$4.2 พันล้าน แต่ถ้าหากมีมาตรการทางภาษีจะไต่จบเพิ่ม \$10.2 พันล้าน ควรมีพื้นราคาและภาษีของยาสูบที่ต่ำสุดเนื่องจากราคายาสูบถือว่าเข้าถึงได้ง่ายขึ้น และควรมี Common regional framework เพื่อให้เกิดความมั่นคงทางนโยบาย
- สิงคโปร์ Dr Derrick Heng; มีมาตรการควบคุมการโฆษณาอาหารสำหรับเด็ก ที่ต้องผ่านกรรมการพิจารณาคุณค่าทางโภชนาการ ไม่ให้มีน้ำตาล ไขมันและเกลือสูง ซึ่งกรรมการคณะดังกล่าวมีการรวมสื่อและภาคเอกชนอื่นร่วมด้วย นอกจากนี้มีการสนับสนุนผู้ประกอบการที่ผลิตอาหารที่มีประโยชน์ และมีการบังคับใช้เรื่อง อาหารกลางวันที่มีประโยชน์ในโรงเรียน
- อินโดนีเซีย Dr. Untung Suseno Sutarjo; มีนโยบายระดับชาติ Healthy indonesia program 2015-2019 โดยอาศัยการดูแลแบบครอบครัว ชุมชนและสนับสนุนสาธารณสุขที่จำเป็นในเขต มีการคัดกรองแบบเป็นระบบครอบคลุมทุกกลุ่มวัย
- ไทย Rungsun Munkong; อาศัยทฤษฎีสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา คือ ออกกฎหมายการเก็บภาษีจากเหล้า บุหรี่เพื่อนำมาสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ สร้างศูนย์วิจัยงานที่เกี่ยวข้อง และให้ความรู้กับภาคประชาชน แม้ว่ายังไม่ไปถึงเป้าหมายแต่ปัจจุบันได้มีแผนยุทธศาสตร์ที่ชัดเจนในการดำเนินงานแล้ว

### ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

แนะนำให้มีการใช้ข้อมูลให้มากขึ้น และเน้นการทำงานกับ Primary health care อย่างเท่าเทียม ร่วมกับการอบรม Health professional ให้มีความรู้เรื่อง prevention นอกจากนี้ยังมีคำถามเรื่องการใช้ Plain Packaging ที่ทุกประเทศได้ให้ความสนใจในการนำไปใช้เช่นกัน

### ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

การจัดการปัญหา NCD เป็นเรื่องจำเป็นโดยต้องใช้ Health in all policy นอกจากนี้ควรใช้ Effective intervention เช่น การเก็บภาษี ที่จะช่วยเพิ่มการตื่นตัวและเพิ่มงบประมาณด้านสุขภาพได้อย่างมากซึ่งปัญหา NCD ถือว่าเป็นปัญหาที่ควรมีการร่วมมือในภูมิภาคเพื่อประสิทธิภาพที่เพิ่มขึ้นในการจัดการของปัญหาในอนาคต

### Side Event: Technical Briefings: Health and the environment: Inheriting a sustainable World

ผู้จัด WHO UNEP และ WMO

วันที่/เวลา ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๐ เวลา ๑๒.๓๐-๑๔.๑๕ น. ห้องประชุม XII

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

นางณิรนุช อาภาจรัส กรมอนามัย

### เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message) (โดยอาจารย์ชื้อ speaker ด้วย)

- การประชุมแบ่งเป็น ๒ ส่วน คือ Technical Brief และ Ministerial round table
- Statement โดย Dr. Magaret Chan, WHO DG กล่าวถึงศักยภาพของโลกไม่สามารถรองรับภาระที่เกิดจากการบริโภคของมนุษย์ ทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ปัญหามลพิษทั่วโลก ปัญหาคอนกรีตและการขาดแคลนน้ำ เป็นต้น สิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการมีสุขภาพดี ต้องสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานอื่น ๆ ให้มากขึ้น โดยการนำของภาคสาธารณสุข
- Technical Brief โดย ๑) Dr. Maria Neira, WHO Department of Public Health เสนอสถานการณ์ผลกระทบจากสิ่งแวดล้อม เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตทั่วโลก ถึงร้อยละ ๒๓% สาเหตุจากมลพิษอากาศ ขาดแคลนน้ำสะอาด สุขาภิบาลและสุขอนามัยไม่ถูกสุขลักษณะ สารเคมี รังสี มลพิษเสียง ความเสี่ยงจากการประกอบอาชีพ การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและแมลง ที่อยู่อาศัย และ Climate Change เสนอโอกาสการพัฒนา ๕ ประการ (๑) Urban Health ภายในปี ๒๐๕๐ ประชากรทั่วโลก ๗๐% จะอาศัยในเมือง ต้องพัฒนาพลังงานสะอาด จัดการที่อยู่อาศัยให้ถูกสุขลักษณะ จัดการของเสียและการขนส่งที่ปลอดภัย บูรณาการ Health in Urban Policy ส่งเสริม Physical activity แก้ไขปัญหามลพิษอากาศ และ Climate Change (๒) อนุสัญญาระหว่างประเทศ เช่น Paris Agreement, Minamata Convention, New Urban Agenda (๓) SDG และ Intersectoral action ร่วมดำเนินงาน SDG ๖,๗,๑๑,๑๒,๑๓ เพื่อบรรลุ SDG ๓ และให้ รพ. เป็นต้นแบบ (๔) ภาควิเคราะห์ระหว่าง WHO UNEP WMO และ UNFCCC เป็น Global Coalition for Health, Environment and Climate Change (๕) การป้องกันระดับปฐมภูมิ เพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

- ๒) COP๒๓ Negotiator ชาว Fiji กล่าวถึงความสำคัญของ Climate Change กับสุขภาพ โดยเฉพาะใน Pacific Countries ที่จะได้รับผลกระทบมากจากน้ำท่วม และโรคที่มากับน้ำท่วม COP กำหนดให้ประเทศจัดทำ National Adaptation Plan เพื่อสามารถรองรับและปรับตัวได้ และสนับสนุน Guideline ให้ประเทศดำเนินงานตาม Paris Agreement
- ๓) BBC Editor แนะนำการสร้าง Community ผ่านระบบการสื่อสารทางอินเทอร์เน็ต เพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ปัจจุบันทำเรื่อง Air Pollution ชื่อ “So I Can Breathe” เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลได้ทั่วโลก ภายใต้ความร่วมมือ BBC & WHO Collaboration

การประชุม Round Table: ประกอบด้วย ๑) ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประเทศฟิลิปปินส์ กล่าวถึงการทำงานร่วมกันของหน่วยงานด้านสิ่งแวดล้อมและสาธารณสุข โดยฟิลิปปินส์ ร่วมเป็นสมาชิก Regional Forum on Environment and Health ของประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และแปซิฟิก รวม ๓๖ ประเทศ โดยการสนับสนุนของ WPRO, SEARO, UNEP และเป็นเจ้าภาพจัดการประชุมรัฐมนตรีด้านสิ่งแวดล้อมและสาธารณสุข ครั้งที่ ๔ เมื่อปี ๒๕๕๙ Forum ส่งเสริมให้ประเทศจัดทำ National Environmental Health Action Plan เน้นด้าน Environment determinant of Health เช่น มลพิษอากาศ สัมผัสและสุขภาพ เป็นต้น

- ๒) เอกอัครราชทูต สวิสเซอร์แลนด์ กล่าวว่า เนื่องจากมีโรงงานสารเคมีในประเทศจำนวนมาก จึงให้ความสำคัญกับการจัดการสารเคมีให้ถูกต้องปลอดภัย มีระบบ Chemical Labelling และ มีการรณรงค์ WASH Programme
- ๓) Dr. David Morin, Director General, Science and Risk Assessment Environment Canada กล่าวว่า ให้ความสำคัญและสนับสนุนให้เกิดการจัดการสารเคมีอย่างครบวงจร โดยผลักดันการจัดทำ Strategic Approach on International Chemical Management: SAICM) และ WHA Resolution เกี่ยวกับ SAICM (WHA ๖๙.๔) และ Roadmap on SAICM ใน WHA ๗๐ จัดทำ Canada Chemical Management Plan โดยความร่วมมือของ MOPH และ MONRE เพื่อมั่นใจว่าผู้ปฏิบัติงาน ประชาชนและสิ่งแวดล้อมจะได้รับการปกป้องจากอันตรายสารเคมี เน้นการทำงานร่วมกับภาคอุตสาหกรรม และภาคส่วนอื่น ๆ ตลอด Whole value chain การจัดการสารเคมี
- ๔) เอกอัครราชทูตประเทศอูรุกวัย เน้นว่า Health เป็น cross cutting issue ต้องทำงานร่วมกับกระทรวงที่เกี่ยวข้อง ประเด็นสำคัญที่ดำเนินการ ได้แก่ มลพิษอากาศ สารเคมี สารปรอท และของเสียอันตราย เพื่อลด NCD และต้องให้ความสำคัญกับอนุสัญญาระหว่างประเทศด้านสิ่งแวดล้อม สร้างความตระหนักให้ประชาชนและผู้มีอำนาจตัดสินใจระดับนโยบาย ทำให้นโยบายมีความต่อเนื่อง เพื่อบรรลุ SDGs

**ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม** (ไม่มีประเด็นซักถาม เนื่องจากเวลาจำกัด)

**ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:**

- กระทรวงสาธารณสุข ควรให้ความสำคัญกับยุทธศาสตร์การทำงานร่วมกับหน่วยงานด้านสิ่งแวดล้อม อุตสาหกรรม และอื่น ๆ เพื่อป้องกันผลกระทบจากปัจจัยสิ่งแวดล้อม ที่ต่อสุขภาพ ทั้ง NCD และ CD เช่น โรคจากแมลงและพาหะนำโรค และสนับสนุนการบรรลุเป้าหมาย SDG๓

- หน่วยงานที่รับผิดชอบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ควรใช้ประโยชน์ WHA Resolution ที่เกี่ยวข้อง และกรอบแนวทางและข้อตกลงระหว่างประเทศภายใต้กรอบความร่วมมือต่าง ๆ เป็นแนวทางดำเนินงานด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลและศึกษาวิจัยผลจากการจัดการสิ่งแวดล้อมกับ ประโยชน์หรือผลลัพธ์ด้านสุขภาพ เพื่อเป็นข้อมูลในการผลักดันเชิงนโยบายต่อไป

### Side Event Scaling-up access to emergency and essential surgical, obstetric and anesthesia care for better health systems and sustainable development.

ผู้จัด Zambia

วันที่/เวลา ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๐ เวลา ๑๒.๓๐ – ๑๔.๐๐ น.

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. นายสัตวแพทย์ชัยวัฒน์ พูลศรีกาญจน์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
๒. ดร.รุ่งนภา คำผาง โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

### เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

- Universal access and coverage to surgical, obstetric and an anesthesia quality care เป็นการดำเนินงานตามมติสมัชชาอนามัยโลก WHA68.15 ซึ่งประกอบด้วย 8 หัวข้อคือ 1) SDG 3.8, 2) SDG 3.6, 3) Health system strengthening, 4) Human resource, 5) Global health medicines, 6) Health information and Health financing 7) Emergency prepare and response และ 8) Antimicrobial Resistance (AMR)
- ประเทศแซมเบีย ได้จัดทำ National Surgical, Obstetric and Anesthesia strategic plan (NSOASP) 2017 – 2021 เป็นไปตาม WHA68.15 และได้แจกเป็นเอกสารในที่ประชุม
- ประเทศเวียดนาม ได้จัดทำโครงการ Safe Surgery 2015 – 2018 ประกอบด้วย 3 กิจกรรมคือ 1) National Assessment of safe surgery (2015 - 2016) 2) Development of quality safe surgery standard (2017) และ 3) implement safe surgery standard (2018)
- International Health Cooperation for Scaling up universal access to surgery เป็นการนำเสนอการดำเนินงานของประเทศต่างๆ ดังนี้
  - ประเทศนิการากัว มุ่งเน้นการพัฒนา 3 ส่วน คือ โครงสร้างพื้นฐาน กำลังคน และ supply โดยได้ดำเนินการภายใต้แคมเปญ “Surgery for People” ในปี 2016 ซึ่งจัดอบรมแพทย์และพยาบาลเรื่องหลอดเลือดและหัวใจ และการผ่าตัดฉุกเฉินได้มากกว่าร้อยละ 80
  - ประเทศจีน ได้จัดทำ National Action Plan, อบรมพัฒนาทักษะแพทย์, ปรับปรุง Guideline. รวมทั้ง Advocate ประชาชน
  - ออสเตรเลีย ได้จัดทำหลักสูตร elective surgery patient และ emergency surgery
  - มองโกเลีย จัดตั้ง WHO collaborating center Emergency and Essential Surgical Care
  - สหราชอาณาจักร ให้ความสำคัญกับเรื่อง patient safety โดยเป็น Co-sponsor ของมติสมัชชาอนามัยโลก WHA68.15

○ สหรัฐอเมริกา สนับสนุนการทำงานร่วมกัน

**ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:**

ร้องขอให้ประเทศสมาชิกสนับสนุนข้อเสนอให้ที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก เพื่อให้องค์การอนามัยโลกรับรอง และให้งบประมาณแก่ประเทศที่ต้องการความช่วยเหลือ

**ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:**

ขอให้ประเทศสมาชิก และองค์กรการกุศลให้ความช่วยเหลือแก่ประเทศสมาชิกที่ประสบปัญหา โดยหลักในเรื่อง การพัฒนาบุคลากร

**Side Event: Antimicrobial resistance: How is Medicine Quality Important?**

**ผู้จัด:** United States Pharmacopeial Convention (USP) and Mexico's Federal Commission for Protection from Sanitary Risks (COFEPRIS)

**วันที่/เวลา:** ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๐ เวลา ๑๒.๐๐ – ๑๔.๐๐ น.

**ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน**

๑. ดร. เกสัชกรหญิงนิธิมา สุ่มประดิษฐ์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
๒. เกสัชกรหญิงสิตานันท์ พูนผลทรัพย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

**เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message) (โดยอาจจะบุชื่อ speaker ด้วย)**

- สาเหตุสำคัญประการหนึ่งของการดื้อยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial Resistance: AMR) คือ คุณภาพของยาต้านจุลชีพที่ไม่ได้มาตรฐาน ซึ่งที่ผ่านมาอาจไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควร การศึกษาปัญหานี้ยังค่อนข้างจำกัดและไม่เพียงพอที่จะทำให้เห็นภาพขนาดของปัญหาเรื่องคุณภาพยาต้านจุลชีพในภาพรวมของประเทศ และความสัมพันธ์ของคุณภาพยาและผลกระทบต่อสุขภาพอย่างเป็นระบบ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่าปัญหานี้พบใน low- and middle income countries และในบรรดาอายุทั้งหมด กลุ่มยาต้านจุลชีพเป็นกลุ่มยาที่พบปัญหาเรื่องคุณภาพบ่อยที่สุด การประชุมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความตระหนักเรื่องคุณภาพยาต้านจุลชีพและการเกิด AMR ระบุสาเหตุของปัญหา และหาหรือโอกาสในการทำงานร่วมกันเพื่อจัดการปัญหานี้
- การประชุมเป็น luncheon meeting เริ่มจากการบรรยายเพื่อให้ข้อมูลพื้นฐานโดย COFERIS (Julio Salvador Sánchez y Tépoz, Federal Commissioner) ที่กล่าวถึงความมุ่งมั่นของประเทศเม็กซิโกในการจัดการปัญหานี้, UK (Prof. Sally Davies) เน้นความสำคัญของ AMR และระบุว่า developed countries ก็มีปัญหาโดยเฉพาะอย่างยิ่งจาก Internet antibiotic sale, World Bank (Tim Evans) กล่าวว่า AMR ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของโลก และ WB มีการสนับสนุนงบในการวิจัยเพื่อจัดการปัญหา AMR และ WHO (Michael Deats) ได้นำตัวอย่างของผลิตภัณฑ์ยาต้านจุลชีพที่ไม่ได้มาตรฐานมาแสดงทั้งที่เป็นยาตามมาตรฐานและยาที่ตั้งใจที่จะปลอมแปลงโดยใช้สารอื่นแทนยาต้านจุลชีพ เป็นต้น จากนั้นเป็นการเชิญผู้เข้าร่วมประชุมกล่าวมุมมองต่อปัญหานี้ ซึ่งประกอบด้วย South Africa (เน้นเรื่องปัญหา TB), Tanzania และ Columbia (เล่าความสำเร็จของประเทศในการแก้ปัญหา), Myanmar (เล่าเรื่องปัญหาและต้องการ

การสนับสนุนจาก WHO) และ Thailand (เชื่อว่าต้องมีการศึกษาสถานการณ์ให้ทราบสภาพปัญหาที่แท้จริง และขอให้ WHO มีการวางแผนงานในการศึกษาเพื่อให้ประเทศต่างๆ ดำเนินการไปในทิศทางเดียวกัน)

### ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

อยู่ไม่จบการประชุม เนื่องจากต้องมาเข้าประชุมกับ UK เพื่อหารือเตรียมการประชุม AMR commitment Conference

### ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

จากการประชุมนี้เห็นว่าประเทศไทยควรจะต้องมีการศึกษาสถานการณ์เรื่องนี้อย่างเป็นทางการเพื่อประเมินว่า สถานการณ์เรื่องคุณภาพยาต้านจุลชีพในประเทศว่ามีปัญหาหรือไม่อย่างไร เพื่อที่จะสามารถพัฒนาระบบการจัดการที่เหมาะสมต่อไป

### Side Meeting: Commemoration of World No Tobacco Day 2017-a threat to development

ผู้จัด ประเทศ Australia, Bhutan, Estonia, Georgia, India, Morocco, Panama, Senegal และ Uganda

วันที่/เวลา ๓๐ พฤษภาคม ๒๕๖๐ ๑๘:๐๐-๑๙:๓๐ น.

### ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. รศ. รตอ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ
๒. ทนตแพทย์หญิงวรมน อัครสุต กรมอนามัย

### เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

ประธาน: Mr.Chandra Kishore Mishra (Ministry of Health and Family Welfare, India และ President of the Conference of the Parties to the WHO FCTC)

- การสูบบุหรี่ไม่ได้เป็นปัญหาเกี่ยวกับด้านสุขภาพเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการพัฒนาประเทศ เศรษฐกิจ และความมั่งคั่ง เช่น
  - ด้านสุขภาพ: ทุกปีมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่มากกว่า ๕ ล้านคนและเพิ่มความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะในประเทศกลุ่ม low income countries
  - ด้านเศรษฐกิจ: ค่าใช้จ่ายจากการสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ ๑.๘ ของ GDP
  - ด้านความมั่งคั่ง: การปลูกยาสูบก่อให้เกิดการตัดไม้ทำลายป่า และการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช (เกิดมลพิษในแหล่งน้ำ) เกษตรกรผู้ปลูกยาสูบเป็นโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพ
- WHO อยากให้ทุกประเทศให้ความสำคัญและเร่งรัดการควบคุมยาสูบ เพื่อตอบสนอง ๒๐๓๐ Agenda of sustainable develop จึงก่อตั้ง WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC)
- Theme วันงดสูบบุหรี่โลกค.ศ. ๒๐๑๗ คือ "Tobacco – a threat to development"

Dr.Maria Luisa Silva (Head of UNDP in Geneva)

- วันงดสูบบุหรี่โลกในค.ศ.๒๐๑๗ มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความตระหนัก ว่าการสูบบุหรี่ก่อให้เกิดความท้าทายในการพัฒนาขั้นพื้นฐาน ทำลายการพัฒนาที่ยั่งยืน ทั้งในมิติทางเศรษฐกิจและสังคม

- เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตาม WHO FCTC บุคลากรด้านสุขภาพและชุมชนต้องทำงานร่วมกัน

**Dr. Douglas Bettcher** (WHO Prevention of NCDs)

- เปิดตัวหนังสือเล่มล่าสุดเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ชื่อว่า “Tobacco and its environmental impact: an overview” กล่าวถึงวัฏจักรของการสูบบุหรี่ ตั้งแต่การเพาะปลูกจนถึงของเสียจากผู้บริโภค

**Ambassador Maurizio Enrio Luigi Serra** (Permanent Representative of Italy to the United Nations Office and Other International organizations in Geneva)

- กล่าวถึงมุมมองจากประเทศอิตาลี ว่าปัจจุบันปัญหาการสูบบุหรี่พบได้มากในกลุ่มวัยรุ่น และนโยบายด้านการเพิ่มภาษียาสูบส่งผลกระทบต่อพัฒนาด้านสุขภาพและเศรษฐกิจ

**Dr. Vera Luisa da Costa e Silva** (Head of the Convention Secretariat, WHO FCTC)

- WHO FCTC เป็นสนธิสัญญาเพื่อสุขภาพและการพัฒนา มีประเด็นสำคัญคือ ๑.ให้ความสำคัญกับคนรุ่นใหม่ ๒.การควบคุมการสูบบุหรี่ในผู้หญิง ๓.การมีส่วนร่วมของชุมชน ๔.สนับสนุนผู้ปลูกยาสูบให้มีทางเลือกอื่น ๕.ลดภาระความยากจน ๖.ทุกคนได้รับการคุ้มครองอย่างไม่แตกต่าง

**Ambassador Evan P Garcia** (Permanent Representative of the Philippine to the UN and other International organizations in Geneva)

- กล่าวถึงมุมมองจากประเทศฟิลิปปินส์ ในค.ศ.๒๐๑๒ มี "กฎหมายปฏิรูปภาษีบาป" (sin tax reform act) สามารถลดจำนวนคนฟิลิปปินส์ที่สูบบุหรี่ได้เกือบร้อยละ ๒๐ หรือ ๑ ล้านคน
- รายได้ ๒๘.๒ พันล้านเปโซ หรือ ๐.๕ พันล้านดอลลาร์ ที่เก็บจากภาษีบาปก็ส่งผลโดยตรงเพื่อการหาทางเลือกให้เกษตรกรห่างไกลจากการปลูกยาสูบอย่างยั่งยืน
- ๑๕ พ.ค. ๒๕๖๐ ได้ประกาศให้เป็น Smoke free environment and co-space ทั่วประเทศ

**Dr. Reina Roa** (Director of Planning, Ministry of Health, Panama)

- กล่าวถึงมุมมองจากประเทศปานามา ในการดำเนินการตาม FCTC เช่น มีสภาพแวดล้อมปลอดบุหรี่ และห้ามโฆษณาบุหรี่ รวมถึงห้ามใช้อิเล็กทรอนิกส์นิโคตินทุกประเภทในพื้นที่ปลอดบุหรี่
- จัดสรรร้อยละ ๕๐ ของภาษีที่เก็บได้จากบุหรี่ ให้แก่การควบคุมการสูบบุหรี่

**ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:**

- Angola สนับสนุนให้ทุก ๆ ประเทศเข้าร่วมเป็น FCTC parties
- Botswana เน้นการเพิ่มความตระหนักของประเทศถึงปัญหานี้
- Japan นำเสนอว่ามีนโยบายด้านบุหรี่ tobacco policy ๒๐๒๐
- Kenya แสดงความกังวลว่าปัจจุบันอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นในกลุ่มเด็กผู้หญิง และ ในการมาประชุม WHA พบว่ามีการสูบบุหรี่เยอะมาก UN และ WHO ควรเป็นองค์กรต้นแบบ

**ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:**

- ปัญหาจากการสูบบุหรี่ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม และ เศรษฐกิจด้วย ดังนั้นนโยบายด้านการงดสูบบุหรี่จึงไม่ได้อยู่แต่ในภาคสาธารณสุขเท่านั้น ควรเป็นการ

ประสานงานร่วมกันในทุกภาคส่วน ทุกองค์กร ทั้งภาครัฐ เอกชนและประชาชน จึงจะประสบความสำเร็จ โดยใช้ WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

- ประเทศไทยมีการดำเนินงานเกี่ยวกับบรรณรณรงค์การสูบบุหรี่ ทั้งจากสสส. และเครือข่ายทันตแพทย์ไทยต้านภัยยาสูบ (NoNo) ที่มีการจัดกิจกรรม โดยเน้นที่กลุ่มคนรุ่นใหม่มากขึ้น อาจมีการให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับยาสูบในรูปแบบอื่น ๆ เช่น บุหรี่ไฟฟ้า



## ข้อมติและข้อตัดสินใจสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๗๐

เอกสารข้อมติสามารถดาวน์โหลดตาม link ต่อไปนี้ [http://apps.who.int/gb/e/e\\_wha70.html](http://apps.who.int/gb/e/e_wha70.html)

๑. **WHA70.1** Arrears in payment of contributions: Somalia
๒. **WHA70.2** Appointment of the Director-General
๓. **WHA70.3** Contract of the Director-General
๔. **WHA70.4** Expression of appreciation to Dr Margaret Chan
๕. **WHA70.5** Programme budget 2018–2019
๖. **WHA70.6** Human resources for health and implementation of the outcomes of the United Nations' High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth
๗. **WHA70.7** Improving the prevention, diagnosis and clinical management of sepsis
๘. **WHA70.8** Status of collection of assessed contributions, including Member States in arrears in the payment of their contributions to an extent that would justify invoking Article 7 of the Constitution
๙. **WHA70.9** Scale of assessments for 2018–2019
๑๐. **WHA70.10** Salaries of staff in ungraded posts and of the Director-General
๑๑. **WHA70.11** Preparation for the third High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases, to be held in 2018
๑๒. **WHA70.12** Cancer prevention and control in the context of an integrated approach
๑๓. **WHA70.13** Prevention of deafness and hearing loss
๑๔. **WHA70.14** Strengthening immunization to achieve the goals of the global vaccine action plan
๑๕. **WHA70.15** Promoting the health of refugees and migrants
๑๖. **WHA70.16** Global vector control response: an integrated approach for the control of vector-borne diseases

เอกสารข้อตัดสินใจสามารถดาวน์โหลดตาม link ต่อไปนี้ [http://apps.who.int/gb/e/e\\_wha70.html](http://apps.who.int/gb/e/e_wha70.html)

๑. **WHA70(1)** Composition of the Committee on Credentials
๒. **WHA70(2)** Election of officers of the Seventieth World Health Assembly
๓. **WHA70(3)** Election of officers of the main committees
๔. **WHA70(4)** Establishment of the General Committee
๕. **WHA70(5)** Adoption of the agenda
๖. **WHA70(6)** Post of Director-General
๗. **WHA70(7)** Verification of credentials
๘. **WHA70(8)** Election of Members entitled to designate a person to serve on the Executive Board
๙. **WHA70(9)** Poliomyelitis: polio transition planning
๑๐. **WHA70(10)** Review of the Pandemic Influenza Preparedness Framework
๑๑. **WHA70(11)** Implementation of the International Health Regulations (2005)

- ୧୧. **WHA70(12)** Health conditions in the occupied Palestinian territory, including east Jerusalem, and in the occupied Syrian Golan
- ୧୨. **WHA70(13)** WHO mid-term programmatic and financial report for 2016–2017, including audited financial statements for 2016
- ୧୩. **WHA70(14)** Report of the External Auditor
- ୧୪. **WHA70(15)** Appointment of representatives to the WHO Staff Pension Committee
- ୧୫. **WHA70(16)** Infrastructure fund
- ୧୬. **WHA70(17)** Global action plan on the public health response to dementia
- ୧୭. **WHA70(18)** Public health dimension of the world drug problem
- ୧୮. **WHA70(19)** Report of the Commission on Ending Childhood Obesity: implementation plan
- ୧୯. **WHA70(20)** Strengthening synergies between the World Health Assembly and the Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control
- ୨୦. **WHA70(21)** Member State mechanism on substandard and falsified medical products
- ୨୧. **WHA70(22)** Progress in the implementation of the 2030 Agenda for Sustainable Development
- ୨୨. **WHA70(23)** The role of the health sector in the Strategic Approach to International Chemicals Management towards the 2020 goal and beyond
- ୨୩. **WHA70(24)** Selection of the country in which the Seventy-first World Health Assembly would be held

## รายนามผู้แทนไทยเข้าร่วมการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๗๐

๑. ศาสตราจารย์คลินิก เกียรติคุณ นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร  
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
๒. นายแพทย์สุระ วิเศษศักดิ์  
ผู้ช่วยปลัดกระทรวงสาธารณสุข

### สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๓. นายแพทย์โสภณ เมฆธน  
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๔. นายแพทย์สมศักดิ์ อรรฆศิลป์  
รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๕. นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ  
ที่ปรึกษาสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านต่างประเทศ
๖. นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร  
ที่ปรึกษาสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านต่างประเทศ

### สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ

๗. นายแพทย์ภูษิต ประคองสาย  
ผู้อำนวยการสำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ
๘. แพทย์หญิงนาตยา มิลส์  
นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมสาขาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา)  
กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก  
รองผู้อำนวยการ ฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลขอนแก่น  
ปฏิบัติราชการสำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ
๙. แพทย์หญิงอรรธยา ลีมวัฒนายิ่งยง  
รองผู้อำนวยการสำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ
๑๐. นางศิรินาถ เทียนทอง  
นักวิทยาศาสตร์ชำนาญการพิเศษ
๑๑. พ.ต.ต.หญิงสุรีย์วัลย์ ไทยประยูร  
นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ
๑๒. นายบรรลุ ศุภอักษร  
นักวิทยาศาสตร์ปฏิบัติการ

### สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

๑๓. ดร. เกสัชกรหญิงวัลย์พร พัชรนฤมล  
เกสัชกรชำนาญการ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

ปฏิบัติราชการสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

๑๔. นายแพทย์ทินกร โนรี

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

กลุ่มงานบริการทางการแพทย์ โรงพยาบาลประทาย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

ปฏิบัติราชการสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

๑๕. ดร. ทันทแพทย์หญิงวิริศา พานิชเกรียงไกร

ทันตแพทย์ชำนาญการ

โรงพยาบาลมะขาม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

ปฏิบัติราชการสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

### **โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)**

๑๖. ดร. รุ่งนภา คำผาง

นักวิจัย

๑๗. ดร. จอมขวัญ โยธาสมุทร

นักวิจัย

### **สำนักการพยาบาล**

๑๘. ดร. อีรพร สติรอังกูร

รองผู้อำนวยการสำนักการพยาบาล

### **กรมควบคุมโรค**

๑๙. นายแพทย์ธนรัักษ์ ผลิพัฒน์

รองอธิบดีกรมควบคุมโรค

๒๐. นายแพทย์นคร เปรมศรี

ผู้อำนวยการสำนักงานบริหารโครงการกองทุนโลก

๒๑. แพทย์หญิงสุชาดา เจียมศิริ

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

กองโรคป้องกันด้วยวัคซีน

๒๒. แพทย์หญิงภาวิณี ดั่งเงิน

นายแพทย์ชำนาญการ

สำนักระบาดวิทยา

๒๓. นายแพทย์พิสุทธิ ชื่นจงกลกุล

นายแพทย์ชำนาญการ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ จังหวัดนครสวรรค์

๒๔. นายวัฒนา มะสังหลง  
นักวิทยาศาสตร์ปฏิบัติการ  
สำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศ

#### กรมการแพทย์

๒๕. นายแพทย์ธีรพล โตพันธานนท์  
อธิบดีกรมการแพทย์
๒๖. นายแพทย์ธงชน เพิ่มบถศรี  
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ และผู้ช่วยผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์  
สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

#### กรมอนามัย

๒๗. นายแพทย์ณัฐพร วงษ์ศุทธิภากร  
รองอธิบดีกรมอนามัย
๒๘. นางณิรนุช อภาจารัส  
นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ  
สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม
๒๙. ทันตแพทย์หญิงวรรณ อัครสุต  
ทันตแพทย์ชำนาญการ  
สำนักทันตสาธารณสุข
๓๐. แพทย์หญิงฐิติภรณ์ ตวงรัตนานนท์  
นายแพทย์ปฏิบัติการ  
ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี
๓๑. นางสาวกุลธิดา พินธุทอง  
นักวิทยาศาสตร์ปฏิบัติการ  
ศูนย์ความร่วมมือระหว่างประเทศ

#### กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

๓๒. นายสัตวแพทย์ชัยวัฒน์ พูลศรีกาญจน์  
นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการพิเศษ  
สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข

#### สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

๓๓. นายแพทย์วันชัย สัตยาวิฑูพิงศ์  
เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา

๓๔. ดร. เกสัชกรหญิงนิธิมา สุ่มประดิษฐ์

เกสัชกรชำนาญการ

สำนักยา

๓๕. เกสัชกรหญิงสิตานันท์ พูนผลทรัพย์

เกสัชกรชำนาญการ

กองแผนงานและวิชาการ

#### **สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)**

๓๖. นายแพทย์พลเดช ปิ่นประทีป

เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

๓๗. นางศิรินา ปวีโรฬารวิทยา

ประธานคณะกรรมการศึกษาและติดตามการเจรจาการค้า

ระหว่างประเทศที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ (NCITHS)

และอดีตประธานคณะกรรมการจัดงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕ และ ๖

๓๘. นางสาวณนุต มธูรพจน์

หัวหน้ากลุ่มงานความร่วมมือระหว่างประเทศ

#### **สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)**

๓๙. นายแพทย์จเด็จ ธรรมธัชอารี

รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๔๐. นายแพทย์คณิตสรณ์ สัมฤทธิ์เดชขจร

ผู้อำนวยการสำนักหลักประกันสุขภาพระหว่างประเทศ

๔๑. เกสัชกรหญิงสมฤทัย สุพรรณกุล

หัวหน้ากลุ่มงาน

สำนักสนับสนุนระบบบริการยาและเวชภัณฑ์

#### **สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)**

๔๒. นายรังสรรค์ มั่นคง

นักวิเทศสัมพันธ์ชำนาญการพิเศษ

สำนักพัฒนาภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์

#### **สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)**

๔๓. ร.อ. นายแพทย์อัษฎริยะ แพงมา

เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

**มหาวิทยาลัยมหิดล**

๔๔. ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์อุดม คชินทร  
อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล
๔๕. ศาสตราจารย์ ดร.ชินุทัย กาญจนะจิตรา  
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม

**มูลนิธิเพื่อการพัฒนาการศึกษาบุคลากรสุขภาพ**

๔๖. ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวงฉิชา ชื่นกองแก้ว  
เลขาธิการมูลนิธิเพื่อการพัฒนาการศึกษาบุคลากรสุขภาพ

**สภาการพยาบาล**

๔๗. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ โตสิงห์  
โฆษกสภาการพยาบาลหนึ่ง

**สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ**

๔๘. รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์  
ประธานคณะกรรมการฝ่ายวิเทศสัมพันธ์

**กระทรวงการต่างประเทศ**

๔๙. นายเสข วรรณเมธี  
เอกอัครราชทูตผู้แทนถาวรไทยประจำสหประชาชาติ ณ นครเจนีวา
๕๐. นายศศิวัฒน์ ว่องสินสวัสดิ์  
เอกอัครราชทูต รองผู้แทนถาวรไทยประจำสหประชาชาติ ณ นครเจนีวา
๕๑. นางกัญญารัตน์ เวชชาชีวะ  
ที่ปรึกษา  
คณะผู้แทนถาวรไทยประจำสหประชาชาติ ณ นครเจนีวา
๕๒. นางสาวเบญจพร นิยมในธรรม  
เลขานุการเอก  
คณะผู้แทนถาวรไทยประจำสหประชาชาติ ณ นครเจนีวา
๕๓. นางสาวสุศาสิริ เตชานันท์  
นักการทูตปฏิบัติการ  
กองการสังคม  
กรมองค์การระหว่างประเทศ