



สรุปผลการประชุม

สมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๗๒

วันที่ ๒๐ - ๒๘ พฤษภาคม ๒๕๖๒

ณ Palais des Nations

นครเจนีวา สมาพันธรัฐสวิส

สารบัญ

๑) สรุปผลการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๗๒

Agenda 11.1 Proposed programme budget 2020–2021.....	๖
Agenda 11.2 Public health emergency preparedness and response.....	๑๓
Agenda 11.3 Polio.....	๑๙
Agenda 11.4 Implementation of the 2030 Agenda for Sustainable Development.....	๒๔
Agenda 11.5 Universal health coverage.....	๓๑
Agenda 11.6 Health, environment and climate change.....	๓๙
Agenda 11.7 Access to Medicines and Vaccines.....	๔๕
Agenda 11.8 Follow-up to the high-level meetings of the United Nations General Assembly on health related issues	
- TB.....	๕๘
- AMR.....	๖๐
- NCD.....	๖๖
Agenda 12.1 Pandemic Influenza Preparedness Framework for the sharing of influenza viruses and access to vaccines and other benefits.....	๗๒
Agenda 12.2 Member State mechanism on substandard and falsified medical products.....	๗๕
Agenda 12.3 Human resources for health.....	๗๘
Agenda 12.4 Promoting the health of refugees and migrants.....	๘๒
Agenda 12.5 Patient safety.....	๘๖
Agenda 12.6 Smallpox eradication: destruction of variola virus stocks.....	๙๔
Agenda 12.7 Eleventh revision of the International Classification of Diseases.....	๙๖
Agenda 12.8 Global Strategy for Women’s, Children’s and Adolescents’ Health (2016–2030)...	๙๙
Agenda 12.9 Emergencies and trauma care.....	๑๐๔
Agenda 12.10 The public health implications of implementation of the Nagoya Protocol.....	๑๐๖
Agenda 15.1 Overview of financial situation: Programme budget 2018–2019.....	๑๑๑
Agenda 15.2 WHO programmatic and financial report for 2018–2019, including audited financial statements for 2018.....	๑๑๔
Agenda 15.3 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.....	๑๑๕
Agenda 15.4 Special arrangements for settlement of arrears.....	๑๑๗
Agenda 15.5 Scale of assessments.....	๑๒๐
Agenda 16.1 Report of the External Auditor.....	๑๒๑
Agenda 16.2 Report of the Internal Auditor.....	๑๒๓
Agenda 16.3 External and internal audit recommendations: progress on implementation.....	๑๒๕

Agenda 16.4 Appointment of the External Auditor.....	๑๒๗
Agenda 17.1 Human resources: annual report.....	๑๓๐
Agenda 17.2 Report of the International Civil Service Commission.....	๑๓๔
Agenda 17.3 Amendments to the Staff Regulations and Staff Rules.....	๑๓๗
Agenda 17.4 Appointment of representatives to the WHO Staff Pension Committee.....	๑๓๘
Agenda 17.5 Report of the United Nations Joint Staff Pension Board.....	๑๔๐
Agenda 18.1 WHO reform processes, including the transformation agenda, and implementation of United Nations development system reform.....	๑๔๒
Agenda 18.2 Multilingualism.....	๑๔๓
Agenda 19. Other matters referred to the Health Assembly by the Executive Board.....	๑๔๔
Agenda 21.1 Strengthening synergies between the World Health Assembly and the Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control.....	๑๔๖
Agenda 21.2 Outcome of the Second International Conference on Nutrition.....	๑๔๙
Agenda 21.3 Progress reports.....	๑๖๕

๒) การประชุม Side Meetings

๒.๑ Side event on Cervical Cancer: the NCD we can overcome.....	๑๘๖
๒.๒ Technical Briefing on Global Action Plan for Healthy Lives and Well-being for All: a commitment to accelerating together.....	๑๘๗
๒.๓ Side Meeting on “Universal Health Coverage to deliver the Global Strategy on Women’s, Children’s and Adolescents Health: re-thinking quality midwifery education”	๑๘๘
๒.๔ Side Event Primary Health Care towards Universal Health Coverage and Sustainable Development Goals.....	๑๘๙
๒.๕ Side event Safe and affordable surgery.....	๑๙๑
๒.๖ Side Event A Decade of Healthy Ageing (2020-2030) Ideas and propositions to reach people and build healthy societies.....	๑๙๒
๒.๗ Side Event Experience on addressing NCDs risk factors and determinants.....	๑๙๓
๒.๘ Side Event Access to medicines, vaccines and health products: A multi-dimensional approach for ensuring transparency of markets, affordable and quality products to achieve Universal Health Coverage.....	๑๙๔
๒.๙ Technical Briefing on Emerging technologies.....	๑๙๗
๒.๑๐ Technical briefing: Universal Health Coverage.....	๑๙๘
๒.๑๑ Side Event: Universal Health Coverage and Migration: Leaving no one behind.....	๒๐๐
๒.๑๒ Side Event Palliative Care And Universal Health Coverage: A Component of Primary Health Care.....	๒๐๑
๒.๑๓ Side Event Partnership for Health Strengthening – Prepared for Emergencies.....	๒๐๒

୧.୧୫ Side Event Promoting Vaccine Confidence Enhancing Global Immunization efforts to protect the health of all generations.....	୧୦୩
୧.୧୬ Side Event Patient Safety and Quality of care in the face of emergencies and extreme adversity – A prerequisite to achieve Universal Health Coverage	୧୦୫
୧.୧୭ Technical briefing: Universal Health Coverage.....	୧୦୬
୧.୧୮ Side Event Action and accountability on universal health coverage: building momentum towards the UN High-level meeting.....	୧୦୮
୧.୧୯ Side Meeting on “Nutrition4Health: Nutrition innovations along with NCDs Prevention for achieving Universal Health Coverage within the context of the 2030 agenda and the UN Nutrition Decade”	୧୦୯
୧.୨୦ Technical Briefing: Mental health: time to scale-up.....	୧୧୧
୧.୨୧ Side Event Epilepsy: a public health priority.....	୧୧୩
୧.୨୨ Side Event Good Governance and Multi Sectoral Actions for UHC.....	୧୧୫
୧.୨୩ Side Event Malaria: stepping up the fight to reach public health objectives for 2030.....	୧୧୬
୧.୨୪ Side event: First do no harm: why water, sanitation and hygiene must be a priority for quality healthcare, protecting patient safety and tackling AMR.....	୧୧୭
୧.୨୫ Side Event Health promotion through the life course: a call to action to leave no one behind.....	୧୧୯
୧.୨୬ Side Event How transformational digital technologies can contribute to leave no one behind in UHC: the case of rare diseases.....	୧୨୧
୧.୨୭ Technical Briefing: Investing in Jobs.....	୧୨୩
୧.୨୮ Side Event : Emergency Care Systems for UHC: Ensuring timely care for the acutely ill and injured.....	୧୨୫
୧.୨୯ Side Event Boosting community-led responses to reaching the most marginalized communities: from local communities, to primary health care to universal health coverage.....	୧୨୭
୧.୩୦ Side Event How do we get to 50/50: Towards feminist global health organizations.....	୧୨୯
୧.୩୧ Side Event on Leaving no one behind? Tracking “Health for All” from rhetoric to reality.”	୧୩୧
୧.୩୨ Side Event Air pollution, Climate Change, Oceans and Health.....	୧୩୩
୧.୩୩ Side Event Effective implementation of home-based records to improve maternal, newborn and child health towards achievement of UHC: leaving no one behind.....	୧୩୫
୧.୩୪ Side Meeting on “catalyzing innovation and progress through self-care intervention: WHO normative guidance development to advance the 2030 Sustainable Development Goals”	୧୩୯
୧.୩୫ Technical briefing: Promoting local production of medicines and other health technologies: official launch of the interagency statement.....	୧୩୯

๒.๓๕	Technical briefing: Green, sustainable climate-resilient health care facilities.....	๒๓๔
๒.๓๖	Side Event Disease Prevention: The role of primary healthcare in achieving sustainable universal health coverage.....	๒๓๕
๒.๓๗	Side Event on Collaborating to Drive Progress on Climate Change and Health.....	๒๓๗
๒.๓๘	Side event on Towards the 6 th replenishment, scaling up the fight against HIV/AIDS, Malaria and TB.....	๒๓๘
๒.๓๙	Side Event Let’s get real: adolescents’ sexual and reproductive health and rights and well-being.....	๒๓๙
๒.๔๐	Side Event Cross-sectoral collaboration and leadership in the energy-health nexus.....	๒๔๑
๒.๔๑	Side Event Towards healthier populations: a new vision.....	๒๔๒
๒.๔๒	Side Event : building resilience and strengthening global health security on crisis affected setting through investing in community health workers.....	๒๔๓

ภาคผนวก

	รายนามผู้แทนไทยเข้าประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๗๒.....	๒๔๕
--	--	-----

สรุปผลการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๗๒

วันที่ ๒๐ – ๒๘ พฤษภาคม ๒๕๖๒

ณ Palais des Nations นครเจนีวา สมาพันธรัฐสวิส

.....

การประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๗๒ (World Health Assembly : WHA71) จัดขึ้นระหว่างวันที่ ๒๐ – ๒๘ พฤษภาคม ๒๕๖๒ ณ Palais des Nations นครเจนีวา สมาพันธรัฐสวิส โดยมี H.E. Dr. Bounkong Syhavong รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวเป็นประธานการประชุม และมีผู้เข้าร่วมการประชุมประมาณ ๒,๐๐๐ คน ประกอบด้วยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และข้าราชการระดับสูงจากประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลกรวม ๑๙๔ ประเทศ สำหรับประเทศไทยมีศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นหัวหน้าคณะผู้แทนไทยและได้กล่าวถ้อยแถลงต่อที่ประชุมภายใต้หัวข้อ “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : โดยไม่ทิ้งใครไว้เบื้องหลัง” (Universal Health Coverage : Leaving No – one Behind) ว่ารัฐบาลไทยให้ความสำคัญในด้านการรักษาพยาบาลตั้งแต่ปี ๒๕๑๘ โดยจัดสรรงบประมาณสำหรับสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นการวางรากฐานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง การสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ดีของประเทศไทยจะประสบความสำเร็จได้จำเป็นต้องมีพันธสัญญาทางการเมือง ความเป็นเจ้าของร่วมกันของประชาชน ความพอเพียงและความเท่าเทียมกันของระบบสุขภาพ และสิ่งที่สำคัญที่สุด คือ ระบบธรรมาภิบาลที่ดีทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพอย่างเท่าเทียม โดยประเทศไทยพร้อมที่จะแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเรียนรู้นวัตกรรมทางสังคมจากประเทศอื่นๆ เพื่อจะได้ขับเคลื่อนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปด้วยกัน

สำหรับรายละเอียดสรุปการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๗๒ แยกตามแต่ละวาระการประชุมมีดังนี้:

Agenda 11.1 Draft Proposed Programme Budget 2020 – 2021

ผู้รับผิดชอบ

๑. นายบรรลุ ศุภอักษร กองการต่างประเทศ
๒. แพทย์หญิงหทัยรัตน์ โกษีย์ภรณ์ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

สาระสำคัญของวาระ

วาระนี้เป็นการนำเสนอร่างแผนงบประมาณของปี ๒๐๒๐-๒๐๒๑ ซึ่งเป็นแผนงบประมาณแรกดำเนินงานภายใต้ GPW13 ที่มีเป้าหมายหลักๆ ๓ เป้าหมาย (Triple billion targets) ได้แก่

Achieving universal health coverage – 1 billion more people benefiting from universal health coverage

Addressing health emergencies – 1 billion more people better protected from health emergencies

Promoting healthier populations – 1 billion more people enjoying better health and well-being

ทั้งสามเป้าหมายยังสอดคล้องกับการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมาย SDGs นอกจากนี้ WHO ร่วมกับ partners ต่างๆ กำลังจัดทำ Draft global action plan for healthy lives and well-being for all และจะนำเสนอให้ที่ประชุม UNGA ในปี ๒๐๑๙ รับรอง เพื่อให้มีแนวทางในการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมาย SDGs โดยเฉพาะ Goal ๓ สำหรับร่างแผนงบประมาณ PB 2020 -2021 ได้ประมาณการงบประมาณไว้ที่ ๕,๘๔๐.๔ ล้านดอลลาร์ โดยคิดเป็นงบประมาณ AC = ๙๕๖.๙ ล้านดอลลาร์ งบประมาณ VC = ๔,๘๘๓.๕ ล้านดอลลาร์ ประกอบด้วยดังนี้

- Base programmes ๓,๗๖๘.๗ ล้านดอลลาร์
 - จะมีการจัดลำดับความสำคัญและระดับต่าง โดยเปรียบเทียบกับ ปีงบประมาณ ๒๐๑๘ - ๒๐๑๙ โดยแบ่งออกเป็น ดังนี้
 - B1 One Billion more people benefiting from UHC = ๑,๓๕๘๘ ล้านดอลลาร์
 - B2 One Billion more people better protected from Health Emergencies = ๘๘๘.๘ ล้านดอลลาร์
 - B3 One Billion more people enjoying better health and well-being = ๔๓๑.๑ ล้านดอลลาร์
 - More effective and efficient WHO better supporting countries = ๑,๐๙๐ ล้านดอลลาร์
- polio eradication programme ๘๖๓ ล้านดอลลาร์
- Special Programme ๒๐๘.๗ ล้านดอลลาร์
- Emergency operations and appeals ๑,๐๐๐ ล้านดอลลาร์

Table 1. Comparison of the Programme budget 2018–2019 with the Proposed programme budget 2020–2021 (US\$ millions)

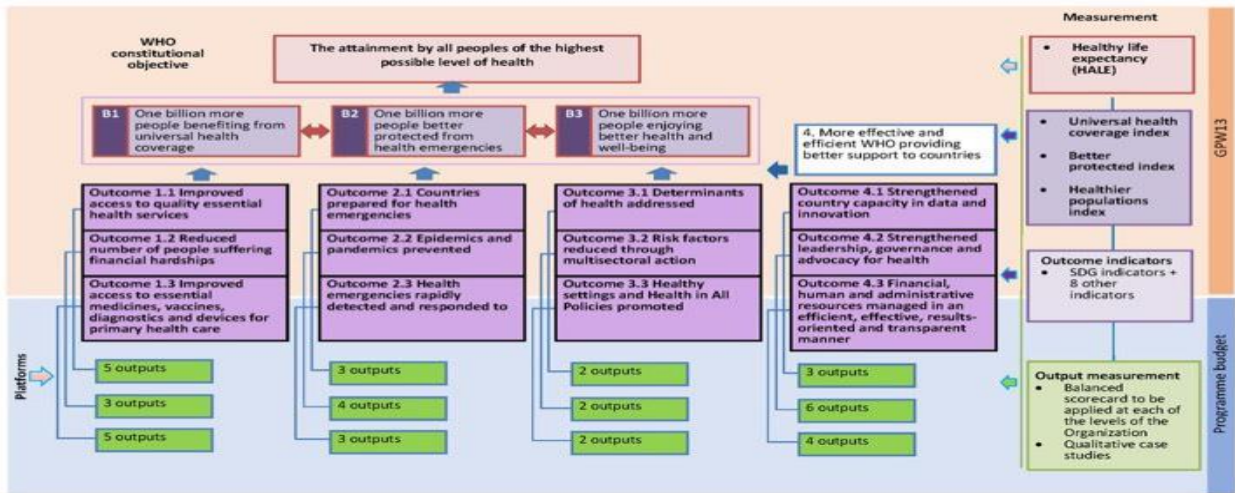
Segment	Approved Programme budget 2018–2019	Proposed programme budget 2020–2021	Increase or (decreased) amount
Base	3 400.3	3 768.7	368.4
Polio eradication	902.8	863.0	(39.8)
Special programmes	118.4	208.7	90.3
Total	4 421.5	4 840.4	418.9
Emergency operations and appeals	–	1 000	1 000

ทั้งนี้ สำหรับการประมาณการงบประมาณ PB 2020 -2021 ได้อิงงบประมาณ base programme ของ PB 2018 - 2019 (๓,๔๐๐ ล้านดอลลาร์) และได้เพิ่มขึ้นอีก ๓๖๘ ล้านดอลลาร์ สำหรับการดำเนินงานในด้าน ดังนี้

- การเพิ่มศักยภาพของประเทศ ๑๓๒ ล้านดอลลาร์
- การเปลี่ยนผ่านการทำงานของแผนงานโปลิโอ ๒๒๗.๔ ล้านดอลลาร์
- การพัฒนาระบบงานพื้นฐาน (Data and Innovation) ๑๐๘ ล้านดอลลาร์
- เงินสำรองสำหรับ Efficiency / Reallocation ๙๙ ล้านดอลลาร์

นอกจากนี้ร่างแผนงบประมาณ PB 2020 – 2021 ยังปรับเปลี่ยนการกำหนดรายการของแผนงบประมาณจาก programme area เป็น strategic area ให้สอดคล้องกับ triple billion goals และมี ๑๒ ผลลัพธ์ และ ๔๒ ผลผลิต และได้มีแผนงบประมาณ ๓ ระดับ ได้แก่ สำนักงานใหญ่ สำนักงานภูมิภาค และสำนักงานประจำประเทศ ทั้งนี้องค์การอนามัยโลกยังได้วางแผนการดำเนินงานตาม triple billion goals โดยจัดสรรงบประมาณตามผลลัพธ์ในแต่ละด้าน รวมถึงการกำหนดบทบาทของฝ่ายเลขานุการในการดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าหมายผลลัพธ์

Fig. 1. The GPW 13 results framework



งบประมาณส่วนใหญ่จะถูกจัดสรรไปยังสำนักงานประจำประเทศ รองลงมาคือสำนักงานใหญ่ เมื่อจำแนกตามภูมิภาคพบว่า South East Asia region ได้รับงบประมาณสำหรับ base programme ทั้งสิ้น ๓๘๘.๕ ล้านดอลลาร์สหรัฐ (สำนักงานประจำประเทศ ๒๗๗.๙ ล้านดอลลาร์สหรัฐ และสำนักงานภูมิภาค ๑๑๐.๖ ล้านดอลลาร์สหรัฐ) ซึ่งมากกว่าปีงบประมาณที่แล้ว ๙๙.๗ ล้านดอลลาร์สหรัฐ

Table 2. Proposed programme budget 2020–2021, base segment only, by level of the Organization (US\$ million)^a

Major office	Country offices		Regional offices		Headquarters		Total	
	Programme budget 2018–2019	Proposed programme budget 2020–2021	Programme budget 2018–2019	Proposed programme budget 2020–2021	Programme budget 2018–2019	Proposed programme budget 2020–2021	Programme budget 2018–2019	Proposed programme budget 2020–2021
Africa	551.7	688.0	282.4	304.4	–	–	834.1	992.4
The Americas	118.0	127.9	72.1	87.9	–	–	190.1	215.8
South-East Asia	186.5	277.9	102.3	110.6	–	–	288.8	388.5
Europe	94.0	111.2	162.4	166.7	–	–	256.4	277.9
Eastern Mediterranean	223.8	267.0	112.2	124.2	–	–	336.0	391.2
Western Pacific	163.7	185.2	117.6	124.0	–	–	281.3	309.2
Headquarters	–	–	–	–	1 213.6	1 193.7	1 213.6	1 193.7
Total	1 337.7	1 657.1	849.0	917.9	1 213.6	1 193.7	3 400.3	3 768.7
Allocation by level (% total)	39.3	44.0	25.0	24.4	35.7	31.7	100.0	100.0

^a Unless otherwise indicated.

นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกได้มีกำหนด Resource Mobilization and Partnership Strategy 2019 – 2023 เพื่อช่วยในการแก้ไขปัญหาด้านงบประมาณ

- employing tailored approaches to grow, diversify and maintain funding from government donors
- building effective partnerships and increasing funding from philanthropic donors;
- maintaining and increasing funding from funds, banks, and multilaterals;
- exploring and exploiting the funding potential of revenue-producing activities

WHO Impact Framework

จาก Results framework ของ Thirteenth General Programme of Work 2019–2023 แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ Theory of Change และ Measurement ส่วนของ Theory of Change คือ Goals, Impact, Outcomes และ Outputs ส่วน Measurement ประกอบด้วย Output measurement และ Impact framework โดย Output measurement คือการวัดผลการดำเนินงานของ WHO ในแต่ละตัวชี้วัด ซึ่งประกอบด้วย 1) effective leadership 2) effective delivery of global goods 3) effective technical support at country level 4) effective mainstreaming of gender, equity and human rights (GER) 5) ensuring value for money (VFM) และ 6) delivery of results in ways leading to impact ส่วนของ Impact framework อยู่ในระหว่างการพัฒนาตัวชี้วัดและวิธีการประเมินผล

หลังจาก 144th EB ได้มีการจัด intersessional consultation และมีการแก้ไขเอกสารตามความเห็นของประเทศสมาชิก โดย 13rd GPW มีเป้าหมายในการให้ ประชาชนมีสุขภาพที่ดีในทุกช่วงอายุ (Healthy lives and well-being for all at all ages) ซึ่งประกอบด้วยยุทธศาสตร์การดำเนินงาน 3 ส่วนคือ universal health coverage, health emergencies และ healthier populations จากเป้าหมายดังกล่าว WHO จึงต้องการที่จะกำหนดตัวชี้วัดเพื่อติดตามการดำเนินการของ WHO ประเทศสมาชิกและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ที่สอดคล้องกับตัวชี้วัด SDGs โดยเน้นการพัฒนาฐานข้อมูลในระดับประเทศ ในระยะเวลา 5 ปี (2019-2023)

สำหรับ 46 programmatic indicators ประกอบด้วย 38 ตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับ SDGs 1.5, 1.a, 2.2, 3, 4.2, 5.6, 6.1, 6.2, 7.1, 11.6 และ 16.2 และอีก 8 ตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับ WHA 66.10, 67.25, 68.3 และ 68.7 เกี่ยวกับ Health emergencies, Poliovirus, Antimicrobial resistance, Non-communicable disease ส่วนตัวชี้วัดในระดับ triple billion targets มีรายละเอียดดังนี้

๑. Universal coverage index ประกอบด้วย service coverage และ financial hardship due to large spending on health โดย WHO ต้องการมุ่งวัดที่ effective coverage ซึ่งอยู่ในระหว่างการพัฒนาตัวชี้วัดโดย Inter-Agency and Expert Group (IAEG-SDGs)
๒. Health emergency protection index ประกอบด้วย prepare, prevent and detect and respond indicator ซึ่งจะมีการให้คะแนนตั้งแต่ระดับ 1-5
๓. Healthier populations index อยู่ในระหว่างการพัฒนาตัวชี้วัด

ในระยะแรก เป็นการอนุมัติงบประมาณ Proposed programme budget 2020–2021 และตัวชี้วัดตาม Programmatic indicators ที่ระบุใน 13GPW ในระยะสองจะเป็นการระบุ milestone ของแต่ละ Programmatic indicators สร้างวิธีการคำนวณ triple billion targets และเลือกตัวชี้วัดตามความสำคัญของปัญหาสุขภาพของประเทศสมาชิก โดยการสนับสนุนจาก WHO ซึ่ง Proposed programme budget 2020–

2021 ครอบคลุมระยะเวลา ๒ ปี ขณะที่ Programmatic indicators และ triple billion targets ครอบคลุมระยะเวลา ๕ ปี

จากเอกสาร WHA 72/5 ต้องการให้ Health Assembly take note the report และ WHA 72/63 ต้องการให้ Director-General continues developing the results framework in consultation with Member States, including through the regional committees, and present it to the Executive Board at its 146th session

ท่าทีประเทศสมาชิก

Proposed Programme Budget 2020-2021

ประเทศสมาชิกเห็นชอบกับแผนงานงบประมาณองค์การอนามัยโลกปี ๒๐๒๐ - ๒๐๒๑ ที่สอดคล้องกับการดำเนินงานตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนรวมทั้ง 13GPW อีกทั้งยังมีความเห็นด้วยกับงบประมาณที่ยืดหยุ่นขององค์การอนามัยโลกที่ยังมีน้อยเกินไป ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดการขาดงบประมาณ เหมือนที่ผ่านๆ มา และได้แสดงความชื่นชมต่อองค์การอนามัยโลกที่พยายามแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยเห็นด้วยกับการจัดทำ Strategy Resources Allocation และให้การรับรองร่างข้อมติตามที่คณะกรรมการ PBAC เสนอและเห็นด้วยกับการที่จะต้องเพิ่มการหารือจากประเทศสมาชิกให้มากขึ้นเกี่ยวกับ Result Framework ตามที่ระบุในข้อมติ

WHO Impact Framework

ส่วนใหญ่ยอมรับ draft resolution ในเอกสาร 72/63 ในประเด็นการพัฒนา result framework ต่อ โดยปรึกษาประเทศสมาชิกและ regional committees เพื่อนำเสนอต่อ 146th Executive Board และมีความเห็นต่อเอกสาร WHA 72/5 ดังนี้ ๑) เอกสารออกซ้ำ ซึ่งเป็นประเด็นที่สำคัญ ๒) ต้องการให้การเก็บข้อมูลไม่เป็นการละเมิดของประเทศสมาชิก ๓) ต้องการให้พัฒนารูปแบบการเก็บข้อมูล โดย pilot ก่อนในบางประเทศ ๔) ต้องการคำอธิบายในเรื่องของความซ้ำซ้อนระหว่าง result framework ใน program budget และ impact framework ๕) ต้องการความชัดเจนว่าการ note the report หมายถึง agreement ในประเด็นใด ๖) result framework จะนำไปเป็นกรอบของ Program budget ครั้งต่อไปอย่างไร ๗) ส่วน balance scorecard ในแต่ละ output ต้องการให้ประเทศสมาชิกมีส่วนร่วม และสนับสนุนประเด็น gender, equity และ human right โดยเฉพาะประเทศ EU และเพิ่ม visibility indicator ของ WHO ในการสนับสนุนประเทศสมาชิก

จากการพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการกับ Peter A. Singer, special ADG และทีมงาน Data, analytic and delivery, WHO HQ ได้รับการอธิบายว่า Impact framework เป็นส่วนหนึ่งของ Result framework ซึ่งอยู่ระหว่างการพัฒนา เพื่อนำมารายงานใน EB146 ต่อไป ส่วนงานที่เสร็จสิ้นแล้วคือ output assessment 6 ข้อที่จะได้รับการประเมินโดย Multilateral Organization Performance Assessment Network (MOPAN) ยกเว้นส่วน delivery of results in ways leading to impact ซึ่งต้องรอการพัฒนา Impact framework ต่อไป ส่วนงานที่ต้องดำเนินการต่อภายใต้ Impact framework คือ พัฒนา methodology กำหนดเป้าหมาย แผนการสนับสนุนความเข้มแข็งด้านข้อมูลให้กับประเทศสมาชิก ซึ่งหลังจากที่ Impact framework ได้รับการยอมรับจากประเทศสมาชิก ก็จะทำงานร่วมกับ IAEG ต่อไป

ท่าทีของประเทศไทย

Proposed Programme Budget 2020-2021

- เห็นด้วยกับแผนงบประมาณ ปี ๒๐๒๐ - ๒๐๒๑ ซึ่งมีความเชื่อมโยงกับ Strategic Priorities ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการบูรณาการร่วมกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย
- มีความกังวลเกี่ยวกับงบประมาณขององค์การอนามัยโลกที่ส่วนมาเป็นแบบสมัครใจ Voluntary Contribution ที่มีมากถึง ร้อยละ ๘๔ ซึ่งในทางที่สมควรเพิ่มงบประมาณจากค่าสมาชิก และงบประมาณแบบสมัครใจไม่มีวัตถุประสงค์เฉพาะให้มากขึ้น
- การเพิ่มงบประมาณขององค์การอนามัยโลกจะต้องไม่เป็นงบประมาณที่ได้รับจากแหล่งงบประมาณที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของมนุษย์เช่น จากอาวุธ ยาสูบ แอลกอฮอล์ และ อุตสาหกรรมอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพ และให้เป็นไปตามกรอบการดำเนินงาน WHO Framework of Engagement with Non-State Actors

WHO Impact Framework

จากเอกสาร WHA72/5 paragraph 16 กล่าวถึงการพัฒนาตัวชี้วัด universal health coverage ซึ่งตัวชี้วัดที่มีอยู่ในปัจจุบัน เป็นตัวชี้วัด crude coverage หรือ service coverage ซึ่งไม่ใช่การวัด effective coverage ที่แท้จริง WHO ได้ให้ IAEG-SDGs พัฒนาตัวชี้วัด effective coverage ในขั้นตอนการ peer-review และ pilot ในบางประเทศ ซึ่งประเทศไทยเห็นว่าตัวชี้วัดดังกล่าว จำเป็นที่จะต้องผ่านความเห็นของประเทศ สมาชิกก่อนที่จะมีการนำมาใช้ ซึ่งประเด็นดังกล่าวได้กล่าวไว้ในเอกสาร WHA 72/63

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ยอมรับตัวชี้วัด programmatic indicators ที่สอดคล้องกับ GPW13 และที่ประชุมรับรองข้อมติ โดยมีกำหนดให้มีการหารือถึง Result Framework ของแผนงานงบประมาณ ๒๐๒๐ - ๒๐๒๑ และผ่านการหารือในที่ประชุมระดับภูมิภาค และเพื่อนำเสนอต่อที่ประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก สมัยที่ ๑๔๖ ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ต้องติดตามการหารือ Result Framework ของแผนงานงบประมาณ ๒๐๒๐ - ๒๐๒๑ หลังจากการประชุมสมัชชาอนามัยโลก และเตรียมการหารือในที่ประชุมระดับภูมิภาค

Intervention on Agenda 11.1 Draft Proposed Programme Budget 2020 - 2021 (document A72/4)

Delivered by Mr. Banlu Supaaksorn

Thank you, Chair.

First, Thailand appreciates the innovative Programme Budget 2020-2021 which links with strategic priorities rather than WHO programs. This will be more integration, pooling resources across programs to achieve common strategic objectives.

Second, Thailand reiterates our concern on the sheer size of “voluntary contribution”, upto 84% of the total proposed program budget. To rectify this trend, there are two interlinked strategies, first member states’ bold decision to increase assessed contribution, second donors’ willingness to increase the proportion of non-specified voluntary portion.

Third, while WHO is seeking new sources of funding using innovative approach, Thailand emphasize that WHO must stand firm not mobilizing from those whose work is negatively affecting human health not only, arms and tobacco but extend to others such as alcohol and unhealthy food industries in line with the requirement by WHO Framework of Engagement with Non-State Actors.

Finally, WHO can use its social and intellectual capital which is as important as financial resources.

Thank you, Chair.

Intervention on Agenda 11.1 WHO Impact framework (document A72/5)

Delivered by Dr Hathairat Kosiyaporn

Thank you, Chair.

Thailand had carefully reviewed document A72/5 paragraph 16 related to service coverage;

Thailand registers the following serious concerns

The concept of measuring ‘effective coverage’ is not new and is better than crude coverage.

Thailand agrees that countries should stride for it.

However, it requires huge investment on human and system capacity, such as strengthening health information systems which can capture valid numerators and denominators to measure effective coverage; interpret and use for policy improvement. This will have huge implication to Member States.

As transition towards effective coverage has major consequences to Member States, Thailand reiterates its position that any changes to SDG 3.8 on UHC indicators SHALL go through extensive consultation with and approval by Member States; prior to consideration by IAEG-SDG. Chair, Any changes to SDG indicators, Thailand reiterates that WHO cannot bypass member states and go directly to IAEG-SDG

DG has committed at the EB 144 that member states will be thoroughly consulted on effective coverage before further action.

Thank you, chair

Agenda 11.2 Public health emergencies Report of the Independent Oversight and Advisory Committee for the WHO Health Emergencies Programme

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นายแพทย์พิสุทธิ์ ชื่นจงกลกุล กองการต่างประเทศ
๒. นายภาณุวัฒน์ นราอาจ กรมควบคุมโรค

สาระสำคัญของวาระ

ในวาระดังกล่าวนี้มี ๓ วาระย่อยดังนี้

๑. Public health emergencies Report of the Independent Oversight and Advisory Committee for the WHO Health Emergencies Programme

- วาระนี้เป็นการรายงานผลการติดตามการดำเนินงานของคณะพิจารณาการดำเนินงานภาพรวมของแผนงาน และที่ปรึกษาด้านการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขขององค์การอนามัยโลก (Independent oversight and advisory committee for the WHO Health Emergencies Programme: IOAC)
- โดยแผนงานจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขขององค์การอนามัยโลกนี้จัดตั้งขึ้นเมื่อ ๑ กรกฎาคม ๒๐๑๖ เพื่อจัดการภาวะฉุกเฉินต่างๆ โดยในช่วงปี ๒๐๑๖-๒๐๑๘ คณะ IOAC มีหน้าที่ประเมินว่ากระบวนการปฏิรูป แผนงานจัดการภาวะฉุกเฉินนี้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ภายในกรอบดำเนินการ ๘ ด้านดังนี้ ๑) โครงสร้าง ๒) ทรัพยากรบุคคล ๓) การจัดการเหตุการณ์ ๔) การประเมินความเสี่ยง ๕) กระบวนการดำเนินงาน ๖) เครือข่าย ๗) การเงินการคลังและ ๘) กฎอนามัยระหว่างประเทศ ๒๐๐๕
- จากการพิจารณาของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกได้ตัดสินใจให้มีการดำเนินการของคณะ IOAC ต่อเนื่องไปอีกในช่วงปี ๒๐๑๘-๒๐๒๐ โดยหลังการตัดสินใจนี้ ทาง IOAC ได้จัดประชุม ๓ ครั้ง และมีการลงพื้นที่ ๑ ครั้ง โดย IOAC จะประเมินติดตามแผนงานนี้ภายใต้กรอบดำเนินการที่ถูกระบุไว้ในเอกสาร A๗๑/๕ อย่างไรก็ดี ในช่วงดำเนินการต่อจากนี้ทาง IOAC จะให้ความสนใจไปกับโปรแกรมจัดการเป็นหลักมากกว่าดูในแง่ขั้นตอนหรือกระบวนการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการทำงานขององค์การอนามัยโลกที่ให้การสนับสนุนการสร้างเสริมความเข้มแข็งตามสมรรถนะหลักภายใต้กฎอนามัยระหว่างประเทศและระบบสุขภาพ เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะฉุกเฉิน

ความก้าวหน้า, ความท้าทายและโอกาส

- ในด้านการเป็นผู้นำและการจัดการภาวะฉุกเฉิน: จากสถานการณ์ที่ผ่านมา องค์การอนามัยโลกได้ตอบสนองเหตุการณ์ทั้งหมด ๑๗๐ เหตุการณ์และภาวะระดับวิกฤต ๔๑ เหตุการณ์ โดยจากหลักฐานการดำเนินงานในอนุภูมิภาค และผลสรุปงานจากหลายระดับในประเทศคองโก IOAC ให้ข้อสังเกตว่าการดำเนินงานตามแผนงานเป็นไปได้อย่างดี อย่างไรก็ตามพบว่าการดำเนินงานภายใต้กรอบ Global Management System ยังดำเนินการได้อย่างไม่แน่นอน เนื่องจากเจ้าหน้าที่ยังขาดความเข้าใจในระบบนี้และยึดติดกับผังการบังคับบัญชาเดิมที่มีอยู่ทาง IOAC จึงเสนอแนะให้มีความพยายามสร้างความเข้าใจและคุ้นเคยกับระบบ Global Management System นี้ในเจ้าหน้าที่ทุกระดับขององค์การอนามัยโลก
- IOAC พบว่าในพื้นที่ของ North Kivu ซึ่งเป็นชุมชนเมืองยังมีการระบาดของอีโบล่าอยู่ทั้งที่มีกระบวนการสอบสวนหาผู้ป่วยดำเนินการอยู่แล้ว จึงเสนอแนะให้องค์การอนามัยโลก ๑) พัฒนาแผนเพื่อขยายกำลังคน

รวมถึงเครือข่าย ๒) พัฒนาแผนฉุกเฉินเพื่อยกระดับการตอบโต้ หากสถานการณ์การระบาดเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในพื้นที่เขตเมือง ๓) ระบุตัวชีวิตเพื่อยกระดับและสนับสนุนการยกระดับเชิงรุกก่อนเหตุการณ์จะรุนแรง

- นอกจากนี้ข้อมูลจากการเยี่ยมชมอูกานดา บ่งชี้ว่าการดำเนินการด้านการสอบสวนและรักษาจากทีมต่างประเทศ ต้องได้รับการขออนุญาตจากผู้มีอำนาจตัดสินใจภายในประเทศก่อนและต้องเป็นไปตามกฎหมายต่างๆ ภายในประเทศด้วย IOAC จึงเสนอให้องค์การอนามัยโลกใช้ประโยชน์จากประสบการณ์การทำงานในคองโก และอูกานดาเพื่อทำการขออนุญาตต่างแบบเร่งด่วน (fast track approval) และองค์การอนามัยโลกควรเป็นผู้ให้คำแนะนำ, ฝึกฝนและกำกับเพื่อให้มั่นใจว่าตนมีศักยภาพในการจัดการดังกล่าว

ความปลอดภัยของบุคลากรและสวัสดิการ

- ในรายงานฉบับการหน้านั้นทาง IOAC ได้มีความกังวลต่อการขาดการให้ความสำคัญต่อสมรรถนะและศักยภาพ ในด้านการสร้างความปลอดภัย ซึ่งเห็นว่าได้มีการพัฒนาในทางที่ดีขึ้นจากการดำเนินการใน North Kivu และมีแผนเพิ่มกำลังคนด้านความปลอดภัยที่ดีขึ้นและ อย่างไรก็ตามก็ยังคงมีความกังวลว่าจะเพียงพอสำหรับการปฏิบัติการหรือไม่ จึงมีข้อเสนอแนะให้องค์การอนามัยโลกพัฒนากรอบการทำงานที่เห็นผลเชิงประจักษ์ได้ว่ามีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ด้านความปลอดภัยในการจัดการภาวะฉุกเฉิน และ IOAC จะติดตามและรายงานความก้าวหน้าในประเด็นนี้อย่างต่อเนื่อง

ระบบการเงินของแผนงานจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขขององค์การอนามัยโลก

- แผนงานนี้จะมีแหล่งงบประมาณจาก ๓ ส่วนได้แก่ ๑) งบประมาณปกติ ๒) การร้องขอเพิ่ม ๓) กองทุนสำรองเพื่อใช้ในกรณีฉุกเฉิน โดยในปีงบประมาณ ๒๐๑๘-๒๐๑๙ นี้ จากการตั้งงบประมาณปกติที่ต้องการใช้เงิน ๕๒๖ ล้านดอลลาร์สหรัฐ ขณะนี้เมื่อเดือนพฤศจิกายนได้รับงบประมาณแล้วทั้งสิ้นร้อยละ ๘๑

แผนพัฒนากำลังคน, การรับบุคลากรเพิ่ม, การพัฒนาศักยภาพและรักษาความสามารถ

- ณ ข้อมูลเมื่อเดือนตุลาคม ๒๐๑๘ ได้มีการวางแผนด้านบุคลากรสำหรับเจ้าหน้าที่ไปแล้ว ๑,๕๘๓ ตำแหน่ง ที่มีผู้ปฏิบัติงานจริง ๙๕๖ ตำแหน่ง และตำแหน่งที่ยังว่างอีก ๖๒๗ ตำแหน่ง ซึ่งกระจายไปตามระดับต่างๆ ได้แก่อ้อยละ ๔๗ อยู่ในสำนักงานผู้แทนประจำประเทศ, ร้อยละ ๓๑ กระจายอยู่ในสำนักงานส่วนภูมิภาคทั้ง ๖ แห่ง และร้อยละ ๒๒ อยู่ในสำนักงานใหญ่
- โดย IOAC พบว่าตำแหน่งในสำนักงานผู้แทนประจำประเทศนั้นยังเป็นตำแหน่งที่ว่างอยู่ถึงร้อยละ ๔๗ ดังนั้น IOAC จึงแนะนำให้มีการเร่งการจัดหาบุคลากรเพิ่มในระดับประเทศให้ได้เพิ่มขึ้นถึงระดับร้อยละ ๗๕ ของแผนที่วางไว้ ซึ่งการเพิ่มดังกล่าวจะต้องช่วยป้องกันการพึ่งพากำลังบุคลากรจากสำนักงานภูมิภาคและสำนักงานใหญ่ ในกรณีที่เกิดเหตุฉุกเฉินต้องเพิ่มกำลังพลและเพื่อให้มั่นใจถึงเสถียรภาพในการปฏิบัติงาน

กระบวนการบริหารจัดการงานของแผนฉุกเฉิน (Emergency business processes)

- ทาง IOAC พบว่ากระบวนการบริหารจัดการงานของแผนฉุกเฉิน ดำเนินการได้อย่างประสบความสำเร็จ โดยพบว่า เงินทุนสำรองกรณีฉุกเฉิน (contingency emergency fund) ได้รับการอนุมัติภายใน ๒ วันหลังจากเกิดการระบาด, การส่งเจ้าหน้าที่มากกว่า ๓๐๐ คนและส่งอุปกรณ์ของจำเป็นมูลค่า ๔.๕ ล้านดอลลาร์สหรัฐสู่ประเทศคองโกผ่านระบบการจัดซื้อจัดจ้างระหว่างประเทศ โดยใช้การขนส่งทั้งหมด ๑๓๖ เที่ยวบิน รวมไปถึง

อุปกรณ์เฉพาะด้านต่างๆเช่นวัคซีนและยารักษาต่างๆ ซึ่งต้องการระบบลำเลียงที่เหมาะสมลงสู่พื้นที่ สามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งทาง IOAC ขึ้นชมและมีข้อเสนอให้ทางแผนงานพัฒนา Disease-specific commodity packages ขึ้น โดยอิงจากแนวทางปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการบริหารทรัพยากร

ด้านแผนงาน: สมรรถนะหลักตามกฎอนามัยระหว่างประเทศและระบบสุขภาพ

๑. IOAC รับทราบว่าข้อมูลเมื่อเดือนตุลาคม ๒๐๑๘ มี ๘๖ ประเทศได้ผ่านกระบวนการ Joint External Evaluation และมีการจัดการซ้อมแผน ๘๖ ครั้ง ซึ่งในช่วง ๒ ปีที่ผ่านมา ประเทศสมาชิก ๓๘ ประเทศได้พัฒนาแผนจัดการระดับประเทศได้สมบูรณ์ รวมถึง ๑๙ ประเทศในภูมิภาคแอฟริกา โดยทาง IOC รับทราบถึงความพยายามขององค์การอนามัยโลกในการดำเนินการดังกล่าวแต่ยังมีข้อกังวลถึงจำนวนประเทศที่ได้พัฒนาแผนปฏิบัติการระดับประเทศ, กรอบเวลาดำเนินการหลังรับการประเมิน JEE ที่จะพัฒนาแผนระดับประเทศ, การประเมินผลลัพธ์ของแผนดังกล่าวต่อระบบสุขภาพของประเทศและแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน
๒. โดยสรุปแล้วแผนงานปฏิรูประบบจัดการภาวะฉุกเฉินขององค์การอนามัยโลกนี้อยู่ในแนวทางที่จะประสบความสำเร็จได้ และการจัดการภาวะฉุกเฉินที่ผ่านมาได้สร้างองค์ความรู้และบทเรียนที่มีคุณค่าต่อการเปลี่ยนแปลงแผนงานไปในแนวทางที่ดียิ่งขึ้น ซึ่งทาง IOAC เสนอแนะให้องค์การอนามัยโลกใช้ประสบการณ์จากแผนงานดังกล่าวในการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงองค์การอนามัยโลกทั้งหมดเพื่อไปสู่เป้าหมาย ๓ พันล้านภายในแผนการดำเนินงานฉบับที่ ๑๓ ต่อไป
๓. รายงานฉบับนี้เสนอต่อที่ประชุมกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลกเพื่อให้ข้อสังเกตต่อรายงาน โดยเฉพาะในส่วนของแผนยุทธศาสตร์ที่จะครอบคลุมเพิ่มในช่วงปี ๒๐๑๙-๒๐๒๓

๒. WHO's work in health emergencies

- รายงานฉบับนี้ถูกจัดทำขึ้นตามมติคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลกสมัยพิเศษ ปี ค.ศ. ๒๐๑๕ (EBSS๒.R๑) และข้อตัดสินใจที่ WHA๖๘(๑๐) (๒๐๑๕) ที่ระบุให้องค์การอนามัยโลกรายงานถึงการเตรียมการสำหรับการป้องกัน, ตรวจสอบและตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข
- โดยรายงานฉบับนี้เสนอต่อที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๗๒ เพื่อพิจารณาและให้ข้อคิดเห็นต่อรายงาน

การเตรียมพร้อมต่อภาวะฉุกเฉิน

- ในปีค.ศ. ๒๐๑๘ องค์การอนามัยโลกได้ดำเนินการร่วมกับประเทศสมาชิกเพื่อติดตามและรายงานถึงความก้าวหน้าในการเตรียมความพร้อมต่อภาวะอันตรายต่างๆ ตั้งแต่โรคติดต่อ, โรคจากสัตว์สู่คน, โรคจากอาหารและน้ำและอันตรายจากสิ่งแวดล้อม จนถึงอันตรายต่อสุขภาพที่มีความท้าทายใหม่ๆ ได้แก่อันตรายจากสารเคมี, กัมมันตรังสีและนิวเคลียร์, เชื้อดื้อยา, โรคติดต่ออุบัติใหม่เนื่องจากสภาพอากาศเปลี่ยนแปลงและความปลอดภัยทางชีวภาพ ซึ่งมีประเทศสมาชิก ๑๖๑ ประเทศรายงานผลการดำเนินงานภายใต้กฎอนามัยระหว่างประเทศและมีการซ้อมแผน ๓๑ ครั้ง, ผ่านการประเมิน JEE ๒๔ ครั้ง, ผ่านการทบทวนหลังดำเนินการ ๑๘ ครั้ง และมีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเชื่อมโยงกฎอนามัยระหว่างประเทศกับงานด้านสัตวสาธารณสุข

การสร้างความเข้มแข็งในการเตรียมการต่อภาวะฉุกเฉินในระดับประเทศ

- องค์การอนามัยโลกสนับสนุนประเทศสมาชิกโดยพัฒนาเครื่องมือและแนวทางต่างๆ รวมถึงจัดการอบรมเพื่อสร้างทักษะและสมรรถนะแก่เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข อีกทั้งยังสนับสนุนการจัดทำแผนปฏิบัติการในระดับประเทศ เพื่อส่งเสริมการทำงานตามกฏอนามัยระหว่างประเทศปี ๒๐๐๕, สร้างความเข้มแข็งให้แก่ห้องปฏิบัติการและพัฒนาสมรรถนะด้านการเฝ้าระวัง โดยสนับสนุนผู้เชี่ยวชาญ ๔๐๐ ท่านที่ทำงานประจำที่ท่าเรือและท่าอากาศยานเพื่อเฝ้าระวังโรค, ส่งเสริมด้านความปลอดภัยด้านสุขภาพแก่เจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขจำนวน ๒,๘๕๓ ใน ๑๔๑ ประเทศและเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการอีก ๘๕๐ ท่านจาก ๖๒ ประเทศ

การเตรียมความพร้อมเพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน

- องค์การอนามัยโลกสนับสนุนประเทศสมาชิกโดยพัฒนาและดำเนินการอย่างครอบคลุมเกี่ยวกับการจัดทำแผนและโปรแกรมสำหรับการเตรียมพร้อมต่อภาวะฉุกเฉินและการจัดการภัยพิบัติ อีกทั้งยังสร้างเสริมความเข้มแข็งในการทำงานและประสานงานร่วมกับเครือข่ายเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขมากกว่า ๑๖๔๔ ท่านเพื่อเตรียมความพร้อมเมื่อเกิดเหตุและสนับสนุนประเทศต่างๆในการเตรียมการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน

การป้องกันการระบาดและการระบาดใหญ่

- องค์การอนามัยโลกได้ขับเคลื่อนงานด้านการวิจัยและการแลกเปลี่ยนข้อมูลสำหรับโรคที่มีความรุนแรงสูงทั้งในด้านการป้องกันและควบคุมโรค และเป็นตัวกลางในการประสานงานกับเครือข่ายเพื่อพัฒนาและดำเนินการวางพิมพ์เขียวงานวิจัย, แผนยุทธศาสตร์ระดับโลกและแผนเตรียมการสำหรับริเริ่มการวิจัยและพัฒนาในกรณีเกิดการระบาด
- องค์การอนามัยโลกยังได้ร่วมมือกับเครือข่ายร่วมกันพัฒนาแผนการตอบโต้โรคที่มีความรุนแรงสูงเช่นไข้เหลืองและอหิวาตกโรค โดยการวางแผนยุทธศาสตร์เพื่อกำจัดไข้เหลืองและยุติอหิวาตกโรค นอกจากนี้ยังมีการดำเนินการภายใต้ Pandemic Influenza Preparedness Framework และการตอบโต้การระบาดของเชื้ออีโบล่าอีกด้วย

การตรวจพบการระบาดและการตอบโต้

- ระบบเฝ้าระวังโรคขององค์การอนามัยโลกขณะนี้ได้ตรวจจับภัยคุกคามทางสาธารณสุขได้ประมาณ ๗๐๐๐ เหตุการณ์ทุกเดือน ซึ่งทีมสอบสวนเหตุการณ์ผิดปกติจะประเมินความเสี่ยงของการระบาดและความเสี่ยงต่อการแพร่กระจาย หากพบว่ามีความเสี่ยงสูงการตอบโต้จะเกิดขึ้นภายใน ๔๘ ชั่วโมง
- โดยในขณะที่มีการระบาด องค์การอนามัยโลกจะมีการกำกับติดตามและประเมินความเสี่ยง รวมถึงดำเนินการด้านระบบข้อมูลด้านสาธารณสุข, การประเมินด้านการสื่อสารความเสี่ยงและติดตามการตอบสนอง ซึ่งแม้ว่าองค์การอนามัยโลกจะดำเนินการตอบโต้การระบาดในพื้นที่หนึ่งแต่ก็จะต้องยังคงเฝ้าระวังการระบาดต่างๆทั่วโลกไปพร้อมๆกันด้วย

การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน

- ในช่วงปี ๒๐๑๘ องค์การอนามัยโลกได้ตอบสนองต่อเหตุการณ์ระบาดไปแล้ว ๓๖ เหตุการณ์ในกว่า ๓๐ ประเทศ โดยในกลุ่มภาวะฉุกเฉินที่พบ มี ๘ เหตุการณ์ที่ถูกจัดอยู่ในภาวะฉุกเฉินระดับ ๓ ซึ่งเป็นระดับสูงสุดตามกรอบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ทำให้ต้องมีการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินดังกล่าวอย่างเต็มที่โดยทีมร่วมปฏิบัติการ

กับพื้นที่ โดยในจำนวนนี้ พบว่ามี ๓ เหตุที่มีความซับซ้อนวิกฤติในด้านมนุษยธรรมซึ่งได้แก่พื้นที่ขัดแย้งระหว่างพม่ากับบังคลาเทศบริเวณ รัฐ Rakhine และในพื้นที่ของไนจีเรียและซูดาน ซึ่งถูกจัดเป็นภาวะฉุกเฉินระดับ ๓ ที่เรื้อรังคือมีปัญหานานเกิน ๖ เดือน นอกจากนี้ยังมีภาวะฉุกเฉินในบริเวณซีเรียและเยเมนที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานของสหประชาชาติร่วมกับดำเนินการเพื่อตอบสนองต่อเหตุการณ์ดังกล่าว

๓. International Health Regulations ๒๐๐๕

- รายงานฉบับนี้ถูกจัดทำขึ้นเพื่อตอบสนองต่อข้อตัดสินใจที่ WHA๗๑(๑๕) ปี พ.ศ. ๒๐๑๘ ซึ่งร้องขอให้ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกรายงานถึงความก้าวหน้าในการดำเนินการตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ ๒๐๐๕ ทุกปี และรายงานความก้าวหน้าในการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์พัฒนาการเตรียมพร้อมและตอบโต้ด้านสาธารณสุข ปี ๒๐๑๘-๒๐๒๓
- รายงานฉบับนี้เสนอต่อที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกเพื่อให้ข้อสังเกตต่อรายงาน
- ในปี ๒๐๑๘ มีเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข ๔๘๔ เหตุการณ์ถูกบันทึกในระบบขององค์การอนามัยโลก ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ทำการปรับข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ให้เป็นปัจจุบัน ๑๒๐ เหตุการณ์ โดยองค์การอนามัยโลกจะทำงานร่วมกับเครือข่ายในนาม Global Outbreak Alert and Response เพื่อสนับสนุนการเตรียมการและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินในรูปแบบต่างๆ
- คณะกรรมการภาวะฉุกเฉินภายใต้กฎอนามัยระหว่างประเทศ ๒๐๐๕ ได้จัดประชุมเพื่อพิจารณาประเด็นการกวาดล้างโปลิโอและผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกได้ตัดสินใจรักษาสถานะ public health emergency of international concern ของโรคโปลิโอไว้ ส่วนโรคอีโบล่า คณะกรรมการได้ลดระดับโรคไม่ได้มีสถานะ PHEIC แล้วแต่ยังคงต้องมีการให้คำแนะนำต่อไปเป็นระยะ
- ในช่วงปีค.ศ. ๒๐๐๘ ประเทศสมาชิก ๑๘๖ ประเทศได้ตอบแบบสำรวจเกี่ยวกับการดำเนินงานและความก้าวหน้าตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ ซึ่งประเทศสมาชิกส่วนใหญ่มีความก้าวหน้าในการดำเนินการ โดยเฉพาะในด้านการเฝ้าระวัง, สมรรถนะของห้องปฏิบัติการและการประสานงานภายใต้กฎอนามัยระหว่างประเทศ แต่ทั้งนี้ยังมีความต้องการความช่วยเหลืออีกมากและเร่งด่วนในด้านการจัดการเหตุการณ์ที่เกิดจากสารเคมี, จุดนำเข้า (point of entry) และภาวะฉุกเฉินจากกัมมันตรังสี
- ผลรายงานเบื้องต้นของข้อมูลภายใต้กรอบการติดตามและประเมินผลกฎอนามัยระหว่างประเทศ ได้แสดงให้เห็นว่าประเทศสมาชิกดำเนินการได้ดีในด้านสมรรถนะการตรวจจับเหตุได้ดีกว่าสมรรถนะการตอบสนองต่อเหตุ
- ในปี ๒๐๑๘ ผู้ประสานงานด้านกฎอนามัยระหว่างประเทศจำนวน ๑๕๔ ท่าน ยืนยันตัวตนและปรับข้อมูลของตนให้เป็นปัจจุบัน และมีจำนวน ๑๑๐ ท่านที่ยืนยันและปรับข้อมูลของทีมงานที่ใช้ฐานข้อมูลเฝ้าระวังนี้
- ทีมเลขานุการได้เริ่มตั้งเครือข่ายด้านความรู้ระดับโลกของตัวแทนกฎอนามัยระหว่างประเทศทั้งในระดับโลกและระดับภูมิภาค ซึ่งถูกจัดตั้งโดยประเทศแอฟริกา, ยุโรปและเอเชียใต้ตะวันออก

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- ประเทศส่วนใหญ่ชื่นชมการทำงานของ WHO Health Emergency Program (WHE) ในการตอบโต้ต่อโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน มีเพียงบางประเทศที่ขอร้องให้ WHE ช่วยเหลือประเทศคองโก (Democratic Republic of Congo) ในการหยุดยั้งการระบาดของอีโบล่า รวมทั้งการพัฒนาวัคซีนเพื่อหยุดยั้งเหตุการณ์ดังกล่าว

- หลายประเทศเรียกร้องให้ประเทศสมาชิกฝึกปฏิบัติเจ้าหน้าที่ให้สามารถตอบโต้ภาวะฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในประเทศที่มีความเปราะบางของประชากร รวมทั้งตระหนักในความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่เป็นสำคัญ
- ประเทศส่วนใหญ่เห็นด้วยให้ประเทศสมาชิกดำเนินการพัฒนาศักยภาพของประเทศตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulation) ด้วยตัวชี้วัด Joint External Evaluation (JEE) เพื่อให้ประเทศต่างๆ สามารถตอบโต้กับภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขทุกกรณี รวมทั้งให้พัฒนาแผนปฏิบัติการระดับชาติเพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินในอนาคต
- หลากหลายประเทศให้ความกังวลเกี่ยวกับสถานการณ์ของจุลชีพดื้อยา หัด รวมทั้งมลภาวะสิ่งแวดล้อมที่กำลังคุกคามความมั่นคงทางด้านสุขภาพของประชากรโลก

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

- เน้นย้ำความสำคัญของสมรรถนะของบุคลากรของประเทศในการเตรียมและตอบโต้ กรณีตรวจพบความผิดปกติอย่างทันที่ โดยการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรดังกล่าวต้องรวมถึงประชาชน ชุมชนและภาคเอกชนด้วย
- เน้นย้ำการเพิ่มความเข้มแข็งของสมรรถนะหลักภายใต้กฎอนามัยระหว่างประเทศนี้ รวมถึงการติดตามการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการของประเทศ ซึ่งจะสะท้อนว่าประเทศทำได้ดีเพียงใด
- แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของระบบสุขภาพ ต่อการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ซึ่งต้องอาศัยการขับเคลื่อนเชิงนโยบายที่เข้มแข็งและต่อเนื่อง ซึ่งไทยได้เน้นย้ำขอให้แต่ละประเทศร่วมมือกับทุกภาคส่วนและบริหารจัดการทรัพยากรร่วมกันเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานด้านการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ประเทศสมาชิกรับรองรายงานการประชุมทั้ง ๓ เอกสาร

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

มอบกรมควบคุมโรค เป็นผู้ดำเนินการหลักในการติดตามการพัฒนางานตามแผนงานของกฎอนามัยระหว่างประเทศนี้

Intervention on Agenda 11.2 Public health preparedness and response: Report of the Independent Oversight and Advisory Committee for the WHO Health Emergencies Programme

Delivered by Dr. Pisut Chunchongkolkul

Thank you chair,

Thailand has three comments:

First, we need strong national capacities in preparedness and response for early detection and timeliness control. We need well trained staff, institutionalized with strong network. The capacity must include the people, the community and the private health facilities, as they

are usually the first who encounter with potential strong response. The delayed in control of Ebola in DR Congo is an example that the systems need strong people and community involvement.

Second, In the IHR progress report we observe the low response rate in timeliness of "Event notification and Verification". We should focus more on strengthening our IHR core capacities, along with monitoring the progress of national action plan which reflect how well the country have done.

And Third, public health emergency management relies on the strength of health systems. It needs the strong policy commitments to work together on this. We would like to encourage member states to focus on multi-sectoral approach, and mobilize resources to support the work on public health emergency.

Thank you Chair,

Agenda 11.3 Polio eradication

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นายแพทย์พิสุทธิ์ ชื่นจงกลกุล กองการต่างประเทศ
๒. นายวรวิทย์ บุญยาพิษฐาน สถาบันวัคซีนแห่งชาติ

สาระสำคัญของวาระ

- รายงานฉบับนี้เสนอต่อที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกเพื่อรับทราบและให้ความเห็น โดยให้ความสนใจต่อแผนยุทธศาสตร์ช่วงปี ๒๐๑๙-๒๐๒๓ ในประเด็นการสนับสนุนด้านงบประมาณและขับเคลื่อนการกวาดล้างโปลิโอให้สำเร็จ
- แผนยุทธศาสตร์ฉบับใหม่จะเน้นย้ำกิจกรรมที่มีความสำคัญและกิจกรรมที่แตกต่างที่จำเป็นเพื่อกวาดล้างโปลิโอ, ตอบสนองต่อการระบาดของไวรัสในกลุ่มของ cVDPV และเตรียมการเข้าสู่สถานะปลอดโปลิโอ
- รายงานฉบับนี้กล่าวถึงข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบันตามวัตถุประสงค์หลัก ๔ ข้อของแผนยุทธศาสตร์ Polio Eradication และ Endgame Strategic plan ๒๐๑๓-๒๐๑๘ (Endgame Plan)
- เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโปลิโอตามธรรมชาติยังไม่หมดไป จึงมีความจำเป็นต้องปรับ Endgame plan นี้เพิ่ม ซึ่งจะครอบคลุมตั้งแต่ปี ๒๐๑๙-๒๐๒๓
- โดยร่างแผน Endgame plan ใหม่จะมีเป้าหมาย ๓ ข้อได้แก่
 ๑. Eradication เพื่อหยุดการแพร่เชื้อของทั้งสายพันธุ์ตามธรรมชาติและสายพันธุ์วัคซีน (Vaccine derived poliovirus) ที่ยังคงระบาดอยู่ในขณะนี้
 ๒. Certification เพื่อให้การรับรองการกวาดล้างและสร้างความมั่นใจในการกักกัน (ensure containment) เชื้อไวรัสสายพันธุ์ธรรมชาติทั้งหมด เพื่อความปลอดภัยในระยะยาว
 ๓. Integration ยกระดับทรัพยากรด้านโปลิโอและถอดบทเรียนเพื่อป้องกันประชาชน

- สำหรับสถานการณ์การระบาดของโปลิโอในขณะนี้ พบว่ายังมีการระบาดของโปลิโอสายพันธุ์ตามธรรมชาติอยู่ใน ๓ ประเทศได้แก่อัฟกานิสถาน, ไนจีเรียและปากีสถาน ซึ่งในอัฟกานิสถานยังคงพบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในปี ๒๐๑๘ มากกว่าปีก่อนหน้า ซึ่งมีสาเหตุมาจากยังมีกลุ่มก้อนของเด็กที่ตกหล่นจากการได้รับวัคซีนตามกิจกรรมสร้างเสริมภูมิคุ้มกันในพื้นที่เสี่ยงบริเวณทางใต้และตะวันออกของประเทศ
- ในส่วนการระบาดของไวรัสโปลิโอสายพันธุ์วัคซีนนั้น พบยังมีการระบาดอยู่ใน ๖ ประเทศ ได้แก่ คองโก, Horn of Africa (โดยเชื่อถูกพบบริเวณเคนยาและโซมาเลีย), ไนเจอร์, ไนจีเรีย, ซีเรียและปาปัวนิวกินี ซึ่งสาเหตุเกิดจากการได้รับวัคซีนไม่ครบตามแนวทางการรณรงค์และการเฝ้าระวังไม่ทั่วถึงในบางพื้นที่ของประเทศ โดยเฉพาะบริเวณพื้นที่เสี่ยง และวิธีป้องกันการระบาดของโปลิโอสายพันธุ์วัคซีนคือการการหยุดการใช้วัคซีนโปลิโอแบบหยุดโดยเร็วที่สุด ซึ่งจะทำให้ได้กักตอเมื่อกวาดล้างโปลิโอสายพันธุ์ธรรมชาติให้หมดไป
- สำหรับการเปลี่ยนผ่าน ยกเลิกการใช้วัคซีนโปลิโอชนิดหยุดนั้น ตามที่ได้มีการเปลี่ยนชนิดวัคซีนแบบ ๓ สายพันธุ์เป็น ๒ สายพันธุ์เมื่อปี ๒๐๑๖ แล้วนั้น พบว่าการใช้วัคซีนแบบฉีด (inactivated poliovirus vaccine) พบปัญหาในด้านปริมาณของวัคซีนที่ไม่เพียงพอ เนื่องจากบริษัทผู้ผลิตไม่สามารถเพิ่มกำลังการผลิตให้เพียงพอได้ ทำให้ในหลายประเทศเกิดการขาดแคลนวัคซีน ซึ่งสถานการณ์การขาดแคลนในขณะนี้ ได้เริ่มดีขึ้นในช่วงไม่กี่เดือนที่ผ่านมาและทุกประเทศเข้าถึงวัคซีนดังกล่าวได้แล้ว ทั้งนี้เนื่องจากประเทศสมาชิกได้เปลี่ยนแนวทางการให้วัคซีนจากชนิดฉีดเข้ากล้ามเนื้อเป็นฉีดเข้าใต้ผิวหนัง โดยประเทศสมาชิกที่ได้ใช้วิธีการดังกล่าวได้แก่บังคลาเทศ, คิวบา, เอกวาดอร์, อินเดีย, เนปาล, ศรีลังกา และประเทศบางส่วนในทวีปอเมริกา โดยขณะนี้ Gavi ได้ให้การสนับสนุนวัคซีน IPV แก่ประเทศที่มีความจำเป็นจนถึงปี ๒๐๒๑ และ Global Polio eradication Initiative และเครือข่าย กำลังหาทางพัฒนาวัคซีน IPV ใหม่ ๆ เพื่อให้มั่นใจว่าจะมีวัคซีนเพียงพอ
- ในด้านการกักกันเชื้อโปลิโอในนั้น ตามมติสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๗๑ WHA๗๑.๑๖ ได้กระตุ้นให้ประเทศสมาชิกเพิ่มความพยายามในการดำเนินการเพื่อได้การรับรองการกักกันเชื้อโปลิโอตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก ซึ่งนำไปสู่การกักเก็บเชื้อไวรัสโปลิโอเฉพาะในสถาบันที่มีศักยภาพเพียงพอ (polio essential facility) และกระตุ้นผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกให้แจกแจงที่มีเชื้อไวรัสสายพันธุ์ที่ ๒ คงเหลือและทำให้เชื้อสายพันธุ์ที่ ๒ ที่ไม่มีความจำเป็นต้องใช้ และเริ่มสำรวจสถานที่ที่มีเชื้อไวรัสสายพันธุ์ที่ ๑ และ ๓ แล้วดำเนินการลดจำนวนสถานที่ที่กักเก็บเชื้อลงให้เหลือเท่าที่จำเป็น
- โดยการดำเนินการกักกันเชื้อโปลิโอสายพันธุ์ที่ ๒ นี้ มีการดำเนินการอย่างเข้มข้นในช่วงปี ๒๐๑๗ และ ๒๐๑๘ ซึ่งเป็นไปตามแนวทางที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ใน GAPIII ทั้งนี้ ทางกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการกักกันเชื้อได้มีการทบทวนและจะมีการแก้ไขคำแนะนำบางส่วนใน GAPIII เพิ่มเติมซึ่งจะแจ้งในเร็ววันนี้

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- ประเทศส่วนใหญ่แสดงความผิดหวังที่ไม่สามารถกวาดล้างโปลิโอให้หมดไปตามแผนที่ตั้งต้นที่วางไว้ได้ และได้นเน้นย้ำถึงความสำคัญของการร่วมแรงร่วมใจจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการ
- ประเทศสมาชิกบางส่วนได้แสดงความกังวลถึงสถานการณ์ของการขาดวัคซีน IPV และบางประเทศได้สอบถามทีมเลขาว่า การฉีดวัคซีน IPV แบบ fractional dose นี้ ทางองค์การอนามัยโลกให้การรับรองแล้วหรือไม่

- ประเทศสมาชิกส่วนมาก เน้นย้ำความสำคัญของการให้วัคซีนให้ครอบคลุมกลุ่มประชากร โดยเน้นให้จัดการในกลุ่มประชากรในพื้นที่ที่มีความขัดแย้ง พื้นที่ห่างไกล และเศรษฐกิจไม่ดี
- ประเทศสมาชิกบางประเทศกล่าวถึงความร่วมมือจากองค์กรระหว่างประเทศ โดยขอให้มีการสนับสนุนด้านงบประมาณเพิ่มเติมลงสู่ประเทศที่มีปัญหาอยู่ให้มากยิ่งขึ้น เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

- ย้ำเรื่องความสำคัญของการรักษาระดับความครอบคลุมการได้รับวัคซีนให้ได้ในระดับสูงไว้ รวมถึงระบบการเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพทั้งในส่วนประเทศที่มีความเสี่ยงและประเทศที่ปลอดภัย
- กล่าวถึงความกังวลต่อปัญหาการขาดแคลนวัคซีน IPV และเรียกร้องให้องค์กรระหว่างประเทศต่างๆร่วมมือกัน ในการหาทางแก้ปัญหา เช่น การส่งเสริมให้โรงงานผลิตวัคซีนในประเทศกำลังพัฒนาสามารถผลิตวัคซีนดังกล่าวได้ และสร้างความมั่นคงด้านวัคซีนในระยะยาว ทั้งในแง่การจัดการ การเข้าถึงและคุณภาพของวัคซีน
- กล่าวถึงบทเรียนการขาดแคลนวัคซีน IPV และ HPV ว่าส่งผลต่อภาพลักษณ์ความน่าเชื่อถือขององค์การอนามัยโลกและนำไปสู่อุปสรรคในการดำเนินการ

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ประเทศสมาชิกส่วนใหญ่รับรองรายงานการประชุมฉบับนี้ รวมถึงแผนยุทธศาสตร์การกวาดล้างโปลิโอช่วงต่อไป

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

มอบกองป้องกันโรคด้วยวัคซีน เป็นผู้ติดตามการดำเนินงานตามแผนงานกวาดล้างโปลิโอของประเทศ โดยประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างๆ เช่น สถาบันวัคซีนแห่งชาติ กรมอนามัย เพื่อขับเคลื่อนแผนงาน อีกทั้งเฝ้าระวังการเกิดปัญหาการขาดแคลนวัคซีน IPV ในอนาคต

Intervention on Agenda 11.3 Polio eradication

Delivered by Dr. Pisut Chunchongkolkul

Thank you Chair,

Thailand emphasizes a few key areas on implementing endgame strategy:

First, the emergence of VDPV outbreaks in various countries underscore the importance of maintaining high levels of routine immunization coverage and effective surveillance systems in both high risk and polio free countries.

Second, the shortage of IPV is critical to the success of eradicating polio. IPV is an example of new high cost vaccines that strongly advocate by WHO and GAVI. All development partners should urgently explore new approaches to ensure an affordable and sustainable supply of IPV in particular through strengthening developing country manufacturers, and identify long term solution to ensure affordability, accessibility and quality vaccines.

Chair, Lessons learned from IPV and HPV and soon also Rota virus vaccines shortage have

created mistrust and reduced social credit of WHO, and lead to unnecessary implementation challenges. WHO should ensure adequate global vaccine supply at affordable price, before recommending countries to introduce a new vaccine into national immunization program.

Thank you Chair.

Agenda 11.3 Polio transition

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นายแพทย์พิสุทธิ์ ชื่นจงกลกุล กรมควบคุมโรค
๒. นายวรวิทย์ บุญยาพิษฐาน สถาบันวัคซีนแห่งชาติ

สาระสำคัญของวาระ

- รายงานฉบับนี้เสนอต่อที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกเพื่อให้ข้อสังเกตต่อรายงานและให้คำแนะนำต่อการรอบการดำเนินการ (milestone) ตามแผนเปลี่ยนผ่านงานด้านโปลิโอ (polio transition road map)
- รายงานฉบับนี้ได้กล่าวถึงการเสนอร่างแผนปฏิบัติการเพื่อการเปลี่ยนผ่านงานด้านโปลิโอ (strategic action plan on polio transition) ต่อที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๗๑ เมื่อพฤษภาคม ๒๐๑๘ โดยในแผนปฏิบัตินี้มีวัตถุประสงค์สำคัญได้แก่ ๑) ทำให้เกิดความยั่งยืนในสถานะปลอดโปลิโอหลังจากกวาดล้างโปลิโอแล้ว ๒) สร้างความเข้มแข็งด้านระบบสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน รวมถึงระบบเฝ้าระวังโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนและ ๓) สร้างความเข้มแข็งในการเตรียมความพร้อม, ตรวจสอบและตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน
- รายงานฉบับนี้ยังได้กล่าวถึงความก้าวหน้าของกิจกรรมดำเนินการในช่วงตั้งแต่พฤษภาคมที่ผ่านมาว่าทางทีมจากองค์การอนามัยโลกได้ไปเยี่ยมประเทศที่ได้รับการสนับสนุนด้านการเปลี่ยนผ่านงานนี้ ๔ ประเทศได้แก่ บังคลาเทศ, เอธิโอเปีย, อินเดีย และพม่า โดยผลลัพธ์จากการเยี่ยมนี้นำมาสู่การพัฒนาแผนงานต่อไป
- ในเดือนพฤศจิกายน ๒๐๑๘ ได้มีการประชุมระดับสูงจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับแผนงานเปลี่ยนผ่านนี้ และที่ประชุมได้มีข้อสรุปว่า การเปลี่ยนผ่านอย่างมีประสิทธิภาพนั้นจะช่วยให้การดำเนินงานตามเป้าหมาย SDGs ประสบความสำเร็จได้อย่างมาก
- ที่ประชุมระดับสูงได้ให้ข้อเสนอแนะว่าควรมีการแบ่งแนวทางดำเนินการเพื่อเปลี่ยนผ่านงานด้านโปลิโอ (differentiated approach to polio transition) ไปตามสถานการณ์ของแต่ละประเทศดังนี้ ๑) ประเทศที่ยังมีปัญหาด้านผู้ป่วยโปลิโออยู่ การเปลี่ยนผ่านควรทำเฉพาะในส่วนที่จำเป็นเท่านั้น โดยให้มุ่งความสนใจไปเพื่อการกวาดล้างก่อน ๒) ในประเทศที่เปราะบางหรือพื้นที่ที่มีปัญหา ทางองค์การอนามัยโลกควรให้การสนับสนุนทั้งเชิงเทคนิคและงบประมาณไปก่อนในช่วงเวลาระยะปานกลางถึงระยะยาว ๓) ในประเทศที่ความเสี่ยงต่ำ ไม่เปราะบาง ควรดำเนินการตามแผนปฏิบัตินี้ด้วยความรวดเร็วเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยมีการสนับสนุนด้านการสร้างสมรรถนะ ในด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันและการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ๔) ในประเทศที่มีระบบสุขภาพที่เข้มแข็ง มีแรงงานด้านสุขภาพที่ใหญ่และมีคุณภาพเพียงพอ, มีระบบเศรษฐกิจที่มั่นคง รัฐบาลของประเทศนั้นๆ ควรเป็นผู้ดูแลจัดการทรัพยากรและสมรรถนะของบุคลากรด้านโปลิโอ และเปลี่ยนผ่านไปสู่ประเด็นสุขภาพตามลำดับความสำคัญของประเทศตนเองและบูรณาการไปกับแผนสุขภาพแห่งชาติของตนเอง
- จากความกังวลต่อโอกาสที่จะเกิดการใช้งบประมาณซ้ำซ้อนระหว่างงบประมาณจาก Global Polio Eradication Initiative และงบประมาณจากแผนงานปกติขององค์การอนามัยโลกช่วงปี ๒๐๒๐-๒๐๒๑ ที่

เพิ่มขึ้นเป็น ๒๒๗ ล้านเหรียญสหรัฐฯ ทางผู้รายงานได้ให้ข้อมูลว่าในอนาคตงบประมาณจาก GPEI จะลดลงเรื่อยๆและองค์การอนามัยโลกจะใช้งบประมาณของหน่วยงานโดยตรงมากยิ่งขึ้น

- สำหรับการดำเนินงานในช่วงต่อไป ทางองค์การอนามัยโลกจะยังคงไปเยี่ยมประเทศสมาชิก รวมถึงปรึกษากับหน่วยงานอื่นๆเช่น GPEI, Gavi, Vaccine alliance และผู้บริจาคอื่นๆเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการเปลี่ยนผ่านงานด้านโปลิโอ รวมถึงสนับสนุนประเทศสมาชิกให้มีแผนการเปลี่ยนผ่านงานด้านโปลิโอในระดับชาติของตนเอง

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- ประเทศส่วนใหญ่สนับสนุนแผนงานเปลี่ยนผ่านงานด้านโปลิโอนี้
- ประเทศส่วนใหญ่แสดงความกังวลต่อความซับซ้อนของงบประมาณระหว่าง GPEI และงบประมาณดำเนินการขององค์การอนามัยโลก และได้เรียกร้องให้ดำเนินการด้วยความโปร่งใส
- ประเทศสมาชิกบางส่วน เน้นย้ำความสำคัญของกิจกรรมการเปลี่ยนผ่านซึ่งประเทศสมาชิกควรขับเคลื่อนโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้
- บางประเทศยังคงเน้นย้ำความสำคัญของการกวาดล้างโปลิโอให้มากกว่าการเปลี่ยนผ่าน เนื่องจากภารกิจสำคัญตอนนี้ยังคงเป็นการกวาดล้างอยู่นั่นเอง

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

- ประเทศไทยกล่าวขอบคุณความพยายามช่วยเหลือจากหลายภาคส่วนที่สนับสนุนทรัพยากรกว่าร้อยละ ๖๐ แก่ประเทศที่มีความจำเป็น ซึ่งช่วยให้ประเทศเหล่านั้นเตรียมระบบสุขภาพเพื่อเปลี่ยนผ่านงานและสามารถบริหารจัดการทรัพยากรภายในประเทศเพื่อให้เกิดความยั่งยืนได้
- ประเทศไทยยอมรับแผนปฏิบัติการด้านการเปลี่ยนผ่านงานด้านโปลิโอ โดยแสดงความกังวลในประเด็นเรื่องของการวางแผนกำหนดการและการวัดผลความสำเร็จ ความซับซ้อนของงบประมาณระหว่าง GPEI และงบประมาณปกติขององค์การอนามัยโลก และแผนงานเปลี่ยนผ่านที่กำลังพัฒนาควรจะเป็นไปในทางเดียวกันกับแผนยุทธศาสตร์ด้านวัคซีนและภูมิคุ้มกันขององค์การอนามัยโลกในช่วงหลังจากปี ๒๐๒๐

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ประเทศสมาชิกรับรองรายงานการประชุมฉบับดังกล่าว

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

มอบกรมควบคุมโรคเป็นผู้ดำเนินการหลัก ในการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวนี้ โดยพิจารณาแผนยุทธศาสตร์ขององค์การอนามัยโลกให้สอดคล้องกับแผนงานยุทธศาสตร์ด้านการกวาดล้างโปลิโอของประเทศต่อไป

Intervention on Agenda 11.3 Polio transition

Read by Dr. Pisut Chunchongkolkul

Thank you Chair,

Thailand appreciate all key partners in their effort to continue support countries in transition and allocate more than 60% of the resources to priority countries. This allows countries to prepare their health system in transition and continuously mobilize domestic resources for long term sustainability.

We welcome the strategic action plan on polio transition with 2 concerns,

First, the effective implementation needs to have clear timeline and measurable outcomes in the plan.

Second, the DG needs to closely monitor the use of the budget between GPEI's and WHO base budget to ensure no duplication and overlap.

Third, the plan which is a living document should be well-aligned with WHO's post 2020 vaccine and immunization strategy and GAVI 5.0.

Thank you Chair

Agenda 11.4 Implementation of the 2030 Agenda for Sustainable Development

ผู้รับผิดชอบ

แพทย์หญิงสาวิตรี วิษณุโยธิน กองยุทธศาสตร์และแผนงาน

สาระสำคัญของวาระ

๑. เป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable Development Goal: SDG) ๒๐๑๕-๒๐๓๐ ถูกกำหนดแทนเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goal: MDG) โดยสหประชาชาติ มี ๑๗ เป้าหมายหลักและ ๑๖๙ เป้าหมายรอง MDG จำกัดผลลัพธ์ที่มุ่งเน้นการพัฒนามนุษย์ด้านความยากจน การศึกษาและสุขภาพ ขณะที่ SDG ขยายไปสู่การพัฒนาด้านสังคม สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ มุ่งให้เกิดความเท่าเทียมโดย “ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง”
๒. SDG รายงานใน WHA๖๙ A๖๙/๑๕ มองสุขภาพสัมพันธ์กับปัจจัยกำหนดสุขภาพซึ่งมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน ได้กำหนดให้มีการพัฒนาเป้าหมายต่อเนื่องเพื่อต่อยอดจาก MDG ในเป้าหมายที่ ๓.๑, ๓.๒, ๓.๓, และ ๓.๗ กำหนดเป้าหมายใหม่ได้แก่ ๓.๔, ๓.๕, และ ๓.๙ และมีแนวทางการดำเนินการคือ ๓.a., ๓.b., และ ๓.c. โดยเป้าหมาย ๓.๘ เป็นเป้าหมายหลักสำคัญที่เกี่ยวข้องกับทุกเป้าหมายข้างต้นทำให้บรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
๓. รายงานฉบับที่ ๑ ได้ถูกจัดทำขึ้นเพื่อติดตามความก้าวหน้าในการประชุม WHA๗๐ A๗๐/๓๕ ประกอบด้วย ๒ ส่วน ส่วนแรกเป็นรายงานที่รวบรวมผลของเป้าหมายที่สัมพันธ์กับสุขภาพ (health-related SDG and targets) จากประเทศสมาชิก ส่วนใหญ่เป็นผลลัพธ์จาก MDGถือเป็นฐานข้อมูลไว้เปรียบเทียบในการดำเนินงาน SDG ส่วนที่สองเป็นการรายงานความก้าวหน้าในการดำเนินการตามรายงานการแก้ไขปัญหาที่ระบุไว้ใน WHA ๖๙.๑ ซึ่งเกี่ยวข้องกับโปรแกรมในการวางแผน การสนับสนุน การบูรณาการ การทำวิจัยและการทำรายงาน

๔. WHA๗๒ นำร่างรายงานฉบับที่สอง A๗๒/๑๑ มาพิจารณา โดยร่างแบ่งออกเป็นสองส่วนดังที่กล่าวในข้อ ๓ ผลลัพธ์ในส่วนแรกใกล้เคียงกับ A๗๐/๓๕

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ภาพรวม

๑. เกือบทุกประเทศแสดงออกในการสนับสนุนร่าง SDG และการขับเคลื่อน SDG
๒. ความสำเร็จที่หลายประเทศกล่าวถึงได้แก่การลดอัตราการเสียชีวิตเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี การวินิจฉัยโรคติดเชื้อได้เร็วขึ้นเช่นโรคเอดส์ อัตราการเสียชีวิตจากวัณโรคลดลง
๓. ปัญหาที่ท้าทายของประเทศต่างๆ
 - ๓.๑ ประเด็นสุขภาพและที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมีหลายประการได้แก่ ครึ่งหนึ่งของประชากรโลกไม่มีหลักประกันสุขภาพ มี ๑๐๐ ล้านคนที่ยากจนเนื่องจากประสบปัญหาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ การควบคุมโรคติดเชื้อ โรคติดต่อไม่เรื้อรัง การกลับมาเป็นปัญหาซ้ำของสถานการณ์เช่นวัณโรค การควบคุมการสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ที่ยังดำเนินการไม่สำเร็จ การทำงานร่วมกันด้านสิ่งแวดล้อมเช่นในประเด็นการเปลี่ยนแปลงของสภาพอากาศของโลก อากาศ น้ำ สารเคมี การเสริมพลังความเท่าเทียมกันของเพศ สิทธิเด็กและสตรี โดยไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง อนามัยเจริญพันธุ์ สุขภาพจิตและการใช้สารเสพติด ผู้สูงอายุและผู้พิการ อัตราการเสียชีวิตของมารดา มาเลเรีย การดื้อยาของวัณโรค การเตรียมพร้อมรับมือภาวะฉุกเฉินของประเทศที่มีระบบสุขภาพที่อ่อนแอ การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร น้ำหนักเกิน ความครอบคลุมในการเข้าถึงบริการ สุขภาพเด็ก ความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการขั้นสูงทางการแพทย์ที่มีคุณภาพซึ่งส่งผลให้อัตราเสียชีวิตมารดาอยู่สูงอยู่ วัยเด็กป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนเนื่องจากความขาดแคลนวัคซีนในบางพื้นที่ของประเทศเรา การเข้าถึงน้ำที่สะอาดและสุขาภิบาลยังเป็นปัญหาสำคัญ
 - ๓.๒ การติดตามตัวชี้วัดและการจัดทำรายงานให้ทันเวลาและทันสมัย
๔. กลยุทธ์ในการดำเนินการเพื่อบรรลุ SDG ของประเทศต่างๆ
 - ๔.๑ Multisectoral approach
 - ๔.๒ ประกาศนโยบาย UHC เป็นพื้นฐานในการขับเคลื่อน SDG ให้สำเร็จ/ออกกฎหมาย UHC
 - ๔.๓ Public-Private Partner
 - ๔.๔ บริหารจัดการระบบข้อมูลและสารสนเทศ
 - ๔.๕ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร
 - ๔.๖ การทำวิจัยเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งแก่ระบบสุขภาพ
 - ๔.๗ WHO สนับสนุนกลไกในการรายงานและการเฝ้าระวังต่อตัวชี้วัดและเป้าหมายในการรายงานทันเวลา และสนับสนุนการร่วมมือกันทางเทคนิคเพื่อสร้างความมั่นใจต่อตัวชี้วัดด้านสมรรถนะยุทธศาสตร์ระดับชาติ

ภาพรายประเทศ

Romania on behalf of EU: ตัวแทนสหพันธ์ยุโรปขอบคุณ WHO ที่ให้เข้าร่วมประชุม WHA๗๐ ในฐานะผู้สังเกตการณ์

๑. BAHRAIN: ท่าทีสนับสนุน SDG ประเทศประสบความสำเร็จในการลดอัตราการเสียชีวิตเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี การวินิจฉัยโรคติดเชื้อได้เร็วขึ้นเช่นโรคเอดส์ ไวรัสตับอักเสบบี ประชากรทุกคนเข้าถึงยาและวัคซีนภายใต้ระบบบริการสุขภาพถ้วนหน้า การเข้าถึงน้ำสะอาดและบริการด้านสุขาภิบาล อย่างไรก็ตามยังมี

ปัญหาที่ทำหายโดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อ ขอให้ WHO หนุนเสริมระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เข้มแข็งมากขึ้น

๒. SAUDI ARABIA: รับทราบรายงานและขอบคุณ WHO ประเทศได้เริ่มดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายเพื่อสังคมหลายโปรแกรมได้แก่ The National Transitional Program และ The National Housing Program โดยความร่วมมือระหว่างรัฐบาลและเอกชน ประเทศให้ความสำคัญทางด้านเศรษฐกิจมาก ได้ดำเนินการระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้ Salah Declaration ที่ได้ลงนามร่วม
๓. CANADA: ยินดีกับการบรรลุวัตถุประสงค์ของ SDG แต่ยังมีความท้าทายหลายประการโดยเฉพาะการกลับมาเป็นปัญหาซ้ำของสถานการณ์เช่นวัยโรค การควบคุมการสูบบุหรี่ที่ยังดำเนินการไม่สำเร็จ การทำงานร่วมกันด้านสิ่งแวดล้อมเช่นในประเด็นการเปลี่ยนแปลงของสภาพอากาศของโลก อากาศ น้ำ สารเคมี การเสริมพลังความเท่าเทียมกันของเพศ สิทธิเด็กและสตรี โดยไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง อนามัยเจริญพันธ์ แคนาดาเน้นยุทธศาสตร์การเสริมพลังซึ่งจะทำให้บรรลุ SDG สุขภาพจิตเป็นปัญหาที่มีความเข้าใจน้อยแต่เป็นปัญหาขนาดใหญ่ จึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญต่อปัญหาสุขภาพจิตเท่ากับสุขภาพกาย ยินดีในการนำของ WHO เพื่อการดำเนินอย่างบูรณาการและสอดคล้องกับการดำเนินการในระดับประเทศ
๔. INDIA: ทำที่สนับสนุน SDG ได้ดำเนินการร่างในประเด็นโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อและอุบัติเหตุ ในปี ๒๐๑๘ ได้จัดโปรแกรมเพื่อให้บริการปฐมภูมิรวมทั้งการส่งเสริมป้องกันโรคในสถานบริการปฐมภูมิและในหมู่บ้าน จัดให้มีหลักประกันสุขภาพถึง ๕๐๐ รูปีต่อครอบครัวต่อปี ตัวชี้วัดของอินเดียติดตามจาก dash board ของ SDG
๕. CHINA: มี ๒ ประเด็นคือข้อมูลในรายงานล้ำสมัยขอให้ทีมเลขาแก้ไขข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน ประเด็นถัดมาขอให้ WHO สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและการส่งเสริมการทำงานร่วมกัน
๖. VIETNAM: เห็นด้วยกับรายงานเพราะจะสนับสนุนเวียดนามให้เข้มแข็ง สามารถใช้กรอบทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย แต่ขอให้ WHO ยังคงสนับสนุนการติดตามและการจัดทำรายงานตัวชี้วัดต่างๆเพราะยังมีปัญหาขาดแคลนทรัพยากร
๗. MALAYSIA: ชื่นชมการจัดทำรายงานแต่ยังมีประเด็นผู้สูงอายุและผู้พิการที่ไม่ถูกกล่าวถึงในรายงานนี้ เวียดนามสนับสนุนรายงานด้านอุบัติเหตุและวิสัยทัศน์
๘. USA: สนับสนุนการดำเนินงาน SDG ชื่นชมผลงานที่มีความก้าวหน้าได้แก่การลดลงของอัตราการเสียชีวิตของเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี การขยายการเข้าถึงยาของผู้ป่วยโรคเอดส์ อัตราการเสียชีวิตจากวัณโรคลดลงแต่มีความห่วงใยในประเด็นอัตราการเสียชีวิตของมารดา มาเลเรีย การติดยาของวัณโรค การเตรียมพร้อมรับมือภาวะฉุกเฉินของประเทศที่มีระบบสุขภาพที่อ่อนแอ สนับสนุนให้มีการจัดการปัญหาเหล่านี้ การที่ประเทศสมาชิกไม่ได้มีส่วนร่วมใน Global Action Plan for Healthy Lives and Well Being for All and Emergency Preparedness การใช้ชื่ออื่นน่าจะเหมาะสมกว่าเพื่อลดความสับสน
๙. ALGERIA: การเปลี่ยนผ่านจาก MDG เป็น SDG เป็นเรื่องที่ไม่ง่าย WHO ควรสนับสนุนการดำเนินการ SDG ระดับประเทศให้เหมาะสมกับบริบท เราต้องเรียนรู้เป้าหมายและก้าวต่อไปข้างหน้าเพื่อไปสู่เป้าหมาย
๑๐. LIBANA: ส่วนใหญ่บรรลุเป้าหมายเช่น IMR MMR แต่ยังไม่มีความชัดเจนจากผู้หญิงลิเบียที่เป็นผู้อพยพ สนับสนุนการดำเนินงานร่วมกับ WHO แบบไร้รอยต่อ ขอขอบคุณ WHO ที่สนับสนุนระบบการติดตาม

๑๑. Russian Federation: สนับสนุนการดำเนินงาน SDG รายงานพบการลดลงของอัตราการเสียชีวิตจากวัณโรค แม่และเด็ก เอตส์ แต่ยังคงติดตามในประเด็นวัณโรคและมาเลเรีย ต้องให้ความสำคัญประเด็นสุขภาพในกลุ่มที่มีฐานะยากจน
๑๒. JAPAN: มี ๓ ประเด็นหลักคือ UHC เป็นพื้นฐานในการขับเคลื่อน SDG ให้สำเร็จ โดยได้มีการจัดทำรายงานในเดือนมกราคมปีนี้ โดยจะส่งรายงานในเดือนกันยายนที่จะถึงต่อ HLM เห็นด้วยเฉพาะในหลักการความร่วมมือขององค์กรต่างๆของ Global Action Plan for Healthy Lives and Well Being for All เพื่อบรรลุเป้าหมาย SDG แต่ในการดำเนินงานจริงในระดับประเทศ ขอให้ WHO อ่างกฎหมายความร่วมมือกับระดับประเทศ ทำอย่างไรจึงจะมีกลไกความร่วมมือจากสมาชิกที่เป็นเจ้าของประเทศซึ่งถือเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ GPW ๑๓ สอดคล้องกับ SDG ซึ่งงบประมาณขึ้นกับ GPW อยากให้รายงานความก้าวหน้าร่วมกันตาม impact framework และ outcome framework ในอนาคต
๑๓. ROMANIA: ในนามสมาพันธ์ UAE ยินดีรับรายงานที่จัดทำได้ทันเวลา มีหลายประเด็นที่ต้องดำเนินการทั้งในระดับประเทศ ภูมิภาคและโลก Global Action Plan จะเพิ่มโอกาสในการบรรลุ SDG มีความยินดีต่อ Three Billion Target ใน GPVซึ่งสนับสนุน UHC Emergency และการจัดการปัจจัยกำหนดสุขภาพด้าน โดย WHO สนับสนุนรัฐบาล สังคม นโยบายระดับประเทศและระดับโลก เชื่อว่าการกำหนดให้ UHC เป็นศูนย์กลางการขับเคลื่อน SDG ยังมีประเด็นที่น่ากังวลใจในรายงานดังต่อไปนี้ ครึ่งหนึ่งของประชากรโลกไม่มีหลักประกันสุขภาพ มี ๑๐๐ ล้านคนที่ยากจนเนื่องจากประสบปัญหาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เราสนับสนุนการดำเนินการ UHC ทั่วโลกและขอให้ WHO ยกระดับ UHC ในการขับเคลื่อนเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย SDG ยังมีปัญหาการวางแผนครอบครัวในสตรีประมาณ ๒๐๘ ล้านราย ขอให้สมาชิกทุกท่านร่วมแก้ไขประเด็นนี้ เป็นที่น่าเสียใจที่การดำเนินงานเรื่องแอลกอฮอล์ไม่ประสบผลสำเร็จ การวางแผนครอบครัว การดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด มาเลเรีย วัณโรค ยังต้องการการแก้ไข IMR สัมพันธ์กับวัณโรคและการใช้สารเสพติด การแก้ไขต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน ข้อมูลมีความสำคัญต่อการติดตามและรายงาน
๑๔. ISALAMIC REPUBLIC OF IRAN: รัฐบาลอิหร่านได้ดำเนินการบูรณาการทั้งในระดับประเทศและพื้นที่ เน้นการเสริมพลังและการให้คำปรึกษาต่อชุมชนผ่านโครงการต่างๆในพื้นที่ อิหร่านมีพันธะสัญญาต่อประกาศ Alma-Atta และ Astana เชื่อมั่นว่าการบรรลุเป้าหมาย SDG ต้องดำเนินการผ่าน UHC เสริมสร้างความเข้มแข็ง สนับสนุนให้เกิดความเท่าเทียมและการเข้าถึงที่พึงจ่ายได้สำหรับทุกคนประสบผลสำเร็จ ประเทศกำลังพัฒนายังต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างเอกชนและรัฐบาลเพื่อจัดรูปแบบบริการเพิ่ม เน้นหลักการเวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแล อิหร่านขอให้หน่วยงานระหว่างประเทศ ประเมินผลกระทบของสงครามและความขัดแย้งควบคู่ไปกับ UHC และ SDG
๑๕. PHILIPPINE: รับรู้ SDG โดยเฉพาะเป้าหมายที่ ๓ เพื่อสุขภาพที่ดีขึ้นจึงจัดทำกฎหมาย UHC มีความท้าทายหลายอย่างในระบบสุขภาพซึ่งยังต้องการการสนับสนุนทางด้านเทคนิคจาก WHO เพื่อให้เกิดการบูรณาการและสอดคล้องต่อการดำเนินงานในระดับประเทศ ฟิลิปปินส์สนับสนุน Multisectoral approach และ Health in all policy การประเมินระบบสุขภาพในกฎหมาย UHC สอดคล้องกับ SDG โดย WHO โดยขอให้ WHO สนับสนุนแนวทางในการบริหารจัดการระบบข้อมูลและสารสนเทศ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร นโยบายสุขภาพ การทำวิจัยเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งแก่ระบบสุขภาพ
๑๖. THAILAND

๑๗. ZAMBIA: แม้ว่าจะประสบความสำเร็จในการรายงานความก้าวหน้า SDG ในบางประเด็น แต่ภาพรวมยังมีความท้าทายหลักๆดังต่อไปนี้ หนึ่งได้แก่ความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการขั้นสูงทางการแพทย์ที่มีคุณภาพซึ่งส่งผลให้อัตราเสียชีวิตมารดาอย่างสูงอยู่ วัยเด็กป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนเนื่องจากความขาดแคลนวัคซีนในบางพื้นที่ของประเทศเรา การเข้าถึงน้ำที่สะอาดและสุขาภิบาลยังเป็นปัญหาสำคัญล่าสุดเราพบโรคที่เกิดจากการติดต่อผ่านน้ำ (water-borne disease) เช่นอหิวาต์ รัฐบาลในแถบแอฟริกันจัดสรรงบประมาณเฉลี่ยร้อยละ ๙ ในปี ๒๐๑๕ ในการจัดการน้ำ ในการดำเนินการ SDG ส่งผลให้เกิดการจัดการปัจจัยกำหนดสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม และจำเป็นต้องใช้ multisectoral approach ในการวางแผน โดยรัฐบาลแซมเบียประกาศนโยบาย Health in All Policy ในกรอบยุทธศาสตร์ การที่ไม่ได้ส่งรายงานเนื่องจากตัวชี้วัดที่ติดตามเป้า outcome มากกว่า output
๑๘. BARBADOS: SDG ควรถูกนำมาใช้ในการวางแผนระยะยาวเพื่อพัฒนาประเทศ แต่ยังไม่มีการศึกษาที่เพียงพอระดับประเทศ ภูมิภาค และระดับโลก รวมถึงการรายงานความก้าวหน้าของโรคติดต่อไม่เรื้อรัง โรคเอดส์ วัณโรค มาเลเรีย อัตราการเสียชีวิตในแม่และเด็ก และการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ประเทศได้รับการเสริมพลังให้เข้มแข็งและการร่วมมือกับ UN ในการวางแผนยุทธศาสตร์เพื่อดำเนินการและรายงาน จึงมีความจำเป็นในการเชื่อมต่อกับเจ้าหน้าที่ UN และหน่วยงานอื่นๆที่จำเป็น multisectoral approach จึงมีความจำเป็นดังนั้นไม่เฉพาะรัฐบาลเท่านั้นที่มีส่วนสำคัญแต่หมายรวมถึงภาคเอกชนและภาคประชาสังคม เราเสนอให้ผู้อำนวยการ WHO สนับสนุนประเทศสมาชิกในการเสริมสร้างความเข้มแข็ง การรายงานและกลไกการเฝ้าระวังต่อตัวชี้วัดและเป้าหมายในการรายงานทันเวลา การร่วมมือกันทางเทคนิคเพื่อสร้างความมั่นใจต่อตัวชี้วัดด้านสมรรถนะยุทธศาสตร์ระดับชาติ
๑๙. UNITED REPUBLIC OF TANZANIA: แทนซาเนียกำหนดทำที่เช่นเดียวกับทวีปแอฟริกา รายงานความสำเร็จของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน โรคติดต่อเช่นโรคเอดส์ วัณโรค และมาเลเรีย อย่างไรก็ตามยังต้องพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อ output และ outcome ที่ดีเช่นเดียวกับการพัฒนาระบบข้อมูล จะทบทวนนโยบายและนำ UHC เป็นตัวนำสู่การบรรลุ SDG
๒๐. BOSSAWANAในฐานะตัวแทนของแอฟริกา: รายงานมีความก้าวหน้าในบางเรื่องโดยเฉพาะอัตราการเสียชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี ความครอบคลุมในการรักษาโรคเอดส์ การยุติวัณโรค บางประเด็นที่ยังเป็นปัญหาได้แก่การดื้อยาของวัณโรค มาเลเรีย การตีพิมพ์แอลกอฮอล์ การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร น้ำหนักเกินในวัณโรคและความครอบคลุมในการเข้าถึงบริการ สุขภาพเด็ก การควบคุมโรคติดต่อ โรคติดต่อไม่เรื้อรัง การพัฒนาศักยภาพบุคลากร ประชาชนอยากจนจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ควรส่งเสริมการดำเนินงานแบบ multisectoral approach ภูมิภาคขอให้จัดทำกรอบการทำงานของ Global Action Plan และ WHO ส่วนภูมิภาคสนับสนุนประเทศสมาชิกในรูปแบบหุ้นส่วนในดำเนินการ SDG ของประเทศสมาชิก รวมถึงการให้คำปรึกษา การส่งเสริม การประสานความร่วมมือและการสื่อสารเป้าหมายและนโยบายประเทศ การสนับสนุนทางเทคนิค การสนับสนุนการวัดผลและการรายงาน ส่งเสริมการสร้างพันธมิตร multisectoral approach สนับสนุนการจัดการทรัพยากร จัดให้มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร
๒๑. HONDURAS: การดำเนินการ SDG ได้รับการสนับสนุนหลักมาจากกรอบงบประมาณ GPW ภายใต้ยุทธศาสตร์ Three billion เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี
๒๒. NORWAY: การบรรลุเป้าหมายในปี ๒๐๓๐ เป็นเรื่องที่ไม่ไกลตัวนักเนื่องจากมีความก้าวหน้าในรายงาน อย่างไรก็ตามมีหลายประการที่ยังเป็นปัญหาที่ต้องดำเนินการเช่นเดียวกับที่บอสซาวานาและหลายๆประเทศกล่าวไว้ เช่นมาเลเรีย เชื้อวัณโรคดื้อยา อากาศเป็นพิษและโรคเรื้อรัง เด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี

ประมาณ ๖ ล้านคนกำลังเสียชีวิตจากโรคระบบทางเดินหายใจและวัณโรค อัตราการเสียชีวิตเด็กที่ต่ำกว่า ๕ ปี ๓๙ รายต่อแสนประชากร ดังนั้นประเทศนอร์เวย์ เยอรมันนีและกานาเรียกร้องให้นำทุกท่านในการดำเนินการ Global Action Plan เพื่อก่อให้เกิดผลกระทบและบูรณาการความร่วมมือคร่อมหน่วยงานในโปรแกรมต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการและจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและช่วยลดความซ้ำซ้อนในการดำเนินการ UHC เป็นจุดเน้นหลักของแผน WHO และพันธมิตรวางแผนจะประกาศ Global Action Plan เต็มรูปแบบระหว่าง General Assembly กันยายน คศ. ๒๐๑๙ เราสนับสนุนเต็มที่ให้ WHO ดำเนินการอำนวยความสะดวกและประสานนานาชาติเพื่อบรรลุเป้าหมาย SDG

๒๓. GERMANY: ความก้าวหน้า UHC ต้องได้รับการประเมินประสิทธิผล นอกจากนี้ multistakeholder approach ต้องถูกนำมาใช้เพื่อการบรรลุ SDG ซึ่งยังมีความท้าทายอีกหลายประการเช่นอัตราการเพิ่มขึ้นของเชื้อปฏิชีวนะดื้อยา สุขภาพของมนุษย์ สัตว์ สิ่งแวดล้อมมีความเชื่อมโยงกันอย่างใกล้ชิด เราต้องการกิจกรรมที่จะจัดการดังเช่น Global Action Plan เราขอบคุณ WHO ที่บูรณาการกิจกรรมและถือเป็นโอกาสสำคัญที่จะวางแผนกิจกรรมที่จับต้องได้ประเทศนอร์เวย์ เยอรมันนีและกานาจะประกาศ Global Action Plan กันยายน คศ. ๒๐๑๙
๒๔. SWEDEN: การดำเนินการให้สุขภาพดีขึ้นต้องเข้าใจบริบทซับซ้อนทางสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม ที่มีความเชื่อมโยงกันอย่างใกล้ชิดเช่นภาวะโลกร้อน พหุกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ การจัดการให้อาหารสะอาดปลอดภัย สิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ การพัฒนาการศึกษาให้ดีขึ้นจึงมีความสำคัญมากกว่าการมุ่งเน้นดูแลเฉพาะส่วนของสุขภาพ สาธารณสุขต้องการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนรวมถึงระดับบุคคลและประชากรที่ต้องการการสร้างแวดล้อมทางสังคมที่เหมาะสม
๒๕. PANAMA: SDG ต้องการการดำเนินการระหว่างหน่วยงานเพื่อส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีซึ่งสังคม สิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพมีบทบาทหลักต่อความเป็นอยู่ที่ดี กรอบแนวคิด งานวิจัยและการค้นคว้ามีความสำคัญต่อประเทศ การประเมินความสำเร็จของ SDG อยู่ที่ตัวชี้วัด UHC เป็นแนวทางในการเพิ่มคุณภาพซึ่งรัฐบาลรับทราบแล้ว การขับเคลื่อนระดับภูมิภาคไปพร้อมกับทั่วโลกโดยความร่วมมือกัน ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง
๒๖. AUSTRALIA: พึงพอใจต่อผลลัพธ์อัตราการเสียชีวิตเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี การเข้าถึงการรักษาโรคเอดส์ อัตราการเสียชีวิตจากวัณโรค แต่ยังคงมีความท้าทายที่แตกต่างหลายประเด็นเช่น อัตราการเสียชีวิตของมารดา ภาวะขาดสารอาหาร วัณโรค การใช้แอลกอฮอล์และอากาศเป็นพิษ นอกจากนี้ UHC มีความก้าวหน้าที่ล่าช้ามาก เป็นที่น่ายินดีกับ WHO ที่สามารถขับเคลื่อน SDG โดย multisectoral approach เรารอ Global Action Plan ในการประชุม HLM เพื่อขับเคลื่อน UHC และ Triple billion ที่จะสนับสนุนโดยเฉพาะบริการปฐมภูมิ
๒๗. INDONESIA: สุขภาพมีบทบาทสำคัญเป็นทั้งปัจจัยนำเข้าและผลลัพธ์ของ SDG ซึ่ง WHO มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อน รัฐบาลอินโดนีเซียมีพันธสัญญาที่เข้มแข็งในการดำเนินงาน SDG รัฐบาลกำหนดตัวชี้วัดและเป้าหมาย รวมทั้ง rpghm กำหนดโครงสร้างธรรมาภิบาลและกลไกในการวางแผน งบประมาณ การบริหารจัดการเงินและการรายงานโดยใช้ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างความเข้มแข็งในระดับประเทศ ความเป็นหนึ่งเดียว การเสริมพลัง การขับเคลื่อนพฤติกรรมสุขภาพ การมีส่วนร่วมของ multisectoral อินโดนีเซียได้กำหนดแผนปฏิบัติการระดับประเทศในคศ. ๒๐๑๗ และคศ. ๒๐๑๙. พร้อมทั้งกำหนดตัวชี้วัดพื้นฐาน

๒๘. ETHIOPIA: ท่าที่เหมือนประเทศบอสวานาที่นำเสนอในฐานะตัวแทนทวีปแอฟริกัน การทบทวนการดำเนินการ SDG ในประเทศ ๒๐ ประเด็นในการพัฒนาโดยส่งเสริม multisectoral approach และ WHO มีบทบาทในการเป็นพันธมิตรสนับสนุนการดำเนินงานที่มุ่งเน้นประสิทธิผล จัดให้มีการเข้าถึงบริการสนับสนุน Global Action Plan
๒๙. United Kingdom: สนับสนุนคำกล่าวที่เป็นตัวแทนของ EU ในการขับเคลื่อน SDG ของ WHO ซึ่งมีความก้าวหน้าในหลายประเด็นแต่ก็ยังมีประเด็นที่น่ากังวลซึ่งควรนำเข้า HLM ของปีนี้ อังกฤษพร้อมที่จะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการขับเคลื่อน SDG
๓๐. BOSSAWANA: ประเทศยึดหลัก ๔ เสาในการดำเนินการได้แก่ด้านสังคม ความยั่งยืนของสิ่งแวดล้อม การพัฒนาด้านเศรษฐกิจ ธรรมชาติและความมั่นคงปลอดภัยส่งผลให้เกิดความก้าวหน้าหลายด้านเพื่อยกระดับให้เป็นประเทศที่มีรายได้สูง ได้ลงทุนอย่างมากด้านที่อยู่อาศัย ประเด็นที่มีความก้าวหน้าได้แก่อนามัยเจริญพันธุ์ อัตราการเสียชีวิตมารดาตอลง ประเด็น UHC ประเทศมีสถานที่เพื่ออำนวยความสะดวกกระจายทั่วประเทศ และมากกว่าร้อยละ ๙๐ อยู่อาศัยภายในรัศมี ๕ กิโลเมตรจากสถานบริการ
๓๑. COLOMBIA: กลุ่มประชากรที่เคลื่อนย้ายเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ เราต้องการงบประมาณ ๔ ล้านดอลลาร์เพื่อสนับสนุนวัคซีนฟรีให้กับประชากร มีปัญหาที่สัมพันธ์กับการเคลื่อนย้ายประชากรได้แก่อนามัยเจริญพันธุ์ สุขภาพแม่และเด็ก โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีอัตราการเกิดหัดและมาเลเรียในพื้นที่อเมริกาเพิ่มขึ้นซึ่งต้องการการจัดการ
๓๒. REPUBLIC OF KOREA: การสร้างความเข้มแข็งระบบสารสนเทศและการติดตามเป็นกุญแจที่สำคัญเกาหลีส่งเสริมให้ WHO สนับสนุนข้างระบบข้อมูลข่าวสารในการเก็บ วิเคราะห์ ติดตามและรายงานแก่ประเทศสมาชิก เกาหลีพร้อมจะแลกเปลี่ยนเรียนรู้
๓๓. GHANA: ท่าที่สนับสนุนและใช้ UHC ขับเคลื่อนเพื่อให้บรรลุ SDG โดยผ่าน Global Action Plan
๓๔. BANGLADESH: ยังมีความท้าทายหลายอย่างที่ต้องการการสนับสนุนจาก WHO ได้แก่การทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่างๆ การประสานงาน การวางแผนระยะยาว การสนับสนุนการจัดทำแผนสุขภาพของประเทศ การจัดบริการสุขภาพที่เบ็ดเสร็จและครอบคลุม ระบบข้อมูลและการรายงาน

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

- สนับสนุนการทำงานแบบบูรณาการระหว่าง WHO และองค์กรต่างๆ เช่นหน่วยงานใน UN หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านอื่นนอกเหนือสุขภาพเพื่อรับมือกับปัญหาที่ซับซ้อนในปัจจุบันและความร่วมมือภายในประเทศระหว่างหน่วยงาน/องค์กรต่างๆ ยังมีความสำคัญต่อการขับเคลื่อน SDG เช่นเดียวกัน
- ขอให้ตระหนักความสำคัญของ UHC ซึ่งเป็นหัวใจในการขับเคลื่อน SDG โดยคาดหวังในการประชุม UNGA จะมียุทธศาสตร์ในการสร้างแนวทางหรือกิจกรรมที่จับต้องได้ในการสร้างความเข้มแข็งให้ PHC เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพและบริการอื่นที่จำเป็นโดยปราศจากปัญหาด้านการเงิน
- ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบางตัวไม่ปรากฏในรายงานจึงขอให้ WHO สนับสนุนให้ประเทศสมาชิกสามารถดำเนินการเก็บวิเคราะห์ และนำข้อมูลมาใช้โดยเฉพาะตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานหรือองค์กรอื่น
- ประเทศไทยมีความเห็นเช่นเดียวกับประเทศสหรัฐในชื่อของ “The Global Action Plan for Healthy Lives and Well-being for All” ที่นำมาใช้เนื่องจากขาดการมีส่วนร่วมของประเทศสมาชิก หากจะดำเนินการต้องให้ความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมของประเทศสมาชิก

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

รับรองร่างจากประเทศสมาชิกโดยไม่มีเงื่อนไข

ข้อเสนอต่อกระทรวงสาธารณสุข

๑. สนับสนุนนโยบายต่อบริการปฐมภูมิและหลักประกันสุขภาพอย่างต่อเนื่อง
๒. สนับสนุนความร่วมมือทั้งหน่วยงานภายในกระทรวงและนอกกระทรวงในรูปแบบการทำงานแบบบูรณาการร่วมกัน
๓. จัดทำและนำเสนอรายงานตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอ

Agenda 11.5 UHC: Primary health care towards universal health coverage

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. ดร. วรรณฤดี อิศรานุกัณฑ์ชัย โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)
๒. นายชาติชาย สุวรรณนิตย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
๓. นางกาญจนา ศรีชมภู สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๔. ดร. เกสัชกรหญิงวัลย์พร พัทธฤกษ์ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

สาระสำคัญของวาระ

- ตามรายงาน A๗๒/๑๒ สรุปว่า หลังจาก ๔๐ ปี ที่ดำเนินการตามปฏิญญา Alma Ata แต่ยังมีผู้คนจำนวนมากในภาคส่วนต่าง ๆ ของโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ยากไร้ ผู้ด้อยโอกาส ยังไม่ได้รับการบริการด้านสุขภาพ เกิดความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพที่ดีต้องเข้าถึงได้ง่าย เท่าเทียม และไม่เป็นภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ
- จนถึงปี พ.ศ.๒๕๖๑ รัฐบาลประเทศต่างๆ ได้รับมติตามปฏิญญา Astana โดยให้คำมั่นว่าจะสนับสนุนการดำเนินงานของภาคส่วนต่าง ๆ ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) และการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDG ๓: ทุกคนมีสุขภาพและสุขภาวะที่ดี) โดยใช้การสาธารณสุขมูลฐาน (PHC) โดยมีจุดเน้นหลัก ๓ ประการ คือ ๑) การกำหนดนโยบายสร้างสุขภาพดีในทุกภาคส่วน ๒) การเสริมสร้างศักยภาพของประชาชนและชุมชนท้องถิ่นในการจัดการสุขภาพ และ ๓) การเพิ่มขีดความสามารถของการจัดบริการปฐมภูมิ โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเท่าเทียมทางเพศ เป็นที่ยอมรับ เข้าถึงได้ง่าย ราคาเหมาะสม ให้บริการอย่างต่อเนื่อง อย่างบูรณาการตลอดช่วงวัย
- ความสำคัญของงานสาธารณสุขมูลฐานได้ถูกบรรจุไว้ในวาระการประชุม UNGA resolution ๗๒/๑๓๙ (๒๐๑๗) และการแปลงวิสัยทัศน์ PHC ใหม่ไปสู่การปฏิบัติ ได้มีการวางกรอบการดำเนินงานซึ่งจะสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการระดับโลก และการประชุม HLM เรื่อง UHC ในเดือนกันยายน ๒๕๖๒
- วาระนี้ได้ นำ Resolution ตามมติของคณะกรรมการบริหาร (EB ๑๔๔.R๙) และเอกสารที่เกี่ยวข้องมาเพื่อพิจารณาให้การรับรองหรือปรับแก้ไข

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- หลายประเทศขอบคุณเลขานุการที่ให้การรายงานเรื่องนี้

- หลายประเทศแสดงความมุ่งมั่นที่จะดำเนินการตาม Astana Declaration
- PHC ได้รับการยอมรับว่าเป็นรากฐานที่สำคัญสำหรับการบรรลุ UHC
- จาก SEAR ROV และประเทศอื่น ๆ (เช่น จาเมกา) จำเป็นที่จะต้องให้ความสำคัญกับปัญหาความยากจนและพื้นที่ห่างไกล
- การทำงานร่วมกันระหว่างภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง (ทั้งด้านสุขภาพและอื่น ๆ) มีความสำคัญที่จะทำให้เกิดการบูรณาการและครอบคลุมบริการสุขภาพที่ครบวงจร
- มีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาศักยภาพของ frontline health workers ในการดำเนินงาน PHC เพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วด้านประชากรและด้านระบาดวิทยา
- ควรเน้นทั้งผู้ป่วยและระบบการดูแลสุขภาพสนับสนุนผู้ป่วย (เช่น ครอบครัวและชุมชน)
- การรับรองระบบ PHC เป็นสิ่งสำคัญต่อการปรับปรุงคุณภาพการบริการสุขภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย
- หลายประเทศ (เช่น มาดากัสการ์) มียุทธศาสตร์ระดับชาติเกี่ยวกับ PHC
- ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดจะต้องมีส่วนร่วมในระบบ PHC และ แต่ละประเทศจะต้องพัฒนาระบบ PHC ที่สอดคล้องกับบริบทของประเทศตนเอง
- ประเทศจีน, สหรัฐอเมริกา และ ตรินิแดดและโตเบโก เสนอให้มีการแก้ไขข้อความใน EB ๑๔๔.R๙ ดังนี้
 - ๑) ให้เพิ่มข้อความในหน้าแรก ข้อ ๒ URGES Member States to take measures to **share and** implement the vision and commitments of the Declaration of Astana according to national contexts;
 - ๒) ให้เพิ่มข้อความในหน้า ๒ ข้อ ๔ REQUESTS the Director-General: (๒) to develop, in consultation with Member States, by the Seventy-third World Health Assembly an operational framework for primary health care, **and with involvement of expertise from members state to participate in the formulation of the framework** to be taken fully into account in the WHO general programmes of work and programme budgets to strengthen health systems and support countries in scaling-up national implementation efforts on primary health care;

บทบาทและทำที่ของประเทศไทย

- PHC เป็นสิ่งสำคัญมากที่จะทำให้บรรลุ UHC
- ประเทศไทยรับรอง resolution EB๑๔๔.R๙ และ intervention มีจุดเน้นใน ๒ ประเด็นหลักคือ ๑) ประเทศไทยตระหนักถึงบทบาทที่สำคัญของ frontline Health workers และระบบการสนับสนุน ๒) การมีส่วนร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เช่น องค์กรบริหารส่วนตำบล)

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

- ประเทศต่าง ๆ ยอมรับและสนับสนุน Astana Declaration และมีความเห็นว่า PHC เป็นรากฐาน สำคัญที่จะทำให้บรรลุ UHC ทุกประเทศควรต้องให้การสนับสนุน
- ที่ประชุมมีมติ รับรอง EB ๑๔๔.R๙ หลังจากที่มีการปรับแก้แล้ว

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

- หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ทั้งด้านสุขภาพและอื่น ๆ) ดำเนินการร่วมกันเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ระบบ PHC โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเสริมสร้างสมรรถนะ frontline health workers
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จัดทำแผนแม่บทการสาธารณสุขมูลฐานระดับชาติ กำหนดกลยุทธ์ที่มุ่งเน้นไปสู่ UHC และ SDG ๓ รวมถึงการนำแผนไปสู่การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

การทำงานในระดับนานาชาติ

- ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของกระทรวงสาธารณสุข ควรให้การสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของ PHC ในระดับนานาชาติ
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ดำเนินงานในระดับภูมิภาค โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การทำงาน และสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศสมาชิกในภูมิภาค

Intervention on the Agenda item: 11.5 - UHC: Primary health care towards universal health coverage (Documents: A72/12 and EB144/2019/REC/1, resolution EB144.R9)

Delivered by Dr. Wanrudee Isaranuwatjai (22/05/2019)

Thank you, Chair

Thailand supports the South-East Asia Regional One Voice delivered by Indonesia.

We fully endorse the resolution EB144.R9.

We would like to emphasize **TWO points**.

First, Thailand recognizes the crucial role of **frontline health workers**. They are our “unsung heroes” who contributed untiringly to health system development in the country. We need to provide them with adequate resources and improve their motivation so that they can fulfill their responsibilities and sustain their contributions especially in the underserved areas.

Second, engagement with local government authority is essential to improve and sustain primary health care. In Thailand, Sub-District Administration Organization commit up to 50% of the community UHC funds for health promotion and disease prevention at community level, under the Universal Coverage Scheme. This budget is managed by a participatory mechanism.

Chair,

It is time for us to translate our commitment into real action. Walk the talk, a common phrase, we know. We talk a lot but seldom do it. We need to “walk the talk” for primary health care. Thank you.

Agenda 11.5: Community health workers delivering primary health care: opportunities and challenges

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นายชาติชาย สุวรรณนิตย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
๒. ศาสตราจารย์แพทย์หญิงวงฉิษา ชื่นกองแก้ว คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล และเลขาธิการมูลนิธิเพื่อการพัฒนาการศึกษาบุคคลากรสุขภาพ
๓. ดร. เกสัชกรหญิงวไลยพร พัทธนฤมล สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๔. นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ที่ปรึกษาสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านต่างประเทศ

สาระสำคัญของวาระ

- ความเป็นมาปฏิญญาอัสตานา ในการประชุมระดับโลกด้านการสาธารณสุขมูลฐาน : จากปฏิญญาอัลมา-อะตาสู่การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UHC) และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ณ เมืองอัสตานา สาธารณรัฐคาซัคสถาน ระหว่างวันที่ ๒๕ - ๒๖ ตุลาคม ๒๕๖๑ การรับรองข้อความในพันธะสัญญาตามความปรารถนาแห่งปฏิญญาอัลมา-อะตา เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๒๑ และเพื่อให้ บรรลุ SDGs และ UHC ซึ่งได้จัดทำเป็นปฏิญญาฉบับนี้ขึ้นมองภาพในอนาคตว่า ภาครัฐและสังคม จะต้องให้ความสำคัญในการส่งเสริม คุ้มครองสุขภาพและสุขภาวะของประชาชน การสาธารณสุขมูลฐานและการบริการด้านสุขภาพ จะต้องมีความสูง ปลอดภัย ครอบคลุม เข้าถึง บริการง่าย และราคาเหมาะสม บุคลากร มีทักษะชำนาญ กระตือรือร้น ประชาชนและชุมชน จะต้องได้รับเสริมพลังและมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ ภาคเครือข่ายและผู้เกี่ยวข้อง จะต้องให้การสนับสนุนที่ดีต่อกันนโยบาย ยุทธศาสตร์การพัฒนาและแผนการดำเนินงานของประเทศ
- ข้อ ๑ ความมุ่งมั่นที่จะเคารพ ปกป้อง และส่งเสริมการได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพที่มีมาตรฐานสูงสุดเท่าเทียมทุกคน ครบรอบ ๔๐ ปีของปฏิญญา Alma-Ata ยังคงยืนยันหลักการของปฏิญญาฯ โดยเฉพาะความเป็นธรรม เป็นหนึ่งเดียวกัน ความสำคัญของสุขภาพ มั่นคงและปลอดภัย
- ข้อ ๒ การสาธารณสุขมูลฐานที่เข้มแข็งจะเป็นแนวทางปฏิบัติที่เป็นธรรม มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลสูงที่ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดีทุกด้าน เป็นรากฐานของระบบสุขภาพที่ยั่งยืน บรรลุ UHC และ SDGs เพื่อให้ประชาชนทุกคนเข้าถึง การดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพ อย่างเท่าเทียมกัน ตามสมควร โดยไม่เป็นการระดมการเงิน
- ข้อ ๓ การดำเนินที่โดดเด่นตลอดเวลา ๔๐ ปีแต่ยังมีผู้คนจำนวนมากในภาคส่วนต่างๆ ของโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ยากไร้, ผู้ด้อยโอกาส ฯลฯ ยังไม่ได้รับการบริการด้านสุขภาพ เกิดความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพ ระบบการบริการ สุขภาพต้องเข้าถึงได้ง่าย เท่าเทียม ไม่เป็นภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ
- ข้อ ๔ กำหนดนโยบายการสร้างสุขภาพดีในทุกภาคส่วน ทำให้ทุกคนพอใจในการรับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ เสริมสร้างศักยภาพของชุมชนในท้องถิ่น ทุกภาคส่วนต้องมีนโยบายด้านสุขภาพบนพื้นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อให้บรรลุ UHC โดยไม่ทอดทิ้งใครไว้ข้างหลัง
- ข้อ ๕ สร้างการสาธารณสุขมูลฐานที่ยั่งยืน สร้างความเข้มแข็ง เพิ่มขีดความสามารถและโครงสร้างพื้นฐานของบริการปฐมภูมิ ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเท่าเทียมทางเพศ เป็นที่ยอมรับ เข้าถึงได้ง่าย ราคาเหมาะสม ให้บริการอย่างต่อเนื่อง อย่างบูรณาการตลอดช่วงวัย สาธารณสุขมูลฐานจะบรรลุผลได้โดยการผลักดัน : การสร้างองค์ความรู้และศักยภาพ ประยุกต์ใช้ความรู้ทุก เรื่อง ศึกษาค้นคว้าอย่างต่อเนื่องแบ่งปันความรู้และ

ประสบการณ์ ทรัพยากรมนุษย์ในด้านสุขภาพ สร้างงานที่มีคุณค่า ค่าตอบแทนเหมาะสม สร้างแรงจูงใจ และรักษาบุคลากรเทคโนโลยีสนับสนุนการให้บริการด้านสุขภาพ ใช้ยาที่คุณภาพ ราคาไม่สูง ใช้เทคโนโลยีที่ช่วยด้านการเงิน เรียกร้องให้ทุกประเทศลงทุนในการสาธารณสุขมูลฐาน

- ข้อ ๖ เราจะสนับสนุนให้ประชาชน ครอบครัว ชุมชนส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินการที่มีผลต่อสุขภาพ ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทักษะ ในการรักษาสุขภาพ เพิ่มความเป็นเจ้าของชุมชน เพื่อช่วยเหลือชาวบ้าน ให้มี คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เข้าถึงสุขภาพที่ดีและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ
- ข้อ ๗ เราเรียกร้องให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน ร่วมสร้างความเข้มแข็ง และความยั่งยืนผลักดันการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า บนพื้นฐานของสาธารณสุขมูลฐาน อำนวยความสะดวกให้กับประเทศสมาชิก และร่วมมือ กันแบ่งปันความรู้และแนวปฏิบัติในการดำเนินการให้เกิดผลสำเร็จ

ตามปฏิญญา Astana (๒๐๑๘) รัฐบาลประเทศต่างๆ ให้คำมั่นว่าจะสนับสนุนการดำเนินงานของภาคส่วนต่าง ๆ ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) โดยใช้การสาธารณสุขมูลฐาน (PHC) ซึ่ง Community Health Worker (CHW) เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดำเนินงาน

- วาระนี้ได้้นำร่าง Resolution ตามมติของคณะกรรมการบริหาร (EB ๑๔๔.R๔) มาพิจารณาเพื่อให้การรับรอง หรือ ปรับแก้ไข

- WHO ได้จัดทำ Guidelines on health policy and system support to optimize community health worker program มีสาระสำคัญเกี่ยวกับกลวิธีการพัฒนาความเข้มแข็งของ CHW ตั้งแต่การคัดเลือกการให้ความรู้ การว่าจ้าง การบริหารจัดการ การนิเทศติดตาม และความก้าวหน้า ในอาชีพ เป็นต้น ซึ่ง guidelines จะประโยชน์ สำหรับประเทศต่าง ๆ ในการปรับปรุงคุณภาพ frontline services ที่ดำเนินการโดย CHW

- การบูรณาการเรื่อง CHW ในระบบสุขภาพของประเทศและกำหนดให้เป็นนโยบายสำคัญระดับชาติเป็นสิ่งที่ จำเป็นเพื่อปรับปรุงคุณภาพและความยั่งยืนของ frontline services ที่ดำเนินการโดย CHW

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- ประเทศสมาชิกรับรองร่างมติ และเห็นด้วยกับการบูรณาการ CHW เข้าสู่ระบบสุขภาพและให้เป็นนโยบาย ระดับชาติ เพื่อดำเนินงาน PHC รวมทั้งสนับสนุนการลงทุนทรัพยากรและให้ความรู้ ฝึกอบรม เพิ่มทักษะ CHW ในการทำงาน primary care เพื่อให้เกิด UHC โดยเฉพาะ เรื่อง อนามัยแม่และเด็ก ช่วยทำให้อัตราการตาย และลดการขาดสารอาหารในเด็ก และโรคไม่ติดต่อ โปรแกรมการพัฒนา CHW ควรเป็นการดำเนินการ ร่วมกันของหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ควรสนับสนุน ควรมีการนิเทศติดตาม กำกับและประเมินผล
- ประเทศ Timor Leste เป็นผู้แทนของ SEAR ในการเสนอร่าง Regional One Voice เพื่อรับรองร่างมติ โดย เสนอประเด็นสำคัญ ได้แก่ ให้ดำเนินการตาม WHO Global Strategy on Human Resource for Health: workforce ๒๐๓๐ ซึ่งสอดคล้องกับการดำเนินงานตาม “UN High-level Commission on Health Employment and Economic Growth” และให้ตระหนักว่า CHW มีบทบาทสำคัญใน frontline health services ด้านการป้องกัน ส่งเสริม ฟื้นฟู รวมถึงเป็นจุดแรกของการให้ความช่วยเหลือกรณีเกิดเหตุการณ์ ฉุกเฉิน และเห็นว่าการบูรณาการ CHW เข้าสู่ระบบบริการสุขภาพของประเทศเป็นสิ่งจำเป็นที่จะทำให้เกิดการ เข้าถึงบริการสุขภาพและเกิดความยั่งยืนของ frontline services ขอบเขตการดำเนินงานฝึกอบรมขึ้นอยู่กับ

บริบทของแต่ละประเทศและผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดตาม guideline ซึ่งมีการจัดทำอย่างเป็นระบบเพื่อใช้เป็นหลักฐานอ้างอิง สิ่งสำคัญคือ CHW เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มคนด้านสุขภาพมีความจำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมและสนับสนุนเพื่อให้บริการในฐานะส่วนหนึ่งของทีม การเปลี่ยนแปลงนี้ต้องใช้เวลา และปรับตามสถานการณ์จริงของแต่ละประเทศ ระบบข้อมูลเกี่ยวกับ CHW ยังมีข้อจำกัดและยังไม่มีมาตรฐาน ซึ่งทำให้ยากต่อการกำหนดนโยบายการพัฒนา ประเทศ SEAR commit ที่จะปรับปรุงข้อมูล CHW

บทบาททำที่ของประเทศไทย

ประเทศไทยรับรองร่างมติ โดยมีข้อเสนอใน ๓ ประเด็น คือ

- ๑) ควรต้องมีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพให้มีความทันสมัยและมีความพร้อมใช้งาน
- ๒) นโยบายที่มุ่งเน้นความเท่าเทียมกันในระบบสุขภาพ โดยใช้ PHC ขอให้เน้นเรื่องการให้การศึกษาและฝึกอบรมและความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพระหว่างผู้ให้บริการและสถาบันการศึกษาเพื่อให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพในอนาคต ซึ่ง CHW มุ่งมั่นที่จะเปลี่ยนความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการเพื่อให้เกิดความไว้วางใจกัน และมีปฏิสัมพันธ์อย่างเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยโดยตรงและ
- ๓) แนวทางการพัฒนาฯ ควรเน้นเรื่องบทบาทของ CHW ในการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพ และภัยพิบัติผ่านระบบการเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคส่วนที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะอย่างยิ่งการบรรเทาผลกระทบหลังจากเกิดเหตุการณ์ต่างๆ

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ประเทศสมาชิกรับรองร่างมติ EB 144.R4 และสนับสนุนข้อเสนอเรื่องการรายงานร่างมตินี้พร้อมกับการรายงาน workforce 2030

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

การทำงานระดับประเทศ

๑. สนับสนุนจัดทำแผนแม่บทการสาธารณสุขมูลฐานระดับชาติสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศ ๒๐ ปี เสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบการพัฒนา CHW โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพเป็นเจ้าภาพหลักจัดทำแผนแม่บท และทำความร่วมมือกับภาคี และกระทรวงที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดให้เป็นแผนระดับชาติ
๒. กำหนดให้การพัฒนา CHW เป็นกลยุทธ์สำคัญ ในแผนฯ ใช้แผนฯ เป็นแนวทางในการขับเคลื่อนการพัฒนา CHW ของประเทศ รวมถึงการนำแผนไปสู่การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

การทำงานในระดับนานาชาติ

ประเทศไทยและประเทศใน South East Asia Region ร่วมมือและช่วยเหลือพัฒนาศักยภาพกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศเสริมสร้างความร่วมมือและแลกเปลี่ยนประสบการณ์เรื่องระบบการพัฒนา CHW ในงาน PHC สู่ UHC ทั้งในเชิงกระบวนการพัฒนาและเทคนิคเชิงวิชาการ

Intervention on the Agenda Item 11.5: Community health workers delivering primary health care: opportunities and challenges

Delivered by Professor Wanicha Chuenkongkaew

Thank you chair,

Thailand three concerns on the design and implementation of the guideline: at country level. First, there is a lack of progress on the development of national health workforce accounts and information systems, this partly reflects the challenges on availability and sharing of updated health workforce data by relevant partners.

Second, Thailand calls for a special attention on transformative education and training. This include effective collaboration between health care providers and academia to ensure appropriate future health workforce. The community health worker, with their commitment and conscience, has a great opportunity to transform patient-provider relationship towards trust- and touch-based relationship.

Finally, the guideline should highlight the role of community health workers in managing health emergency and disaster through effective surveillance, preparedness and response. These require inter-sectoral collaboration in particular mitigating impacts after the events.

We appreciate the integration of reporting of this resolution with WHA69.19 on workforce 2030.

Chair, Thailand supports adoption of EB144 R4

Thank you. Chair

Agenda 11.5 Preparation for the high-level meeting of the United Nations General Assembly on universal health coverage

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นางกาญจนา ศรีชมภู สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๒. ดร.วรรณฤดี อิศรานุกวัฒน์ชัย โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
๓. ดร.เกสัชกรหญิงวัลย์พร พัชรนฤมล สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๔. นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

สาระสำคัญของวาระ

- ๑) UNGA ได้กำหนดตัวชี้วัด SDG ๑๗ ด้านเพื่อบรรลุเป้าหมายให้ได้ในปี ค.ศ. ๒๐๓๐ โดยตัวชี้วัด SDG ๓ เป็นตัวชี้วัดด้านสุขภาพและมีเป้าหมายสนับสนุนการมีสุขภาพดีสำหรับทุกคนและทุกอายุในทุกประเทศ
- ๒) ปี ค.ศ. ๒๐๑๗ การประชุม WHO SEA region ครั้งที่ ๗๐ มีมติให้บรรจุวาระความก้าวหน้าการดำเนินงานด้าน UHC และการติดตามรายงานผลการดำเนินงาน UHC ตามตัวชี้วัด SDG ๓.๘.๑ และ ๓.๘.๒ เป็นประจำทุกปีอย่างต่อเนื่องไปจนถึงปี ค.ศ.๒๐๓๐ (Decision SEA/RC๗๐ (๑))
- ๓) ประเทศไทยร่วมกับประเทศในกลุ่มภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ นำเสนอ Resolution EB๑๔๔.R๑๐ ต่อที่ประชุม WHA เพื่อให้ประเทศต่างๆให้การรับรอง และเตรียมการนำเสนอต่อที่ประชุมสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติ UNGA High-Level Meeting ในเดือนกันยายน ปี ๒๕๖๒ ต่อไป

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- ๑) ประเทศสมาชิกที่เข้าร่วมประชุม WHA โดยส่วนใหญ่สนับสนุนและเห็นด้วยกับ Resolution EB๑๔๔.R๑๐
- ๒) ในขณะที่หลายๆประเทศ ได้กล่าวถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์ (Reproductive health) เช่น ประเทศสวีเดน (เป็นตัวแทน ๔๒ ประเทศ) ฟิลิปปินส์ เยอรมันนี และอินเดีย ว่าเป็นบริการที่ประเทศที่ดำเนินงาน UHC ควร มุ่งเน้นและให้ความสำคัญ
- ๓) ประเด็นบริการอื่นๆ ที่ถูกพูดถึงว่าควรให้ความสำคัญหากจะดำเนินงาน UHC อันได้แก่ บริการโรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง (NCD) บริการผู้ป่วยใน บริการปฐมภูมิ รวมถึงกำลังคนด้านสุขภาพ

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

- ๑) ประเทศไทยซึ่งเป็นผู้นำของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ทั้ง ๑๑ ประเทศสนับสนุนการขับเคลื่อนงาน UHC เพื่อเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการติดตาม และรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด SDG ๓.๘.๑ ของทุก ประเทศในทุกเวทีทั้งในระดับประเทศ ระดับภูมิภาคและระดับโลก
- ๒) เข้าร่วมประชุม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์การดำเนินงานด้าน UHC กับนานาประเทศเพื่อสนับสนุนให้ เกิด UHC ในทุกประเทศทั่วโลก

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมให้การรับรองข้อเสนอ EB๑๔๔.R๑๐ (ประเทศสหรัฐอเมริกาเห็นด้วยกับข้อเสนอหลัก UHC แต่สงวนสิทธิ ในการไม่สนับสนุนบริการอนามัยเจริญพันธุ์)

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

- ๑) กระตุ้นและติดตามหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงาน UHC ตามตัวชี้วัด SDG
- ๒) สนับสนุนทางวิชาการ และพัฒนาศักยภาพกำลังคนในระบบ UHC ให้เข้มแข็งเพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้ ศึกษา ดูงานจากประเทศต่างๆทั่วโลก

การทำงานในระดับนานาชาติ

- ๑) เข้าร่วมประชุมทั้งในเวทีระดับภูมิภาค เวทีระดับโลก เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ ในการดำเนินงานด้าน UHC รวมทั้งให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อนานาประเทศ

South-East Asia Regional One Voice on agenda 11.5 Preparation for the high-level meeting of the United Nations General Assembly on universal health coverage

Delivered by Mrs. Kanchana Srichomphu (22/May/2019)

Thailand makes this statement on behalf of 11 Member States of the WHO South-East Asia Region.

We appreciate the report by the Secretariat.

Chair, At national level, we emphasize the importance to continue to develop and implement policies and strategies to advance UHC in ways that achieve equity and efficiency. We need to enhance institutional capacity to compile, share, disaggregate, analyse, disseminate, and use UHC indicators, particularly to monitor trends and assess

health inequalities.

In 2017, SEAR Regional Committee Meeting adopted the Decision SEA/RC70(1) on annual progress monitoring of UHC and health related SDGs. The Committee requested the Regional Director, Dr Poonam Khetrapal Singh, first, to include an “Annual report on monitoring progress on UHC and health-related SDGs” as a substantive Agenda item of the Regional Committee until 2030, and second, to link relevant elements of health-related SDGs, including UHC, to be discussed at the Ministerial Roundtable at the Regional Committee annually until 2030. This demonstrates SEAR’s concrete actions to advance UHC in our region.

At the global level, this WHA is a crucial step for all Member States to foster UHC commitment from health constituencies to the UNGA High-Level Meeting, at head of state level. It is an opportune time to fully contribute to the key elements of the Political Declaration on UHC.

In order to take things forwards at the global level, we highlight that SEAR agrees with the exiting IAEG-SDG’s indicator for SDG 3.8.1, and a formal platform for inter-governmental review of the current UHC situation and progress, which is essential to guide us on how close or how far we are going to be in reach SDG 3.8 by 2030.

South East Asia whole-heartedly supports adoption of the resolution EB144.R10 without hesitation. We also invite other Member States to adopt it.

The journey to UHC may be long and rough, but we know we are not alone.

Thank you, Chair.

Agenda item 11.6 Health, Environment and climate change

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นางสาวพนิตา เจริญสุข กรมอนามัย
๒. นางสาวจินตนา จันทร์โคตรแก้ว สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

สาระสำคัญของวาระ

วาระนี้เป็นการเสนอร่างยุทธศาสตร์ระดับโลก Draft WHO global strategy on health, environment and climate change: the transformation needed to improve lives and well-being sustainably through healthy environments (เอกสาร A72/15) และร่างแผนปฏิบัติการ Global plan of action on climate change and health in small island developing States (เอกสาร A72/16) จากมติที่ประชุม EB142 (5) (2018) ได้เรียกร้องให้ WHO จัดทำร่างยุทธศาสตร์โลกด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศฉบับนี้ขึ้น เพื่อนำเข้าเสนอในที่ประชุม WHA 72 เดือนพฤษภาคม ปี 2019 โดยต้องผ่านการเห็นชอบในการประชุมคณะกรรมการผู้บริหารองค์การอนามัยโลก (EB 144) ที่จัดขึ้นในเดือนมกราคม 2019 ทั้งนี้ WHO ได้จัดทำเอกสารฉบับนี้ ซึ่งมีความสอดคล้องกับมติของที่ประชุม WHA 65(9) (2012) และส่งให้ WHO’s regional committees เวียนให้ประเทศสมาชิกให้ความคิดเห็นต่อเอกสารฉบับนี้ด้วยแล้ว

1.1 เอกสาร A72/16 : Draft WHO global strategy on health, environment and climate change: the transformation needed to improve lives and well-being sustainably through healthy environments

กรอบยุทธศาสตร์

ยุทธศาสตร์มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานในอนาคตข้างหน้า ให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนภายในปี ๒๐๓๐ เพื่อให้มีชีวิตความเป็นอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี โดยการเปลี่ยนวิถีชีวิตการทำงาน การผลิตและการบริโภค

ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพในเอกสารยุทธศาสตร์หมายถึงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เคมี ชีวภาพ ปัจจัยเกี่ยวกับการทำงาน และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ที่สามารถปรับเปลี่ยนได้

วิสัยทัศน์ ภายใต้ยุทธศาสตร์ คือ ทั่วโลกสามารถลดภาระโรคที่เกี่ยวข้องกับมลพิษสิ่งแวดล้อมได้หนึ่งในสี่

ยุทธศาสตร์ในการจัดการปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมประกอบไปด้วย ๖ ยุทธศาสตร์

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ การส่งเสริมและป้องกัน โดยขยายการดำเนินการไปให้ครอบคลุมประเด็นปัจจัยกำหนดสุขภาพ เพื่อปกป้องสุขภาพ และบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ๒๐๓๐

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ การทำงานร่วมกันระหว่างภาคส่วนต่างๆ โดยมุ่งเน้นการรวมประเด็นปัจจัยกำหนดสุขภาพเข้าไปในนโยบายต่างๆ ของแต่ละภาคส่วน

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ การสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานภาคสาธารณสุข เพื่อเสริมสร้างความเป็นผู้นำด้านสุขภาพ การกำกับดูแล และประสานงาน

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ สนับสนุนการสร้างกลไก กำกับ ดูแลด้านการเมือง นโยบาย และสังคม

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ การเพิ่มหลักฐานเชิงประจักษ์และการสื่อสารข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ การติดตามตรวจสอบ เพื่อเป็นแนวทางในการติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานที่บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ทั้งการติดตามตรวจสอบผ่านเป้าหมายและตัวชี้วัด SDGs และการติดตาม impact and outcome indicator ในระดับประเทศ

- **วาระนี้เพื่อให้สมัชชาอนามัยโลกบันทึกรายงานและพิจารณาตัดสินใจดังต่อไปนี้**

๑. บันทึก WHO global strategy on health, environment and climate change

๒. เรียกร้อง DG ให้รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงาน WHO global strategy on health, environment and climate change ใน WHA ๗๔

เอกสาร A 72/15: Draft global plan of action on climate change and Health in small island developing States

สาระสำคัญของเอกสาร

การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ เป็นหนึ่งในปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น อากาศ น้ำ อาหาร ซึ่งส่งผลให้เกิดความเสี่ยงจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศอย่างรุนแรง โดยเฉพาะในประเทศหมู่เกาะขนาดเล็กที่กำลังพัฒนา จากมติการประชุม EB ๑๔๒ (๕) ได้ร้องขอให้องค์การอนามัยโลก จัดทำร่างแผนปฏิบัติการในการจัดการผลกระทบต่อสุขภาพจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศในประเทศหมู่เกาะขนาดเล็กที่กำลังพัฒนา และให้นำเข้าพิจารณาในการประชุม WHA ๗๒ ในเดือนพฤษภาคม ปี ๒๐๑๙ โดยผ่านการประชุมคณะกรรมการ

ผู้บริหารองค์การอนามัยโลก EB ๑๔๔ ในเดือนมกราคม ๒๐๑๙

วิสัยทัศน์ ร่างแผนปฏิบัติการฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อให้ระบบสุขภาพในประเทศหมู่เกาะขนาดเล็กที่กำลังพัฒนา มีภูมิคุ้มกันสามารถรองรับปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศได้ ภายในปี ๒๐๓๐ และเพื่อเป็นการลดการปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เพื่อปกป้องประชากรกลุ่มเปราะบางที่ได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ และส่งเสริมผลกระทบต่อสุขภาพ

กรอบแผนปฏิบัติการ

กลยุทธ์การดำเนินงาน

- **กลยุทธ์ที่ ๑** การเสริมพลัง สนับสนุนการเป็นผู้นำด้านสุขภาพของประเทศหมู่เกาะขนาดเล็กที่กำลังพัฒนา เพื่อให้มีส่วนร่วมในเวทีการเจรจาระดับโลก ตามกรอบอนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ
- **กลยุทธ์ที่ ๒** หลักฐานเชิงประจักษ์ เกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ในกลุ่มหมู่เกาะขนาดเล็ก
- **กลยุทธ์ที่ ๓** การดำเนินการ เตรียมความพร้อมเพื่อรองรับความเสี่ยงจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ โดยการสร้างภูมิคุ้มกัน และการปรับตัวให้กับภาคสาธารณสุข ในการรองรับและบรรเทาผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ
- **กลยุทธ์ที่ ๔** ทรัพยากร การเข้าถึงกองทุนด้านสุขภาพเพื่อจัดการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

ในแต่ละกลยุทธ์ได้กำหนดแนวทางการปฏิบัติ (action) และตัวชี้วัดของแนวทางปฏิบัติไว้อย่างชัดเจนเพื่อใช้ในการติดตามความก้าวหน้า และได้ถูกเสนอให้มีการรายงานความก้าวหน้าสู่สมัชชาสุขภาพโลกทุก ๒ ปี ตั้งแต่ปี ค.ศ. ๒๐๑๙-๒๐๒๕

วาระนี้เพื่อให้สมัชชาอนามัยโลกบันทึกรายงานและพิจารณาตัดสินใจดังต่อไปนี้

๑. บันทึก the plan of action on climate change and health in small island developing States
๒. เรียกร้อง DG ให้รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงาน the plan of action on climate change and health in small island developing States ใน WHA ๗๔

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- มีประเทศจำนวน ๕๔ ประเทศให้ความเห็นต่อร่างยุทธศาสตร์และร่างแผนปฏิบัติการและทุกประเทศรับ ร อ ง Draft WHO global strategy on health, environment and climate change: the transformation needed to improve lives and well-being sustainably through healthy environments และร่างแผนปฏิบัติการ Global plan of action on climate change and health in small island developing States
- หลายประเทศมีความตระหนักถึงประเด็นปัญหาผลกระทบต่อสุขภาพจากการเพิ่มขึ้นของอุณหภูมิ การเกิดพายุ น้ำท่วม ผลกระทบจากมลพิษอากาศ สารเคมี ผลกระทบต่อประชาชนกลุ่มเสี่ยง (เด็ก สตรี ผู้สูงอายุ ความเสี่ยงคนทำงานภาคการเกษตร)
- ตระหนักถึงความสำคัญของการมีระบบสุขภาพที่มีความยืดหยุ่นและตอบสนองต่อการเกิดภัยพิบัติ (Health System Resilience) และการทำงานร่วมกันในแต่ละภาคส่วน

- สหรัฐอเมริกาให้ความเห็นเกี่ยวกับการที่องค์การอนามัยโลกสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการทั้งสองแผนนี้ ควรพิจารณาว่าอาจมีความซ้ำซ้อนด้านงบประมาณหรือการดำเนินงานของหน่วยงานอื่นๆที่ได้ดำเนินการอยู่แล้ว และสหรัฐอเมริกายังเน้นประเด็นมลพิษอากาศอันเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคไม่ติดต่อ (NCDs)
- หลายประเทศขอให้องค์การอนามัยโลกสนับสนุนกรอบแผนปฏิบัติการภายใต้ยุทธศาสตร์โลกในเรื่องนี้ และให้สนับสนุนเรื่องนี้อย่างต่อเนื่อง รวมถึงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรภาคสาธารณสุขในการพัฒนานโยบายด้านสาธารณสุขในการจัดการการเปลี่ยนแปลงสภาพอากาศ

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (รวมเอกสาร WHA 72/15 และ WHA72/16)

- ประเทศไทยสนับสนุนถ้อยแถลงของบังคลาเทศ ในนามของ Regional One Voice
- ตระหนักถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ โรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อ โดยเฉพาะในประเทศหมู่เกาะขนาดเล็ก
- รับทราบและสนับสนุนการทำร่างยุทธศาสตร์โลกในด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ รวมทั้งสนับสนุนร่างแผนปฏิบัติการในการจัดการผลกระทบต่อสุขภาพจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศในประเทศหมู่เกาะขนาดเล็กที่กำลังพัฒนา
- ตระหนักถึงสาเหตุสำคัญและเป็นปัจจัยเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศคือ ผลกระทบจากมลพิษอากาศซึ่งไม่มีพรมแดน และต้องการความร่วมมือจากทุกประเทศ
- การติดตามคุณภาพอากาศและการเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพที่ครอบคลุมจะนำมาซึ่งมาตรการที่มีประสิทธิภาพ การป้องกันปัญหามลพิษอากาศต้องอาศัยความร่วมมือหลายภาคส่วนโดยเฉพาะภาคคมนาคมขนส่ง ภาคอุตสาหกรรม และภาคเกษตรกรรม

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ทุกประเทศรับทราบ Draft WHO global strategy on health, environment and climate change: the transformation needed to improve lives and well-being sustainably through healthy environments และร่างแผนปฏิบัติการ Global plan of action on climate change and health in small island developing States

ข้อเสนอต่อกระทรวงสาธารณสุข

การทำงานในระดับประเทศ

กรมอนามัย ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (กรมควบคุมมลพิษ กรมควบคุมโรค กรมอุตุฯ วิทยาลัยพยาบาล) พัฒนาระบบการติดตามตรวจสอบคุณภาพสิ่งแวดล้อม ระบบเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพ จากปัจจัยเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เช่น มลพิษอากาศ สารเคมี ชยะอิเล็กทรอนิกส์ ไปโอพลาสติก

ทำการศึกษาภาระโรค/การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพจากปัจจัยเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมทั้งที่เป็น modern and basic environmental health risks

นำร่างยุทธศาสตร์ระดับโลกฯ มาใช้เป็นแนวทางในการทำเป็นแผนปฏิบัติการระดับประเทศ เช่น แสดงบทบาทนำของหน่วยงานด้านสาธารณสุขในการขับเคลื่อนในระดับนโยบายให้เกิดการจัดการป้องกันปัญหามลพิษอากาศจากแหล่งกำเนิด

การทำงานในระดับนานาชาติ

พัฒนาระบบข้อมูลในการวัดความคืบหน้าการดำเนินงานเรื่องนี้ให้สอดคล้องกับเป้าหมายSDGs ที่กำหนดให้ ร่างแผนยุทธศาสตร์ระดับโลกฯ

เข้าร่วมการจัดทำแผนปฏิบัติการระดับภูมิภาคเพื่อรองรับแผนยุทธศาสตร์ระดับโลก

Intervention on Agenda item 11.6 Health, Environment and climate change

Delivered by Ms Panita Charoensuk

Thank you chair,

Thailand aligns ourselves with Regional statement made by Bangladesh.

We recognize the triple burden of disease, climate change, communicable and non-communicable diseases, causes high morbidity and mortality in particular Small Island Developing States.

According to current environmental risks, we have two concerns;

First, the borderless nature of air pollution affects health of population within and cross country. The severe air pollution across borders in many countries in South East Asia region requires collective measures beyond country boundary.

Chair, every breath we are taking is killing us.

Second, adequate coverage of air pollution monitoring and surveillance of health impacts, will guide effective mitigating measures at community and individual levels. Primary prevention of air pollution requires strong intersectoral collaboration, in particular transport, industry and agriculture sectors.

Thank you, Chair.

ROV on Health, Environment and Climate Change – ๑๑.๖/WHA๗๒

(Lead country- Bangladesh, Supporting country - Maldives)

Thank you Mr. Chair,

Bangladesh delivers this statement of behalf of SEA Region. We recognize that almost one quarter of the global burden of disease, and approximately ๑๓ million deaths each year, are attributable to modifiable environmental factors. Member states in South-East Asia Region are particularly vulnerable to the adverse impacts of climate change, and suffer from over ๔๐% of global mortality in health emergency conditions, particularly extreme weather events resulting from climate changes.

However, the effective preventive and preparedness measures, including early warning and evacuation systems, under the strong leadership of Bangladesh and India, are paying tremendous results as seen in the low mortality from the recent super cyclone 'FANI', the strongest cyclone in the decade.

Member States with support of WHO and partners have already laid the foundations for adapting to impacts of climate change on health. Based on the Male' Declaration, adopted in the ৭০th Regional committee session, Member States decided to further strengthen health systems resilience to climate change during the ৭১st Regional Committee and the draft regional action plan will be discussed at the ৭২nd RC this year.

South East Asia has three comments on the draft Global Strategy on Health, Environment and Climate Change:

First, there needs a balance between adaptation, mainly through health systems resilience, and mitigation actions, which are contributed by other relevant sectors. As there are major health and economic consequences from climate change, priorities should address the environmental determinants of health and introduction of primary prevention. In addition, the progress report should cover all dimensions of the challenges.

Second, the issue of mainstreaming health sector inputs in national climate change processes has yet to deserve adequate attention in the draft Global Strategy. SEA appreciates that the draft Global Plan of Action on Climate Change and Health has adequately emphasized and addressed the health issues in small islands developing states and least developed countries. We also appreciate the draft Global Plan of Action on Climate Change and Health in SIDS, giving apt emphasis on addressing health issues in national adaptation plans, national communications, and nationally determined contributions under UNFCCC.

Third, health sector can take a leading role in coordination for environmental protection through Planetary Health and Health in All Policy approaches. Resilient health systems are the key platform for effective responses to challenges from climate and environmental changes in emergency and crisis situations.

We appreciate the efforts being made by WHO regarding international climate funding mechanisms such as the Green Climate Fund and the recent development of GEF LDC funded project in ৫ SEA countries (namely, Bangladesh, Myanmar, Nepal and Timor-Leste). We request the Director-General to accelerate the process of accreditation for global climate funding mechanisms, and urge other partners to support resource mobilization and strategic deployment of resources to implement actions at country-level.

Finally, South East Asia supports the adoption of the global strategy on health, environment and climate change as well as the global plan of action on climate change and health in small island developing states as contained in A৭১/১৫ and A৭১/১৬.

Thank you Chair

Agenda 11.7: Access To Medicines, Vaccines and other Health products

A. Note the draft Road map for access to medicines, vaccines and health products

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นายวรวิช บุญยาพิษฐาน สถาบันวัคซีนแห่งชาติ
๒. เกษักรหญิงชฎาธร อินโย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
๓. เกษักรหญิงสิตานันท์ พูลผลทรัพย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
๔. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กุลจิรา อุดมอักษร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ความเป็นมาของวาระ

การยกระดับสุขภาพที่ดีของประชากรโลก (Healthier population) ถูกบรรจุอยู่ในเป้าหมายของการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable Development Goal) ข้อที่ ๓.๘ บรรลุการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage) และประเด็นด้านการเข้าถึงยาและวัคซีน (Access to medicines and vaccines) ถือเป็นหนึ่งในการบริการทางสุขภาพที่ทุกคนในโลกควรได้รับอย่างเท่าเทียม ตามข้อมติ WHA๖๗.๒๒ ซึ่งเน้นให้ประเทศสมาชิกพัฒนาและปฏิบัติตามนโยบายแห่งชาติด้านยา มีการคัดเลือกยาจำเป็น (essential drug) โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อการจัดหายาอย่างมีประสิทธิภาพในราคาที่สามารถจ่ายได้ การมีระบบการกระจายยาที่มีประสิทธิภาพ และการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอย่างเฝ้าระวัง เมื่อปี ๒๐๑๗ ในการประชุม WHA๗๐ ประเทศสมาชิกให้ความสำคัญประเด็นด้านการบริหารจัดการยาและวัคซีนทั้งระบบ อันประกอบด้วย การบริหารจัดการผู้ผลิต การส่งเสริมการผลิตยาที่มีคุณภาพทั้งในระดับประเทศและภูมิภาค การวางแผนการจัดหา การควบคุมราคาที่เหมาะสมบนหลักฐานเชิงประจักษ์ และการกระจายยาที่มีคุณภาพให้ครอบคลุมและทั่วถึงอย่างเป็นธรรม ดังนั้นในการประชุม EB๑๔๒ คณะกรรมการบริหารจึงเสนอให้จัดทำ Roadmap Report โดยการหารือร่วมกันกับประเทศสมาชิก และได้เสนอเข้าวาระการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๗๑ เมื่อปี ๒๐๑๘ ในวาระที่ WHA๗๑/๑๒ และออกเป็นมติที่ประชุม WHA๗๑(๘) ประเทศสมาชิกเห็นพ้องให้ผู้อำนวยความสะดวกการอนามัยโลก ๑) ให้ดำเนินการจัดการแผนการทำงานในประเด็นการเข้าถึงยาและวัคซีนที่สอดคล้องกับ General Programme of Work ๒๐๑๙-๒๐๒๓ (GPW) และ ๒) ให้รายงานผลการดำเนินงาน ต่อที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๗๒ เพื่อพิจารณา โดยผ่านการประชุมคณะกรรมการบริหาร ครั้งที่ ๑๔๔ ปี ๒๐๑๙

ต่อมาปลายเดือนมกราคม ๒๐๑๙ ที่ประชุม EB๑๔๔ ได้นำประเด็นสำคัญข้างต้นเข้าสู่วาระการพิจารณาและลงมติผ่านความเห็นชอบต่อ (ร่าง) Road map for access to medicines, vaccines and other health products ๒๐๑๙-๒๐๒๓ ที่ผ่านการให้คำปรึกษา แก่ไข แสด ง ข้อ คิด เห็น จากประเทศสมาชิกแล้วว่า ๖๒ ประเทศ รวมถึงมีเนื้อหาด้านการดำเนินงานด้านการเข้าถึงยาและวัคซีนที่สอดคล้อง Thirteen General Programme of Work ๒๐๑๙-๒๐๒๓ มากขึ้นแล้ว ฝ่ายเลขานุการได้ดำเนินการเพิ่มเติมในส่วนของเอกสารแนบท้ายรายงาน แสดงเนื้อหาของรายงาน road map ที่สอดคล้องกับแผนการดำเนินงานขององค์การอนามัยโลก ปี ๒๐๑๙-๒๐๒๓ อีกทั้งได้มีการเพิ่มเติมในส่วนของการคิดเห็นจากที่ประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก ครั้งที่ ๑๔๔ ให้เพิ่มเติมในส่วนของการสนับสนุนด้านการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ การประเมินผล การใช้ biosimilar ที่เหมาะสม รวมไปถึงการให้ความสำคัญด้านการเข้าถึงในกลุ่มประเทศที่มีขนาดเล็ก เป็นเกาะ และกลุ่มประเทศที่กำลังมีการสร้างความมั่นคงและการพึ่งพาตนเอง เพื่อทดแทนการขอทุนจากต่างประเทศ (transitioning from donor funding) มติที่ประชุม

กรรมการบริหาร มีคำสั่งให้ฝ่ายเลขานุการนำร่างรายงานข้างต้น เข้าสู่วาระการพิจารณา ในเดือนพฤษภาคม ๒๕๖๒ ต่อไปนี้เพื่อให้ที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๗๒ ได้พิจารณาและรับรองรายงานผลการดำเนินงานดังกล่าว ต่อไป

สาระสำคัญของวาระ

การเข้าถึงยาและวัคซีนที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และปลอดภัยสำหรับทุกคน ยังคงเป็นประเด็นสำคัญและเป็นเป้าหมายของการดำเนินงานในระบบสุขภาพของกลุ่มประชากรทุกกลุ่ม โดยเฉพาะราคา ยา วัคซีน และผลิตภัณฑ์ทางสุขภาพอื่นๆ ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ซึ่งถือเป็นอุปสรรคที่สำคัญอย่างหนึ่งต่อการเข้าถึงบริการทางสุขภาพที่จำเป็น โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาและกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำ ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๗๒ นี้ ที่ประชุมได้ชูประเด็นด้านการเพิ่มการเข้าถึงยา วัคซีน และผลิตภัณฑ์ทางสุขภาพที่จำเป็นในทุกกลุ่มประชากรทั่วโลก โดยการสนับสนุนให้องค์การอนามัยโลกดำเนินการจัดทำแผนการดำเนินงานที่สอดคล้องกับเป้าหมายของการบรรลุภารกิจการสร้างหลักประกันทางสุขภาพ และส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดีในทุกกลุ่มประชากรทุกเพศ ทุกวัย (WHO's Thirteenth General Programme of Work, ๒๐๑๙-๒๐๒๓: ensuring healthy lives and promoting well-being for all at all ages) ซึ่งประกอบด้วย ๓ ยุทธศาสตร์/เป้าหมายสำคัญที่เรียกว่า “Triple-billion goals” คือ

- ๑) ประชากรโลกเพิ่มการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หนึ่งพันล้านคน
- ๒) ประชากรโลกได้รับความคุ้มครองจากภัยคุกคามทางสุขภาพ หนึ่งพันล้านคน
- ๓) ประชากรโลกได้รับการส่งเสริมการมีสุขภาพและการเป็นอยู่ที่ดีมากขึ้น หนึ่งพันล้านคน

ทั้งนี้โดยผ่านยุทธศาสตร์หลัก ๒ ยุทธศาสตร์ด้วยกัน คือ

- ๑) Ensuring the quality, safety and efficacy of health products โดยมีกิจกรรมคือ
 - 1.1 การพัฒนามาตรฐานของการกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยการประเมิน Global Benchmarking Tools กับ WHO listed authorities
 - 1.2 Assessment of the quality, safety and efficacy/performance of health products through Pre-qualification
 - 1.3 Market Surveillance of quality, safety and performance

และ ๒) Improving equitable access to health products โดยมีกิจกรรม คือ

๑. Research and development that meets public health needs and Improves access to health products
๒. Application and management of intellectual property to contribute to innovation and promote public health
๓. Evidence-based selection and fair and affordable pricing
๔. Procurement and supply chain management
๕. Appropriate prescribing, dispensing and rational use

นอกจากนี้ ประเทศอินเดียในฐานะผู้แทนกล่าวถ้อยแถลงของประเทศในกลุ่มเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ทั้ง ๑๑ ประเทศ ได้ระบุถึงปฏิญญาเดลี ที่ลงนามโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขทั้ง ๑๑ ประเทศ ในเดือนกันยายน ๒๐๑๘ ว่าด้วยการเพิ่มการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาที่จำเป็นในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (IMPROVING ACCESS TO ESSENTIAL MEDICAL PRODUCTS IN THE SOUTH-EAST ASIA REGION AND

BEYOND) ที่มีเนื้อหาครอบคลุม แสดงถึงเจตจำนงร่วมกันในการเพิ่มการเข้าถึงยา วัคซีนและผลิตภัณฑ์ชีวภาพ อื่นๆที่จำเป็น ดังเช่นที่ปรากฏใน Draft Road map ๒๐๑๙-๒๐๒๓ แล้ว และกล่าวถึงการจัดตั้ง SEARN (South-East Asia Regulatory Network) เพื่อสร้างความร่วมมือด้านการควบคุมและประกันคุณภาพของยา วัคซีนและผลิตภัณฑ์ทางสุขภาพต่างๆในระดับภูมิภาค รวมทั้งยังมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันได้อย่างต่อเนื่องในหมู่สมาชิก (Information sharing) ในขณะเดียวกัน ประเทศในกลุ่ม SEAR ยังให้ความสำคัญกับการประกันคุณภาพ และการเพิ่มการเข้าถึงอย่างเป็นธรรม เพิ่มเติมในส่วนของการแยกต้นทุนการวิจัยพัฒนาออกจากอกราคาของผลิตภัณฑ์จากกัน เพื่อให้ราคาถูกลง เพิ่มการเข้าถึงได้มากขึ้น และ SEAR จะมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่กับการเจรจา เพื่อจัดทำร่างมติการเข้าถึงราคาและวัคซีนที่เสนอโดยอิตาลี

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ที่ประชุมได้พิจารณาเอกสาร (ร่าง) Road map for access to medicines, vaccines and other health products ๒๐๑๙-๒๐๒๓ ที่มีเนื้อหาเพิ่มการเข้าถึงยาและวัคซีน และมีหลายประเทศแสดงท่าทีให้การสนับสนุน เร่งรัดการเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ทางยาที่จำเป็นให้มากขึ้น รวดเร็ว และโปร่งใส ด้วยการพัฒนา benchmark tool สำหรับการควบคุมกำกับและประเมินคุณภาพให้มีความเข้มแข็ง ผ่านการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากองค์การอนามัยโลก และหน่วยงานนานาชาติที่เกี่ยวข้อง ท่าทีของประเทศต่างๆทั่วโลกต่างก็เห็นชอบในหลักการของ draft road map ข้างต้น เนื่องจากได้ผ่านการแจ้งเวียนผลการปรึกษาประเทศสมาชิก และผ่านที่ประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลกครั้งที่ ๑๔๔ มาแล้ว ประเด็นเพิ่มเติมโดยประเทศสมาชิกจะเป็นการกล่าวเน้นย้ำด้านการเข้าถึงยามะเร็ง ยาชนิดใหม่ โดยขอให้เน้นยาที่มีคุณภาพ มีความปลอดภัย และราคาถูก โดยต้องผ่านการเข้าถึงราคาที่เปิดเผย รวมถึงต้องมีการแสดงต้นทุนที่แท้จริงของการผลิตยา หลายประเทศสมาชิกให้ความเห็นไปในทางเดียวกันว่าประเด็นยุทธศาสตร์และกิจกรรมภายใต้ Road map นั้นมีความครอบคลุมมากเพียงพอที่จะช่วยผลักดันให้ทั่วโลกบรรลุเป้าหมายของ Universal Health Coverage ได้เร็วยิ่งขึ้น ที่ประชุมจึงมีมติเห็นชอบต่อร่าง Road map ดังกล่าว และให้องค์การอนามัยโลกได้ดำเนินการตามแผนต่อไป

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (แนว intervention ตอนท้าย)

ประเทศไทยแสดงจุดยืนต่อประเด็นด้านการเข้าถึงยาและวัคซีนในราคาที่เหมาะสม โดยเฉพาะในส่วนของยาใหม่ ยาที่ติดสิทธิบัตร และเวชภัณฑ์ทางยาอื่นๆ ประเทศไทยมีข้อเสนอให้แยกต้นทุนของการวิจัยพัฒนาออกจากต้นทุนการผลิต เพื่อให้เข้าถึงราคาที่เป็นธรรมมากที่สุด ประเด็นการเปิดเผยราคานี้ยังเป็นเรื่องที่น่าสนใจเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในสภาคองเกรสของสหรัฐฯ ที่ยังคงถกเถียงกันอยู่ ประเทศไทยแสดงความกังวลต่อประเด็นการเข้าถึงราคาที่ไม่เป็นธรรมอาจเกิดจากประเทศสมาชิกบางประเทศเหมือนจะให้ความสำคัญกับผู้ผลิตยามากกว่าเป็นห่วงการเข้าถึงของประชาชน นอกจากนี้ ประเทศไทยยังแสดงความเป็นห่วงการทำ specific laboratory testing ซึ่งมักมีราคาแพง และทำให้เกิดความล่าช้าในการนำเข้ายาใหม่ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนามานานหลายสิบปี มักพบในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องใช้กลุ่มยาจำเพาะ เช่น ยารักษาโรคมะเร็งใหม่ เป็นต้น ประเทศไทยเรียกร้องให้ประเทศสมาชิกให้ความสำคัญกับการเพิ่มการเข้าถึงการตรวจรักษา โดยมุ่งเน้นการพัฒนา และคิดค้นวิธีการตรวจรักษาแบบใหม่ หรือชุดตรวจที่มีประสิทธิภาพและราคาถูก รวมทั้งเรียกร้องให้ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกเป็นผู้นำในการสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศสมาชิกในประเด็นดังกล่าวต่อไป

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุม Committee A รับรองรายงาน (ร่าง) Road map for access to medicines, vaccines and other health products ๒๐๑๙-๒๐๒๓ ที่ผ่านความเห็นชอบจากที่ประชุมคณะกรรมการบริหาร(EB๑๔๔)

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

Road map สำหรับการเพิ่มการเข้าถึงยานี้มียุทธศาสตร์ที่มีความครอบคลุมสภาพปัญหาการเข้าถึงยาและวัคซีนในปัจจุบัน หน่วยงานของประเทศไทยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สถาบันวัคซีนแห่งชาติ องค์การเภสัชกรรม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรนำยุทธศาสตร์และกิจกรรมสำคัญภายใต้ยุทธศาสตร์นั้นมาปรับใช้กับการดำเนินงานของหน่วยงานแต่ละหน่วย ที่มีหน้าที่รับผิดชอบด้านการบริหารจัดการระบบยาและวัคซีนทั้งระบบ ทั้งการวิจัยพัฒนา การผลิต การประกันและควบคุมคุณภาพ รวมถึงการจัดจำหน่าย และการให้บริการแก่ประชาชน แผนดังกล่าวมีความชัดเจน และสามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้จริง ทั้งนี้ให้เป็นไปตามบทบาทของแต่ละองค์กร และให้มองถึงประโยชน์ของส่วนรวมเป็นสิ่งสำคัญ ต้องมีการทำงานที่ประสานกันอย่างใกล้ชิด แลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันได้ และมีการกำหนดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน

การทำงานในระดับนานาชาติ

ประเทศไทยยังต้องการความร่วมมือจากนานาชาติ รวมทั้งองค์การระหว่างประเทศด้านการพัฒนาศักยภาพของประเทศไทยในอีกหลายด้าน ภายใต้ Road map นี้มีการกำหนดแผนการสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศ องค์กรระหว่างประเทศและองค์การอนามัยโลกไว้อย่างชัดเจน ประเทศไทยสามารถแสวงหาความร่วมมือกับประเทศผู้พัฒนาแล้ว หรือให้การช่วยเหลือประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆที่ยังขาดความสามารถในการดำเนินงานที่สอดคล้องกับ Road map เป็นการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างประเทศ และอาจนำไปสู่การแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านการวิจัยพัฒนา รวมไปถึงด้านการประกันและควบคุมคุณภาพ และด้านการผลิตยาและวัคซีนจำเป็นระหว่างกันได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จะเป็นการกระจายและส่งต่อเทคโนโลยีความรู้ระหว่างประเทศทั้งในภูมิภาคเดียวกันหรือต่างภูมิภาคต่อไปได้

Intervention on Agenda 11.7 Access to Medicines, Vaccines and Health Products

Delivered by Worawit Boonyatistan, Thailand (27 May 2019)

Chair, Thailand would like to address concerns on the affordable price of the essential medicines, especially new and patented drugs and biologicals. There are some good and evidence-based proposals, like separating the R&D cost from the manufacturing cost, to ensure fair pricing. This is the essential issue which is in the drafting group.

It's also the hot issue being discussed in the US congress, which demand the drug companies to reveal their cost of R&D and manufacturing. Thailand reiterates that we must collectively tackle this issue in a fair and transparent manner, based on trust.

We are concerned that some member states act as if they are representing the interests of the drug companies, not the people.

Furthermore, chair, The cost of medical diagnosis, is also very high. The development of new cost effectiveness laboratory testing is urgently required. We would like to request

WHO-DG to lead this matter in close collaboration with relevant organizations.

Thank you chair

Agenda 11.7: Access To Medicines, Vaccines and other Health products

B.The Conference Paper ๒: Draft Resolution on Improving the transparency of markets for medicines, vaccines, and other health products

สาระสำคัญของวาระ

- วาระนี้เป็นการเสนอร่าง resolution เรื่อง price transparency โดยประเทศอิตาลี โดยเสนอเข้าเป็น conference paper ใน WHA ๗๒ เนื่องจากไม่ได้ผ่านการพิจารณาจาก executive board มาก่อน
- อิตาลีได้เสนอร่างตั้งต้น และดำเนินการ informal consultation group เพื่อปรับแก้ไขเนื้อหาในร่าง resolution ใน ๒ วันแรก และขอเปิดอภิปราย agenda ๑๑.๗ เพื่อขอให้มี formal drafting group ในวันที่ ๓ และดำเนินการแก้ไขร่าง resolution จนได้ consensus text ในวันที่ ๒๗ พฤษภาคม นับเวลาทั้งหมด ๔๒ ชั่วโมง และนำเข้า Committee A เพื่อรับรอง draft resolution ในวันที่ ๒๘ พฤษภาคม
- ประเด็นสำคัญใน resolution นี้ คือ ปัญหาราคาแพงของผลิตภัณฑ์สุขภาพ^๑ ซึ่งนำไปสู่การเข้าถึงไม่ถึงยาอย่างเท่าเทียมกับระหว่างกลุ่มประเทศสมาชิก เป็นการชะลอความก้าวหน้าไปสู่ universal health coverage ของประเทศสมาชิก
- จากการประชุม fair pricing forum ครั้งล่าสุดในแอฟริกาใต้ ได้อภิปรายว่าการเพิ่มความโปร่งใสของราคาผลิตภัณฑ์สุขภาพ (price transparency) โดยเฉพาะการ share ข้อมูลระหว่างกันเพื่อกระตุ้นให้เกิดการทำงาน และการแข่งขันของกลไกตลาด ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวในร่าง resolution นี้ หมายรวมถึง ราคา ต้นทุน ข้อมูลสิทธิบัตร และข้อมูลการศึกษาทางคลินิก
- จากการ review เพิ่มเติมเกี่ยวกับ price transparency ในมุมมองทางเศรษฐศาสตร์ไม่ได้ transparency คือ วิธีการซึ่งทำให้ผลลัพธ์เป็นการจัดซื้อที่มีประสิทธิภาพ (cost-effective procurement) และผลได้ทางสุขภาพที่ดีขึ้น
- Price transparency ในวรรณกรรมมี ๒ องค์ประกอบ คือ ความโปร่งใสในกระบวนการจัดซื้อ (transparency of procurement process) และความโปร่งใสของราคาที่ได้จากกระบวนการนั้น (transparency of the prices)
- ความโปร่งใสในกระบวนการจัดซื้อไม่ได้หมายถึงเฉพาะกฎระเบียบที่ควบคุมกำกับ แต่รวมถึงระดับของการเปิดเผยข้อมูลต่างๆ ระหว่างกระบวนการจัดซื้อ
- ส่วนความโปร่งใสของราคา คือ การเปิดเผยข้อมูลราคาที่เป็นผลลัพธ์ของกระบวนการจัดซื้อ^๒

¹ Health product include medicine, vaccines, medical devices, diagnostics, assistive product, cell and gene based therapies, and other health technologies

² Berdud, M., Chalkidou, K., Dean, E., Ferraro, J., Garrison, L., Nemzoff, C., Towse, A. (2019). The Future of Global Health Procurement: Issues around Pricing Transparency. Research Paper 19/04, Office of Health Economics.

- เนื้อหาที่บรรจุอยู่ในร่าง resolution นี้จึงเป็นการเรียกร้องให้ประเทศสมาชิกดำเนินการให้เกิดการเผยแพร่ และ share ข้อมูลราคาที่จ่ายจริง ข้อมูลสิทธิบัตร และข้อมูลการศึกษาทางคลินิก ตลอดไปจนถึง การพัฒนาศักยภาพด้านต่างๆ ของประเทศ โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนา ผ่านความร่วมมือระหว่างประเทศ ในเรื่องการวิจัย และพัฒนา การผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพ การคัดเลือก การจัดซื้ออย่างมีประสิทธิภาพการประกันคุณภาพ และการจัดการห่วงโซ่อุปทาน
- ร่าง resolution ขอให้ WHO ให้การสนับสนุนประเทศสมาชิกทั้งทางด้านเทคนิค และ platform กลาง สำหรับการ share ข้อมูลระหว่างประเทศสมาชิกในการดำเนินการตาม resolution รวมทั้งดำเนินการ และสนับสนุนการวิจัย และติดตามผลกระทบของร่าง resolution นี้ ให้มีการรายงานความก้าวหน้าของการดำเนินการตาม resolution ใน WHA ๗๔ (ผ่าน EB ๑๔๘)

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- ท่าทีของประเทศต่างๆ ในห้อง drafting มีความแตกต่างกันแบ่งออกเป็น ๒ ฝั่ง คือ กลุ่มประเทศกำลังพัฒนา และประเทศที่เป็น co-sponsor เช่น ประเทศอินเดีย แอฟริกาใต้ เคนยา บราซิล สเปน เป็นต้น กับกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว และเป็นสิ่งที่สังเกตว่า เป็นประเทศซึ่งมีอุตสาหกรรมยา หรือวัคซีนขนาดใหญ่มีมูลค่าทางการตลาดสูง เช่น เยอรมัน สหรัฐอเมริกา อังกฤษ สวิสเซอร์แลนด์ และญี่ปุ่น โดย ๒ ฝั่งจะมีความเห็นที่แย้งกันในประเด็นเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการเปิดเผยข้อมูลต้นทุน ข้อมูลราคาที่จ่ายจริง (net price) ความร่วมมือระหว่างประเทศที่ระบุว่าเป็น technology transfer
- ประเด็นของข้อมูลราคาที่จ่ายจริง (net price) ที่ประชุมได้อภิปราย เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ตรงกันว่าเป็นจำนวนที่ผู้ผลิตได้รับหลังจากหักส่วนลดทุกชนิดออกไปแล้ว อย่างไรก็ตาม ด้วยประเทศสมาชิกมีความแตกต่างของกรอบทางกฎหมาย และบริบทเฉพาะ จึงมีการเติมคำเพื่อให้เกิดความยืดหยุ่นสำหรับประเทศสมาชิกใน OP๑ ว่า ให้ดำเนินการภายใต้กรอบของกฎหมาย และบริบทของแต่ละประเทศ สำหรับความร่วมมือระหว่างประเทศที่เป็น technology transfer ก็ปรับคำพูดเป็น “open and collaborative research for development and production...”
- ประเด็นเรื่องการเปิดเผย และการ share ข้อมูลต้นทุน กลุ่มประเทศพัฒนาแล้วที่ขนาดของอุตสาหกรรมขนาดใหญ่มีท่าทีชัดเจน ว่าไม่ยอมให้มีการ share หรือเปิดเผยข้อมูล cost ทั้งที่เป็นต้นทุนการวิจัยและพัฒนา (R&D cost) ต้นทุนการศึกษาทางคลินิก (cost of clinical trial) และต้นทุนทางการตลาด (marketing cost) แต่เมื่อการเจรจายืดเยื้อ จึงมีความพยายามที่จะปรับเปลี่ยนคำใน resolution เพื่อหลีกเลี่ยงคำว่า cost เช่น “the data on input throughout/across value chain” หรือเพิ่มคำว่า “if already public or voluntarily provided” เป็นต้น ซึ่งความพยายามปรับเปลี่ยนข้อความเพื่อประนีประนอม เป็นผลให้ร่าง resolution มีความเข้มแข็งน้อยลงจนเป็นเหตุให้ประเทศ co-sponsor บางประเทศถอนตัวออกไปในตอนท้ายของ formal drafting meeting

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (แนว intervention ตอนท้าย)

ประเทศไทยมีท่าทีไปในทิศทางเช่นเดียวกับประเทศกำลังพัฒนา เช่น อินเดีย บราซิล และแอฟริกาใต้ โดยเมื่อเนื้อหาใน draft resolution ถูกทำให้อ่อนลงในหลายประเด็นโดยเฉพาะเรื่องการ share ข้อมูล cost ประเทศไทยจึง dissociate จาก draft resolution นี้เฉพาะ OP๑.๒ ซึ่งได้ระบุ “if already public or voluntarily provided” ในการ share ข้อมูล cost of clinical trial เนื่องจากมีความเป็นไปได้ที่อุตสาหกรรมอาจอ้างเนื้อหาในร่าง resolution นี้เพื่อไม่ให้ความร่วมมือ หากในอนาคตประเทศไทยโดยกระทรวงพาณิชย์ หรืออื่นๆ อาจกำหนดให้บริษัท share ข้อมูล cost ของผลิตภัณฑ์สุขภาพ

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

- ที่ประชุม Committee A พิจารณารับรองร่าง resolution นี้ โดยมี การ intervene จากทั้งหมด ๓๓ ประเทศรวมประเทศไทย
 - ไม่เกี่ยวข้องกับร่าง resolution นี้ (dissociate) : เยอรมัน อังกฤษ และฮังการี
 - Dissociate เฉพาะ paragraph: ประเทศไทย dissociate เฉพาะ OP ๑.๒
 - ที่เหลือรับรองร่าง resolution โดยมีบางประเทศมีความกังวล เรื่องการดำเนินการและการติดตามผลกระทบจาก resolution, การอภิปรายเกี่ยวกับร่าง resolution นี้ในรายละเอียดเพิ่มเติมในโอกาสต่างๆ, การดำเนินการ resolution ในบริบทที่มีความแตกต่างกัน เป็นต้น

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

- ใช้ resolution นี้เป็นประโยชน์ในการสนับสนุนให้เกิดการเปิดเผย และ share ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ สำหรับการควบคุมกำกับราคาผลิตภัณฑ์สุขภาพภายในประเทศ

การทำงานในระดับนานาชาติ

- ใช้ resolution นี้เป็นประโยชน์ในการสนับสนุนให้เกิดการเปิดเผย และ share ข้อมูลระหว่างประเทศ สมาชิกเพื่อติดตาม สถานการณ์การเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างเท่าเทียม และเป็นข้อมูลสำหรับการออกนโยบายการสนับสนุน หรือสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศที่เหมาะสม

Intervention on agenda: Approve draft resolution on Improving the transparency of markets for medicines, vaccines, and other health products (under agenda 11.7)

Delivered by Dr. Attaya (28 May 2019)

Thank you, Chair

Thailand registers the following statements as notes for record. In the records, Thailand always fights for the global interests, not our own national interests.

Thailand reiterates Universal Declaration of Human Rights; that “all human beings are born free and equal in dignity and rights”, and right to access to affordable medicines.

As mandated by the WHA Resolution on GSPOA on public health, innovation and

intellectual property; this assembly is tasked to move forward the principle of “delinking the cost of R&D from the price of medicines”.

Thailand salutes many innovations to improve access such as DNDI (drug for neglected diseases initiatives), UNITAID, MPP (medicines patent pool), GARDP (Global antibiotics research and development partnership), Medicines Transparency Alliance and Advanced Market Commitment; but these are less powerful than a strong WHA resolution on price transparency.

This Assembly needs to balance between two interests: the pharmaceutical industry and the public; Thailand maintains its position that public interests prevails.

Paragraph 1.2 as it currently stands, the voluntary nature will keep cost of clinical trial undisclosed and un-transparent. While joining consensus to Conference paper 2 Rev 1, Thailand dissociates ourselves from OP1.2 of the paper.

Thailand reserves out right to implement policies related to mandatory cost declaration within Thailand. Thank you, Chair

แนบท้าย ตารางเปรียบเทียบเนื้อหา draft resolution ฉบับแรก กับฉบับที่รับรองใน WHA 72

Draft resolution as of 2 May	Revised draft resolution as of 27 May
<p>Improving the transparency of markets for medicines, vaccines, and other health-related products and other technologies to be discussed at the Seventh-second session of the World Health Assembly to be held on 20–28 May 2019</p>	<p>Improving the transparency of markets for medicines, vaccines, and other health products</p>
<p>PP1 Having considered the Report by the Director-General on Access to medicines and vaccines (document A72/17) and its annex “Draft Road Map for access to medicines, vaccines and other health products” and the Report by the Director-General on Medicines vaccines and health products, Cancer medicines (document A72/xx), pursuant to resolution WHA70.12;</p>	<p>PP1 Having considered the Report by the Director-General on Access to medicines and vaccines³ and its annex “Draft Road Map for access to medicines, vaccines, and other health products” and the Report by the Director-General on Medicines vaccines and health products, Cancer medicines (document EB144/18), pursuant to resolution WHA70.12;</p>
	<p>PP2 Recognizing the critical role played by health products and services innovation in bringing new treatments and value to patients and healthcare systems around the world;</p>
	<p>PP3 Recognizing that improving access to medicines, vaccines and other health products and other technologies is a multi-dimensional challenge that requires action at, and adequate knowledge of, the entire value chain and life cycle, from research and development to quality assurance, regulatory capacity, supply chain management and use</p>
<p>PP2 Concerned about the high prices for new medicines, vaccines, diagnostic tests, and the unequal access and financial hardships associated with high prices; Noting with concern that the high prices of medicines impede progress for the many countries that have committed to the attainment of Universal Health Coverage (UHC);</p>	<p>PP4 Seriously concerned about the high prices for some medicines, vaccines and other health-related products and other technologies, and the inequitable access within and among Member States as well as the financial hardships associated with high prices which toward Universal Health Coverage.</p>

³ Document A72/17.

Draft resolution as of 2 May	Revised draft resolution as of 27 May
	<p>PP5 Recognizing that the types of information publicly-available on data across the value chain of health products, including prices effectively paid by different actors and costs, vary among Member States and that the availability of comparable price information may facilitate efforts towards affordable and equitable access to health products</p>
	<p>PP6 Seeking to enhance the publicly available information on the prices applied in different sectors, in different countries, the access and use of this information, while recognizing differences in health systems and different national and regional legal framework and contexts and acknowledging the importance of differential pricing</p>
<p>PP3 Reaffirming the consensus reached at the last Fair Pricing Forum in South Africa to promote greater transparency around prices of medicines, vaccines and health technologies applied in different Member States, especially through sharing of information in order to stimulate the development of healthy and competitive global markets;</p>	<p>PP7 Taking note of the productive discussions at the last Fair Pricing Forum in South Africa regarding the promotion of greater transparency around prices of health products, especially through sharing of information in order to stimulate the development of functional and competitive global markets;</p>
	<p>PP8 Noting the importance of both public and private sector funding for research and development of health products, and seeking to improve the transparency of such funding across the value chain</p>
<p>PP4 Seeking to enhance the publicly available information on the costs of manufacturing of medicines, vaccines and health technologies, and the patent landscape of medical technologies;</p>	<p>PP9 Seeking to progressively enhance the publicly available information on inputs across the value chain of health products and the public reporting of the relevant patents, their status and the availability of information on the patents landscape covering a particular health product as well as its marketing approval status</p>
<p>PP5 Noting with concern that despite the latest Declaration of Helsinki outlining the ethical imperative to make publicly available the results of all clinical trials, including negative and inconclusive as well as positive results, the public access to complete and</p>	<p>PP10 Noting the latest Declaration of Helsinki, which promotes making publicly available the results of clinical trials, including negative and inconclusive as well as positive results, and noting that public access to comprehensive data on clinical trials is important</p>

Draft resolution as of 2 May	Revised draft resolution as of 27 May
<p>comprehensive data on clinical trials is still limited, and that this in fact reduces access to knowledge that is critical for advances in science, which has direct and negative consequences on the knowledge about the safety and efficacy of medicines that are prescribed to patients;</p>	<p>for promoting the advancement in science and successful treatment of patients, while protecting personal patient information;</p>
<p>PP6 Agreeing that policies that influence the pricing of health technologies or the appropriate rewards for successful research outcomes can be better evaluated when there is reliable, transparent and sufficiently detailed data on the costs of R&D inputs (including information on the role of public funding and subsidies), the medical benefits and added therapeutic value of products;</p>	<p>PP11 Agreeing that policies that influence the pricing of health products and that reduce barriers to access can be better formulated and evaluated when there is reliable, comparable, transparent and sufficiently detailed data [FOOTNOTE] across the value chain</p>
	<p>[FOOTNOTE:including but not limited to the availability, especially in small markets, units sold and patients reached in different markets and the medical benefits and added therapeutic value of these products;]</p>
<p>OP1 URGES Member States to:</p>	<p>OP1 URGES Member States in accordance with their national and regional legal frameworks and contexts to:</p>
<p>1.1.Under take measures to publicly share information on prices and re-imburement cost of medicines, vaccines, cell and gene-based therapies and other health technologies;</p>	<p>1.1 Take appropriate measures to publicly share information on the net prices [FOOTNOTE] of health products FOOTNOTE: For the purposes of this resolution, net price or effective price or net transaction price or manufacturer selling price is the amount received by manufacturers after subtraction of all rebates, discounts, and other incentives.</p>
<p>1.2.Require that all human subject clinical trial results be reported publicly, including the costs incurred to undertake each trial and the direct funding, tax credits or other subsidies contributions received from governments;</p>	<p>1.2: Take the necessary steps, as appropriate, to support dissemination of and enhanced availability of and access to aggregated results data and, if already publicly-available or voluntarily-provided, costs from human subject clinical trials regardless of outcomes or whether the results will support an application for marketing approval, while ensuring patient</p>

Draft resolution as of 2 May	Revised draft resolution as of 27 May
	confidentiality
1.3. Require as a condition of registration for medicines, vaccines cell and gene-based therapies and other relevant technologies;	1.3 Work collaboratively to improve the reporting of information by suppliers on registered health products, such as reports on sales revenues, prices, units sold, marketing costs, and subsidies and incentives
a) Annual Reports on sales revenues, prices and units sold,	1.4. Facilitate improved public reporting of patent status information and marketing approval status of health products.
<ul style="list-style-type: none"> • b) Annual Reports on marketing costs incurred for each registered product or procedure, 	1.5. Improve national capacities, including through international cooperation, open and collaborative research for development and production of health products, especially in developing countries and low- and middle-income countries (LMICs), including for diseases that primarily affect them, as well as for product selection and cost-effective procurement, quality assurance, and supply chain management.
c) The R&D costs directly associated with each clinical trial used to support the registration of a product or procedure, separately, and	
d) All grants, tax credits or any other public sector subsidies and incentives relating to the initial regulatory approval and annually on the subsequent development of a product or procedure;	
1.4 .Improve the transparency of the patent landscape of medical technologies, using approaches that do not create barriers to generic competition through sharing complete and up to date information;	
OP2 REQUESTS the WHO Director-General to:	OP2 REQUESTS the WHO Director-General to:
2.1 Support Member States in collecting, analysing and creating standards for information on prices, reimbursement costs, clinical trials outcome data and costs for relevant policy development and implementation towards Universal Health Coverage	2.1 Continue to support Member States, upon their request, in collecting and analysing information on economic data across the value chain for health products and data for relevant policy development

Draft resolution as of 2 May	Revised draft resolution as of 27 May
(UHC);	
2.2 Create a web based tool for national governments to share information on medicines prices, revenues, R&D costs, the public sector investments and subsidies for R&D, marketing costs, and other related information;	2.2 Continue supporting Member States, especially LMICs, in developing and implementing their national policies relevant to the transparency of markets for health products, including national capacities for local production, rapid and timely adoption of generic and biosimilar products, cost- effective procurement, product selection, quality assurance and supply-chain management of health products.
2.3 Create a forum for relevant experts to develop, with industry representatives, payers, patients, charities and health NGOs, suitable options for alternative incentive frameworks to patent monopolies for new medicines and vaccines that could better serve the need of Member States to attain Universal Health Coverage and the need to adequately reward innovation;	2.2bis Support research on and monitor the impact of price transparency on affordability and availability of health products, including the effect on differential pricing, especially in LMICs and small markets, and provide analysis and support to Member States in this regard as appropriate.
2.4 Create a biennial forum on the transparency of markets for medicines, vaccines and diagnostics, to evaluate progress toward the progressive expansion of transparency.	2.3/2.4: Analyse the availability of data on inputs throughout the value chain, including on clinical trial data and price information, with a view to assessing the feasibility and potential value of establishing a web-based tool to share information relevant to the transparency of markets for health products, including investments, incentives, and subsidies.
	2.6/2.7/2.8 : Continue WHO's efforts to biennially convene the Fair Pricing Forum with Member States and all relevant stakeholders to discuss affordability and transparency of prices and costs relating to health products

Draft resolution as of 2 May	Revised draft resolution as of 27 May
	2.8bis Continue supporting the existing efforts for determining patent status of health products and promoting publicly available user-friendly patent status information databases for public health actors, in line with the Global Strategy and Plan of Action on Public Health, Innovation and Intellectual Property, and to work with other relevant international organizations and stakeholders to improve international cooperation, avoid duplication of work, and promote relevant initiatives
	2.9/2.10: Report to the WHA74 (through EB148) on progress made in implementing this resolution

Agenda 11.8 Follow-up to the high-level meetings of the United Nations General Assembly on health-related issues: Ending tuberculosis

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นายภาณุวัฒน์ นราอาจ กรมควบคุมโรค
๒. นางสาวกาญจนา ศรีชมพู สำนักบริหารแผนและงบประมาณ

สาระสำคัญของวาระ

๑. วัณโรคเป็นสาเหตุการเสียชีวิต ๑๐ อันดับแรกทั่วโลก โดยในปี ๒๕๖๐ มีการประมาณการว่ามีผู้เสียชีวิตจากวัณโรคประมาณ ๑.๓ ล้านราย ในจำนวนนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้ติดเชื้อ HIV ซึ่งสาเหตุการเสียชีวิตมาจากการติดเชื้อดื้อยา
๒. ปี ๒๕๕๕ การประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๗ มีการรับรอง Global Strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after ๒๐๑๕ หรือที่รู้จัก The End TB Strategy โดยมีการกำหนดว่าในปี ๒๕๗๘ ทั่วโลกจะต้องลดจำนวนผู้ป่วย และอัตราป่วยลงจากปี ๒๐๑๕ ร้อยละ ๙๐ และ ๙๕ ตามลำดับ
๓. ทั่วโลกพยายามดำเนินตาม The End TB Strategy โดยมีหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการลดจำนวนผู้ป่วยวัณโรค ได้มีการประชุมและสร้างเครื่องมือเพื่อมุ่งสู่การสำเร็จตามเป้าหมายดังกล่าวที่สำคัญ ดังนี้
 ๑. พหุศจิกายน ๒๕๖๐ First WHO global ministerial conference : Ending tuberculosis in the sustainable development era: a multisectoral framework ซึ่งเกิดเป็น Moscow Declaration

๒. มกราคม ๒๕๖๑ Executive Board สมัยที่ ๑๔๒ ได้มีมติเรียกร้องให้ประเทศสมาชิกดำเนินการตาม Moscow Declaration to end TB พร้อมทั้งเรียกร้องให้ประเทศสมาชิกที่ยังไม่ได้เข้าร่วมในปฏิญญาให้การสนับสนุนร่างปฏิญญาดังกล่าว
๓. กันยายน ๒๕๖๑ UNGA first high-level meeting on the fight against tuberculosis “United to end tuberculosis: an urgent global response to a global epidemic” โดยที่ประชุมได้เห็นชอบให้มี Political Declaration on the fight against tuberculosis โดยมีเป้าหมายที่สำคัญคือ การระดมทุนเพื่อการวิจัยและพัฒนาเพื่อการจัดการกับปัญหาวัณโรค
๔. รายงานสถานการณ์วัณโรคโลก ปี ๒๕๖๑ บ่งว่าทั่วโลกไม่ได้มุ่งมั่นที่จะบรรลุเป้าหมายดังกล่าว เนื่องจากอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคทั่วโลก ไม่ได้บรรลุตามที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ ๘๕% รวมทั้งมีรายงานผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาเพิ่มขึ้น โดยผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา จำนวน ๔ คน ได้รับการวินิจฉัยและรักษาตามแนวทางแค่ ๑ คน เท่านั้น

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

๑. ตระหนักว่าวัณโรคเป็นภัยทางสาธารณสุขโรคที่สำคัญ จำเป็นต้องรีบดำเนินการแก้ไข ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างเคร่งครัด
๒. ให้มีการดำเนินการตาม Multisectoral Accountability Framework เพื่อกระตุ้นให้ทุกประเทศสามารถดำเนินการยุติปัญหาวัณโรคได้ตาม Ending TB Strategy ภายในปี ๒๕๗๓ รวมทั้งปฏิบัติตาม Political Declaration จากที่ประชุม UNGA HLM อย่างต่อเนื่องด้วย
๓. ประเด็นที่หลายประเทศพูดถึงคือ การเพิ่มความครอบคลุมทางด้านประกันสุขภาพให้แก่ประชาชน และเรียกร้องให้องค์การอนามัยโลก และประเทศสมาชิกระดมทุนเพื่อการวิจัยและพัฒนาเพื่อนำมาซึ่งนวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อใช้ในการตรวจจับ วินิจฉัย และการรักษาโรควัณโรค

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยเห็นความสำคัญของการควบคุมวัณโรค และรับเป็นปัญหาที่ต้องดำเนินการแก้ไขในระดับชาติ โดยเน้นย้ำองค์การอนามัยโลกและประเทศสมาชิกใน ๓ ประเด็นสำคัญดังนี้

๑. เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนรวมถึงปัญหาโรควัณโรค โดยเน้นไปที่กลุ่มด้อยโอกาสและชายขอบ สำหรับต่างด้าวควรมีการระดมทุนเพื่อให้การช่วยเหลือให้คนกลุ่มนี้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้อย่างเท่าเทียม
๒. ควรมีการพัฒนาเครื่องมือการคัดกรอง วินิจฉัย และ Drug sensitivity Test โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง
๓. องค์การอนามัยโลก และประเทศสมาชิกควรเพิ่มการระดมทุนในการวิจัยด้านวัณโรคให้มากขึ้น และเพิ่มการมีส่วนร่วมของทุกภาคีเครือข่าย เพื่อช่วยกันหยุดยั้งปัญหาวัณโรค

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมเห็นชอบต่อทุกความเห็นของประเทศสมาชิก เพื่อร่วมกันดำเนินการแก้ไขปัญหาวัณโรคตาม Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after ๒๐๑๕ โดยให้ดำเนินการตาม Multisectoral Accountability Framework และ Political Declaration

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค ดำเนินการตาม Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after ๒๐๑๕ โดยให้ดำเนินการตาม Multisectoral Accountability Framework และ Political Declaration เพื่อเป็นเครื่องมือสู่เป้าหมายการหยุดยั้งปัญหาวัณโรค

การทำงานในระดับนานาชาติ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องของกระทรวงสาธารณสุขควรมีการพูดคุยเรื่องปัญหาต่างด้าว ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพในเวทีระดับนานาชาติเพื่อร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา เนื่องจากกลุ่มดังกล่าวเป็นกลุ่มที่มีอัตราป่วยสูง ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาจะทำให้เกิดการระบาดในวงกว้าง

Intervention on agenda 11.8 Follow-up to the high-level meetings of the United Nations General Assembly on health-related issues: Ending tuberculosis

Delivered by Mr. Panuwat Naraart (24th May 2019)

Thank you, Chair

Thailand commits ourselves to ending TB as an urgent national response. We emphasizes three crucial points for ending TB.

First, we need to move towards universal access to affordable health services including TB. High priority should be given to vulnerable and marginalized groups. For the migrants, all development partners should mobilize resources to support access. Several countries including Thailand had introduced migrant health insurance financed by employees and or employers.

Second, the global tuberculosis report indicates the decline in progress in particular the low level of treatment success rate. This decline contributes to increase MDR-TB/XDR-TB. This is the barrier to achieve the ending TB targets, increased cost of treatment and mortality. Efforts should be given to improving diagnostic tools, drug sensitivity test and systematic screening for contacts, especially in high-risk groups, and ensure treatment adherence.

Third, WHO needs to mobilize sufficient and sustainable funding for tuberculosis research. Member states should invest in TB research through capacity-building and building up multi-sectoral partnerships.

Thank you, Chair

Agenda 11.8 Follow-up to the high-level meetings of the United Nations General Assembly on Health Related issues Antimicrobial Resistance

ผู้รับผิดชอบวาระ

๑. เกษัชกรหญิงชฎาธร อินโย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
๒. ผศ. ดร. เกษัชกรหญิงกุลจิรา อุดมอักษร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สาระสำคัญของวาระ

รายงานผลการดำเนินงานตามมติการประชุมระดับสูงขององค์การสหประชาชาติเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านสุขภาพในประเด็นการดื้อยาต้านจุลชีพ ตามข้อมติของที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกที่ WHA๖๘.๗ Global Action Plan on Antimicrobial Resistance และข้อมติของที่ประชุมองค์การสหประชาชาติที่ ๗๑/๓(๒๐๑๖) สนับสนุนการดำเนินร่วมระหว่าง WHO, FAO และ OIE ตาม Global Action Plan ข้อมูลแบ่งออกเป็นความคืบหน้าในระดับต่างๆ ดังนี้

๑) ความคืบหน้าการดำเนินงานในระดับประเทศ

■ ข้อมูล ณ เดือนมกราคมปี ๒๐๑๙ ๑๑๗ ประเทศมีแผนดำเนินงานระดับชาติ ๖๒ ประเทศอยู่ระหว่างการพัฒนา WHO, FAO และ OIE รวมจัดทำกรประเมินผลการดำเนินงานด้วยตนเอง (Self-Assessment Survey) ในปี ๒๐๑๖ โดย ๑๕๔ เข้าร่วมการประเมิน ข้อสรุปจากการประเมิน ดังนี้

- ๑) ๕๐% ของประเทศทั้งหมดมีคณะทำงานร่วมจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งคน สัตว์ และพืช และมีการทำงานอย่างต่อเนื่องใน ๕๓ ประเทศ
 - ๒) ๑๒๕ ประเทศ มีแผนงานเฝ้าระวังความเสี่ยงยาต้านจุลชีพต่อสุขภาพมนุษย์ แต่ยังคงต้องการการสนับสนุนเฝ้าระวังในระดับโลก รวมถึงขยายไปยังสัตว์และพืช
 - ๓) แม้ว่า ๑๐๕ ประเทศจะมีแผนงานเฝ้าระวังยาต้านจุลชีพ แต่มีบางส่วนเท่านั้นที่เข้าร่วม Global Antimicrobial Surveillance System (GLASS) โดย ๔๐% ดำเนินแผนการเฝ้าระวังในสัตว์ และพืช
 - ๔) ๙๐ ประเทศมีแผนงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ
 - ๕) ๑๒๓ ประเทศมีนโยบายจ่ายยาต้านจุลชีพโดยใช้ใบสั่งแพทย์ ๖๔ ประเทศจำกัดการใช้ยาต้านจุลชีพสำหรับใช้กระตุ้นการเจริญของสัตว์และพืช
- การประเมินด้วยตนเองมีข้อจำกัดหลายอย่าง แต่ผลการประเมินก็มีความสอดคล้องกับการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ (Joint External Evaluation)

๒) ความคืบหน้าการดำเนินการตาม Global Action Plan

เป้าหมายที่ ๑ เสริมสร้างความตระหนักรู้และความเข้าใจเรื่องการดื้อยาต้านจุลชีพโดยการให้ความรู้การฝึกอบรม และการสื่อสารที่มี ประสิทธิภาพ

- กิจกรรมรณรงค์การดื้อยาต้านจุลชีพเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี ๒๐๑๕ และดำเนินต่อเนื่องทุกภูมิภาค ได้รับการตอบรับจากประเทศสมาชิกเป็นอย่างดี ประเทศสมาชิกร่วม ๑๓๑ ประเทศ ๕๐๐ งานรณรงค์
- มีการประชุมหารือผู้เชี่ยวชาญด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมให้ความคิดเห็นกับผู้แทนจาก FAO และ OIE และได้ผลลัพธ์เป็นโครงการนำร่องในปี ๒๐๑๙ นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาสมรรถนะและความรู้ของบุคลากรด้านสาธารณสุขการแก้ไขปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ

เป้าหมายที่ ๒ สร้างความเข้มแข็งทางความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์โดยการเฝ้าระวังและการวิจัย

- ระบบการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยา (Global Antimicrobial Resistance Surveillance System: GLASS) จัดตั้งขึ้นในปี ๒๐๑๕ เพื่อรวบรวมวิเคราะห์ แลกเปลี่ยนข้อมูลเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ จากรายงาน GLASS ในเดือนมกราคม ๒๐๑๙ พบว่ามีประเทศเข้าร่วมระบบนี้เพิ่มขึ้น ๕๗%
- GLASS ให้การสนับสนุนประเทศที่ขาดแคลนทรัพยากรเพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวัง และพัฒนาระบบ GLASS-EAR เพื่อสนับสนุนการตรวจจับ การประเมินความเสี่ยง และระบบเฝ้าระวังใน

ระดับประเทศด้วย ในปีหน้าจะสิ้นสุดขั้นเริ่มต้นของ GLASS จึงจะมีการทบทวนระบบใหม่ โดยพัฒนาระบบฐานข้อมูลลำดับโมเลกุลทางเลือกในการทำให้การเฝ้าระวังง่ายขึ้น นอกจากนี้ยังมีการร่วมมือกับหน่วยงานด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อพัฒนาระบบ GLASS ให้มีประสิทธิภาพ

เป้าหมายที่ ๓ ลดการติดเชื้อ โดยเสริมสร้างสุขอนามัย การรักษาความสะอาด และการป้องกันโรค

- การป้องกันการติดเชื้อมีความสำคัญต่อการลดความต้องการในการใช้ยาต้านจุลชีพ และควบคุมการแพร่กระจาย ข้อแนะนำของ WHO ในปี ๒๐๑๖ จะพัฒนาแนวทางการป้องกันและควบคุม Carbapenam-resistant Enterobacteriaceae, Acinetobacter baumannii และ Pseudomonas aeruginosa
- Global guideline สำหรับการป้องกันการติดเชื้อในบริเวณทำหัตถการจัดทำขึ้นในปี ๒๐๑๖ ในปี ๒๐๑๙ จะมีการปรับปรุง และเพื่อติดตามผลการดำเนินงาน WHO จัดทำระบบติดตามประเมินผล และสำรวจข้อมูลเพื่อประเมินสถานการณ์ในระดับโลก รวมไปถึงป้องกันการติดเชื้อผ่านทางระบบ WASH และขยายการป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพโดยการใช้วัคซีน

เป้าหมายที่ ๔ ใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมทั้งในมนุษย์และ สัตว์

- การจัดประเภทยาปฏิชีวนะในบัญชียาจำเป็นฉบับใหม่เป็น ๓ ระดับ ตามระบบ AWaRe ประกอบด้วย (๑) กลุ่ม Access คือกลุ่มที่ต้องสามารถเข้าถึงได้ตลอดเวลา (๒) กลุ่ม Watch คือกลุ่มที่แนะนำให้ใช้เฉพาะเมื่อจำเป็น หรือเฉพาะโรคเท่านั้น (๓) กลุ่ม Reserve คือสำหรับเก็บไว้ใช้ในกรณีที่ยาชนิดอื่นไม่สามารถใช้ได้ ยาใหม่ที่จะเข้าสู่กระบวนการขึ้นทะเบียนจะต้องผ่านการจัดประเภท นอกจากนี้ยังได้ปรับเปลี่ยนรายการยาในกลุ่ม CIA สำหรับรายการยาที่จะมีการปรับปรุงในปี ๒๐๑๙ WHO จะร่วมมือกับ FAO เพื่อจัดประเภทโดยคำนึงถึงผลกระทบต่อห่วงโซ่อาหาร
- การสนับสนุนการดำเนินงานตาม Stewardship programme โดยการจัดทำเครื่องมือแนวทางการดำเนินงานสำหรับประเทศ LMIC เสร็จเรียบร้อยแล้ว และเพื่อการทำงานร่วมกันระหว่าง ๓ หน่วยงาน Global framework จะถูกพัฒนาเป็น Overarching framework โดยประเทศสมาชิกขอให้มีการจัดประชุมเพื่อหารือกับผู้เชี่ยวชาญและ ad hoc interagency on AMR อีกครั้ง
- รายงานการใช้ยาปฏิชีวนะใน ๖๕ ประเทศ ซึ่งถือเป็นฉบับแรกเผยแพร่ในปี ๒๐๑๘ นำเสนอความท้าทายในอนาคตที่จะเกิดขึ้น ในปี ๒๐๑๙ WHO พัฒนาแนวทางในการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังให้การสนับสนุนการจัดทำเครื่องมือเพื่อเก็บข้อมูลการใช้ยาปฏิชีวนะในระดับประเทศ

เป้าหมายที่ ๕ พัฒนาระบบการลงทุนที่ยั่งยืนที่ตอบสนองความจำเป็นของทุกประเทศรวมทั้งเพิ่มการลงทุนในการวิจัยและ พัฒนายาใหม่ เครื่องมือวินิจฉัยโรค วัคซีน และอื่นๆ

- Global antibiotic development partnership การส่งเสริมการพัฒนายาชนิดใหม่สำหรับรักษาการติดเชื้อในเด็กแรกเกิดและจัดทำงานวิจัยใน ๑๑ ประเทศเกี่ยวกับเพื่อหาแนวทางการพัฒนายาใหม่ การรวบรวมข้อมูลของการพัฒนายาต้านเชื้อแบคทีเรียที่ไม่ประสบความสำเร็จหรือถูกละทิ้งเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับพัฒนายาใหม่ และการจัดทำแผนสำหรับการจัดลำดับการวิจัยและพัฒนายาและวัคซีนชนิดใหม่

- ในปี ๒๐๑๗ รายการแบคทีเรียที่มีการดื้อยาและส่งผลกระทบต่อมนุษยชาติมากที่สุดถูกจัดทำเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนายาและวัคซีนชนิดใหม่ และนำไปสู่การสนับสนุนงบประมาณเพื่อการวิจัยและพัฒนา โดยในปี ๒๐๑๙ ยังมีการวิเคราะห์ยาต้านจุลชีพที่มีการศึกษาในขั้น Pre-Clinical และ Clinical นอกจากนี้เพื่อเป็นการสนับสนุนการพัฒนาเครื่องมือในการวินิจฉัยเชื้อดื้อยา การวิเคราะห์เทคโนโลยีที่มีประเทศในกลุ่ม LMIC จัดทำขึ้นเพื่อหาความต้องการในการพัฒนา
- การดื้อยาต้านจุลชีพ: เอชไอวี วัณโรค มาเลเรีย โรคเฉพาเขตร้อน และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
 - วัณโรค จากรายงาน Global tuberculosis report ๒๐๑๘ พบว่าเชื้อดื้อยารักษาวัณโรคเป็นปัญหาสำคัญ และมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลแนวทางการรักษา Multidrug และ Rifampin resistance โดยปรับเปลี่ยนยารักษา เช่น การใช้ bedaquiline และทดแทนยาฉีดทั้งหมดด้วยยารับประทาน
 - มาเลเรีย Global technical strategy for malaria ๒๐๑๖ – ๒๐๓๐ สนับสนุนการคัดเลือกยาที่เหมาะสมในการรักษามาเลเรีย มีกำกับติดตามประสิทธิภาพในการรักษาเพื่อปรับปรุงยุทธศาสตร์ภายใต้แผนดังกล่าว
 - HIV และ AIDs เพื่อประสิทธิภาพและลดการดื้อยา WHO ได้จัดทำ WHO's HIV Drug Resistance Report เพื่อชี้ให้เห็นถึงแนวโน้มของการดื้อยาต้าน HIV และมีแนวทางในการควบคุมให้การใช้อยามีประสิทธิภาพ
 - โรคเฉพาเขตร้อน เพื่อขยายผลการรักษาที่พบว่าได้ผลดีใน Sub-Saharan และ South-East Asia คณะทำงานควบคุมโรคเฉพาเขตร้อนจึงจัดทำขึ้นเมื่อปี ๒๐๑๑ เพื่อขยายผลการแก้ไขปัญหาการดื้อยาฆ่าพยาธิ และการดื้อยาของพยาธิที่ติดต่อทางดิน สำหรับในสัตว์ปัจจุบันกำลังเป็นปัญหาที่รุดดำเนินการ
 - หนองใน สถานการณ์ปัจจุบันพบว่าการดื้อยาเพิ่มมากขึ้น ทำให้ยาที่สามารถใช้เพื่อการรักษาลดลง และกลายเป็นโรคที่มีการดื้อยาหลายประเภทโดยยารักษาชนิดสุดท้าย ยาฉีด Cephalosporin กับยาฆ่าเชื้อแบคทีเรีย Penicillin Sulfonamide Tetracyclines Quinolones และ Macrolines นอกจากนี้ WHO ยังมีแนวทางการรักษาสำหรับโรคอื่น (Syphilis, Gonorrhoea และ Chlamadia)
- ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง: FAO/OIE/WHO

มีการลงนามความเข้าใจร่วมกันในเดือนพฤษภาคม ๒๐๑๘ เพื่อขับเคลื่อนและนำไปสู่การพัฒนาแผนปฏิบัติการร่วมในปี ๒๐๑๘ – ๒๐๒๐ ซึ่งมีประเด็นยุทธศาสตร์ร่วมกัน ๕ ประเด็น ๒๐ ผลผลิต นอกจากนี้ยังเห็นถึงความสำคัญของโครงการสิ่งแวดล้อมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Environment Programme) ทำให้เกิดเป็นความร่วมมือแบบ Tripartite plus ซึ่งจะดำเนินการรายงานสถานการณ์เชื้อดื้อยาระดับโลกในปี ๒๐๑๙
- ประเด็นความท้าทายอื่นๆ ที่เกิดขึ้น

จากการวิเคราะห์ความท้าทายในประเด็นการดำเนินงานระดับประเทศและประเด็นที่เป็นผลต่อความสำเร็จประกอบด้วย

 - ๑) การจัดลำดับความสำคัญและการดำเนินการ

- ๒) การทำงานแบบสหสาขาและระบบสุขภาพหนึ่งเดียว
- ๓) การกำกับติดตาม
- ๔) การรักษาความสำคัญของประเด็นในระดับประเทศ
- ๕) การเพิ่มความร่วมมือของภาคประชาสังคม เอกชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

■ ประเด็นฉุกเฉินอุบัติใหม่

การดื้อยา Carbapenam ของแบคทีเรียแกรมลบถือเป็นประเด็นสำคัญอุบัติใหม่ที่สำคัญ ซึ่งรวมถึง การดื้อยา Carbapenam ต่อ Enterobacteriaceae โดยยาที่ยังสามารถใช้รักษาได้ยังคงจำกัด และส่งผลต่อการตายของผู้ป่วย การแก้ไขปัญหาต้องการความร่วมมือจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้ง WHO ทั้ง ๓ ระดับ ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งต้องการการบริหารจัดการเพื่อแก้ไขปัญหาแบบองค์รวม และป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นทั้งระบบร่วมกับภาคสิ่งแวดล้อม

การดำเนินงานโดยที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกขอให้อำนาจ Resolution EB๑๔๔.R๑๑ ซึ่งผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลกครั้งที่ ๑๔๔ เรียบร้อยแล้ว

ท่าทีของประเทศสมาชิก

- มีประเทศสมาชิกจำนวนมากให้ความเห็นต่อวาระนี้โดยส่วนใหญ่นำเสนอการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ของประเทศ (National Action Plan) ที่จัดทำขึ้นโดยมีความเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์โลก (Global Action Plan) บนพื้นฐานของระบบสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health Approach)
- ประเทศสมาชิกหลายประเทศเช่น Costa Rica, USA, Denmark, Japan, New Zealand, Australia สนับสนุนให้องค์การอนามัยโลกดำเนินการตามข้อเสนอแนะของ UN Interagency Coordination Group (IACG) on Antimicrobial ในทุกประเด็น โดยสำหรับประเทศไทย เน้นใน ๒ ประเด็นคือเรื่อง a) Accelerate Progress within the Countries และ d) Invest in a sustainable response
- ประเด็นด้านการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังของผลิตภัณฑ์ยาต้านจุลชีพเป็นประเด็นที่ต้องมีการพัฒนาเพื่อให้ระบบมีความแข็งแกร่ง หลายประเทศประกอบด้วย China, Jamaica, Pakistan, Australia, Tunisia ขอให้พัฒนาระบบให้มีความเข้มแข็ง และร่วมมือกับภาคสิ่งแวดล้อมเพื่อให้การเฝ้าระวังครอบคลุมทั้งระบบ
- ประเทศสมาชิกหลายประเทศให้ความสำคัญกับการส่งเสริมความตระหนักในการใช้ยาต้านจุลชีพ มีการเข้าร่วม Antibiotic Awareness Week เช่น กลุ่มประเทศ SEARO มีประเทศสมาชิก ๑๐ ใน ๑๑ ที่เข้าร่วมกิจกรรม
- ประเด็นในภาพรวมที่ต้องการให้องค์การอนามัยโลกสนับสนุนประกอบด้วย การสนับสนุนทางการเงินอย่างต่อเนื่อง และการสนับสนุนการทำงานร่วมกันในทุกภาคส่วนทั้ง คน สัตว์ พืช และสิ่งแวดล้อมที่ต้องการการเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้นทั้งในระดับโลก และในระดับประเทศ
- ผู้ช่วยผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกด้านการดื้อยาด้านจุลชีพคือ Professor Hanan H. Balkhy, Assistant Director-General, Antimicrobial resistance กล่าวในที่ประชุมว่า การดื้อยาด้านจุลชีพเป็นประเด็นหลักในการดำเนินงานตาม ๑๓th General Programme of Work และเป็นความท้าทายในการบรรลุเป้าหมายที่ยั่งยืน โดยทางฝ่ายจะนำข้อเสนอแนะ IACG ไปปรับปรุงการทำงานต่อไป

ท่าทีของประเทศไทย

- **ชื่นชม** ความพยายามในการแก้ไขปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพ ซึ่งมีความคืบหน้าทั้ง ๕ ยุทธศาสตร์ภายใต้แผนดำเนินการระดับโลกเรื่องการดื้อยาต้านจุลชีพ (Global Action Plan on Antimicrobial Resistance)
- **ห่วงกังวล** การผลักดันการแก้ไขปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพ ในประเทศที่ยังอยู่ในระยะพัฒนาแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติ (National Action Plan on Antimicrobial Resistance) ระยะเวลาที่ล่วงไปส่งผลกระทบทางตรงต่อการแก้ไขปัญหาอย่างครอบคลุมและเท่าทันต่อสถานการณ์ และทางอ้อมต่อความสำคัญของประเด็นในเชิงนโยบายซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการผลักดันให้เกิดระบบในประเทศได้สำเร็จ
- **เล็งเห็น** ความสำคัญของข้อเสนอแนะ Ad hoc Interagency Coordinating Group on Antimicrobial Resistance (IACG) ที่จะนำเสนอในการประชุม UNGA เพื่อเป็นแนวทางการแก้ไขปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

จากการพิจารณาข้อเสนอแนะดังกล่าว ร่วมกับรายงานผลการดำเนินงานฉบับนี้ ประเทศไทยมีความคิดเห็นดังนี้

- ๑) การเร่งให้เกิดความคืบหน้าเพื่อแก้ไขปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศบนพื้นฐานของระบบสุขภาพหนึ่งเดียว มีความสำคัญมากที่สุด ปัจจุบันมีประเทศที่อยู่ระหว่างการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติอยู่ถึง ๓๕% ซึ่งต้องการการช่วยเหลือ การวิเคราะห์ประเด็นและจัดลำดับความสำคัญของเป้าหมายที่ชัดเจนในระดับประเทศจะช่วยส่งเสริมให้แก้ไขปัญหาได้ประสบผลสำเร็จ
 - ๒) การลงทุนในระบบเป็นปัจจัยสำคัญเพื่อแก้ไขปัญหาที่ยั่งยืน รวมถึงการลงทุนในการพัฒนาผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ชนิดใหม่เพื่อใช้ในอนาคต ซึ่งต้องอาศัยแรงจูงใจบนพื้นฐานความจำเป็น โดยปราศจากผลประโยชน์ทับซ้อน
- **คาดหวัง** การดำเนินการบนพื้นฐานความร่วมมือของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ซึ่งรวมถึงสิ่งแวดล้อมที่ต้องประสานความร่วมมือให้มากขึ้นในทุกกระดับ

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ประเทศสมาชิกรับทราบรายงานที่ A72/18 และรับรองข้อมติที่ EB144.R11

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

การทำงานในระดับประเทศ

ประเทศไทยมีความคืบหน้าในการแก้ไขปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพโดยมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติมาตั้งแต่ปี ๒๕๕๖ และมีความคืบหน้าการดำเนินงานด้านยุทธศาสตร์ การผลักดันความคืบหน้าต่อไปภายในประเทศเป็นเรื่องสำคัญ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการแก้ไขปัญหา นอกจากนี้ความร่วมมือในทุกภาคส่วนโดยเฉพาะภาคสิ่งแวดล้อมภายในประเทศเป็นสิ่งที่ต้องพัฒนาต่อไป

การทำงานในระดับนานาชาติ

องค์การอนามัยโลก และหน่วยงานอื่นๆ ทั้งในระดับโลก และภูมิภาค ทั้งภาครัฐและเอกชนมีเครื่องมือเพื่อนำมาใช้สนับสนุนให้การแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น IACG ซึ่งเป็นหน่วยสนับสนุนที่จัดตั้งขึ้นเพื่อวิเคราะห์

ช่องว่างในการทำงาน มีข้อมูลวิเคราะห์แนวทางเพิ่มประสิทธิภาพการแก้ไขปัญหา ซึ่งในระดับนานาชาติควรนำมาใช้เป็นแนวทางประกอบการแก้ไขปัญหาต่อไป

Intervention on Agenda 11.8 Follow-up to the high-level meetings of the United Nations General Assembly on Health Related issues Antimicrobial Resistance

Delivered by Miss Chadathorn Inyai

Thank you, Chair.

Thailand appreciates the progresses have been made in all 5 strategic objectives under the GAP AMR, including response to emergency threats.

We are highly concerned on policy driving in the countries which are on-process of developing National Action Plan. The time elapses between global policy issuing and national policy establishing is a major obstacle for building a complete national system. Continuing political commitment requires WHO's assistance to sustain the national responses.

We also recognize the introducing recommendations from IACG. Considering such recommendation together with this report, two important actions was highlighted;

- 1) First, accelerating the progress within the countries is primary. Condition analysis and obstacle identification are needed to expedite furtherance.
- 2) Second, financial support is critical for advancing the global response, particularly innovation development. Appropriate investment on the basis of transparency is necessary for effective operation.

Thailand expects to see further improvement on stakeholder engagement, especially environmental sector.

Finally, to overcome the hindrances, Thailand aligns ourselves with the South-East Asia regional one voice statement and fully supports the draft resolution EB144.R11 on Antimicrobial resistance. Thank you, Chair.

Agenda 11.8 Follow-up to the HLM of UNGA on health-related issues: Prevention and control of NCDs

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นางสาวมลิินทร์ สาครสินธุ์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
๒. นางสาวสินินาถ หวังดี สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
๓. ดร. เกษักรหญิงอรทัย วลีวงศ์ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

สาระสำคัญของวาระ

- วาระนี้เป็นวาระการรายงานตามมติ WHA๗๑.๒ Preparation for the ๓rd High Level Meeting United Nations General Assembly (HLM UNGA) on NCDs, ๒๐๑๘ ซึ่ง “ร้องขอให้ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกรายงานต่อที่ WHA ๗๒ ผ่านการประชุมคณะกรรมการองค์การอนามัยโลกถึงผลลัพธ์จากการประชุมระดับสูงของสมัชชาสหประชาชาติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อและการติดตามงาน”
- ที่ประชุม EB๑๔๔ (มกราคม ๒๕๖๒) ได้รับรองรายงานวาระการติดตามงานของ the ๓rd HLM UNGA on NCDs เอกสารรายงาน EB๑๔๔/๒๐ โดยจะขอให้รับรองรายงานฉบับนี้ในที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๗๒ ผ่านการให้ประเทศรับรองรายงานตาม A๗๒/๑๙ และรับรอง Decision EB๑๔๔(๑)

สาระสำคัญของเอกสารหลัก A๗๒/๑๙

ผลลัพธ์จากที่ประชุม the ๓rd HLM UNGA on NCDs Political Declaration ๒๐๑๘ ที่เป็นผลลัพธ์จากที่ประชุม the ๓rd HLM UNGA on NCDs ที่ได้จัดขึ้นภายใต้หัวข้อ “Time to deliver: Accelerating our response to address NCDs for the health and well-being of present and future generations” ได้ถูกรับรองโดยสมัชชาเมื่อวันที่ ๑๐ ตุลาคม ๒๐๑๘ มีใจความสำคัญ ดังต่อไปนี้

- ส่งเสริมกิจกรรมที่จะสร้างความตระหนักต่อ NCDs เพื่อนำไปสู่การบรรลุเป้าหมาย SDG ที่ ๓.๔
- การเพิ่ม ๑๔ ประเด็นความมุ่งมั่นใหม่จากผู้นำของประเทศและรัฐบาลหรือตัวแทน เพิ่มเติมต่อจาก Political Declaration ๒๐๑๔ และมติฉบับก่อนหน้า
- ขยายขอบเขตความมุ่งมั่นในการจัดการจากการจัดการ ๔ โรคไม่ติดต่อหลักและ ๔ ปัจจัยเสี่ยงหลัก (๔x๔ NCD agenda) ให้ครอบคลุมถึง “การลดปัญหามลภาวะทางอากาศ” และ “การสร้างเสริมสุขภาพจิตและสุขภาพ” ซึ่งจะเรียกเป็น “๔x๕ NCD agenda”
- ร้องขอให้ “เลขานุการกลาง (โดยผ่านกระบวนการปรึกษาหารือกับประเทศสมาชิก และร่วมมือกับองค์การอนามัยโลกและแหล่งเงินทุนสนับสนุน โปรแกรม และหน่วยงานผู้เชี่ยวชาญต่างๆ ภายใต้ระบบของสหประชาชาติ) ส่งรายงานความก้าวหน้าและผลที่ทำสำเร็จแล้วต่อสมัชชาสหประชาชาติเพื่อให้ประเทศสมาชิกพิจารณา ภายในปี ๒๐๒๔” ทั้งนี้ เพื่อเป็นการเตรียมการสำหรับการประชุม the ๔th HLM UNGA on NCDs ที่จะเกิดขึ้นในปี ๒๐๒๕

สาระสำคัญของ Decision EB๑๔๔(๑)

เอกสารนี้เป็น Decision ที่ที่ EB๑๔๔ เสนอให้ที่ประชุม WHA๗๒ รับรอง โดยสาระสำคัญของเอกสารนี้ได้แก่

- การปรับวัตถุประสงค์ของ Global action plan for the prevention and control of NCDs ๒๐๑๓-๒๐๒๐ และ WHO comprehensive mental health action plan ๒๐๑๓-๒๐๑๐ ให้สอดคล้องกับเป้าหมาย SDG ๓.๔ ว่าด้วยการลดการตายจาก NCDs โดยการป้องกัน รักษา และสร้างเสริมสุขภาพจิตและสุขภาพ และเป้าหมายและตัวชี้วัดระดับโลกอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และปรับขยายเวลาของแผนปฏิบัติการไปเป็นปี ๒๐๓๐ เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมาย SDGs ที่จะบรรลุในปี ๒๐๓๐
- การเรียกร้องให้ DG ดำเนินการดังต่อไปนี้
 - (a) เพิ่มข้อมูลที่ทันสมัยตามหลักวิชาการในเอกสารแนบภาคผนวกของแผนปฏิบัติการระดับโลกฯ ทั้งสองข้างต้น ตามความเหมาะสมโดยผ่านกระบวนการปรึกษาหารือกับประเทศสมาชิก และพิจารณาความ

คิดเห็นจากผู้มีส่วนได้เสียอื่น ๆ เพื่อเป็นไปเพื่อการบรรลุเป้าหมาย SDG ๓.๔ และเป้าหมายและตัวชี้วัดระดับโลกที่เกี่ยวข้อง

- (b) พัฒนาข้อมูลเกี่ยวกับรายการข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและมาตรการที่มีประสิทธิผลเพิ่มเติมจากงานที่กำลังดำเนินการอยู่ เพื่อสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพจิตและสุขภาพ เพื่อพิจารณาต่อในการประชุม WHA ในปี ๒๐๒๐
- (c) พัฒนาข้อมูลเกี่ยวกับรายการข้อเสนอแนะทางนโยบายและมาตรการที่มีประสิทธิผลเพิ่มเติมจากงานที่กำลังดำเนินการอยู่ เพื่อสนับสนุน การลดการตายจากโรคไม่ติดต่อที่มีสาเหตุมาจากมลพิษทางอากาศ โดยคำนึงถึงปัจจัยสิ่งแวดล้อมด้วย เพื่อพิจารณาต่อในการประชุม WHA ในปี ๒๐๒๐
- (d) เพื่อรายงานต่อ WHA ในปี ๒๐๒๐ ผ่านคณะกรรมการ EB เกี่ยวกับผลการดำเนินงานและการทำงานในภาคของยุทธศาสตร์โลกว่าด้วยการลดปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หลังจากผ่านการรับรองมาแล้ว ๑๐ ปี (WHA๖๓.๑๓ ๒๐๑๐)
- (e) เพื่อรวบรวมบูรณาการระบบการรายงานความก้าวหน้าต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ และการสร้างเสริมสุขภาพจิต พร้อมรายงานประจำปีเพื่อเสนอต่อ WHA ผ่านคณะกรรมการ EB ระหว่างปี ๒๐๒๑ ถึง ๒๐๓๑ โดยแนบรายงานการดำเนินการตามมติ WHA แผนปฏิบัติการฯ ยุทธศาสตร์ต่าง ๆ ในภาคผนวกให้สอดคล้องตามภาระกิจและกรอบเวลานั้น ๆ
- (f) เพื่อให้ข้อเสนอแนะที่ชัดเจนอื่น ๆ แก่ประเทศสมาชิกในการสร้างความเข้มแข็งด้านการมีรอบรู้และเท่าทันข้อมูลทางด้านสุขภาพของประชาชน (health literacy) ผ่านโปรแกรมทางการศึกษาและการรณรงค์ในระดับประชากรผ่านสื่อกระแสหลักและสื่อสังคมออนไลน์ เพื่อลดผลกระทบจากปัจจัยเสี่ยงและตัวแปรที่สำคัญอื่น ๆ และนำเสนอต่อที่ประชุม WHA ในปี ๒๐๒๑
- (g) เพื่อนำเสนอรายงานฉบับรวม ต่อ WHA ในปี ๒๐๒๑ ซึ่งพัฒนาจากการทบทวนประสบการณ์จากนานาชาติ การวิเคราะห์แนวทางที่ประสบความสำเร็จในการทำงานร่วมกันของหลายภาคส่วน รวมถึงการจัดการปัจจัยทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับ NCDs
- (h) เพื่อรวบรวมและแบ่งปันกรณีศึกษาของการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน โดยเฉพาะการวิเคราะห์ข้อมูลว่าทำอย่างไรให้ระบบการจัดซื้อจัดจ้างอาหารในโรงเรียนและสถาบันอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องมีส่วนช่วยในการสนับสนุนการมีวิถีชีวิตสุขภาพดีและมีพฤติกรรมรับประทานอาหารอย่างมีเหมาะสม ทั้งนี้เพื่อลดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็กและลดภาวะทุพโภชนาการในทุกรูปแบบ (Malnutrition) และนำเสนอต่อที่ประชุม WHA ในปี ๒๐๒๑
- (i) เพื่อให้การสนับสนุนที่จำเป็นต่อประเทศสมาชิกในการบูรณาการงาน NCDs และการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตเข้าไปในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
- (j) เพื่อทำให้ทรัพยากรการเงินและทรัพยากรบุคคลมีเพียงพอในการตอบสนองต่อความต้องการของประเทศสมาชิกในด้านการสนับสนุนทางด้านวิชาการในการสร้างความเข้มแข็งของความพยายามในระดับประเทศ รวมถึงการระดมกลไกที่เป็นนวัตกรรมใหม่ของ voluntary innovative funding mechanisms เช่น multi-donor trust fund

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- ประเทศส่วนใหญ่มีท่าทีสนับสนุนรับรองรายงาน โดยเฉพาะ ๕x๕ agenda, ๑๔ ประเด็นความมุ่งมั่นใหม่และร่างการตัดสินใจ และมีข้อกังวลต่อความล่าช้าในดำเนินงานและร้องขอให้องค์การอนามัยโลกสนับสนุนการดำเนินงานด้าน NCDs นี้ให้เข้มข้นยิ่งขึ้นในการ และมีโดยมีข้อคำนึงในประเด็นต่าง ๆ เช่น การใช้มาตรการทางการเงินการคลัง, Primary health care, Multisectoral action, commercial determinants of health, ระบบข้อมูล และการระดมทุนและกำลังคนในการทำงาน เป็นต้น
- สหรัฐอเมริการ้องขอให้ WHO ดำเนินการเพิ่มศักยภาพในระดับประเทศต่อไปเพราะเป็นจุดอ่อน และการสร้างความร่วมมือกับภาคเอกชนในการจัดการ NCDs และขอความชัดเจนเกี่ยวกับแผน Multisectoral action ในประเด็นระยะเวลาและตัวชี้วัด
- ประเทศที่ไม่สนับสนุนการข้อแก้ไขของ SEAR คือ EU (โดย Romania), Norway, Australia, Brazil และ อิตาลี เนื่องจากได้ผ่านการหารือเจรจาต่อรองมาแล้วจากการประชุม EB๑๔๔ ในขณะที่ประเทศ Estonia เสนอให้มีการแยกวาระแอลกอฮอล์ออกเป็นวาระใหม่เพื่อพิจารณา

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (แนว intervention ตอนท้าย)

ประเทศไทยเป็นผู้แทนภูมิภาคนำเสนอ Regional One Voice โดยแสดงท่าทีสนับสนุนรับรองรายงานฯ และขอให้ WHO สนับสนุนการจัดการ NCDs ผ่านการทำงานในสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ สนับสนุนนโยบายการเงินการคลังจากการจัดเก็บภาษีปัจจัยเสี่ยงโรค NCDs ต่าง ๆ และได้เน้นย้ำถึงปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เพิ่มขึ้นสูงในภูมิภาคและการไม่มีระดับการดื่มที่ปลอดภัย และต้องการให้มีทบทวนมาตรการตามยุทธศาสตร์โลกฯ อย่างเข้มข้นมากขึ้น จึงร้องขอให้มีการแก้ไขเอกสาร EB๑๔๔ (๑) para ๓ (d) ขอให้ "convene a technical working group comprising two member states from each of the six WHO regions to review progress and challenges on alcohol" ซึ่งข้อเสนอกแก้ไขของ SEAR นี้ได้รับการสนับสนุนจาก ๒๑ ประเทศในภูมิภาค Eastern Mediterranean Region (อ่านโดยประเทศโอมาน) และจากประเทศเวียดนาม ฟิลิปปินส์ มาเลเซีย และ ปานามา

สำหรับท่าทีประเทศไทย ได้แสดงท่าทีเสริมในประเด็นปัญหาแอลกอฮอล์ เน้นย้ำเรื่องการมีฤทธิ์เป็นสารก่อมะเร็งในมนุษย์ของแอลกอฮอล์ และได้ร้องขอให้ WHO เป็นตัวอย่างให้แก่ประชาคมโลกด้านแอลกอฮอล์ ผ่านการเลิกขายแอลกอฮอล์ใน WHO offices และงานเลี้ยงต่าง ๆ ที่สนับสนุนโดย WHO (ประเทศ Suriname สนับสนุนคำถ่ามนี)

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ประเทศสมาชิกให้การรับรองรายงานการประชุม และรับร่างการตัดสินใจ EB๑๔๔(๑) โดยข้อเสนอกแก้ไข ย่อหน้า ๓(d) จะถูกบันทึกไว้ในรายงาน โดย WHO DG ได้แสดงความเห็นด้วยกับประเทศไทยว่า "Alcohol is everyone business" และอธิบายเพิ่มเติมว่ากระบวนการหารือกับประเทศสมาชิกเกี่ยวกับผลความก้าวหน้าในการปฏิบัติตามยุทธศาสตร์โลกว่ายุทธศาสตร์โลกว่าด้วยการลดปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะเป็นทั้งรูปแบบ face to face และ web-based consultation WHO secretariat ได้ให้ข้อมูลว่ากำลังจะมีการจัดทำ Global Survey เพื่อประเมินความก้าวหน้าและจัดประชุม

๒nd WHO global forum on alcohol, drug and addictive behavior ในเดือนมิถุนายน ๒๕๖๒ ซึ่งจะได้
ข้อมูลบางส่วนไปประกอบการทบทวนความก้าวหน้า

WHO DG เน้นย้ำว่าการทำงานในระดับภูมิภาคมีความสำคัญไม่ต่างกับการทำงานในระดับโลก

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

- เนื่องด้วยวาระนี้ได้ปรับเป็น ๕X๕ agenda โดยเพิ่มปัจจัย “มลภาวะทางอากาศ” และ “การสร้างเสริมสุขภาพจิตและสุขภาวะ” ดังนั้น กรมควบคุมโรคในฐานะหน่วยงานหลักที่ติดตามความก้าวหน้าของ UN political agenda ควรประสานความร่วมมือกับกรมอนามัยและกรมสุขภาพจิต ร่วมกับหน่วยงานหลักอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเช่น สำนักงานควบคุมการบริโภคยาสูบ, สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, กองโภชนาการ, กองกิจกรรมทางกาย และ สสส. เป็นต้น เพื่อวางแผนการทำงานร่วมกันตามกรอบปฏิญญาทางการเมืองที่ได้มีข้อตกลงเมื่อกันยายน ๒๕๖๐ ตลอดจนการจัดทำรายงานตามตัวชี้วัดความก้าวหน้าที่กำหนดตามรอบต่อไป
- สืบเนื่องจากคำถามเกี่ยวกับการสำรวจและจัดการการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่ขององค์การอนามัยโลกที่ประเทศไทยได้ถามกับองค์การอนามัยโลกไว้แล้ว ควรมีการติดตามคำตอบจากอนามัยโลกตามโอกาส โดยเฉพาะที่การประชุม EB๑๔๖ และ WHA๗๓(๒๐๒๐)

SEA Regional one voice on agenda 11.8 NCDs

(Lead: Sri Lanka; Support: Indonesia)

Delivered by Thailand (Dr Orratai Waleewong) (24/05/2019)

Chairperson,

Sri Lanka is making this statement on behalf of eleven Member States of South-East Asia Region.

We welcome the outcomes of the third High Level meeting on NCD prevention and control in 2018. SEAR also welcomes the 5 by 5 NCD model. Mental health and well-being and air pollution are highly relevant to our Region.

Despite NCD best buys interventions having been declared as a SEARO Flagship priority, countries in the Region have seen uneven progress in achievement of NCD targets. The 2017 WHO NCD progress report¹ shows that increasing tax on alcohol and tobacco and advertising bans are lagging behind.

We appreciate WHO's initiative to introduce NCD accelerators and request WHO to provide tailored guidance on prioritization and adaptation of these best buys and accelerators to fit country contexts.

SEA region would like to register two major concerns.

First, we request WHO to intensify support on managing NCDs through primary health care approach by strengthening its governance and introducing innovative fiscal policies for

health, including taxes on tobacco, alcohol and sugary beverages.

Second, alcohol consumption and related problems have increased in the Region, in particular among women and young people. Between 2010 and 2017, per-capita consumption in the Region increased by 34% from 3.5 to 4.7 Liters. Instead of achieving 10% reduction by 2025, alcohol consumption in the South-East Asia Region will double itself by 2030, as published by Lancet² this month.

With the fast growth of alcohol consumption through aggressive market promotion, little progress has been made in all WHO regions to achieve the ten percent reduction target. Since evidence confirms “no safe level of alcohol consumption”, South East Asia Region calls for urgent attention.

Chairperson.

On the Decision EB144 (1) para 3 (d), we request WHO DG to convene a working group with strong engagement of member states to fulfill the mandate in the decision item 3(d). The working group should review if WHO global strategy is fit for purpose as required by the SDG 3.5 on alcohol. In the context of aggressive market promotion; more purposeful interventions are needed.

South-East Asia, therefore, proposes a friendly amendment to paragraph 3(d) in order to strengthen the decision. It may be worded as follows:

“(d) to convene a technical working group comprising two Member States from each of the six WHO regions to review progress and challenges in the implementation of WHO’s global strategy to reduce the harmful use of alcohol during the first decade since its endorsement, and the way forward and report to the Health Assembly in 2020, through the Executive Board;”

Thank you chair.

References

1. WHO Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2017 Available from <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-progress-monitor-2017/en/>
2. Jakob Manthey, et al. Global alcohol exposure between 1990 and 2017 and forecasts until 2030: a modelling study. Lancet, May 2019 Available from <https://bit.ly/2LLOP3O> [access 15 May 2019]

Intervention on agenda 11.8 NCDs

Delivered by Milin Sakornsin (24/05/2019)

Thank you, Chair.

Although the NCDs champions led all efforts to tackle the NCDs.

The commercial determinants of health became more prominent, especially their marketing via digital platforms and their aggressive policy interferences.

Chair, we need WHO leaders to be our role model. On NCDs Thailand would like to register an important question to the WHO DG to respond.

As Alcohol is a Class one Carcinogen, declared by IARC. And evidence is clear that there is no safe limit of alcohol.

Our question is why WHO secretariat still allow the sale and serve this class one carcinogen in WHO offices and WHO-organized events. WHO secretariat must be the global role model, rather than sending the wrong signal to the world on alcohol consumption.

We want to see WHO DG and RDs lead the real 'Walk the Talk' on Alcohol consumption.

Thank you Chair.

Agenda 12.1 Pandemic Influenza Preparedness Framework for the sharing of influenza viruses and access to vaccines and other benefits

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นายแพทย์พิสุทธิ์ ชื่นจงกลกุล กองการต่างประเทศ
๒. นายภาณุวัฒน์ นราอาจ กรมควบคุมโรค

สาระสำคัญของวาระ

- ในเดือนมกราคม ๒๐๑๙ ทางคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลกสมัยที่ ๑๔๔ ได้พิจารณาร่างการตัดสินใจที่ EB๑๔๔(๖) โดยไม่สามารถหาข้อยุติ (consensus) ต่อร่างดังกล่าวได้ ทางคณะกรรมการฯจึงตกลงที่จะนำเสนอร่างการตัดสินใจที่ EB๑๔๔(๖) นี้ต่อที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกเพื่ออภิปรายหาข้อยุติต่อไป
- ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๔ ที่ประชุมมีมติรับรอง Pandemic Influenza Preparedness Framework (PIP framework) และข้อมติ WHA ๖๔.๕ Pandemic Influenza Preparedness: sharing of influenza viruses and access to vaccines and other benefits ซึ่งเป็นกรอบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการระบาดของไข้หวัดใหญ่ในระดับโลก โดยกรอบการดำเนินงานนี้จะจำกัดเฉพาะเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่หรือไข้หวัดนกที่มีโอกาสทำให้เกิดการระบาดใหญ่ (Pandemic potential virus) เท่านั้น
- กรอบการดำเนินงานนี้มีวัตถุประสงค์หลักอยู่ ๒ ประเด็นได้แก่
 ๑. พัฒนาคือความร่วมมือในการแบ่งปันเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ โดยมุ่งเน้นเพื่อหาเชื้อไวรัสที่มีความเป็นไปได้สูงที่จะทำให้เกิดการระบาดใหญ่ให้ได้และดำเนินการป้องกัน
 ๒. พัฒนากลไกการแบ่งปันผลประโยชน์อย่างเหมาะสม โดยผู้รับเชื้อไวรัสจาก GISRS (Global Influenza Surveillance and Response System) ไปใช้ประโยชน์และสร้างกำไร ต้องลงนามตามข้อตกลงใน SMTA๒ (Standard Material Transfer Agreement ๒) ซึ่งให้ผู้รับเชื้อต้องสมทบทุน Partnership Contribution และ/หรือ ให้ผลประโยชน์แก่องค์การอนามัยโลกในแง่อื่น เช่น สนับสนุนวัคซีน, ยาหรือเวชภัณฑ์อื่นๆ

- ภายหลังการดำเนินงานครบ ๕ ปี ในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ องค์การอนามัยโลกได้ทบทวนการดำเนินงานของ PIP Framework ครั้งที่ ๑ ตามเอกสาร A๗๐/๑๗ และรายงานต่อสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๗๐ ซึ่งผลการทบทวนพบว่า มีความก้าวหน้าในหลายด้าน และมีประเด็นที่ต้องพิจารณาสำคัญ ดังวรรค ๘(b) ดังนี้
 ๑. การขยายขอบเขตของ PIP framework ให้ครอบคลุมใช้หัตถ์ใหญ่ตามฤดูกาล Genetic Sequence Data (GSD)
 ๒. ความไม่สอดคล้องกันเกี่ยวกับการแบ่งปันไวรัสภายใต้ PIP Framework และ Nagoya protocol ซึ่งกำหนดให้การแบ่งปันชีววัตถุต้องมีการตกลงระหว่างหน่วยงานผู้ให้และผู้รับเป็นรายกรณีก่อนการแบ่งปัน ซึ่งอาจทำให้เกิดความล่าช้าในการส่งเชื้อไวรัสใช้หัตถ์ใหญ่ซึ่งส่งผลกระทบต่อให้เกิดการระบาดได้ ซึ่งจะแก้ไขได้หาก PIP framework ถูกพิจารณาเป็น specialized instrument ซึ่งจะอยู่นอกเหนือข้อตกลงข้างต้น
- จากการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๗๐ ได้มีการรับรองรายงานการทบทวน PIP Framework ดังกล่าว ตามข้อตัดสินใจ WHA๗๐(๑๐) และร้องขอให้ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกรายงานผลการดำเนินงานรายประเด็นตามวรรค ๘(b) ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๗๑ พ.ศ. ๒๕๖๑
- การประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๗๑ พ.ศ. ๒๕๖๑ ประเทศสมาชิกให้การรับรองข้อตกลงตามเอกสาร A๗๑/๒๔ และมีข้อตัดสินใจ WHA๗๑(๑๑) ให้รายงานต่อที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๗๒ ผ่านการประชุม executive board สมัยที่ ๑๔๔ ถึงข้อสรุปสุดท้ายตามข้อตัดสินใจ WHA๗๐(๑๐) โดยเฉพาะในส่วนวรรค ๘(b)
- จากรายงาน EB๑๔๔/๒๓ ซึ่งทางเลขานุการองค์การอนามัยโลก ได้จัดทำขึ้นเพื่อรายงานต่อที่ประชุม executive board สมัยที่ ๑๔๔ นี้ ได้รายงานถึงความก้าวหน้าในการดำเนินการตามข้อมติ WHA๗๐(๑๐) ซึ่งเป็นไปตามข้อเสนอแนะของกรรมการทบทวน PIP framework (PIP framework review group) ซึ่งโดยส่วนใหญ่มีความก้าวหน้าได้ดี และรายงานข้อสรุปสุดท้ายตามวรรค ๘(b) ดังนี้
 ๑. การขยายขอบเขตของ PIP framework ให้ครอบคลุมใช้หัตถ์ใหญ่ตามฤดูกาลและ GSD: ทางทีมเลขานุการฯ ได้จัดการประชุมคณะที่ปรึกษาขึ้นในเดือนพฤศจิกายนปี ๒๐๑๗ และตุลาคมปี ๒๐๑๘ โดยคณะที่ปรึกษาได้มีข้อตกลงว่าขอบเขตของ PIP framework จะยังไม่ขยายไปครอบคลุมใช้หัตถ์ใหญ่ตามฤดูกาล และ GSD ทั้งนี้มีความกังวลถึงการให้ GSD แล้วส่งผลให้บริษัทผู้ใช้ข้อมูลจะไม่ปฏิบัติตาม Standard material transfer agreement๒ ภายใต้ PIP framework นี้ ดังนั้นทางคณะที่ปรึกษาจึงเสนอให้มีการแก้ไขข้อความใน footnote ๑ ของ annex๒ ภายใต้ PIP framework นี้ ให้ครอบคลุมการใช้ประโยชน์จากสารชีวภาพใดๆ ที่มีวัตถุประสงค์ในการ “ พัฒนา ทดสอบหรือควบคุมกระบวนการของผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับเชื้อใช้หัตถ์ใหญ่”
 ๒. ความไม่สอดคล้องกันระหว่าง PIP framework และ Nagoya protocol ขณะนี้มีการประชุมร่วมกันนำมาสู่ความเข้าใจที่ดีขึ้นในการดำเนินงานภายใต้กลไกทั้งสองอย่างนี้
- รายงานฉบับนี้ได้ขอให้ทางสมาชิกสมัชชาอนามัยโลก ให้ข้อสังเกตต่อรายงานและพิจารณาร่างข้อตัดสินใจ รวมถึงพิจารณาตามความเหมาะสมเกี่ยวกับผลลัพธ์จากการปรึกษาตามเอกสาร A๗๒/๒๑ add.๑
- โดยสาระสำคัญของร่างการตัดสินใจคือการแก้ไข footnote๑ ของ annex๒ ภายใต้ PIP framework, เร่งรัดการดำเนินงานร่วมกันระหว่างคณะทำงาน PIP framework และ Nagoya protocol และเสนอให้

ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกรายงานความก้าวหน้าของการดำเนินการในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๗๓ ผ่านคณะกรรมการบริหารฯ สมัยที่ ๑๔๖

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- ประเทศสมาชิกส่วนใหญ่ สนับสนุนให้กรอบการทำงานการเตรียมการรับมือการระบาดใช้หัตถ์ใหญ่ยังคงเหมือนเดิมโดยไม่มีเพิ่มเติมเรื่องใช้หัตถ์ตามฤดูกาลหรือการใช้ข้อมูลลำดับพันธุกรรม (Genetic sequence data) ในขณะที่บางประเทศได้แก่ อินโดนีเซีย และแอลจีเรียสนับสนุนให้รวมการใช้ข้อมูลลำดับพันธุกรรมเป็นส่วนหนึ่งภายใต้กรอบการทำงานนี้
- ประเทศสมาชิกส่วนใหญ่เน้นย้ำความสำคัญของการส่งตัวอย่างเชื้อให้ GISRS อย่างทันเวลา โดยขอให้องค์การอนามัยโลกประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสำคัญได้แก่คณะเลขานุการของ Nagoya's protocol เพื่อหาทางจัดการความล่าช้าในการแลกเปลี่ยนเชื้อภายใต้การดำเนินการนี้
- บางประเทศสมาชิก แสดงท่าทีขอให้กรอบการทำงานนี้ยืนเป็นอิสระไม่อยู่ภายใต้การดำเนินการของ Nagoya's protocol

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

- รับรองรายงานฉบับนี้และสนับสนุนข้อแก้ไขในข้อตกลง SMTA๒ ตามเอกสารแนบฉบับนี้
- กล่าวถึงความสำคัญของการปิดช่องโหว่ภายในกรอบการทำงานนี้ที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีสมัยใหม่เช่น genetic sequence data เพื่อสร้างความมั่นคงต่อระบบภายใต้กรอบการทำงานนี้
- แสดงความกังวลถึงใช้หัตถ์ใหญ่ตามฤดูกาลที่สามารถทำให้เกิดการระบาดใหญ่ได้ การรวมเอาใช้หัตถ์ใหญ่ตามฤดูกาลนี้ให้อยู่ภายในกรอบการทำงานนี้จะช่วยสร้างความปลอดภัยต่อระบบสุขภาพโลก โดยประเทศไทยเสนอให้นำเรื่องดังกล่าวเข้าหารือในการประชุมคณะที่ปรึกษาต่อไป
- ประเทศไทยเรียกร้องให้ประเทศสมาชิกช่วยกันสนับสนุนการดำเนินงานภายใต้กรอบการทำงานนี้ผ่านการแลกเปลี่ยนเชื้อไวรัสใช้หัตถ์ใหญ่อย่างทันเวลา การเตรียมแผนเผชิญเหตุ และพัฒนาแผนการตอบสนองต่อเหตุ

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ประเทศสมาชิกรับรองรายงานการประชุมและสนับสนุนร่างการตัดสินใจที่ทางประเทศออสเตรเลียเป็นผู้นำในการปรึกษาหารือ

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

มอบสำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค ติดตามกระบวนการดำเนินงานภายใต้กรอบการทำงานนี้และประสานกับหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องเช่น กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์เพื่อร่วมดำเนินงานเกี่ยวกับตัวอย่างเชื้อไวรัสใช้หัตถ์ใหญ่

Intervention on Agenda 12.1 Pandemic Influenza Preparedness Framework for the sharing of influenza viruses and access to vaccines and other benefits

Delivered by Dr. Pisut Chunchongkolkul

Thank you Chair,

Thailand welcomes this report and supports the draft decision with the amendments in footnote by Australia.

The loophole in PIP framework with reference to the use of Genetic Sequence Data must be solved immediately to sustain financing of PIP framework.

Thailand registers concern that seasonal influenza can have potential to emerge to pandemic. The inclusion of seasonal flu virus in the PIP framework can contribute to global health security for all Thailand suggests the inclusion of seasonal flu into the agenda of next PIP advisory group meeting.

Finally, Thailand urges all WHO member states to support the work under PIP framework by timely sharing the influenza virus specimens, improving the deployment plan and strengthen the influenza preparedness plan.

Thank you Chair.

Agenda 12.2 Member State Mechanism on Substandard and Falsified Medical Products

ผู้รับผิดชอบวาระ

- | | |
|------------------------------------|--|
| ๑. เกษักรหญิงสิตานันท์ พูนผลทรัพย์ | สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา |
| ๒. ดร. วรรมณฤดี อิศรานุกวัฒน์ชัย | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |

สาระสำคัญของวาระ

รายงานผลจากการประชุม Member State Mechanism on Substandard and Falsified Medical Products ครั้งที่ ๖ และ ๗ ที่จัดขึ้นระหว่างวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน - ๑ ธันวาคม ๒๐๑๗ และ ๒๙ - ๓๐ พฤศจิกายน ๒๐๑๘ ตามลำดับ โดยเน้นผลการดำเนินงานตามกิจกรรมที่จัดเรียงตามลำดับความสำคัญประกอบด้วย

- A. พัฒนาและส่งเสริมการฝึกอบรมและเอกสารคำแนะนำสำหรับหน่วยงานกำกับดูแลเพื่อป้องกัน ตรวจสอบ และตอบสนองต่อยาผิดมาตรฐานและยาปลอม (ผู้นำดำเนินการ: บราซิล)
- B. การขยายและคงไว้ซึ่งเครือข่ายหน่วยงานกำกับดูแลเพื่ออำนวยความสะดวกและความร่วมมือในการแก้ไขปัญหา (ผู้นำดำเนินการ: ฝายเลขา)
- C. เพิ่มความเข้าใจในการใช้เทคโนโลยี Track and Trace (ผู้นำดำเนินการ: อาเจนติน่า)
- D. เพิ่มความรู้ความเข้าใจของประเทศสมาชิกในการเชื่อมโยงปัญหาผิดมาตรฐานและยาปลอม กับการเข้าถึงยา (ผู้นำดำเนินการ: ฝายเลขา)

- E. การพัฒนาระบบสื่อสารความเสี่ยงสำหรับการเฝ้าระวังความปลอดภัยยาผิดมาตรฐานและยาปลอม (ผู้นำดำเนินการ: UK)

กิจกรรมใหม่เพิ่มเติมสำหรับปี ๒๐๑๘ - ๒๐๑๙

- F. เพิ่มประสิทธิภาพของประเทศสมาชิกในการขยายความตระหนัก ประสิทธิภาพ และประสิทธิผลในการจัดการปัญหาผิดมาตรฐานและยาปลอม (ผู้นำดำเนินการ: ฝ่ายเลขา)
- G. ส่งเสริมความเข้าใจในแง่มุมของสุขภาพต่อการเคลื่อนย้ายผลิตภัณฑ์ (ผู้นำดำเนินการ: ฝ่ายเลขา)
- H. ระบุและพัฒนานโยบายที่เหมาะสมต่อการจัดการการกระจายยาผิดมาตรฐานและยาปลอมผ่านทาง Internet (ผู้นำดำเนินการ: UK)

สรุปผลการประชุมครั้งที่ ๖

ผู้เข้าร่วมการประชุมทั้งหมด ๔๕ ประเทศ และ ๑ องค์กรภูมิภาคทางเศรษฐกิจ ฝ่ายเลขาฯ รายงานความคืบหน้าของกิจกรรมและงบประมาณที่ดำเนินการในปี ๒๐๑๖ - ๒๐๑๗ ประกอบด้วย WHO Global Surveillance and Monitoring System, Global Medical Product Alerts, The Smart Phone Application Pilot Study, Regulatory Strengthening and Capacity-Building Activities และ การนำเสนอ ๒ technical doc ของ WHO คือ WHO Global Surveillance and Monitoring System for Substandard and Falsified Medical Product and A Study on the Public Health and Socioeconomic impact of Substandard and Falsified Medical Products

สรุปผลการประชุมครั้งที่ ๗

ผู้เข้าร่วมการประชุมทั้งหมด ๕๓ ประเทศ และ ๑ องค์กรภูมิภาคทางเศรษฐกิจ ฝ่ายเลขาฯ รายงานความคืบหน้าของกิจกรรมและงบประมาณที่ดำเนินการในปี ๒๐๑๖ - ๒๐๑๗ ประกอบด้วย

๑. WHO Global Surveillance and Monitoring System
๒. Regulatory Strengthening and Capacity-Building Activities

รับทราบร่วมกันว่ารายงานการขยายการให้การสนับสนุนงบประมาณจะถูกนำเสนอในการประชุมครั้งที่ ๘

- WHO's Participation the Global Committee for Quality Assurance of Health Products: WHO รายงานความคืบหน้าของการประชุม Global Committee for Quality Assurance of Health Products ที่ได้เข้าร่วมในฐานะผู้สังเกตการณ์ในวันที่ ๓ - ๔ ตุลาคม ๒๐๑๘ มีข้อตกลงในการขยายขอบเขตการประชุมให้ประเทศสมาชิกสามารถนำเสนอแนวคิดแก้ไขปัญหาได้ โดยฝ่ายเลขามีหน้าที่สนับสนุนการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อเป็นเครื่องมือแก่ประเทศสมาชิกในการเริ่มต้นพัฒนาระบบเพื่อแก้ไขปัญหาผิดมาตรฐานและยาปลอม
- Regulatory System Strengthening: รายงานความคืบหน้าการดำเนินการโดยใช้ WHO Global Benchmark tool
- ความก้าวหน้าในประเด็นเกี่ยวกับการกำกับดูแล
 - The office of the legal Counsel แจ้งต่อประเทศสมาชิกว่า ตามข้อมติ WHA๖๕.๑๙ (๒๐๑๒) ต้องรายงานความคืบหน้าของ Member State Mechanism ทุกปีในช่วง ๓ ปีแรก หลังจากนั้นรายงานทุก ๒ ปี โดยต้องส่งรายงานในการประชุม WHA๗๑ ปี ๒๐๑๙

ท่าทีของประเทศสมาชิก

ประเทศสมาชิกทุกประเทศให้ความสำคัญกับปัญหา SF medical products และให้การสนับสนุนการดำเนินการกิจกรรมนี้ โดยหลายประเทศได้นำเสนอผลการดำเนินงานในด้านต่างๆ เช่น capacity building (training of health personnel) quality assurance policy, purchasing process, and monitoring system และแสดงความจำนงในการดำเนินกิจกรรมต่อไปเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับประเทศสมาชิกในการเรียนรู้กระบวนการแก้ไขปัญหาปลอมและยาผิดมาตรฐาน นอกจากนี้ยังมีการให้ความสำคัญต่อการจัดการปัญหาปลอมและยาผิดมาตรฐานโดยเฉพาะอินเทอร์เน็ตและการขนส่งข้ามแดน รวมทั้งลงทุนในเรื่องของการกำกับดูแลหลังออกสู่ตลาด เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งในการกำกับดูแลตลอดทั้ง supply chain

ท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยรับทราบรายงานการดำเนินงานของ MSM และให้ความสำคัญกับการจัดสรรทรัพยากรต่างๆ เพื่อจัดการกับปัญหาเรื่อง SF drug โดยเน้นเรื่องการกำกับดูแลผลิตภัณฑ์ SF internet sale ให้ความสำคัญกับการรายงานปัญหา SF อย่างต่อเนื่องต่อ WHO Global Surveillance and Monitoring System เพื่อที่จะสามารถนำข้อมูลมาใช้ในการประเมินผลกระทบที่มีความน่าเชื่อถือ และสามารถนำไปผลักดันนโยบายต่อไปทั้งในระดับประเทศและระดับโลก รวมทั้งการร่วมมือกับองค์การอนามัยโลก และ ประเทศสมาชิกในการจัดการปัญหาของ SF products เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบกำกับดูแลของผลิตภัณฑ์ยา โดยดำเนินการตามหลัก prevent detect and response ตลอดทั้ง supply chain

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ประเทศสมาชิกรับทราบรายงานผลการดำเนินงานจากการประชุม Member State Mechanism on Substandard and Falsified Medical Products ครั้งที่ ๖ และ ๗ กิจกรรมที่ A - H รองผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกด้านการเข้าถึงยา วัคซีน และเภสัชภัณฑ์ รับข้อเสนอแนะไปดำเนินการต่อไป และขอบคุณประเทศสมาชิกในการเข้าร่วมเป็นผู้นำดำเนินการในกิจกรรมต่างๆ ให้ความสำคัญกับการจัดการปัญหาทางอินเทอร์เน็ตและวางแผนจะแก้ไขปัญหาให้เหมาะสมกับสถานการณ์ต่อไป พัฒนาเครื่องมือในการตรวจจับและรายงานอย่าง เพื่อสร้างความเข้มแข็งในการแก้ไขปัญหาปลอมและยาผิดมาตรฐานต่อไป

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

การทำงานในระดับประเทศ

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ร่วมกับ กรมวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ร่วมกันดำเนินการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์หลังออกสู่ตลาดอย่างต่อเนื่องโดยอยู่บนพื้นฐานของ Risk Based Approach เพื่อให้สอดคล้องกับการใช้ทรัพยากรที่มีอย่างจำกัด การเชื่อมโยงการทำงานอย่างต่อเนื่องของระบบกำกับดูแลผลิตภัณฑ์ยาทั้งก่อนและหลังผลิตภัณฑ์ออกสู่ตลาดรวมทั้งการจัดการ ณ ด่านนำเข้าอาหารและยา การเฝ้าระวังเรื่องสารตั้งต้นในการผลิตยา (Active pharmaceutical ingredient) ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของกระบวนการผลิต รวมทั้ง การดำเนินการพัฒนาศักยภาพของ NRA ในการจัดการเรื่องนี้

การทำงานในระดับนานาชาติ

รายงานข้อมูลต่อ WHO global surveillance and monitoring system for substandard and falsified medical products (GSMS) รวมทั้งการให้การสนับสนุนการทำงานของ Member State Mechanism on Substandard and Falsified Medical Products อย่างต่อเนื่อง

Intervention on Agenda 12.2: Member State Mechanism on Substandard and Falsified Medical Products

Delivered by: Sitanun Poonpolsub

Thank you, Chair

Thailand aligns ourselves with the South-East Asia Regional One Voice delivered by India. We note the report by DG.

In this age of internet sale, medical products not licensed by NRA can be purchased easily. A potential threat is when the purchased medical products are substandard and falsified. This threat can be amplified if there is no regulatory process and surveillance for early detection and appropriate response. We urge Member States to put more efforts and allocate sufficient resources to monitor and manage internet sale of non-registered and potential SF medical products.

Chair, The existing WHO Global Surveillance and Monitoring System for SF requires data from Member States to make the impact assessment with reliable results. So, the collaboration of all Member States in sharing data to the system is crucial. SF of veterinary antimicrobial can undermine efforts of AMR responses.

We need to work together to prevent, detect, and respond to the threat of SF medical products and then we could ultimately assure the integrity of supply chain.

Thank you, Chair.

Agenda 12.3 Human resource for health

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. ศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง แพทย์หญิงวณิษา ชื่นกองแก้ว คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
เลขาธิการมูลนิธิเพื่อการพัฒนาการศึกษาบุคลากรสุขภาพ
๒. ดร.ธีรพร สติรอังกูร กองการพยาบาล
๓. ดร. เกสัชกรหญิงวัลย์พร พัทธนถมล สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๔. นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ที่ปรึกษาสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านต่างประเทศ

สาระสำคัญของวาระ

เป็นการบันทึกรายงาน จำนวน ๒ เรื่อง ได้แก่

- ๑) ความเป็นมา

code of practice นี้เป็นแบบสมัครใจ ต่อการจางบุคลากรสาธารณสุขระหว่างประเทศอย่างมีจริยธรรม ทั้งนี้ใหม่มีความสมดุลระหว่างสิทธิ, หน้าที่ และความคาดหวังของประเทศผู้ส่งออก ประเทศ ปลายทาง และเจ้าตัวบุคลากรสาธารณสุขซึ่งการคัดสรรบุคลากรควรกระทำด้วยความโปร่งใสเป็นธรรมและมีประโยชน์ร่วมกันของทุกฝ่ายโดยคำนึงถึงการพัฒนาความเข้มแข็งของระบบสาธารณสุขโดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาการจัดเก็บข้อมูลทั้งภายในและระหว่างประเทศงานวิจัยและการแลกเปลี่ยนข้อมูลเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ประเทศสมาชิกควรจัดการใหม่มีความมั่นคงในเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพด้วยการจัดทำแผนกำลังคนการผลิตกำลังคนและการดำรงอยู่ของบุคลากรเพื่อลดการจางบุคลากรเข้ามาจากต่างประเทศบุคลากรสาธารณสุขรวมทั้งองค์กรสาธารณสุขต้องคำนึงถึงผลประโยชน์ของประชาชนและสังคมเป็นที่ตั้ง บริษัท จัดหาคนงาน (recruiter) ต้องกระทำอย่างมีจริยธรรมโดยไม่คัดเลือกบุคลากรที่มีอยู่อย่างจำกัด หรือที่มี ความหนาที่รับผิดชอบสูงในระบบสาธารณสุขในประเทศนั้นๆ ประเทศปลายทางต้องจัดให้บุคลากรผู้ย้ายถิ่นเข้ามาทำงานให้ได้รับสิทธิตามกฎหมายแรงงานรวมทั้งเงื่อนไขการจางงานและเงื่อนไขการทำงาน เสมือนหนึ่งเป็นบุคลากรภายในประเทศ

รายงาน WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel: third round of national reporting ซึ่งเป็นการรายงานผลการดำเนินงานตาม Code ของประเทศสมาชิก ครั้งที่ ๓ มี ๑๒๒ ประเทศ รายงานผลการดำเนินงานเกี่ยวกับนโยบายและกระบวนการทำสอดคล้องกับ code และมีการรายงานข้อมูลบุคลากร จำนวน ๕ วิชาชีพ ได้แก่ ทันตแพทย์ ผดุงครรภ์ พยาบาลวิชาชีพ เกษษกร และแพทย์ การสร้าง International Platform on Health Worker Mobility

เพื่อตอบสนองต่อการเพิ่มขึ้นและความซับซ้อนของการย้ายถิ่นของกำลังคนด้านสุขภาพ และความร่วมมือระหว่างประเทศในการสนับสนุน/เสริมสร้างความแข็งแกร่งของการดำเนินการตามหลักจรรยาบรรณ รวมถึงกำหนดเวลาในการประเมินความเกี่ยวข้อง (relevance) และประสิทธิผล (effectiveness) ของ Code

ข้อเสนอนี้สะท้อนให้เห็นความสำคัญของการแก้ปัญหากำลังคนในแต่ละประเทศที่ต้องมีปัจจัยนำเข้าหลายเรื่อง และต้องมีการดำเนินการ ทั้งด้านการเงินการคลัง การวางแผนกำลังคน การพัฒนา การดำรงรักษา และการกระจายอย่างเป็นธรรม ซึ่งยังคงต้องการการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การนำ WHO code ไปสู่การปฏิบัติพบว่า มีความก้าวหน้าจาก ผลการดำเนินการในรอบแรกอย่างมีนัยสำคัญ แต่อย่างไรก็ตามยังมีข้อสังเกตเรื่องความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูล จากการรายงาน ครั้งนี้เป็นการรายงาน ในรอบ ๓ และจะนำไป review ครั้งที่ ๒ ระหว่างเดือน พค - ตค ๒๐๑๙ เพื่อนำเข้าเวที EB ครั้งที่ ๑๔๖ ในเดือน มค ๒๐๒๐ และ นำเข้าเวที WHA ครั้งที่ ๗๓ ในเดือน มค ๒๐๒๐

๒) การรายงาน Global strategy on human resources for health: workforce ๒๐๓๐ WHO ใน ฐานะเลขานุการการทำงานขับเคลื่อนยุทธศาสตร์โลกด้านบุคลากรสุขภาพ ๒๐๓๐ global strategy นี้เป็นบูรณาการของยุทธศาสตร์สำคัญที่จะแก้ปัญหา การขาดแคลน การใช้และการกระจาย การดำรงรักษา และการผลิตและพัฒนาากำลังคน

รายงานการดำเนินการตามวัตถุประสงค์ ๔ ข้อ และเรียกร้องให้ประเทศสมาชิกรายงานข้อมูลบุคลากรด้านสุขภาพของตนเอง ผ่านทาง national health workforce accounts ซึ่งการรายงานตามวัตถุประสงค์ ๔ ข้อ มีดังนี้

a) Evidence-informed policies to optimize the workforce ซึ่งประกอบด้วย ๑) การพัฒนา Global competency framework education and training for primary health care workers; ๒) การจัดทำ Strategic directions for nursing and midwifery ๒๐๑๖-๒๐๒๐ ที่เกี่ยวข้องกับการ education, regulation, practice, leadership and policy development รวมถึงสนับสนุนการดำเนินงาน Nursing Now

Campaign ใน ประเทศสมาชิก; ๓) ก การจัดทำ Inter-professional competency framework on antimicrobial resistance; ๔) Joint statement on ending discrimination in health care settings; ๕) WHO guidelines on health policy and systems support to optimize community health worker programs; ๖) Health workforce requirements to achieve the “triple billion” goals set out in the Thirteenth General Program of Work, ๒๐๑๙-๒๐๒๓

b) Catalyzing investment in health labor markets to meet population needs ประกอบด้วย การสนับสนุน health sector productivity and workload, current and projected shortages or surpluses of health worker และ การสนับสนุน Tool kit for health labor market analysis

c) Building institutional capacity and partnerships ประกอบด้วย Strengthening governance and leadership in human resources for health on effective action at national and international levels including tool to assess the functions, structure, staffing and resources of health workforce และ Partnerships and knowledge-sharing

d) Data for monitoring and accountability การส่งเสริมให้ ประเทศสมาชิก ทำ National health workforce accounts ซึ่ง WHO ได้สนับสนุน online platform สำหรับการบันทึกข้อมูลบุคลากร

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศสมาชิกสนับสนุนข้อเสนอเรื่องการรายงานร่างมติ workforce ๒๐๓๐ พร้อมกับการรายงาน Global Code of Practice สรุปประเด็นเพิ่มเติม คือ การรายงานผลการทบทวนครั้งที่ ๒ เรื่อง International mobility และ migration ของบุคลากรทางด้านสุขภาพ และการรายงานผลปฏิบัติการ global action plan ของวิชาชีพพยาบาลและผดุงครรภ์ในปี ๒๕๖๓ นอกจากนี้ทางฝ่าย secretariat ได้กล่าวถึง WHO academy ซึ่งจะสนับสนุนประเทศสมาชิกในการขับเคลื่อนการศึกษาเพื่อการเปลี่ยนแปลง

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (แนว intervention ตอนท้าย)

๑. ประเทศไทยเสนอให้กระตุ้นการรายงาน National Force of Accounts ของประเทศสมาชิก โดยเฉพาะประเทศผู้ส่ง (source country) ใน low- และ middle- income countries
๒. ประเทศไทยพร้อมรายงาน National Force of Accounts โดยกระทรวงสาธารณสุข
๓. ประเทศไทยเสนอให้เร่งการผลิตพยาบาลและผดุงครรภ์ ซึ่งนับว่าเป็นผู้มีความสำคัญในการทำงานด้าน primary health care
๔. ประเทศไทยสนับสนุนข้อเสนอเรื่องการรายงานร่างมติ workforce ๒๐๓๐ พร้อมกับการรายงาน Global Code of Practice

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมสนับสนุนข้อเสนอเรื่องการรายงานร่างมติ workforce ๒๐๓๐ พร้อมกับการรายงาน Global Code of Practice

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

๑. วางแผนแม่บทกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ๑๐ ปี (๒๕๖๒-๒๕๗๑) สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศ ๒๐ ปี จากภาคผู้ผลิตและผู้บริโภคที่สอดคล้องกัน โดยเป็นแผนที่บูรณาการทั้งการวางแผนด้านปริมาณคุณภาพ การบริหารจัดการ และระบบข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพ
๒. สนับสนุนงบประมาณเพื่อเพิ่มการจ้างงานบุคลากรทางสุขภาพ โดยเฉพาะในถิ่นทุรกันดาร
๓. สนับสนุนความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงาน และกระทรวงการคลัง ภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคเอกชนและภาคประชาชน เพื่อพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพและยกฐานะทางเศรษฐกิจของประเทศ
๔. พัฒนาศักยภาพและสมรรถนะทีมบุคลากรสุขภาพสหสาขาวิชาชีพเน้นการเรียนรู้ที่ให้ชุมชนมีส่วนร่วม และการเรียนรู้ที่ใช้ระบบสุขภาพเป็นฐานตอบสนองต่อนโยบาย Primary Care Cluster
๕. จัดตั้ง HRH UNIT เพื่อประสานงานระหว่างองค์กรหรือหน่วยงานภาคผู้ผลิตและผู้บริโภค

การทำงานในระดับนานาชาติ

๑. ประเทศไทยและประเทศใน South East Asia Region ร่วมมือและช่วยเหลือพัฒนาศักยภาพกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศและรายงานผลการดำเนินการ “A decade for health workforce strengthening in the South-East Asia Region ๒๐๑๕-๒๐๒๕” โดยประเทศไทยทำหน้าที่เป็น resource person
๒. ประเทศไทยทำหน้าที่เป็นส่วนหนึ่งของ WHO expert advisory group ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ

Intervention on agenda 12.3 Human resources for health

- WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel: third round of national reporting
- Global strategy on human resources for health: workforce 2030

Documents: A72/23, A72/24

Delivered by Dr. Teeraporn Sathira (27/May/2019)

Thank you, Chair,

Thailand would like to raise three concerns.

First, with inadequate information systems, we urge the secretariat to provide strong support to member states on Health workforce account. to monitor progress. The advisory group at the second review, next month, needs to have more representatives from the source countries for further strengthening the implementation of the Code.

Second, nurses and midwifery shortage is the most serious challenges, the WHO secretariat should seriously work with member states to tackle this issue. In parallel, the problem of competency, commitment and proper skill-mix of health workforces need to be tackled in order to foster their retention and engagement at the community level.

Third, we urge the Secretariat to strongly advocate and support member states to translate WHO normative guidance to real action to achieve the global strategy at the

2020 milestone.

We support the integration of reporting of resolution on global workforce strategy 2030 with WHA63.16 on WHO Global Code.

Thank you.

Agenda 12.4 Promoting the health of refugees and migrants: Draft global action plan, 2019–2023

ผู้รับผิดชอบ

๑. แพทย์หญิงหทัยรัตน์ โกษียาภรณ์ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๒. แพทย์หญิงสาวิตรี วิษณุโยธิน กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
๓. แพทย์หญิงอรรธยา ลีมวัฒนาียงยง กรมควบคุมโรค

สาระสำคัญของวาระ

- ๑๙ กันยายน ค.ศ. ๒๐๑๖ New York Declaration for refugees and migrants (resolution ๗๑/๑) ได้รับการรับรองใน high-level Summit for Refugees and Migrants สาระสำคัญเพื่อแสดงคำมั่นทางการเมืองในการร่วมกันตอบสนองต่อการเคลื่อนย้ายของกลุ่มผู้อพยพและประชากรต่างด้าว โดยมีประเด็นที่เป็นรูปธรรมคือ ๑ (draft Global compact for safe, orderly and regular migration) ๒ (guidelines on the treatment of migrants in vulnerable situations)
- ธันวาคม ค ๒๐๑๘ มีการรับรอง .ศ.Global Compact for safe, orderly and regular migration ซึ่งถือเป็นข้อตกลงระหว่างรัฐบาลภายใต้กลไกสหประชาชาติครั้งแรกในประเด็นนี้ ซึ่งข้อตกลงนี้ไม่มีข้อผูกพันทางกฎหมาย โดยมีสาระสำคัญ คือ ๑ สนับสนุนการพัฒนาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ((ensuring proven identity, enhancing availability and flexibility for regular migration, access basic services, and making provisions for both full inclusion of migrants and social cohesion) ๒ ดำเนินการตามหลัก (national sovereignty โดยเคารพการกำหนดนโยบายของประเทศตามบริบทของตนโดยสอดคล้องกับกฎหมายในประเทศและในระดับนานาชาติ ๓) แบ่งแยกชัดเจนระหว่าง regular/irregular migration แต่ไม่แบ่งแยก legal/illegal migrants
- ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๗๐ รับรองร่างข้อมติ WHA ๗๐.๑๕ “Promoting the health of the refugees and migrants” ซึ่งมีสาระสำคัญคือให้ประเทศสมาชิกสร้างความเข้มแข็งของความร่วมมือระหว่างประเทศในประเด็นสุขภาพของประชากรข้ามชาติและผู้ลี้ภัย และให้องค์การอนามัยโลกสนับสนุนการพัฒนา Global Action Plan เพื่อเสนอในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๗๒
- วาระนี้เป็นการนำเสนอ draft global action plan) GAP(, ๒๐๑๙–๒๐๒๓ ซึ่งพัฒนาจากประสบการณ์และบทเรียนของประเทศต่างๆ GAP ถือเป็นแผนพัฒนาในระดับโลกที่มีวัตถุประสงค์ให้ผู้อพยพหรือคนต่างด้าวมีสุขภาพดี โดยนับรวมเป็นส่วนหนึ่งของประชาชนทั่วไป GAP นี้เน้นบทบาทของ Secretariat ในการสนับสนุนประสานงานกับประเทศต่างๆและองค์กรระหว่างประเทศอื่นๆ ภายใต้ ๖ priorities ดังนี้

Priority ๑ เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิต โดยการสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ เพื่อรองรับความต้องการด้านสุขภาพ รวมถึงการพัฒนาขีดความสามารถของประเทศในการตอบสนองต่อเหตุการณ์ฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข

Priority ๒ เพื่อพัฒนาคุณภาพและการเข้าถึงบริการพื้นฐานอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง โรคทางสุขภาพจิต และโรคจากการประกอบอาชีพ ซึ่งรวมถึงการพัฒนา national action plans และนโยบาย เกี่ยวกับแรงงานผู้อพยพและคนต่างด้าว

Priority ๓ เพื่อให้ผู้อพยพและคนต่างด้าว สามารถเข้าถึงบริการได้ โดยปราศจากความไม่เท่าเทียมด้านเพศ ภายภาค การเงิน ข้อมูลและการแบ่งแยก โดยความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ เช่น WHO สนับสนุนการสร้างนโยบายจากหลักฐานทางวิชาการ การสนับสนุนกลไกการแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพระหว่างประเทศ สนับสนุนกลไกในการจัดสรรงบประมาณจากแหล่งทุนต่างๆ สนับสนุนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการจัดการปัญหาความรุนแรงทางเพศ เป็นต้น

Priority ๔ เพื่อเน้นย้ำความสำคัญของปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (social determinant of health) ภายใต้การทำงานร่วมกันของนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้อพยพและคนต่างด้าวใน SDGs โดย WHO จะสนับสนุนการสร้างความร่วมมือระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง สร้างแนวทาง เสนอแบบอย่างที่ดีในการดำเนินการจากประเทศต่างๆ พัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพและสร้างความเข้มแข็งของนโยบาย WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel

Priority ๕ เพื่อรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพของผู้อพยพและคนต่างด้าวให้ได้มาตรฐานและสามารถเปรียบเทียบกันได้ระหว่างประเทศเพื่อสนับสนุนการกำหนดนโยบายต่อไป โดย WHO จะสนับสนุนการสำรวจข้อมูลสุขภาพและความเสี่ยงด้านสุขภาพในกลุ่มผู้อพยพและคนต่างด้าว ให้กับประเทศสมาชิกและองค์การระหว่างประเทศ รวมถึงการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างประเทศต้นทางและปลายทาง

Priority ๖ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องต่อกลุ่มผู้อพยพและคนต่างด้าว ทั้งในกลุ่มผู้อพยพ คนต่างด้าว และในคนทั่วไป โดย WHO จะสนับสนุนการเข้าถึงข้อมูลให้แก่ผู้อพยพและคนต่างด้าว เพื่อลดการตีตราและแบ่งแยก รวมถึงการสนับสนุนการประชาสัมพันธ์ เพื่อสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

- วาระนี้ มีวัตถุประสงค์ให้รับรอง draft decision ซึ่งมีสาระสำคัญ ๒ ประเด็น คือ ๑ (to take note of the WHO global action plan on promoting the health of refugees and migrants, ๒๐๒๓-๒๐๒๙ และ ๒) ให้รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานใน WHA ๗๔ และ WHA ๗๖

ท่าทีประเทศอื่นๆ

ในประเด็นนี้ SEAR ได้ร่าง ROV เพื่อสนับสนุน draft global action plan และเน้นย้ำความสำคัญใน ๕ ประเด็น ดังนี้ ๑) ให้รวมกลุ่มอพยพและคนต่างด้าวให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีแผนการดำเนินการทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ๒) ให้ความสำคัญกับการเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้อพยพและคนต่างด้าว รวมถึงกลุ่ม undocumented migrants ๓) สร้างความเข้มแข็งในความร่วมมือระหว่างประเทศสมาชิกและหน่วยงานเข้าใจในความรับผิดชอบและภาระของแต่ละภาคส่วน และเสนอให้มีการพูดคุยเกี่ยวกับการจัดสรรทรัพยากรให้สอดคล้องกับ draft global action plan ๔) ต้องการให้มีการรวมกลุ่มสมาชิกทั้งหมดและประเมินแผนก่อน เพื่อปรับใช้ให้เหมาะกับบริบทของ SEAR ๕) ให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพในภูมิภาค คือ วัณโรค มาลาเรียและสุขภาพแม่และเด็ก

ประเทศสมาชิกส่วนใหญ่เห็นความสำคัญของปัญหาด้านสุขภาพในกลุ่มผู้อพยพและคนต่างด้าว ทั้งในด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ การสร้างระบบข้อมูลสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งภายในประเทศและระหว่างประเทศ สร้างความร่วมมือระหว่างประเทศต่างๆ รวมถึงองค์กรระหว่างประเทศ และให้ความสำคัญกับการส่งเสริมป้องกันโรค โดยเฉพาะกลุ่มโรคที่เป็นปัญหาในผู้อพยพและคนต่างด้าว เช่น โรคทางจิตเวช โรคอนามัยเจริญพันธุ์ โรคระบาด เป็นต้น

Draft decision

- สหรัฐเม็กซิโกขอแก้ไข draft decision ในข้อที่ ๒ เนื่องจากมีข้อกังวลเรื่องการรายงานข้อมูลซึ่งหากมีกระบวนการ consultation จะมีขั้นตอนยุ่งยากและประเทศสมาชิกหลายประเทศอาจไม่มีโอกาสในการร่วม จึงขอให้ระบุว่าจะมีการรวบรวมข้อมูลจากประเทศสมาชิกตามความสมัครใจและองค์กรระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม
- สาธารณรัฐเลบานอน ต้องการให้คงประโยคเดิมในข้อที่ ๒ ไว้และแก้ไขเล็กน้อยเป็น in collaboration and consultation with Member States and UN agencies
- สาธารณรัฐอิสลามปากีสถานต้องการให้ประเทศสมาชิกมีส่วนร่วมในการรายงานมากขึ้น และหากที่ประชุมยอมรับ ข้อแก้ไขจากสหรัฐเม็กซิโก สาธารณรัฐอิสลามปากีสถานและสาธารณรัฐเลบานอนจะขอ disassociate ใน paragraph นี้

ท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยเห็นชอบต่อ draft decision โดยให้ความเห็นในประเด็นสำคัญดังนี้

- การตอบสนองต่อการเคลื่อนย้ายประชากรในระดับโลกยังไม่เพียงพอและขาดทรัพยากร ซึ่งภาระเหล่านี้แบกรับโดยประเทศกลุ่มที่มีรายได้น้อยและปานกลาง
- การให้บริการด้านสุขภาพของคนต่างด้าวในประเทศไทยมีระบบประกันสังคมและกองทุนบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวรองรับ นอกจากนี้รัฐบาลยังมีการจัดสรรงบประมาณแก่กลุ่มประชากรไร้รัฐที่อยู่ระหว่างการรับรองตามกฎหมาย อย่างไรก็ตามในการดำเนินงานของประเทศไทยยังมีช่องว่างในกลุ่มผู้ติดตามที่อาจไม่สามารถเข้าถึงบริการเนื่องจากระบบประกันสุขภาพเป็นระบบตามความสมัครใจ
- การดูแลสุขภาพของประชากรกลุ่มนี้เป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องซึ่งรวมรัฐบาลของทั้งประเทศต้นทางและปลายทาง นายจ้าง NGO และตัวผู้อพยพและประชากรต่างด้าว ทั้งนี้ รัฐบาลควรเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการประสานระดับนโยบายข้ามภาคส่วนเพื่อให้ผู้อพยพหรือคนต่างด้าวสามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพที่มีคุณภาพโดยปราศจากข้อจำกัดทางการเงิน

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

จากประเด็นที่มีการเสนอแก้ไขข้างต้น ได้มีการหารือต่อใน informal consultation เพื่อทำความเข้าใจและให้เกิดความเห็นตรงกัน ผลสรุปคือ ทุกประเทศต้องการให้มีกระบวนการในการร่วมมือและมีส่วนร่วมจากประเทศสมาชิกและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงเสนอ draft decision ข้อที่ ๒ ใหม่ว่า ๒) to request the Director-General to report back, on progress in the implementation of the WHO global action plan on promoting the health of refugees and migrants, ๒๐๑๙-๒๐๒๓, including relevant information provided by

Member states on the voluntary basis and UN agencies as appropriate to ๗๔th and ๗๖th WHA และยอมรับ draft decision ที่ได้รับการแก้ไขนี้

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

ควรมีการมอบหมายผู้รับผิดชอบ (National focal point) ในกระทรวงสาธารณสุขที่ชัดเจนโดยนโยบายในภาพรวม และเป็นแกนกลางในการทำงานร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ในกระทรวง รวมถึงการประสานงานกับหน่วยงานในภาคส่วนอื่นๆ เช่น แรงงาน มหาตไทย และพัฒนาระบบสุขภาพให้มีความพร้อมในการดูแลประชากรกลุ่มนี้ต่อไป ตามหลักสิทธิมนุษยชนและเพื่อประโยชน์ต่อนโยบายเศรษฐกิจและความมั่นคงของประเทศ

การทำงานในระดับนานาชาติ

ติดตามความก้าวหน้าของ Global Action Plan และเผยแพร่/แลกเปลี่ยนการดำเนินงานในประเทศไทยให้แก่ประเทศอื่นๆ เพื่อเรียนรู้ร่วมกันและแสดงให้เห็นว่าการดูแลประชากรกลุ่มนี้เป็นสิ่งที่อยู่ในวิสัยที่ดำเนินการได้และเป็นสิ่งที่พึงต้องทำตามสิทธิของมนุษย์ที่เท่าเทียมกัน

Intervention in agenda 12.4 Promoting the health of refugees and migrants: Draft global action plan, 2019–2023

Delivered by Hathairat Kosiyaporn

Thank You, Chair

Thailand aligns with the statement made by Sri Lanka, and welcomes draft global action plan, 2019–2023.

Low- and middle-income countries shoulder most of the responsibility for massive and growing displacement across the world; while global response is inadequate and underfunded.

In Thailand, the documented migrants are covered by either social health insurance or mandatory migrant health insurance managed by Ministry of Public Health, while their dependents are covered by voluntary migrant health insurance. There are coverage gaps among dependents due to the voluntary nature of migrant health insurance. Government annual budget was allocated to support health services for the stateless population who are in the process of “national identification”.

Protecting health and access to services by migrants and refugees are the shared responsibility among international agencies, governments in both origin and destination countries, employers, NGOs as well as the refugees and migrants themselves.

Thailand emphasizes that State should be the main responsible agency in coordinating inter-sectoral policies and actions that protect and support access to quality health services and financial protection to them.

Thank You, Chair

Agenda 12.5 Global action on patient safety

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. แพทย์หญิงปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ
๒. นางสาวพินิตา เจริญสุข กรมอนามัย

สาระสำคัญของวาระ

จากการประชุม Executive Board ครั้งที่ ๑๔๔ มีการพิจารณารายงานเรื่อง Global Action on Patient Safety โดยมีข้อ เสนอให้ พิจารณารับรอง Resolution ดังกล่าวในการประชุม World Health Assembly ครั้งที่ ๗๒ โดยพิจารณาจากรายงานของ Director General (DG) ที่มีสาระสำคัญดังนี้

- อ้างถึงมติ WHA ๕๕.๑๘ (๒๐๐๒) ที่เรียกร้องให้ประเทศสมาชิกให้ความสนใจในปัญหาเรื่อง Patient safety โดยมุ่งเน้นการพัฒนาเชิงระบบเพื่อเกิดคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยในระบบบริการสุขภาพ ให้การยอมรับว่าเรื่อง Patient Safety เป็นประเด็นสำคัญปัญหาสำคัญที่เป็นรากฐานของระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและยินดีให้ประเด็น Patient Safety เข้าร่วมใน ๑๓th General Program of Work ๒๐๑๙-๒๐๒๓ รวมถึงให้การยอมรับว่าเป็นต้นที่สร้างความเข้มแข็งให้กับระบบบริการสุขภาพ อันจะนำไปสู่เป้าหมาย Universal Health Coverage และมีประสิทธิภาพประสิทธิผล ภายใต้ SDG ๓
- ให้การยอมรับว่าเรื่อง Patient Safety ไม่สามารถเกิดขึ้นได้หากไม่มีความปลอดภัยด้านโครงสร้างภายใน เทคโนโลยี เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ ซึ่งคนไข้ต้องการการให้ข้อมูลที่ดี ทักษะในการดูแลรักษาที่ได้รับฝึกฝนการพัฒนาต่อเนื่องของ health professional และความตั้งใจที่ดีของบุคลากรสาธารณสุข ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ดดยอ้างถึง รากฐานจาก “First Do No Harm” ที่ได้รับการยอมรับในการโปรโมทให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการในทุกระดับตั้งแต่ปฐมภูมิถึงตติยภูมิ และให้รวมถึง Emergency Care, Community Care, Rehabilitation Care และ Ambulatory care โดยคำนึงถึงความปลอดภัยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
- ควรคำนึงถึงว่า อันตรายที่เกิดกับผู้ป่วยจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ (adverse events) เป็น ๑ ใน ๑๐ อันดับแรกที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและพิการในระดับโลก โดยสวนใหญ่พบในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำถึงรายได้ปานกลาง ซึ่งพบว่าในแต่ละปีมีผู้ประสบเหตุไม่พึงประสงค์จากการดูแลรักษาที่ไม่ปลอดภัยถึงประมาณ ๑๓๔ ล้านเหตุการณ์และส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตถึง ๒.๖ ล้านราย นำมาซึ่งความสูญเสียทางการเงินและความไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพ
- การหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ต้องมีการป้องกันที่มีประสิทธิภาพซึ่งครอบคลุมไปถึงการมีนโยบายและยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน มีระบบข้อมูล ระบบรายงานที่น่าเชื่อถือ มั่นใจในความโปร่งใส มีการ Redesign กระบวนการใหม่ โดยคำนึงถึง Human factor และการฝึกปฏิบัติ และที่สำคัญคือการสร้าง safety culture โดยต้องคำนึงผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
- แม้จะมีการพยายามขับเคลื่อนเรื่อง Patient Safety ในระดับ Global และระดับต่างๆ มาถึง ๑๗ ปี ส่วนใหญ่จะเห็นผลของการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มประเทศรายได้สูงแต่ไม่ประสบความสำเร็จในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง ยังมีช่องว่างต่างๆทั้งในเชิงความรู้ นโยบาย รูปแบบบริการและการสื่อสาร จึงเรียกร้องให้ประเทศสมาชิกร่วมพิจารณาใน ๔ ประเด็นหลักคือ

๑. ให้การรับรอง ให้มีวัน Global Patient Safety Day เป็นวันที่ ๑๗ กันยายน ของทุกปี เพื่อสร้างความตระหนักของสังคม สร้างการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน ในเรื่อง patient safety ของแต่ละประเทศสมาชิก
๒. ให้ประเทศสมาชิก ขับเคลื่อนเรื่อง patient safety ในทั้งหมด ๑๓ เรื่องเช่น การให้ความสำคัญโดยมีนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับชาติ เรื่อง patient safety, มีเครื่องมือในการขับเคลื่อน มีประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วยที่สำคัญ, มีระบบ National Reporting and Learning System มีการสร้าง safety culture, ให้ความสำคัญกับงานวิจัย, มีความร่วมกับประเทศสมาชิกหรือองค์กรวิชาการอื่นๆรวมถึงภาคประชาสังคมในการขับเคลื่อน, มีการกำหนดวัน Global patient Safety Day และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเข้าร่วมประชุมรัฐมนตรีโลกเรื่อง Patient Safety เป็นต้น
๓. เชิญชวนให้องค์กรระหว่างประเทศ และองค์กรผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ สร้างความร่วมมือกับประเทศสมาชิกในการขับเคลื่อนเรื่อง Patient Safety
๔. ขอให้ DG ดำเนินการใน ๑๓ เรื่อง เช่นกำหนดเรื่อง Patient Safety เป็นหนึ่งในประเด็นสำคัญเชิงยุทธศาสตร์ขององค์การอนามัยโลกในการขับเคลื่อนเรื่อง UHC รวมถึงให้ WHO เป็น technical support ให้ประเทศสมาชิก พัฒนา Global Patient Safety Action Plan ร่วมกับประเทศสมาชิกเพื่อเสนอในการประชุม WHA ครั้งที่ ๗๔ และให้มีการรายงานความก้าวหน้าของ resolution เพื่อพิจารณา ในการประชุม WHA ทุกครั้งปี ๗๔, ๗๖ และ ๗๘ โดยผ่านการประชุม Executive Board ทุก ๒ ปี

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศสมาชิกทั้งหมดสนับสนุน resolution ดังกล่าว และขอบคุณ ประเทศอังกฤษที่เป็นแกนนำในการยกร่าง Resolution และเริ่มต้นจัดให้มีการให้ความสำคัญในระดับรัฐมนตรี โดยมีการจัดประชุมรัฐมนตรีโลกเรื่อง Patient Safety ครั้งแรกที่ประเทศอังกฤษ ทำให้เกิดการประชุมต่อเนื่องและมีการขับเคลื่อนร่วมเป็นเครือข่าย Expert ร่วมกับ Policy makers ซึ่ง ประเทศเยอรมัน ญี่ปุ่น ซาอุดีอาระเบีย และสวิสเซอร์แลนด์ ได้ร่วมกันขับเคลื่อนเป็นเจ้าภาพการประชุมในปีต่อๆมา ซึ่งทั้ง ๕ ประเทศนี้ให้การสนับสนุนอย่างชัดเจนรวมถึงสนับสนุนให้มี Global Patient Safety Day เพื่อสร้างความตระหนักทางสังคม และมีข้อเสนอจากประเทศต่างๆที่สำคัญเพิ่มเติมดังนี้

หลายประเทศ เช่น เยอรมัน กาน่า เม็กซิโก เห็นความสำคัญและยืนยันว่า การขับเคลื่อนเรื่อง Patient Safety เป็นประเด็นสำคัญที่จะทำให้ ระบบ Universal Health Coverage ยิ่งยืน โดยเฉพาะการขยายความแข็งแกร่งไปสู่ Patient Safety ไปสู่การดูแลระดับ Primary Care และควรให้ความสำคัญกับการ Training เรื่องดังกล่าวใน Healthcare workers ประเทศเวียดนาม จีน กาน่า มาเลเซีย เสนอให้องค์การอนามัยโลกสนับสนุนองค์ความรู้ เช่น มาตรฐานการปฏิบัติงาน (Operation Standard) จัดทำแนวทาง (guidance) ในการดำเนินงานและการเก็บข้อมูลเรื่องนี้ให้แก่ประเทศกำลังพัฒนา ประเทศรายได้น้อย ประเทศรายได้ปานกลาง รวมถึงสนับสนุนการ สนับสนุนงบประมาณให้แก่ประเทศรายได้น้อยและประเทศรายได้ปานกลางประเทศอินเดีย อาเจนตินา ซิลิ กาน่า อินโดนีเซียเวียดนามและจีน ให้มุ่งเน้นเรื่องการพัฒนาข้อมูล และ งานวิจัย เพื่อ ทำให้เกิดการ Improve Quality ที่เป็นรูปธรรม ประเทศนามิเบีย สนับสนุนประเด็น ที่ทุกประเทศควรมี National Policy เรื่อง Patient Safety และมุ่งเน้น การ learning ที่มุ่งเน้น No Blame, No Shame ประเทศอาร์เจนตินา เห็นความสำคัญเรื่องการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ซึ่งประเทศซิวเลียสนับสนุนเพิ่มเติมเรื่อง AMR และควรมีแนวทางปฏิบัติที่ดีให้ประเทศต่างๆ ประเทศแทนซาเนียและตัวแทนภูมิภาคแอฟริกา ขอให้พัฒนาเรื่อง Patient Safety ที่เป็นพื้นฐาน เช่นการเข้าถึงบริการที่ปลอดภัย และประเทศสหรัฐอเมริกาสนับสนุนข้อเสนอของกลุ่มประเทศในภูมิภาคเอเชีย

ตะวันออกเฉียงใต้ (ROV) ที่กล่าวโดยประเทศไทย ควรให้ Global Patient Safety Day เป็นวันที่มีความหมายในการขับเคลื่อนอย่างเป็นรูปธรรมของทุกประเทศและขอให้ทุกประเทศพัฒนาระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการระดับโลก

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (แนว intervention ตอนท้าย)

ประเทศไทยได้นำเสนอในฐานะตัวแทนของภูมิภาค South-East Asia Region ซึ่งกล่าวถึงการขับเคลื่อนเรื่อง Patient Safety ของประเทศสมาชิก ผ่าน Regional Strategy on Patient Safety ที่มีการ adopted ในการประชุม RC ครั้งที่ ๖๘ โดยประเทศสมาชิกมียุทธศาสตร์การขับเคลื่อน และเกือบทั้งหมดมีการพัฒนาตามบริบทของประเทศโดยได้จากการวิเคราะห์ Country self-assessment และมีการขอให้ WHO และ Partners สนับสนุนประเทศสมาชิกในการขับเคลื่อนเรื่องดังกล่าวโดยเฉพาะกลุ่มประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง ประเทศไทยกล่าวในนามของประเทศสมาชิก ให้การสนับสนุน การกำหนดให้มี Global Patient Safety Day ในวันที่ ๑๗ กันยายน ของทุกปี แต่ร้องขอให้วันดังกล่าวมีความหมายในการขับเคลื่อนของแต่ละประเทศโดยขอให้แก้ไขข้อความ ใน EB ๑๔๔.R๑๒ OP ๒ (๑๓) ให้วันดังกล่าวมีการโปรโมทเรื่อง Patient Safety ในทุกด้านรวมถึงให้มีการรายงานความก้าวหน้าการขับเคลื่อนเหตุการณ์สำคัญของแต่ละประเทศ เพิ่มเติม (ข้อความปรากฏใน Intervention)

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมมีมติให้แก้ไขข้อความใน ใน EB ๑๔๔.R๑๒ OP ๒ (๑๓) ตามที่ประเทศไทยเสนอในนามภูมิภาค และให้การรับรอง Resolution ๑๒.๕ Global Action on Patient Safety

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

ควรมีการนำ Resolution ที่เป็นประเด็นให้ประเทศสมาชิกดำเนินการมาทบทวนร่วมกันในผู้เกี่ยวข้อง เช่น กรมการแพทย์ กบรส. และสรพ. เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนเป็นรูปธรรมต่อเนื่อง และส่งเสริมสนับสนุนให้มีการขับเคลื่อนเรื่องดังกล่าวที่ประเทศไทยได้มีการดำเนินการแล้วในหลายประเด็น ตามประกาศนโยบายของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขให้รพ.สังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็น รพ. Patient and Personnel Safety ที่ควรมีเป้าหมายและแผนการดำเนินงานที่มีการเตรียมงบประมาณสนับสนุนที่ชัดเจน ผ่าน กยพ.ในการสนับสนุน เช่น การสนับสนุนงบประมาณในการให้รพ.ใช้ระบบ National Reporting and Learning System โดยสรพ.ยินดีร่วมเป็นคณะทำงานและให้ข้อมูลในการขับเคลื่อน

การทำงานในระดับประเทศ

ขับเคลื่อนต่อเนื่องผ่านคณะกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข ที่มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ ๔ ปี ซึ่งความมีการวิเคราะห์เพิ่มเติมในประเด็น ที่ Resolution กำหนด เพื่อค้นหา Gap ในการพัฒนาเพิ่มเติมและเสนองบประมาณสนับสนุน ให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติและแผนแม่บท ในการยกระดับบริการสุขภาพของประเทศไทยให้เป็นสากล ผ่านการขับเคลื่อนขององค์กรหลายฝ่ายในลักษณะบูรณาการ และ จัดให้มีวัน Patient and Personnel Safety Day สอดคล้องกับ Global Patient Safety Day โดยเป็นการร่วมกันของเครือข่าย ทั้งภาค Health case Non- Health ที่สื่อสารการขับเคลื่อนสู่สังคม

การทำงานในระดับนานาชาติ

ร่วมเป็นเครือข่าย Global Patient Safety Network และผลักดันให้ การขับเคลื่อนของประเทศไทยเป็นตัวอย่างในเวทีโลก ที่ผลงานและมีหลักฐานงานวิจัย รวมถึง ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเข้าร่วมประชุม Global Patient Safety Summit ครั้งที่ ๕ ที่ประเทศ สวิตเซอร์แลนด์ เพื่อนำเสนอการขับเคลื่อนของประเทศไทยและร่วมการขับเคลื่อนระดับ Global โดยสรพ.เป็นผู้สนับสนุนข้อมูลทาง Technical

Intervention on agenda 12.5 Global action on patient safety, South-East Asia Regional One Voice: Lead Country: Thailand, Support Country: Sri Lanka

Delivered by Dr Piyawan Limpanyalert (25/05/2019)

Chair, Thailand makes this statement on behalf of eleven member states of the WHO South-East Asia Region. South East Asia Regional Committee adopted a resolution on “Patient safety contributing to sustainable universal health coverage” in 2015, which endorsed the Regional Strategy on Patient Safety (2016-2025) to support development and implementation of national patient safety policies.

Self-assessment, conducted by almost all SEAR countries, have resulted in the launch of evidence based plan to improve patient safety.

These country implementation experiences include the adoption of National Incidence Reporting and Learning System; Facility Certification Improvement of WASH; and strengthening infection prevention and control to address AMR. Some countries are also implementing surgical safety check list.

Most importantly, strengthening safer public and private healthcare system through the adoption of Patient and Personnel Safety policy and strategies which engage patients, health personnel and stakeholders help cultivate safety culture and raising safety awareness. This is achieved through inter-professional education, effective communication and coordinated care among health personnel.

Accelerating progress towards patient safety can address the basic, simple and inexpensive actions such as availability of clean water and sanitation in health facilities, supporting hand hygiene and safe medication.

WHO and partners should support cross country learning and sharing best experiences and improve data for evidence informed policy decisions to achieve universal health coverage, promote concerted global action and strengthen collaboration with focus on low- and middle-income countries.

Chair, South East Asia region endorses the establishment of World Patient Safety Day, on 17 September annually. However, we propose one friendly amendment to EB144 R12; OP 2 (13) to be read “To mark World Patient Safety Day annually on 17 September to promote all aspects of patient safety including progress on national milestones, in collaboration with relevant stakeholders” Thank you, Chair.

Agenda item 12.5 Patient safety : Water, sanitation and hygiene in health care facilities

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นางสาวพินิตา เจริญสุข กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย
๒. แพทย์หญิงปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ รองผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

สาระสำคัญของวาระ

จากการประชุม EB ๑๔๔ เมื่อเดือนมกราคม ๒๐๑๙ องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญกับประเด็น Patient safety : Water, sanitation and hygiene in health care facilities (WASH) การเข้าถึงน้ำและสุขาภิบาลในทุก setting โดยเฉพาะสถานบริการสาธารณสุข ในปี ๒๐๑๕ องค์การอนามัยโลกทำการประเมินร่วมกับ UNICEF พบว่าร้อยละ ๔๐ ของสถานบริการสาธารณสุขมีน้ำไม่เพียงพอ ร้อยละ ๑๙ มีการสุขาภิบาลไม่ดี และร้อยละ ๓๕ ไม่มีอุปกรณ์เกี่ยวกับการทำความสะอาดมือ นอกจากนี้พบว่ามากกว่าร้อยละ ๔๐ ไม่มีการจัดการขยะติดเชื้อที่มีความปลอดภัย และพบว่าส่วนบริการปฐมภูมิ และการคลอดมีการเข้าถึง WASH น้อยกว่าบริการสาธารณสุขด้านอื่นๆ สะท้อนถึงการขับเคลื่อนระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมถึงนำไปสู่การใช้ยาปฏิชีวนะไม่สมเหตุผล การแพร่กระจายเชื้อดื้อยา

ผลกระทบของ WASH ในสถานบริการสาธารณสุข

- การขาดการเข้าถึง WASH ส่งผลต่อการป้องกันการติดเชื้อ โดยพบว่าร้อยละ ๑๕ ของผู้ป่วย เกิดการติดเชื้อขณะนอนพักอยู่ในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคติดเชื้อสูงมากและเป็นค่าใช้จ่ายที่ป้องกันได้
- ผู้เสียชีวิตมากกว่า ๑ ล้านคนในแต่ละปี เกิดจากการคลอดในสภาวะที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ในจำนวนนี้เป็นเด็กแรกเกิดเสียชีวิตจากการติดเชื้อร้อยละ ๒๖ และแม่ตายร้อยละ ๑๑ การขาดการเข้าถึง WASH มีผลต่อการคลอดปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญ และส่งผลกระทบต่อความครอบคลุมของสุขภาพถ้วนหน้า (UHC)
- การขาดการเข้าถึง WASH ทำให้ติดเชื้อง่ายขึ้นและการแพร่เชื้อดื้อยามากขึ้น มีหลักฐานยืนยันว่า WASH ที่ไม่เหมาะสมมีผลต่อการเพิ่มการใช้ยาปฏิชีวนะก่อนการคลอด นำไปสู่การเกิดเชื้อดื้อยา และการติดเชื้อในกระแสเลือด
- การจัดการขยะติดเชื้อที่ไม่เหมาะสมก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่นการกำจัดเข็มฉีดยาที่ไม่ถูกต้องเพิ่มความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บและการใช้ซ้ำ ในปี ๒๐๑๐ การใช้เข็มฉีดยาซ้ำทำให้เกิดผู้ป่วย HIV รายใหม่ ๓๓๙๐๐ คน ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี ๑.๗ ล้านคน และ ไวรัสตับอักเสบบี ๓๑๕๐๐๐ คน

ความท้าทาย

- พบว่าเพียงร้อยละ ๒๕ ของ ๗๘ ประเทศที่เข้าร่วมการสำรวจ รายงานว่ามีนโยบายและการดำเนินงานด้าน WASH นอกจากนี้พบว่าการเปลี่ยนแปลงสภาพอากาศเป็นภาวะคุกคามความปลอดภัยและความยั่งยืนของ WASH ในสถานบริการสาธารณสุข
- บุคลากรสาธารณสุขมีภาระงานเยอะ ขาดแรงจูงใจ/การฝึกอบรมในการพัฒนาบริการ WASH ปัญหา WASH ถูกมองว่าเป็นเรื่องยากและเป็นสาธารณูปโภคขั้นพื้นฐานที่ใช้งบประมาณสูง
- การจัดการข้อมูลในระดับประเทศเกี่ยวกับ WASH ยังมีน้อย ประเทศส่วนใหญ่ขาดข้อมูลเกี่ยวกับ WASH
- ขาดการเชื่อมโยงประเด็นงาน WASH กับงานอื่นๆ ในกระทรวงสาธารณสุข เช่น สุขภาพแม่และเด็ก การเตรียมการรองรับการระบาดของโรค

- ขาดงบประมาณสำหรับโครงสร้างพื้นฐาน การบำรุงรักษาซ่อมแซม ส่วนใหญ่มักให้ความสำคัญกับการรักษาโรค และค่าใช้จ่ายประจำ เช่นเงินเดือน โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิส่วนใหญ่มักเป็นบริการที่ไม่เก็บค่าใช้จ่าย เช่น การฉีดวัคซีน จึงขาดงบประมาณในการการขนส่งขยะอย่างปลอดภัย
 - ทิศทางในอนาคต
- องค์การอนามัยโลกและ UNICEF ได้จัดทำ Global workplan and architecture on WASH in health care facilities และได้เสนอเป้าหมายระดับโลก และแนวทางติดตามความก้าวหน้าผ่านทาง SDGs ๓ (health) และ SDGs ๖ (safe water and sanitation) ให้อย่างน้อยร้อยละ ๕๐ ของสถานบริการสาธารณสุขทั่วโลกในแต่ละภูมิภาคมีการจัดบริการ WASH ภายในปี ๒๐๒๒ ร้อยละ ๘๐ ในปี ๒๐๒๕ และร้อยละ ๑๐๐ ในปี ๒๐๓๐
- องค์การอนามัยโลกและ UNICEF รายงานสถานการณ์ WASH ฉบับแรกในต้นปี ๒๐๑๙ และกลุ่มที่ปรึกษาจะกำหนดทิศทางการดำเนินงาน นอกจากนี้จะมีการรณรงค์ระดับโลก เป้าหมายเพื่อให้กระทรวงสาธารณสุขแสดงความเป็นผู้นำและความเป็นเจ้าของและร่วมมือกับกระทรวงที่เกี่ยวข้องกับงานน้ำ สุขาภิบาล และสาธารณสุขโลก -ที่ประชุมขอให้บันทึกรายงานฉบับนี้และเห็นชอบ draft resolution ที่แนะนำโดย EB๑๔๔.R.๕.

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- ทุกประเทศรับทราบรายงานและเห็นชอบกับร่าง resolution ที่แนะนำโดย EB๑๔๔.R.๕.
- หลายประเทศตระหนักว่าการเข้าถึง WASH เป็นสิ่งจำเป็นต่อสุขภาพขั้นพื้นฐาน
- ประเทศกำลังพัฒนา (เช่น คองโก แองโกล่า) มีความกังวลเกี่ยวกับปัญหา WASH ในโรงพยาบาลโดยเฉพาะ ความเสี่ยงจากการขยะติดเชื้อ การจัดการน้ำเสียยังเป็นปัญหา ขาดงบประมาณ ขาดการอบรมบุคลากร ขาดข้อมูล และต้องการรับการสนับสนุนคู่มือแนวทางการอบรมบุคลากร การติดตามตรวจสอบสุขลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพจากองค์การอนามัยโลก
- อินเดีย เห็นว่าควรให้ความสำคัญกับ WASH ในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิและในแผนกสูตินรีเวช ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
- ประเทศพัฒนาแล้ว (เช่น อังกฤษ สหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น เยอรมนี) ยินดีร่วมสนับสนุนองค์การอนามัยโลก

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

๑. สนับสนุน Regional of South East Asia One Voice ที่กล่าวโดยประเทศภูฎาน
๒. สนับสนุนร่าง draft resolution ที่แนะนำโดย EB๑๔๔.R.๕.
๓. ประเทศไทยดำเนินโครงการ GREEN and CLEAN hospital เพื่อให้เกิดการสุขาภิบาลอย่างยั่งยืนและเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม
๔. เสนอแนะแนวทางการปฏิบัติงาน ๓ ข้อ เพื่อให้บรรลุ SDGs ได้แก่
 - ๔.๑. การให้ความสำคัญในระดับนโยบายอย่างต่อเนื่อง การสร้างความร่วมมือทุกภาคส่วนและทุกระดับ
 - ๔.๒. การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชุมชนพร้อมๆกับการพัฒนาลงทุนโครงสร้างพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง WASH
 - ๔.๓. สนับสนุนให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการเผยแพร่กรณีตัวอย่างที่ดีที่ประสบความสำเร็จ

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

รับทราบรายงานและเห็นชอบ draft resolution ที่แนะนำโดย EB๑๔๔.R.๕.

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

การทำงานในระดับประเทศ

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขดำเนินโครงการ GREEN & CLEAN Hospital อย่างต่อเนื่อง และเน้นสนับสนุนให้เกิดบริการสาธารณสุข WASH ในโรงพยาบาลและสถานบริการปฐมภูมิอย่างครอบคลุมโดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล
- นำแนวทาง Global workplan and architecture on WASH in health care facilities ขององค์การอนามัยโลกมาปรับใช้ และพัฒนาฐานข้อมูลในการติดตามความก้าวหน้าตามเป้าหมาย SDGs ๓ (health) และ SDGs ๖ (safe water and sanitation)
- ควรมีการดำเนินงานร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงมหาดไทยเกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อ กระทรวงสาธารณสุขกับการประปานครหลวง การประปาภูมิภาค กรมทรัพยากรน้ำบาดาลในการจัดหาพื้นที่สะอาดและเพียงพอในสถานพยาบาล
- ควรมีการประสานข้อมูลและการทำงานร่วมกับ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ซึ่งเป็นองค์กรที่รับรองมาตรฐานสถานพยาบาล โดยในมาตรฐานการรับรอง มีมาตรฐานเรื่องสิ่งแวดล้อม และมาตรฐานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ซึ่งเป้าหมายสอดคล้องกับโครงการ เพื่อเกิดประโยชน์กับรพ.และลดภาระงานซ้ำซ้อนในการตรวจประเมิน

การทำงานในระดับนานาชาติ

เข้าร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดำเนินงาน WASH ของประเทศไทยกับประเทศต่างๆในการจัดประชุมระดับนานาชาติ เช่น วัน World Patient Safety Day รวมทั้งติดตามรายงานความก้าวหน้าข้อมูลสถานการณ์ WASH ในสถานพยาบาลที่องค์การอนามัยโลกจะนำเสนอใน WHA สมัยที่ ๗๔

Intervention on Agenda 12.5 Patient Safety:Water, sanitation and hygiene in health care facilities

Delivered by Ms.Panita Charoensuk

Thank you chair,

Thailand aligns itself with regional statement made by Bhutan, and supports the draft resolution EB 144.R5.

Thailand has committed to WASH and established “GREEN and CLEAN hospital” programme for sustainable and ecological friendly sanitation systems in hospital.

To successfully implement this resolution and achieve SDG, Thailand proposes three key actions,

First, continued political commitment, multi-sectoral collaboration with clear responsibilities at global, national and local levels. We support the development of global and national action plans with clear outcomes, timelines, responsible agencies, budget and monitoring platform.

Second, hygiene promotion and demand creation through community engagement should be implemented in parallel with infrastructure development.

Third, platforms for learning and sharing lessons should be established, where good practices and successful case studies should be disseminated.

Thank you, chair

ROV statement Agenda 12.5 Patient Safety:Water, sanitation and hygiene in health care facilities

Delivered by Bhutan

Thank You Chair

1. Bhutan takes great pleasure and honor to present this statement on behalf of all the 11 member states of the South-East Asia Region.
2. We note with appreciation the Director General’s comprehensive report on this agenda. We appreciate WHO for its continuous efforts and drive towards improving access to WASH facilities at the global, regional and national levels, particularly in areas of advocacy, developing national standards, generating harmonized global data, and improving intersectoral collaboration, among other things.
3. In our Region, WASH in healthcare facilities is increasingly getting attention, whereby it is increasingly integrated into strategies to improve quality of care.
4. Chair, it is deeply concerning to note that 45% of health facilities lacked water and 35% did not have materials for health and hygiene⁴ in low – and – middle income countries, globally. This is highly unacceptable, particularly in a place where vulnerable people come to seek care and services.
5. Inadequate access to WASH services in health settings hinders efforts to maintain clean environment and facilitates hospital acquired infections (HAI). Furthermore, it is well-established that poor WASH in health facilities leads to antimicrobial resistance; - Chair, ladies and gentlemen, as we all know, AMR is a growing threat to global public health and health security.
6. We recognize and acknowledge the UN Secretary General’s timely global call for action on having functional WASH services and practices in all health care settings. Its effective implementation will greatly contribute towards advancing universal health coverage and achieving the triple billion goals. Chair, South-East Asia , therefore, calls on the international community to welcome and implement the “*global work plan and architecture on WASH in health care facilities*” led by the WHO and UNICEF to respond to the Secretary General’s call and to “*expand international cooperation and capacity-*

⁴ Fist ever global assessment done by UNICEF and WHO available online at http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_27-en.pdf

building support to developing countries in water- and sanitation-related activities and programmes”⁵.

7. Chair, Bhutan, on behalf of the 11 Member States of WHO-SEARO, supports the adoption of the draft resolution EB 144.R5.

Agenda 12.6 : SMALLPOX ERADICATION: DESTRUCTION OF VARIOLA VIRUS STOCKS

ผู้รายงาน

๑. นายวัฒนา มะสังหลง กรมควบคุมโรค
๒. นายแพทย์พิสุทธิ์ ชื่นจงกลกุล กองการต่างประเทศ

สาระสำคัญของวาระ

- การทำลายเชื้อไวรัสโรคฝีดาษที่เก็บไว้ในสหรัฐอเมริกาและสหพันธรัฐรัสเซียมีการถกเถียงมานานและแม้จะมีข้อสรุปที่ชัดเจนแล้วจากคณะผู้เชี่ยวชาญว่าไม่มีความจำเป็นที่จะต้องเก็บรักษาเชื้อไวรัสฝีดาษไว้เพื่อการวิจัยอีกต่อไป และสมัชชานานาชาติก็ได้มีมติตั้งแต่ต้นทศวรรษ ๑๙๙๐ ให้ทำลายเชื้อไวรัสฝีดาษที่เก็บไว้ แต่ทั้งสหรัฐและรัสเซีย ยังไม่ยอมทำลาย โดยยืนยันว่ายังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนประเด็นที่เห็นต่างสำคัญ คือ ฝ่ายหนึ่งเห็นควรให้มีการรับทำลายเนื่องจากกังวลเรื่องอาวุธชีวภาพ (Bioterrorism) และการไหลรั่วของเชื้อที่เก็บไว้อาจทำให้โลกตกอยู่ในภาวะเสี่ยงและอันตราย กับอีกฝ่ายหนึ่งที่ประสงค์จะเก็บไวรัสไว้เพื่อทำการวิจัยต่อเนื่อง และเพื่อทำวัคซีนในกรณีที่เกิดโรคอุบัติซ้ำ ทั้งนี้ประเด็นนี้เป็นประเด็นที่ซับซ้อนยืดเยื้อและเป็นประเด็นทางการเมือง
- นอกจากนี้ยังได้เคยมีการพบขวดบรรจุเชื้อไวรัสฝีดาษในห้องปฏิบัติการของ NIH ซึ่งครอบครองร่วมกับ USFDA ในปีพ.ศ.๒๐๑๔ รวมหกขวด และได้มีการทำลายไปในภายหลัง ซึ่งทำให้เชื่อได้ว่าอาจมีการเก็บรักษาไว้ในห้องปฏิบัติการอื่น โดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจก็ได้
- รายงานความก้าวหน้าฉบับนี้ นำเสนอข้อมูลภาพรวมของการดำเนินงานของฝ่ายเลขาฯ และรายงานผลสรุปการประชุม WHO Advisory Committee on Variola Virus Research สมัยที่ ๒๐ ที่จัดขึ้น ณ กรุงเจนีวา ระหว่างวันที่ ๒๖ -๒๗ กันยายน ๒๕๖๑ รวมถึงยังได้รายงานผลการตรวจสอบความปลอดภัยของห้องเก็บเชื้อทั้งสองแห่งซึ่งดำเนินการทุก ๒ ปี
- Advisory Committee ได้รับรายงานผลของโครงการวิจัย variola virus ซึ่งพิจารณาแล้วพบว่า เป็นการวิจัยที่มีความสำคัญและเป็นประโยชน์ต่อการสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นงานวิจัยที่มีประโยชน์ต่อการควบคุมโรคฝีดาษในลิง ซึ่งมีการระบาดอยู่ในแถบแอฟริกากลางและแอฟริกาตะวันตก
- การตรวจสอบความปลอดภัยของห้องเก็บเชื้อซึ่งมีอยู่ ๒ แห่งในประเทศสหรัฐอเมริกาและรัสเซียดำเนินการทุก ๒ ปี ซึ่งได้มีการดำเนินการตรวจแล้วเสร็จที่ VECTOR ประเทศรัสเซียระหว่างวันที่ ๒๘ มกราคม - ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒ และกำลังจะดำเนินการตรวจสอบที่ CDC ประเทศสหรัฐอเมริกา ระหว่างวันที่ ๒๐ -๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๒ โดยคณะผู้ตรวจจะเป็นกลุ่มเดียวกันทั้งหมด นำโดย WHO ทั้งนี้ แนวทางที่ใช้ในการตรวจสอบเป็นไปตาม European Committee for Standardization’s Laboratory Biorisk Management Standard CWA ๑๕๗๙๓ ซึ่งครอบคลุม ๑๖ ด้านของการจัดการความเสี่ยงของห้องปฏิบัติการทางชีวภาพ

⁵ SDG g Goal https://www.who.int/water_sanitation_health/monitoring/investments/glaas/en/

อนึ่ง จากข้อมูลการตรวจสอบความปลอดภัยของห้องเก็บเชื้อที่ผ่านมานั้น ห้องเก็บเชื้อทั้งสองแห่งมีมาตรฐาน Biosafety และ biosecurity ที่ดีและผ่านเกณฑ์มาตรฐานตลอดทุกครั้ง

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- ประเทศส่วนใหญ่มีท่าทีที่สนับสนุนให้ยังคงเก็บเชื้อ Variola Virus ไว้สำหรับการวิจัยเพื่อพัฒนาวัคซีนและ พัฒนาการตรวจวินิจฉัยโรคฝีดาษ ได้แก่ สหรัฐอเมริกา รัสเซีย กลุ่มประเทศแอฟริกา อาเจนตินา เกาหลีใต้ แคนาดา จีน แคมเบีย นอร์เวย์ ซาอุดีอาระเบีย บอสซาวาน่า และ ฮังการี เป็นต้น อย่างไรก็ตามกลุ่มประเทศเหล่านี้ร้องขอให้ WHO มีการควบคุมเรื่องความปลอดภัยทางชีวภาพที่ได้มาตรฐานในห้องปฏิบัติการทั้งสองแห่งทั้งที่รัสเซีย และสหรัฐอเมริกา พร้อมทั้งขอให้แชร์ข้อมูลความคืบหน้าและผลของการวิจัยต่อประเทศสมาชิกเพื่อรับทราบและให้ความคิดเห็น
- ขณะเดียวกันมีบางประเทศมีท่าทีให้กำหนด Timeline สำหรับทำลายเชื้อไวรัส variola และเสนอให้ทำลายเชื้อดังกล่าว ได้แก่ ประเทศ เยอรมัน อินโดนีเซีย และมาเลเซีย เป็นต้น

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

- ประเทศไทยเล็งเห็นว่าวาระ “ การทำลายเชื้อไวรัสวาริโอล่า ” นั้นเป็นที่ถกเถียงและมีการร่วมกันหารือระหว่างประเทศสมาชิกมาอย่างยาวนานเกือบสามทศวรรษ แต่ยังไม่เห็นการดำเนินงานและ Timeline ของการทำลายเชื้อ Variola Virus ที่ชัดเจนจากองค์การอนามัยโลก นอกจากนี้ยังได้เคยมีการพบขวดบรรจุเชื้อไวรัสฝีดาษในห้องปฏิบัติการของ NIH ซึ่งครอบครองร่วมกับ USFDA ในปีพ.ศ.๒๐๑๔ รวมหกขวด และได้มีการทำลายไปในภายหลัง ซึ่งทำให้เชื่อได้ว่าอาจมีการเก็บรักษาไว้ที่ห้องปฏิบัติการอื่น โดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจก็ได้
- ประเทศไทยไม่มั่นใจในสถานการณ์ดังกล่าว เพราะถ้าหากมีการรั่วไหลของเชื้อไวรัส โลกอาจจะตกอยู่ในความเสี่ยงและเป็นอันตราย ขณะเดียวกันวัคซีนที่ได้รับการพัฒนาชนิดใหม่นั้นมีราคาที่สูงและมีแต่ประเทศที่ร่ำรวยเท่านั้นที่จะสามารถซื้อมาเก็บสำรองไว้ได้ ดังนั้นประเทศไทยยืนยันท่าทีเดิมให้ทำลายไวรัสให้เร็วที่สุด และหากมีการขอยืดเวลาเพื่อเก็บเชื้อไวรัสไว้สำหรับทำวิจัยต่อ ประเทศที่กำลังดำเนินการทำวิจัยควรจะสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการสำรองวัคซีนให้กับประเทศกำลังพัฒนา

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมยังไม่มีการกำหนด Timeline ที่ชัดเจนสำหรับการทำลายเชื้อ Variola Virus

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

มอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค ติดตาม Timeline สำหรับการทำลายเชื้อ Variola virus และติดตามรายงานความก้าวหน้าผลการวิจัยจากห้องปฏิบัติการทั้งในสหรัฐอเมริกา และรัสเซีย

Agenda 12.6 : SMALLPOX ERADICATION: DESTRUCTION OF VARIOLA VIRUS STOCKS

Delivered by Mr. Wattana Masunglong

Thank you Chair,

The Thai delegation has serious concerns that WHA has a resolution to destroy the virus since more than three decades, but so far there is no implementation.

Furthermore, in 2014 six vials of variola viruses was discovered outside of the BSL 4 lab! This was a serious warning sign regarding the quality of virus containment

Chair, we are not confident of the situation.

We don't know when the viruses may leak out and be dangerous for the world.

Worse still is that the 'so-called' much better new vaccines are patented and at very high price.

Only rich countries can afford to stockpile them for preparedness.

The WHO's vaccine stock is too small and enough only for control of an outbreak. If the control fails, the whole world would be at high risk.

Chair, Thailand affirms our position of destroying the virus. But if there still be retention of this virus, then the new vaccines should be made available for stockpile by developing countries at low cost. The cost should be borne by those countries that want to retain the virus.

Thank you so much chair.

Agenda 12.7 Eleventh revision of the International Classification of Diseases

ผู้รับผิดชอบ

๑. แพทย์หญิงสาวิตรี วิษณุโยธิน กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
๒. นางกาญจนา ศรีชมภู สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๓. แพทย์หญิงอรรธยา ลิ้มวัฒนา ยิ่งยง กรมควบคุมโรค

สาระสำคัญของวาระ

- บัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง หรือที่รู้จักกันดีในนาม ICD (International Classification of Diseases) เริ่มใช้ครั้งแรกในปี ค.ศ. ๑๘๙๓ (พ.ศ. ๒๔๓๖) ครอบงำโดย International Statistical Institute โดยเริ่มจากการบันทึกสาเหตุการเสียชีวิต วัตถุประสงค์สำคัญของ ICD คือเพื่อทราบแนวโน้มปัญหาและสถิติสุขภาพและเป็นมาตรฐานในระดับนานาชาติสำหรับการรายงานโรคและปัญหาสุขภาพ ICD มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จนถึง ICD ๑๐ ในปีค.ศ. ๑๙๘๘ ซึ่งองค์การอนามัยโลกเข้ามาเป็นผู้รับผิดชอบหลักและมีการเพิ่ม morbidity เข้ามาใน ICD๑๐ เป็นครั้งแรก
- การพัฒนา ICD มีเรื่อยมาโดยมีแผนที่ปรับปรุงทุก ๑๐ ปี ทั้งนี้เพื่อให้เหมาะสมต่อการพัฒนาด้านการศึกษาสาธารณสุขทางการแพทย์ตามยุคสมัย สำหรับ ICD ๑๐ พัฒนาขึ้นในปีค.ศ. ๑๙๙๐ และนำไปใช้ในประเทศต่างๆ กว่า ๑๐๐ ประเทศทั่วโลก
- ในปี ค.ศ. ๒๐๐๗ สมัชชาอนามัยโลกได้มอบหมายให้องค์การอนามัยโลกจัดทำ ICD๑๑ เพื่อให้ทันต่อการพัฒนาทางการแพทย์ เช่น ความรู้เรื่องพันธุศาสตร์ บริบทด้านเทคโนโลยีที่มีการใช้ electronic records and

terminologies เช่น SNOMED (Systematized Nomenclature of Medicines/Clinical terms)

ซึ่งพัฒนาโดย IHTSDO (International Health Terminology Standard Development Organization)

- ICD ๑๑ เป็น concept-based terminology/classification ซึ่งพัฒนาให้มีการเชื่อมโยงกับข้อมูลทางคลินิก และมีประโยชน์ในเชิงระบาดวิทยามากขึ้น ในเชิงเทคโนโลยีมีการปรับปรุงทางเทคนิคและทำให้มีการเชื่อมโยงและใช้งานง่ายขึ้น ลดความผิดพลาด ปรับรหัสใช้ alpha-numeric และเนื้อหาได้มีการเพิ่ม ๕ บทใหม่ ได้แก่ Diseases of the blood or blood forming organ, Diseases of immune system, Sleep-walk disorders, Conditions related sexual health และมีบทเสริมเป็นทางเลือกสำหรับ Traditional medicine (บทนี้ได้รับเงินสนับสนุนให้จัดทำโดยสาธารณรัฐประชาชนจีน) นอกจากนี้ ยังมีประเด็นที่สำคัญที่เพิ่มเติม ได้แก่ รายงานการดื้อยาปฏิชีวนะ การปรับ HIV classification ตามนิยามล่าสุด การพัฒนารหัสของเบาหวาน โรคมุมิแพ้ รวมถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย
- การพัฒนา ICD๑๑ มีกระบวนการหารืออย่างรอบด้านกับทุกกลุ่มเป้าหมายเพื่อให้มีความพร้อมสำหรับการนำไปใช้จริง โดยรับข้อเสนอแนะผ่าน Internet based permanent platform การนำไปใช้ในบางประเทศที่มีบริบทหลากหลายและนำมาปรับปรุง การทบทวนโดยผู้เชี่ยวชาญ External review, ICD๑๑ Revision Conference, statistical review meeting
- ซึ่งขณะนี้ ICD๑๑ ได้พัฒนาสำเร็จเรียบร้อยแล้ว และเสนอเข้าคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลกสมัยที่ ๑๔๔ พิจารณาโดยมีร่างข้อมติเพื่อรับรอง ICD๑๑ เสนอเพื่อพิจารณาด้วย ซึ่งคณะกรรมการบริหารฯ ขอให้เลื่อนการพิจารณาและให้มีการหารือระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนพฤษภาคมก่อนที่จะประชุมสมัชชาอนามัยโลก และให้เสนอเข้าการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๗๒ เพื่อพิจารณารับร่างข้อมติในเอกสาร A๗๒/๒๙ Add.๑

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

๑. ในส่วนเนื้อหา มีประเด็นที่เห็นต่างได้แก่ gaming disorder (หลายประเทศเห็นว่ายังไม่ควรบรรจุไว้), traditional medicine (หลายประเทศอยากให้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนเพียงพอ)
๒. ในส่วนการนำไปใช้
 - a. ประเทศส่วนใหญ่เห็นด้วย แต่มีข้อกังวลและข้อเสนอแนะ ในประเด็นสำคัญดังนี้
 - การมี transition plan ที่ชัดเจนในระดับโลกและในระดับประเทศ รวมถึงการพัฒนา mapping tool (ICD๑๐ to ICD๑๑) และการเตรียมความพร้อมของโครงสร้างและปัจจัยพื้นฐานสำหรับการนำ ICD๑๑ ไปใช้จริง (ระบบ IT, บุคลากร)
 - ขอให้องค์การอนามัยโลกสนับสนุนด้านวิชาการและทรัพยากรที่จำเป็น รวมถึงการจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการอบรมเชิงปฏิบัติการในรูปแบบต่าง

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยมีข้อกังวลและคำถามเพื่อความชัดเจนในการนำ ICD๑๑ ไปใช้ โดยขอให้ฝ่ายเลขาฯ ให้ข้อมูลเพิ่มเติมดังนี้

๑. ประเทศไทยมีความกังวลเรื่องความปลอดภัยของข้อมูลและการบริหารจัดการเพื่อลด operational disruption โดยขอให้องค์การอนามัยโลกอธิบายแนวทางการจัดการเรื่องความปลอดภัยของข้อมูลและการ

ป้องกัน operational disruption รวมถึงคำถามประเด็นการจัดตั้ง server ว่าจะมีการจัดตั้ง Global central server หรือไม่และประเทศสามารถที่จะมี server ของตนเองได้หรือไม่

๒. ประเทศสามารถตัดสินใจในการจัดตั้งระบบรองรับการเปลี่ยนผ่านสู่ ICD๑๑ ภายใต้บริบทของตนเองได้หรือไม่
๓. องค์การอนามัยโลกมีแผนจะสนับสนุนประเทศสมาชิกอย่างไรสำหรับการเปลี่ยนผ่าน
๔. จะมีค่าใช้จ่ายที่ประเทศสมาชิกต้องจ่ายเพิ่มเติมหรือไม่ โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับ SNOMED (The Systematized Nomenclature of Medicine)

เมื่อได้รับความชัดเจนในประเด็นคำถามและข้อกังวลทั้ง ๔ ข้อ ประเทศไทยสนับสนุนร่างข้อมติ

คำชี้แจงจากองค์การอนามัยโลกต่อข้อคำถามของประเทศไทยและประเทศอื่นๆ ใน Committee A

- องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับเรื่องความปลอดภัยของข้อมูล โดยรับรองที่จะดำเนินการตามหลักการความปลอดภัยของข้อมูลอย่างเข้มงวด
- ประเทศสมาชิกสามารถดำเนินการตามที่เหมาะสมและสามารถควบคุมข้อมูลได้เองอย่างเต็มที่
- องค์การอนามัยโลกสนับสนุนด้านวิชาการ open software โดยไม่มีค่าใช้จ่ายใดใดเพิ่มเติม รวมถึงการสนับสนุนที่จำเป็นอื่นๆ เช่น การแปล การอบรม เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยยินดีสนับสนุนและปรับแผนการสนับสนุนให้สอดคล้องตามความต้องการของประเทศสมาชิก

ประเด็นสำคัญการหารืออย่างไม่เป็นทางการกับ Dr. Samira Asma (the ADG for the Data, Analytics and Delivery for Impact Division) and ICD team

- ICD๑๑ สามารถใช้ได้ทั้ง online และ offline รวมทั้งใช้กับ server ใดก็ได้ ไม่ว่าจะเป็น national server, local server และคอมพิวเตอร์
- ประเทศสามารถตัดสินใจได้เองในการจัดการระบบข้อมูล การมี server ของตนเอง
- องค์การอนามัยโลกมีมาตรการในการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลอย่างเข้มข้นและจะส่งเสริมสนับสนุนประเทศสมาชิกในการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ จะไม่มีการนำข้อมูลไปให้แก่หน่วยงานอื่นๆ เช่น IHME ตามที่หลายประเทศกังวล
- ในปี ค.ศ. ๒๐๐๙ มีการลงนาม MOU ระหว่างองค์การอนามัยโลกกับ SNOMED แต่การดำเนินงานได้หยุดไปช่วงระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งขณะนี้สองฝ่ายกำลังหารือที่จะร่วมมือกันต่อไปและองค์การอนามัยโลกกำลังพิจารณากรอบการทำงานกับ SNOMED ภายใต้ FENSA (Framework Engagement for Non State Actors)
- การนำ ICD๑๑ ไปใช้จะไม่มีค่าใช้จ่ายใดเพิ่มเติมและประเทศไม่จำเป็นต้อง License กับ SNOMED แม้ว่าในขั้นตอนการพัฒนา ICD๑๑ จะมีการเชื่อมโยงกับ SNOMED ในบางส่วน

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับร่างข้อมติตามเอกสาร A72/29 Add.1 โดยไม่มีการแก้ไขและรับทราบรายงาน

ข้อเสนอต่อกระทรวงสาธารณสุข

- กระทรวงสาธารณสุข โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงานเป็นแกนกลางร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง (สปสช. สวรส. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นๆ) ร่วมกันจัดทำแผนสำหรับการเปลี่ยน

ผ่านจาก ICD๑๐ สู่ ICD๑๑ที่ครอบคลุมการดำเนินงานอย่างรอบด้านและกรอบเวลาที่ชัดเจน เช่น ระบบโครงสร้างพื้นฐานรองรับและความปลอดภัยของข้อมูล การพัฒนากำลังคน แผนการจัดการความเสี่ยง ความเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลอื่นๆ และ DRG งบประมาณ รวมถึงระบบติดตามประเมินผล เป็นต้น รวมถึงการนำแผนสู่การปฏิบัติ

- การมีคณะผู้แทนไทยไปร่วมการประชุมสมัชชาอนามัยโลกเป็นโอกาสที่ดีในการพัฒนาขีดความสามารถด้านสุขภาพโลกทั้งในระดับบุคคลและในระดับสถาบัน นอกจากการมอบหมายให้รับผิดชอบวาระการประชุมแล้ว การได้นัดหมายเพื่อพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ขององค์การอนามัยโลกเป็นโอกาสอันดีที่จะได้รับทราบสถานะความก้าวหน้าการดำเนินงานในแต่ละด้าน รวมถึงการพัฒนาความสัมพันธ์เพื่อความร่วมมือในระยะยาวต่อไป

Agenda 12.7 Eleventh revision of the International Classification of Diseases

[Document A72/29, A72/29 Add.1]

Thank you Chair,

We are one of the first countries that has used ICD ๑๐ countrywide both in private and public sector.

Before moving forward to implement ICD๑๑, Thailand has some concerns and we would like to seek clarifications:

First, we concern on the data security and the management to minimize operational disruption. Could the secretariat clarify whether WHO will establish a single global central server or country can set its own server? How do you ensure data security and prevent operational disruption?

Second, we would like to know whether a country can make decisions to design its own system to implement ICD๑๑ based on country context?

Third, how will WHO support countries to implement the ICD๑๑ in particular in transition period?

Fourth, is there any additional cost that country has to pay for using ICD๑๑, especially related to SNOMED (The Systematized Nomenclature of Medicine)?

With clarifications on these four questions, Thailand supports the draft resolution.

Thank you chair.

Agenda 12.8 Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นางสาววรรณชนก บุญชู กรมอนามัย
๒. ทันตแพทย์หญิงวรมน อัครสุต กรมอนามัย
๓. ดร. ทันตแพทย์หญิงวิริศา พานิชเกรียงไกร สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

สาระสำคัญของวาระ

รายงานดำเนินงานตาม Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health ถึงความสำเร็จ ความท้าทาย กิจกรรม ที่ดำเนินการเกี่ยวกับสุขภาพแม่ เด็ก วัยรุ่น และรายงานเกี่ยวกับการดำเนินงานตามมติ WHA๕๘.๓๑ (๒๐๐๕) ว่าด้วยการดำเนินงาน universal coverage ในแม่ ทารกแรกเกิด และเด็กเล็ก และมติ WHA๖๗.๑๐ (๒๐๑๔) เรื่องแผนปฏิบัติการสุขภาพทารกแรกเกิด ซึ่งในเอกสารนี้ยังได้อภิปรายเกี่ยวกับ multisectoral actions สิทธิมนุษยชน ความเท่าเทียม รวมทั้ง monitoring และ accountability

The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health เป็นยุทธศาสตร์ให้ความสำคัญถึงเสรีภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ ความเป็น อยู่ที่ดี การได้รับโอกาสทางด้าน สังคมและเศรษฐกิจ การมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในการสร้างสังคมที่มีความเจริญรุ่งเรืองและยั่งยืนของ สตรี เด็ก และวัยรุ่นทุกคน โดยแบ่งเป็นสามเป้าหมายหลักได้แก่ Survive (เพื่อป้องกันการเสียชีวิตจากเหตุซึ่งสามารถป้องกันได้) Thrive (ทำให้มีความผาสุก ความเป็นอยู่ที่ดีตามศักยภาพที่มี) และ Transform (ขยายภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อความเป็นอยู่ที่ดี) และองค์การอนามัยโลกมีส่วนร่วมในการนำแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติ

โดยมีเนื้อหาต่อไปนี้

๑. รายงานความก้าวหน้า ความก้าวหน้าปรากฏอยู่ในรายงาน ดังต่อไปนี้

Women's health เกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาเร่งด่วนเรื่องปากมดลูก โดยในที่ประชุม EB๑๔๔(๒) เสนอให้DGปรึกษา MSและstakeholdersจัดทำร่างยุทธศาสตร์ global strategy to accelerate cervical cancer elimination ให้มีเป้าหมายที่ชัดเจนสำหรับปี ๒๐๒๐-๒๐๓๐ เพื่อพิจารณาใน WHA๗๓ ผ่าน EB ๑๔๖

ประเด็นอื่นๆ คือ การคุมกำเนิด การใช้ความรุนแรงในผู้หญิงและเด็กผู้หญิง Female genital mutilation Sexually transmitted infections

Maternal and newborn health Maternal mortality ลดลง Neonatal deaths ลดลง สำหรับการป้องกันปัญหาเรื่องแม่และทารกตายที่ได้ผลคือ การมี ANC ที่มีคุณภาพ (อย่างน้อย ๔ ครั้ง) และการเข้าถึงผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพในระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอด

Child health มีการรายงานสถานการณ์ การตายเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี และสถานการณ์สุขภาพและภาวะโภชนาการ intervention ที่ใช้เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของเด็ก อันดับแรกคือ การให้วัคซีน และการส่งเสริม exclusive breastfeeding ในทารก ๐-๕ เดือน และทาง WHO ร่วมกับ UNICEF ในการ strengthen มาตรการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ๐-๓ ปี เพื่อตอบเป้าหมาย SDG ๔.๒ ตัวชี้วัด๔.๒.๑ ร้อยละของเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปีที่มีพัฒนาการ ทางด้านสุขภาพ การเรียนรู้ และจิตสังคม และWHO พัฒนาแผนและเพิ่มขีดความสามารถในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานสธ.ในการสนับสนุนครอบครัวในการเลี้ยงลูกให้มีชีวิตรอด เติบโตและบรรลุศักยภาพเต็มเปี่ยม ตาม Nurturing Care Framework

Adolescent รายงานสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในปี ๒๕๕๙ ในช่วงอายุ ๑๐-๑๙ ปี ได้แก่ การบาดเจ็บบนท้องถนน การฆ่าตัวตายและความรุนแรงระหว่างบุคคล ส่วนภาระโรคที่พบหลักๆ ได้แก่ โรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก สถานการณ์ไม่พึงประสงค์ต่างๆ เช่น การแต่งงานของเด็กหญิง การตั้งครรภ์วัยรุ่น การติดเชื้อ HIVในวัยรุ่น เหล่านี้มีสถานการณ์ที่ดีขึ้น สำหรับสถานการณ์สุขภาพ มีการรายงานถึง

- พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า มีวัยรุ่น ๒๖.๕% ของเด็กอายุ ๑๕-๑๙ ปีทั้งหมดเป็นผู้ดื่มในปัจจุบัน
- ความชุกของภาวะน้ำหนักเกินในเด็กอายุ ๑๐-๑๙ ปีเพิ่มขึ้นเป็นสี่เท่าจาก ๔.๓% ในปี ๑๙๗๕ เป็น ๑๗.๓% ในปี ๒๐๑๖

- ความเสี่ยงต่อการสูญเสียการได้ยินเนื่องจากหลีกเลี่ยงการฟังอุปกรณ์ดนตรีหรือสถานบันเทิงเพิ่มขึ้นเป็น ๕๐% ของวัยรุ่น

- เด็ก ๐-๑๔ ปีได้สัมผัสกับมลพิษทางอากาศในครัวเรือน มี ๑ พันล้านคน

WHO มีการดำเนินการหลายอย่าง เช่น พัฒนาเครื่องมือ แนวทาง ข้อปฏิบัติแก่ผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข เพื่อใช้ดำเนินกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆ

WHO และ UNESCO ได้เปิดตัว initiative ในการทำให้โรงเรียนทุกแห่งเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (health promoting school) ตาม global standard

๒. UHC

เน้นความสำคัญของ UHC ว่าเป็นปัจจัยสำคัญของการพัฒนาสุขภาพแม่ เด็ก และวัยรุ่น อย่างไรก็ตาม UHC จะไม่เกิดขึ้นหากไม่พัฒนา quality of care and health services รวมทั้ง การส่งเสริมคุณภาพการศึกษาด้านผดุงครรภ์เพื่อสร้าง midwife มืออาชีพ

๓. การดำเนินงาน Multisectoral action, rights and equity

- ความสำคัญกับประเด็นทางด้าน environmental health ได้แก่ safe drinking water, safe sanitation, defecate in the open และ air pollution และได้มีการจัดการประชุม the first Global Conference on Air Pollution and Health ขึ้นเป็นครั้งแรกในปี ๒๐๑๘ พร้อมทั้งจัดทำแนวทางใหม่เกี่ยวกับที่อยู่อาศัยและสุขภาพ และสุขอนามัยและสุขภาพ

- การดำเนินการแบบหลายภาคส่วนที่มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งจำเป็นในการจัดการกับปัจจัยทางสังคมและปัจจัยอื่นๆ ของสิทธิในการได้รับมาตรฐานสุขภาพสูงสุดสำหรับทุกคนและโดยเฉพาะสำหรับผู้หญิงเด็กและวัยรุ่นและประชากรชายขอบ

๔. การดำเนินงาน Monitoring and accountability

- การ monitoring ต้องให้ความสำคัญกับคุณภาพของการเก็บข้อมูล การตรวจทาน การวิเคราะห์การรายงานการดำเนินงานตาม global strategy

- WHO จึงได้จัดตั้ง กลุ่มที่ปรึกษาด้านเทคนิค Child health Accountability Tracking Technical Advisory group ร่วมกันนำโดยยูนิเซฟและ กลุ่มที่ปรึกษา Global Action for Measurement of Adolescent Health Advisory group ในการประสานตัวชี้วัดหลักในการติดตามการดำเนินงานด้านสุขภาพ maternal and newborn และเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบข้อมูลสุขภาพ WHO ได้จัดทำคำแนะนำและเอกสารการฝึกอบรมสำหรับผู้จัดการโปรแกรมในการวิเคราะห์และการใช้ข้อมูลสถานบริการสุขภาพด้วยโมดูลเฉพาะสำหรับผู้จัดการโปรแกรมสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ มารดา ทารกแรกเกิด เด็กและวัยรุ่น รวมทั้งได้พัฒนาแอปพลิเคชันสุขภาพดิจิทัลสำหรับการวางแผนครอบครัวและอนามัยการเจริญพันธุ์แม่ทารกแรกเกิดเด็กและวัยรุ่น และมีการปรับแนวทางปฏิบัติที่มีอยู่ขององค์การอนามัยโลกด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมด้านมนุษยธรรมและภาวะฉุกเฉินเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการเข้าถึงประชากรในสภาพแวดล้อมที่ท้าทาย

- การเปิดตัว contraceptive delivery tool for humanitarian settings

- WHO กำลังดำเนินการจัดทำ global platform เพื่อติดตามการยอมรับและการดำเนินการตามนโยบายที่จำเป็นเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ อนามัยการเจริญพันธุ์ มารดา ทารกแรกเกิด เด็กและวัยรุ่นในทุกประเทศ ข้อมูลเหล่านี้จะถูกใช้ในระดับประเทศสำหรับการเจรจาเชิงนโยบายต่อไป
- Health Equity Monitor ของ WHO จะคอยให้ข้อมูลเกี่ยวกับความไม่เท่าเทียมกันในด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ มารดา ทารกแรกเกิด เด็กและวัยรุ่น

ขอให้ที่ประชุมรับทราบรายงาน

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- ประเทศส่วนใหญ่ชื่นชมต่อรายงานฉบับนี้ โดยเฉพาะการนำประเด็นสุขภาพวัยรุ่นเข้ามาให้บรรจุอยู่ในรายงานความก้าวหน้าฉบับนี้
- ประเทศส่วนใหญ่รายงานความก้าวหน้าการดำเนินการด้านสุขภาพของแม่ เด็ก และวัยรุ่น รวมทั้งนำเสนอสถานการณ์ที่ยังเป็นความท้าทายอยู่ในประเทศของตนเอง เช่น อัตราการตายของทารกที่สูงในแถบแอฟริกา
- อย่างไรก็ตาม มีความเห็นที่แตกต่างกันในประเด็นสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ (Sexual & Reproductive Health Rights) โดยประเทศที่สนับสนุนให้เหตุผลว่า ผู้หญิงหรือเด็กผู้หญิงควรได้รับความเท่าเทียมทางเพศ รวมไปถึงการมีเสรีภาพในการเลือกที่จะมีบุตรเมื่อไหร่ กับใคร เนื่องจากมีหลายกรณีที่เกิดจากการโดนใช้ความรุนแรงทางเพศ และมักจะเห็นว่าผู้หญิงยังเข้าไม่ถึงการดูแลสุขภาพที่ดีพอ โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการโดนใช้ความรุนแรง ดังนั้น หากมีมาตรการที่คุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพของผู้หญิง เช่น สิทธิในการทำแท้ง ส่งผลให้ผู้หญิงเข้าถึงการทำแท้งที่ปลอดภัยและจะช่วยลดอัตราการตายของแม่ได้ ประเทศที่สนับสนุนแนวคิดนี้ เช่น ฝรั่งเศส สวีเดน เนเธอร์แลนด์ ฝรั่งเศส ฟินแลนด์ อังกฤษ อูรุกวัย ในขณะที่ประเทศสหรัฐอเมริกา อินโดนีเซีย บราซิล ไม่สนับสนุนการใช้คำว่า “the right to sexual and reproductive health” เนื่องจากคำเหล่านี้ไม่ได้แสดงให้เห็นถึงบทบาทของสถาบันครอบครัวที่ควรจะเป็นกุญแจสำคัญในการปกป้องผู้หญิง เด็ก วัยรุ่น ไม่ให้โดนทำละเมิดสิทธิทางร่างกาย
- มีการเสนอให้ harmonized indicators และ harmonized methodology ของแต่ละประเด็นสุขภาพของแม่ เด็กและวัยรุ่น และขอความร่วมมือประเทศสมาชิกในพัฒนาคุณภาพของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าร่วมไปด้วย

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยแสดงประเด็นท้าทายในการดำเนินการตาม Global Strategy นี้ ๓ ประเด็น คือ

๑. ประเด็นเกี่ยวกับการบริการวัคซีนป้องกันไวรัสเอชพีวี (HPV vaccine) ซึ่งประเทศไทยได้ให้เด็กหญิงป.๕ ทุกคนมีสิทธิได้รับวัคซีนฟรี อย่างไรก็ตาม ปีที่แล้วที่ประเทศสามารถจัดหาวัคซีนได้เพียงครึ่งหนึ่งของจำนวนเด็ก และในปีนี้อาจจัดหาวัคซีนไม่ได้ จึงอยากให้ WHO มีการดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าวหากต้องการให้ประเทศต่างๆ ดำเนินการเรื่องวัคซีน HPV ในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
๒. ประเด็นเกี่ยวกับการจัดการอาหารกลางวันให้ได้คุณภาพตามมาตรฐานเป็นองค์ประกอบสำคัญของ Health promoting school ประเทศไทยมีโครงการอาหารกลางวันและนมโรงเรียนให้กับเด็ก โครงการดังกล่าวถือว่าเป็นโครงการสำคัญที่จะผนวกเข้ากับการนำมาตราฐานการจัดการอาหารกลางวันไปใช้ และสร้างโอกาสให้มีการควบคุมมาตรฐาน

๓. โรงเรียนจำนวนมากห้ามจำหน่ายน้ำอัดลมภายในโรงเรียนแต่ยังมีการแทรกแซงจากฝั่งผู้ผลิตน้ำอัดลม ที่ยังคงเป็นประเด็นที่ต้องดำเนินการร่วมกับภาคีต่างๆเพื่อให้ได้รับความร่วมมือมากขึ้น

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับรองรายงาน

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

การทำงานในระดับประเทศ

- กรมอนามัย ประชาสัมพันธ์ขยายและพัฒนาการใช้ mobile application: Early Moments Matter on Mobile และประเมินผลการนำไปใช้ต่อการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของแม่ ที่ส่งผลลัพธ์ด้านภาวะโภชนาการและพัฒนาการที่ดีของลูก
- กรมอนามัย ประเมินโครงการขับเคลื่อนนโยบายมหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วันแรกแห่งชีวิตทั่วประเทศและรายงานผลการดำเนินงานโครงการ

การทำงานในระดับนานาชาติ

- หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดเตรียมวัคซีน HPV ควรติดตามอย่างใกล้ชิดต่อการดำเนินการสนับสนุนของ WHO และองค์กรที่เกี่ยวข้องในการจัดหาวัคซีนให้เพียงพอต่อความต้องการ

Intervention on agenda 12.8 Global Strategy for Women's Children's and Adolescents' Health (2016 – 2030)

Delivered by Miss Wannachanok Boonchoo (24/5/2019)

Thank you chair,

Thailand has three comments in implementing the Global Strategy.

First, Thailand has adopted universal HPV vaccines to all grade five female pupils, in this context, the government is aware of unsafe sex practice among young girls, policy interventions need to scale up through comprehensive sex education to increase adolescent sexual health literacy.

Second, Thailand acknowledges the school lunch program as an important component of health-promoting schools; the government fully finance school lunch and milk. The school lunch program has an opportunity to apply nutrition guidelines to ensure balanced nutrition; and use of locally produced ingredients. This will ensure the school lunch standard. Effective monitoring will support program improvement.

Finally, a vast number of schools had launched a ban of selling of fizzy drink in school with strong support from communities and civil society; though there is resistance from the beverage industry and interference directly with schools. Most intersectoral actions are needed. Thank you, Chair.

Agenda 12.9 Emergencies and Trauma Care

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

- | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| ๑. นายแพทย์เกษมสุข โยธาสมุทร | กรมการแพทย์ |
| ๒. แพทย์หญิงภัทรา อังสุวรรณ | กรมการแพทย์ |
| ๓. ดร.เกสัชกรหญิงวลัยพร พัทธนฤมล | สำนักงานนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ |

สาระสำคัญของวาระ

- สืบเนื่องจากการประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก สมัยที่ ๑๔๔ ที่ประเทศเอสวาตีนีได้มีการเสนอเรื่องการดูแลผู้เจ็บป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพิ่มเข้าเป็นวาระการประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ ๗๒ องค์การอนามัยโลกจึงได้มีการจัดทำรายงานเพื่อกำหนดท่าทีต่อการดูแลผู้เจ็บป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
- ก่อนหน้านี้ได้มีมติ (WHA 60.22) เรื่องระบบการพยาบาลฉุกเฉินในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ ๖๐ แต่ไม่ได้มีการติดตามวาระดังกล่าวหลังจากการประชุมครั้งนั้น
- องค์การอนามัยโลกได้เน้นย้ำถึงความสำคัญในการเข้าถึงระบบการพยาบาลฉุกเฉินซึ่งต้องมีการครอบคลุมตั้งแต่การดูแลผู้เจ็บป่วยที่สถานที่เกิดเหตุ การลำเลียงผู้เจ็บป่วยอย่างปลอดภัย ไปจนถึงการดูแลอย่างมีมาตรฐานที่สถานพยาบาล นอกจากนี้การให้การพยาบาลต้องเป็นไปอย่างทันเวลาเนื่องจากหลายอาการต้องได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด การดูแลผู้เจ็บป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินยังต้องครอบคลุมให้เข้าถึงประชากรทุกระดับและทุกพื้นที่
- ในการเสริมระบบการพยาบาลฉุกเฉินให้มีความเข้มแข็งขึ้น ได้เน้นย้ำถึงการปรับเปลี่ยนเล็กน้อยที่มีประสิทธิภาพ การเก็บข้อมูลเพื่อการพัฒนา การพัฒนาบุคลากรและการปกป้องบุคลากร และการมีระบบเพื่อรองรับสถานการณ์ที่ไม่ปกติเช่นภัยพิบัติ
- ในการเตรียมการสำหรับการประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ ๗๒ ประเทศเอธิโอเปียและประเทศเอสวาตีนีได้มีการร่างมติ ซึ่งต่อมาได้ถูกบรรจุเป็น Conference paper A72/A/CONF./1 Emergency care system for universal health coverage: ensuring timely care for the acutely ill and injured เมื่อวันที่ ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒

บทบาททำที่ของประเทศอื่น

- ประเทศต่างๆเห็นความสำคัญของระบบพยาบาลฉุกเฉินและเห็นว่ามีผลต่อการลดอัตราการเสียชีวิตในหลายๆกรณี เห็นควรให้มีการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขฉุกเฉินและมีการจัดการระบบให้มีคุณภาพและมีการบูรณาการทั้งในบริบทภายในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล ประเทศต่างๆยังเห็นความสำคัญของเครื่องมือต่างๆและระบบฐานข้อมูลอุบัติเหตุที่ทางองค์การอนามัยโลกได้จัดทำขึ้น
- ประเทศมาเลเซียได้พูดถึงการใช้หมายเลขโทรศัพท์หมายเลขเดียวเพื่อใช้ในการขอความช่วยเหลือฉุกเฉินทุกเรื่อง ที่รวมด้านการแพทย์อยู่ด้วย นอกจากนี้ยังได้เน้นย้ำถึงความสำคัญในการป้องกันความรุนแรงที่เกิดขึ้นในท้องถิ่น
- ประเทศจีนได้เสนอถึงเรื่องการมีเครื่องกระตุกไฟฟ้าอัตโนมัติ (automated external defibrillator: AED) ที่แพร่หลายตามพื้นที่ต่างๆ และการฝึกประชาชนในการปฐมพยาบาลขั้นพื้นฐาน

- ประเทศอิหร่านได้พุดถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศที่มีมาถึง ๔๐ ปีแล้ว ที่มีการให้บริการโดยไม่เสียเงิน และประเทศพร้อมจะเป็นศูนย์การเรียนรู้ด้านระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินในภูมิภาคเมดิเตอร์เรเนียน

บทบาททำที่ของประเทศไทย

- ประเทศไทยเห็นด้วยกับการรายงานขององค์การอนามัยโลกเรื่องการดูแลผู้เจ็บป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
- ปัจจุบันประเทศไทยได้มีการดำเนินการเกี่ยวกับระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินในประเทศมาเป็นระยะหนึ่งแล้ว โดยได้แบ่งระบบคุณภาพเป็น ๔ องค์ประกอบคือคือ ห้องฉุกเฉิน ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ระบบรับส่งต่อผู้ป่วย และการจัดการสาธารณสุข และได้เสนอแนะให้มีการเพิ่มองค์ประกอบเรื่องระบบรับส่งต่อผู้ป่วยและการจัดการสาธารณสุขในกรอบระบบบริการพยาบาลฉุกเฉินขององค์การอนามัยโลก
- ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทยมีความเป็นเอกลักษณ์ โดยนอกจากหน่วยงานของรัฐบาลแล้ว ยังมีหน่วยงานของเอกชนและมูลนิธิต่างๆที่มีส่วนร่วม ซึ่งทำให้การเข้าถึงการรับบริการแบบฉุกเฉินครอบคลุมพื้นที่มากขึ้น

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

การประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ ๗๒ มีมติรับรองร่างมติเรื่อง Emergency care system for universal health coverage: ensuring timely care for the acutely ill and injured และจะมีการติดตามผลการดำเนินงานอีกทีในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ ๗๔

ข้อเสนอแนะของกระทรวงสาธารณสุข

- ติดตามและประเมินระบบบริการพยาบาลฉุกเฉินอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาให้แต่ละสถานพยาบาลมีประสิทธิภาพ
- สำรวจเครื่องมือด้านการพยาบาลฉุกเฉินขององค์การอนามัยโลกและนำมาประยุกต์ใช้กับระบบของประเทศไทย
- เพิ่มการให้ความรู้สำหรับประชาชนในเรื่องของระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้มากขึ้นเพื่อให้สามารถเข้าถึงระบบบริการได้อย่างทันทั่วทั้งที่ และให้มีการใช้ระบบบริการฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสม

Intervention on Agenda 12.9 Emergency and trauma care

Delivered by Dr Kasemsuk Yothasamutr (25/05/2019)

Thank you Chair

Thailand emphasizes the importance of a quality emergency care system. We support the draft resolution and have the following suggestions.

First, the WHO's Emergency Care System framework should not only include in-hospital emergency care and prehospital care, but also the referral system and the preparedness in mass casualty incident and disaster situations. As South East Asia is a natural disaster-prone region, extensive distribution of emergency care system throughout the country, including disaster preparedness and response, are needed to mitigate the impact.

Secondly, pre-hospital services can involve not only government sector but also private sectors and non-governmental organisations. This will extend the coverage of emergency medical

services to be more accessible. Though quality needs to be strengthened.

Last, health literacy on emergency services should be promoted to ensure that people know how to access emergency services in time. Many conditions are time sensitive in particular, ST elevation myocardial infarction and stroke fast track services. Timely intervention will reduce mortality significantly. Thank you.

Agenda 12.10 the public health implications of implementation of the Nagoya Protocol

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นายภาณุวัฒน์ นราอาจ กรมควบคุมโรค
๒. นายแพทย์พิสุทธิ์ ชื่นจงกลกุล กองการต่างประเทศ
๓. แพทย์หญิงอรรธยา ลิ้มวัฒนายิ่งยง กรมควบคุมโรค

สาระสำคัญของวาระ

- จากความตระหนักและยอมรับว่าความหลากหลายทางชีวภาพเป็นสินทรัพย์ระดับโลกที่มีคุณค่าต่อคนรุ่นหลัง รวมถึงภัยคุกคามต่อสิ่งมีชีวิตและระบบนิเวศที่นับวันจะทวีความรุนแรงมากขึ้น the United Nations Environment Programme (UNEP) ร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจึงริเริ่มกระบวนการร่างอนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ (Convention on Biological Diversity: CBD) ขึ้นในปีค.ศ. ๑๙๙๘
- CBD มีผลบังคับใช้เมื่อ ๒๙ ธันวาคม ค.ศ. ๑๙๙๓ สำหรับประเทศไทยเข้าร่วมเป็นภาคีอนุสัญญาลำดับที่ ๑๘๘ เมื่อ ๒๙ มกราคม ค.ศ. ๒๐๐๔
- CBD เป็นความตกลงระหว่างประเทศด้านสิ่งแวดล้อมที่ต้องการให้มีความร่วมมือระหว่างประเทศ ระหว่างหน่วยงาน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและประชาชน ในการรักษาความหลากหลายทางชีวภาพและการใช้ประโยชน์ระบบนิเวศ ชนิดพันธุ์ และพันธุกรรมอย่างยั่งยืน โดยมีวัตถุประสงค์ ๓ ประการ คือ ๑) เพื่ออนุรักษ์ความหลากหลายทางชีวภาพ ๒) เพื่อใช้ประโยชน์องค์ประกอบของความหลากหลายทางชีวภาพอย่างยั่งยืน ๓) เพื่อแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดจากการใช้ทรัพยากรพันธุกรรมอย่างเท่าเทียมและยุติธรรม
- "พิธีสารนาโงยาว่าด้วยการเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมและการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการใช้ประโยชน์ทรัพยากรพันธุกรรมอย่างเท่าเทียมและยุติธรรม" (Nagoya Protocol) เป็นพิธีสารภายใต้ CBD ซึ่งได้รับการรับรองจากภาคีอนุสัญญาฯ ในการประชุมสมัชชาภาคีอนุสัญญาฯ สมัยที่ ๑๐ เมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๓ และมีผลบังคับใช้ในเดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๗ ประเทศไทยอยู่ระหว่างการเตรียมการเพื่อลงสัตยาบันเข้าเป็นภาคีพิธีสาร
- พิธีสารฉบับนี้ เป็นความตกลงระหว่างประเทศตามวัตถุประสงค์ข้อที่ ๓ ของ CBD ครอบคลุมการใช้ทรัพยากรพันธุกรรมหรือทรัพยากรชีวภาพไม่ว่าจะเป็นพืช สัตว์ จุลินทรีย์ และส่วนประกอบของสิ่งมีชีวิต (ไม่รวมพันธุกรรมของมนุษย์) ที่โดยทั่วไปจะมีการเข้าถึงเพื่อนำไปใช้ในกิจกรรมต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการวิจัยพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์ หรือใช้ในอุตสาหกรรมอาหาร การเกษตร ยา หรือเครื่องสำอาง อีกทั้งยังครอบคลุมถึงภูมิปัญญาท้องถิ่นหรือองค์ความรู้ในการนำทรัพยากรชีวภาพนั้นไปใช้ให้เกิดประโยชน์
- ในระดับโลก ภาคสุขภาพโดยองค์การอนามัยโลกตระหนักถึงความสำคัญและประโยชน์ รวมถึงผลกระทบของ CBD และ Nagoya protocol ต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในประเด็นการแลกเปลี่ยน pathogen

เพื่อการพัฒนาเวชภัณฑ์และการป้องกันควบคุมโรค ซึ่งเกี่ยวข้องกับการแลกเปลี่ยนเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ ภายใต้ PIP framework ซึ่งเป็นการแลกเปลี่ยนในรูปแบบพหุภาคีและการแลกเปลี่ยนเชื้อก่อโรคอื่นๆ ในภาคสุขภาพทั้งในภาวะปกติและในภาวะฉุกเฉิน ทั้งนี้จำเป็นต้องศึกษาระบบการแลกเปลี่ยนเชื้อในภาพรวมและวิเคราะห์ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น จากการดำเนินงานตาม Nagoya Protocol

- ภาคสุขภาพจึงมีความเคลื่อนไหวสำคัญภายใต้กลไก WHO governing bodies ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ PIP Framework และ Nagoya protocol ดังนี้

WHA 70	WHA 71	EB144/WHA72
ผลลัพธ์ของวาระ		
<ul style="list-style-type: none"> ○ รับรองข้อตัดสินใจ WHA70(10) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ รายงานความก้าวหน้าในการดำเนินงานตาม WHA70(10) ○ รับรองข้อตัดสินใจ WHA71(11) (เน้นส่วนที่ WHO ไปดำเนินการ คือข้อ 8 a-f ทุกข้อ ใน WHA70(10)) 	EB144 <ul style="list-style-type: none"> ○ ไม่รับรองร่างการตัดสินใจตามเอกสารขอให้ไปหาหรือในช่วง intersessional และใน WHA72 ○ ให้บรรจุวาระ Nagoya Protocol เพิ่ม เพื่อจะได้อำนาจหรือผลกระทบของพิธีสารนี้อย่างรอบด้าน เนื่องจากมีผลกระทบกว้างกว่า PIP framework WHA72 <ul style="list-style-type: none"> ○ รายงานความก้าวหน้าการดำเนินการตามขอมติ WHA71(11) ○ รับรองข้อตัดสินใจ ภายใต้วาระ Nagoya Protocol
ประเด็นสำคัญในข้อตัดสินใจ	ความก้าวหน้าการดำเนินงานตาม WHA70(10)	ความก้าวหน้าการดำเนินงานตาม WHA 71(11)
๑. นำ recommendations ของ PIP review group ไปดำเนินการ	๒. พัฒนา specific actions ต่อแต่ละ recommendation รวมทั้งพัฒนาเครื่องมือในการติดตามความก้าวหน้า (Tacking tools)	๓. ได้ดำเนินการในส่วนที่ WHO รับผิดชอบแล้ว รวมทั้งมีเครื่องมือติดตามความก้าวหน้าเรียบร้อยแล้ว
๔. ศึกษาเพื่อพิจารณาการขยาย PIP framework สู่ seasonal influenza virus	๕. พัฒนาระบบการทำงานร่วมกับ GISRS and PIP Advisory Group และจัดทำ	๗. เผยแพร่ draft analysis ซึ่งพัฒนาจาก ข้อเสนอแนะของ PIP Review Group, PIP Advisory

และ genetic sequence data	annotated outline/scoping paper ๖. รวบรวมความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญอย่างรอบด้าน	Work, the study on PH implications of the implementation of the Nagoya protocol ๘. High level outcome มีความเห็นว่า ณ ช่วงเวลานี้ ยังไม่ขยาย PIP framework ไปครอบคลุมไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาล และ GSD (รอความชัดเจนเรื่องการให้ PIP framework เป็น specialized instrument ภายใต้ Nagoya Protocol)
๙. ให้มีการทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่องระหว่าง PIP secretariat และ CBD secretariat	๑๐. จัดทำ Q&A ร่วมกับ FAO, CBD secretariat เพื่อสร้างความเข้าใจในการนำ Nagoya Protocol สู่การปฏิบัติ ๑๑. วางแผนจัด workshop เพื่อพัฒนาเครื่องมือในการส่งเสริมกระบวนการแลกเปลี่ยน Pathogen รวมถึงการแบ่งปันผลประโยชน์ในภาวะฉุกเฉิน	๑๒. จัดทำรายงานเบื้องต้นซึ่งรวบรวมระบบการแลกเปลี่ยน pathogen ทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน โอกาส ความท้าทาย และผลกระทบในการดำเนินงานตาม Nagoya protocol รายงานใน EB146
๑๓. พัฒนาระบบการจัดการ Partnership Contribution (PC) อย่างมีประสิทธิภาพ	๑๔. มีกระบวนการ Audit PC fund, high level PC implementation plan 2018-2023	๑๕. ดำเนินงานตามข้อเสนอแนะของ External auditor
	ประเด็นสำคัญในข้อตัดสติใจ WHA71(11) ^[SEP]	ประเด็นสำคัญในข้อตัดสติใจ WHA72(...) ^[SEP] Nagoya protocol, WHA72(...) PIP framework
	๑๖. รับรอง Further actions ที่จะให้ WHO ไปดำเนินการต่อตาม WHA70(10) (เป็นข้อ 8 ของ WHA70(10) ทั้งหมด) ๑๗. ส่งผลการวิเคราะห์ในส่วน GSD, seasonal influenza viruses ให้แก่ WHA 72 ผ่าน EB	๑๘. จัดทำรายงานเบื้องต้นซึ่งรวบรวมระบบการแลกเปลี่ยน pathogen ทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน โอกาส ความท้าทาย และผลกระทบในการดำเนินงานตาม Nagoya protocol ทั้งด้านสาธารณสุขและด้านอื่นๆ เสนอใน

	144	EB146 และรายงานที่ครบถ้วน เสนอต่อ EB148, WHA74 (ใน วาระ ๑๒.๑๐ Nagoya Protocol) ๑๙. แก้ไขข้อความใน footnote1 of annex 2, SMTA2 เพื่อครอบคลุมผลิตภัณฑ์ ที่เกี่ยวข้องกับ pandemic preparedness and response (ในวาระ ๑๒.๑ PIP framework)
--	-----	---

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

หลายประเทศเห็นด้วยกับหลักการของ Nagoya Protocol ที่ให้คู่ประเทศที่ต้องการส่งต่อตัวอย่างเพื่อประโยชน์ต่อการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข ในด้านการผลิตวัคซีน ยา และมาตรการควบคุมป้องกันโรคอื่นๆ แต่ในทางปฏิบัติยังมีข้อกังวลหลายประการเกี่ยวกับการนำ Protocol มาใช้ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความไม่ทันเวลาในการสร้างมาตรการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ เช่น ความทับซ้อนของ Protocol ต่อระบบส่งต่อตัวอย่างที่มีอยู่เดิมขององค์การอนามัยโลก ความไม่ชัดเจนของแนวทางปฏิบัติ รวมทั้งกฎหมายภายในประเทศที่ไม่เอื้อต่อการนำ Protocol ดังกล่าวมาใช้ หลายประเทศเรียกร้องให้องค์การอนามัยโลกจัดทำแนวทางการปฏิบัติเพื่อให้ประเทศสมาชิกนำไปใช้

ในการประชุมอย่างไม่เป็นทางการเพื่อพิจารณา (ร่าง) การตัดสินใจ ประเทศต่างๆ มีข้อกังวลในประเด็นสำคัญดังนี้

- หลายประเทศไม่อยากใช้คำว่า Reaffirm ใน PP ส่วนที่กล่าวถึง CBD เนื่องจากประเทศยังไม่ได้เข้าเป็นภาคีอนุสัญญา
- อินเดียมียังมีข้อกังวลเรื่องการศึกษาผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการนำ Nagoya Protocol ไปดำเนินงาน จึงขอตัดออก
- ประเทศหลักที่เคลื่อนไหวในข้อตัดสินใจนี้ ต้องการให้มีรายงานเบื้องต้นที่รวบรวมระบบการแลกเปลี่ยนเชื้อและผลกระทบจากการดำเนินงานตาม Nagoya protocol เสนอต่อ EB146, EB148, WHA74

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (แนว intervention ตอนท้าย)

ประเทศไทยมีข้อสังเกตเกี่ยวกับ Nagoya Protocol อยู่ ๓ ประเด็น ดังนี้

๑. PIP Framework สามารถเป็น specialized instrument ภายใต้ข้อที่ ๔.๔ ของ Nagoya Protocol และสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับ pathogens อื่นๆ ได้เพื่อความมั่นคงต่อระบบสุขภาพโลก โดยเฉพาะเชื้อที่มีโอกาสก่อให้เกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในระดับนานาชาติ (PHEIC: Public Health Emergencies of International Concerns)
๒. สำหรับระบบการแลกเปลี่ยนเชื้ออื่นๆ และการแบ่งปันผลประโยชน์นอกเหนือจากกรณีของภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ควรพัฒนาออกแบบระบบที่เหมาะสมให้เอื้อต่อการแลกเปลี่ยนเชื้อที่ทันการณ์ โดยพิจารณาจากคุณลักษณะของเชื้อและสถานการณ์การระบาดของโรค

๓. องค์การอนามัยโลกต้องมีการจัดทำแนวทางที่ชัดเจนโดยเฉพาะประเด็นด้านกฎหมาย ขอบเขตการดำเนินงาน และการนำพิธีสารนาโงยาไปปฏิบัติ ทั้งนี้ในระดับประเทศ กระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องมีการทำงานร่วมกับกระทรวงที่รับผิดชอบหรือเกี่ยวข้องกับ Nagoya Protocol อย่างใกล้ชิด

ประเทศไทยสนับสนุนร่างการตัดสินใจ แต่ให้ข้อเสนอแนะว่ายังขาดความชัดเจนเกี่ยวกับกิจกรรม และกรอบเวลา ก่อนจะนำวาระดังกล่าวมาพิจารณาใหม่ใน WHA74

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับรองร่างข้อตัดสินใจ WHA๗๒ (...) ในวาระ public Health Implications of the implementation of Nagoya Protocol ซึ่งมีประเด็นสำคัญดังนี้

๑. นำเสนอข้อมูลการแลกเปลี่ยนและระบบการจัดการ pathogens ในปัจจุบัน และวิธีการต่างๆ ที่ใช้สำหรับการเข้าถึงและการแบ่งปันผลประโยชน์จาก pathogens รวมถึงผลกระทบด้านสุขภาพและผลกระทบด้านอื่นๆ
๒. นำเสนอรายงานดังกล่าวในที่ประชุมที่เกี่ยวข้องในอนาคตได้แก่ EB๑๔๖, EB๑๔๘ และ WHA๗๔

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

ควรมีการมอบหมายผู้รับผิดชอบ (National focal point) ในกระทรวงสาธารณสุข (เช่น กรมควบคุมโรค สถาบันวัคซีน) เพื่อจัดกระบวนการหรือทบทวนระบบการแลกเปลี่ยน Pathogens หรือ genetic resources ที่เกี่ยวข้องในภาคสุขภาพ ตลอดจนวิเคราะห์ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นในภาคสุขภาพ เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการหารือร่วมกับกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่เป็นแกนกลางในการจัดทำพระราชบัญญัติสำหรับการขับเคลื่อนพิธีสารนาโงยาสู่การปฏิบัติในประเทศต่อไป

การทำงานในระดับนานาชาติ

กรมควบคุมโรค กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สถาบันวัคซีนแห่งชาติและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องควรมีการติดตามผลการศึกษาผลกระทบจากการนำ Nagoya Protocol สู่การปฏิบัติ ในที่ประชุม EB๑๔๖, EB๑๔๘ และ WHA๗๔ รวมถึงแนวทางการดำเนินงานเกี่ยวกับ Nagoya Protocol ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต การตีความ genetic resources ว่าครอบคลุมสิ่งใดบ้าง รวมถึง digital sequencing ที่ยังไม่ได้ข้อสรุปและฐานข้อมูล ABS clearing house (ABS: Access and Benefit Sharing) เพื่อนำมาเชื่อมโยงกับการดำเนินงานในประเทศต่อไป

Intervention on agenda 12.10 the public health implications of implementation of the Nagoya Protocol

Read by Mr. Panuwat Naraart (25th May 2019)

Thank you, Chair

Thailand registers the following observations;

First, the PIP framework can be interpreted as a specialized international access and benefit-sharing instrument under Article 4.4 of the Protocol. It will facilitate global health

security. PIP framework can be applied to other pathogens of potential PHEIC. (Public Health Emergency of International Concerns)

Second, for other pathogens, there should be a well-established mechanism, which support decision on what pathogens should be shared in a timely manner, based on the characteristics of pathogen and the epidemiological situation.

Third, WHO should provide clear guidance on legal clarity, scope and application of Nagoya Protocol which can have public health implications which threatens global health security. At country level, MOH needs to work closely with ministries responsible Nagoya Protocol.

Chair, While Thailand supports the draft decision in Conference paper 3, there is lack of clarity what the Secretariat will do in relation to public health implications of implementing Nagoya protocol.

Thailand requests Secretariat to describe what are activities, what the key milestones are between now and WHA 74th.

Thank you chair

Agenda 15.1 Overview of financial situation: Programme budget 2018-2019

ผู้รับผิดชอบ

๑. นางสาวมยุรี วิโนทัย กองการต่างประเทศ
๒. นางสาวโอริสา ชี้อัสตยวงค์ กองการต่างประเทศ

สาระสำคัญของวาระ

- เมื่อปี ๒๐๑๗ ที่ประชุม WHA70 ได้รับรองขอมติ WHA70.5 เกี่ยวกับงบประมาณขององค์การอนามัยโลก สำหรับปี ๒๐๑๘ - ๒๐๑๙ จำนวน ๔๔๒๑.๕ ล้านดอลลาร์สหรัฐ คิดเป็น base programme จำนวน ๓๔๐๐.๓ ล้านดอลลาร์สหรัฐ และ polio eradication and special programmes รวมถึง TDR HRP จำนวน ๑๐๒๑.๒ ล้านดอลลาร์สหรัฐ ทั้งนี้ humanitarian response plans (Outbreak and crisis response) ได้รับงบประมาณ ๑๑๑๐.๙ ล้านดอลลาร์สหรัฐ
- งบประมาณจาก AC จำนวน ๒๔๔๓.๔ ล้านดอลลาร์สหรัฐ และจาก VC จำนวน ๙๕๖.๙ ล้านดอลลาร์สหรัฐ ซึ่ง งบประมาณสำหรับการดำเนินงานด้าน humanitarian response plans, polio eradication and special programmes รวมถึง TDR HRP จะได้รับจาก VC

Overall Financing Status in Biennium 2018-2019 (ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๒)

Segment	Approved Programme budget 2018-2019	Financing (US\$ millions)	Percentage of approved budget	Expenditure (US\$ millions)	Percentage of approved budget

	(US\$ millions)				
Base programmes	3,400.3	3,500.3	103%	1,712.2	50%
Polio	902.8	1,212.7	134%	580.8	64%
Humanitarian response plans and other appeals		1,188.8		602.8	
Special programmes	118.4	165.7	140%	52.9	45%
Grand total	4,421.5	6,067.5		2,948.7	

- ทุกสำนักงาน ยกเว้นอเมริกา มีการใช้เงิน approved base programme budget เกินกว่า ๘๐%
- category 1 (Communicable disease) และ category 4 (Health System) ได้รับงบประมาณสูงสุด และเกินกว่า ๑๐๐% ในขณะที่ category 2 (Non communicable diseases) และ category 12 (WHO Health Emergencies Programme) ได้รับงบประมาณน้อยที่สุด

Programme Budget 2018-2019 – Update on Implementation

- ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๒ งบประมาณ base programme ใช้ไปเพียง ๕๐% ซึ่งน้อยกว่าที่คาดไว้ โดยการดำเนินการ approved base programme budget ค่อนข้างน้อยในทุกสำนักงาน ทั้งนี้ Category 1 (Communicable Disease) และ Category 6 (corporate services/enabling areas) มีการดำเนินการมากที่สุด
- การดำเนินการค่อนข้างสอดคล้องและตรงตามเป้าหมายในทุกสำนักงาน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแผนการดำเนินการสอดคล้องกับงบประมาณโครงการ แต่การดำเนินการจะต้องพัฒนาให้การดำเนินมีอัตราที่สูงขึ้น มาตรการที่จะจัดการเรื่องนี้ต้องหารือจากระดับสูงขององค์กร
- การดำเนินการในเรื่อง Polio และ special programmes เพิ่มขึ้นเป็น ๒๑% และ ๑๗% เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลที่รายงานในที่ประชุม EB144

Progress in Improving the Financing

- ในปี ๒๐๑๘ ได้มีการใช้ resource mobilization and partnership strategy for 2019-2023 ซึ่งคาดว่าจะช่วยปรับปรุงคุณภาพของงบประมาณ เพิ่มศักยภาพของงบประมาณในระดับประเทศ และเสริมสร้างการประสานงานด้านทรัพยากร โดยให้มีการจัดการเงินให้คล่อง และมีโอกาสด้านงบประมาณในอนาคต เป้าหมายได้มีการกำหนดไว้ในแต่ละ segment โดย WHO จะระดมเงินทุนทั้งหมดให้แก่ GPW ปี ๒๐๑๙-๒๐๒๓

- WHO เริ่มดำเนินกิจกรรมภายใต้ GPW 13 โดยจัดการประชุม first Inaugural Partners Forum เมื่อวันที่ ๙-๑๐ เมษายน ๑๒๕๖๒ ซึ่งมีสวีเดนเป็นเจ้าภาพ
- มาตรการจะช่วยปรับปรุงด้านการเงินของ WHO Programme budget ให้สอดคล้องกับ GPW13

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ที่ประชุมฯ ได้แสดงความเป็นห่วงเกี่ยวกับการใช้เงิน ซึ่งอยู่ในอัตราที่ค่อนข้างต่ำ ประสิทธิภาพของการดำเนินกิจกรรมตามแผนงาน รวมทั้งแผนงานโรคไม่ติดต่อ ที่ได้รับงบประมาณค่อนข้างน้อยกว่าแผนงานอื่นๆ และ flexible fund นอกจากนี้ ในการจัดทำรายงาน นอกจากความสำเร็จแล้ว ขอให้ประเด็นความท้าทายด้วย เพื่อจะได้เป็นบทเรียนในการดำเนินการต่อไปในอนาคต

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

- รับทราบภาพรวมสถานการณ์ทางการเงิน ปี ๒๐๑๘-๒๐๑๙
- ขอให้สำนักงานใช้เงินอย่างสม่ำเสมอ ไม่ใช่เร่งใช้ในช่วงปลายปี
- Partners จะต้องไม่มี conflict of interest และสินค้าเป็นไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมฯ รับทราบรายงานในเอกสาร A72/62

Intervention on Agenda 15.1 Overview of financial situation: Programme budget 2018-2019

Delivered by Miss Mayuree Winothai

Thank you, Chair.

Thailand thanks the Secretariat for the report.

The information as of March 2019 shows that the absorption capacity is low. We would like to see the measure to reach the higher utilization of the budget. We also would like to encourage the WHO, secretariat and member states, to consistently implement the programme, not accelerate at the last quarter of the budget year.

In addition, Thailand noted the first Partners Forum which expects to help the WHO effective financing. However, the partners should not have the conflict of interest and we must ensure that their works are not harmful to human health.

Finally, we are looking forward to seeing the utilization of budget aligned with the implementation plan.

Thank you.

Agenda 15.2 WHO Programmatic and financial report for 2018 -2019 including audited financial statement

ผู้รายงาน

๑. นายวัฒนา มะสังหลง กรมควบคุมโรค
๒. นางสาวมยุรี วิโนทัย กองการต่างประเทศ

สาระสำคัญของวาระ

วาระนี้เป็นวาระเพื่อรายงานผลความสำเร็จของการดำเนินงานตามโปรแกรมในช่วงปี ๒๕๖๑ -๒๕๖๒ ประกอบด้วยขอบเขตการดำเนินงานใน ๗ ด้าน ดังต่อไปนี้

๑. Health systems
๒. WHO health emergencies programme
๓. Promoting health through the life course
๔. Noncommunicable diseases
๕. Communicable diseases
๖. The global polio eradication initiative
๗. Leadership and enabling functions
 - แนะนำภารกิจใหม่ขององค์การอนามัยโลก คือโครงการ Triple Billion ซึ่งมีวัตถุประสงค์หลักในการผลักดันการดำเนินงานด้าน UHC, Health Emergencies และ better health and well-being
 - รายงานผลการเบิกจ่ายประจำปี ๒๕๖๑ -๒๕๖๒ ซึ่งได้รับวงเงินอนุมัติทั้งหมดจำนวน ๔๔๒๒ ล้านบาท วงเงินที่ใช้ได้จำนวน ๔๔๑๗ ล้านบาท และค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่ใช้ไปแล้วจำนวน ๒๒๙๒ ล้านบาท
 - แจ้งผลสรุปหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนเงินทุนหลักแก่การดำเนินงานขององค์การอนามัยโลก ประกอบด้วย สหรัฐอเมริกา บิลล์ แอนด์ มิลินดา เกต สหราชอาณาจักร เยอรมัน และ Gavi alliance
 - เอกสาร Audited Financial Statements เผยให้เห็นถึงจุดเสี่ยงในการจัดการบริหารงบประมาณการดำเนินงาน อาทิ ๑. ความเสี่ยงในการสนับสนุนเงินทุนที่ไม่เพียงพอในปีงบประมาณ ๒๐๑๘ - ๒๐๑๙ เนื่องจากความไม่แน่นอนของการได้รับเงินสนับสนุน VC ๒. ความเสี่ยงต่อการได้รับเงินสนับสนุนการดำเนินงานโครงการ WHO Health Emergencies Programme และ ๓. ความเสี่ยงด้านเงินทุนสนับสนุนการดำเนินงานด้านโรคไม่ติดต่อ (NCD)
 - the Committee แนะนำทางฝ่ายเลขาฯ เกี่ยวกับรายงานว่าไม่ควรนำเสนอแต่เพียงผลงานความสำเร็จแต่เพียงอย่างเดียว แต่ควรวิเคราะห์ถึงปัญหาในการดำเนินงานที่ผ่านมาด้วยเช่นกัน
 - Health Assembly ได้รับการร้องขอให้รับทราบรายงานผลสำเร็จการดำเนินงานและรายงานการเบิกจ่ายประจำปี ๒๕๖๑ -๒๕๖๒ และรับรองร่างมติ

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

รับทราบรายงาน WHO programmatic and Financial report และเห็นชอบต่อร่างมติในเอกสาร A๗๒/ ๖๒

ท่าทีของประเทศไทย

- รับทราบรายงานผลสำเร็จการดำเนินงานและรายงานการเบิกจ่ายประจำปี ๒๕๖๑ -๒๕๖๒

- เล็งเห็นถึงความเสี่ยงด้านการสนับสนุนงบประมาณที่ไม่เพียงพอใน WHO Health Emergency program และ NCD รวมถึงความไม่แน่นอนของการได้รับเงิน VC ซึ่งสิ่งนี้จะส่งผลกระทบต่องบประมาณการดำเนินงานที่ไม่เพียงพอในอนาคต
- ชื่นชมภารกิจโครงการ Triple Billion ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการผลักดันการดำเนินงานด้าน UHC, Health Emergencies และ better health and well-being
- สนับสนุนให้ฝ่ายเลขานุการไม่เพียงแต่รายงานผลความสำเร็จของการดำเนินโครงการแต่เพียงอย่างเดียว แต่แนะนำให้วิเคราะห์และรายงานอุปสรรคและปัญหาของการดำเนินงาน พร้อมทั้งแนวทางแก้ไขในอนาคตอีกด้วย เพื่อที่จะปิดช่องว่างการดำเนินงานและช่วยให้การจัดการงบประมาณมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
- รับรองร่างมติซึ่งปรากฏในร่างเอกสาร A๗๒/ ๖๒

Intervention on agenda 15.2 : WHO Programmatic and financial report for 2018 -2019 including audited financial statement

Delivered by Wattana Masunglong

Thank you, Mr.Chair

We appreciated the WHO new mission on triple billion: UHC, Health Emergencies and better health and well-being. It will scale up the higher level of health implementation for the benefit of the global community.

Despite the achievement in implementing WHO programmes, challenges remain on the risk of underfunding in some specific key programme such as NCD, WHO Health Emergency. In addition, we concern about the uncertain revenue mobilization from VC and its inherited problems on earmarking. This chronic situation needs to be solved seriously to ensure sustainable financial security of the Organization.

Chair, Thailand encourages the secretariat not only to highlight on the achievement or success story but also to analyze the challenges and possible solutions in particular the funding gap. Finally, chair, we adopt the draft decision in the document A72/62.

Thank you, Chair.

Agenda 15.3: 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

ผู้รายงาน

๑. ดร. วรณฤดี อิศรานุวัฒน์ชัย โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
๒. นายวัฒนา มะสังหลง กรมควบคุมโรค
๓. ดร. วลัยพร พัชรนฤมล สำนักงานนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

สาระสำคัญของวาระ

- เงินค่าสมาชิกในปี ๒๕๖๑ ที่ได้รับจากประเทศสมาชิก (ไม่ว่าจะเป็นแบบจ่ายเต็มจำนวนหรือแค่บางส่วน) นั้นมาจาก ๑๓๓ ประเทศ จากทั้งหมด ๑๙๖ ประเทศ คิดเป็นร้อยละ ๖๘ (เปรียบเทียบกับในปี ๒๕๖๐ นั้น ได้รับเงินค่าสมาชิกจาก ๑๕๑ ประเทศ)
- ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๑ มีเงินค่าสมาชิกที่ยังไม่ได้รับทั้งหมดจำนวน ๖๖ ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ และ ๖๖.๑ ล้านดอลลาร์ สวิสฟรังก์ (ยอดรวมที่ยังไม่ได้รับทั้งหมดจำนวน ๑๓๒.๙ ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ) รวมกับเงินค่าสมาชิกที่อยู่ภายใต้ข้อตกลงพิเศษ ที่จะถึงกำหนดชำระอีกจำนวน ๒๐.๓ ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ (เทียบกับ ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๐ ซึ่งมีเงินค่าสมาชิกที่ไม่ได้รับทั้งหมดจำนวน ๑๗๕.๕ ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ และเงินค่าสมาชิกที่จะถึงกำหนดชำระอีกจำนวน ๒๖.๔ ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ)
- ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๑ ประเทศสมาชิกบางประเทศรวมถึงประเทศไทยดำเนินการจ่ายค่าสมาชิกล่วงหน้าสำหรับปี ๒๕๖๒ และสำหรับอนาคต (ทั้งแบบจ่ายเต็มและแบบจ่ายบางส่วน) ยอดรวมที่ได้รับทั้งหมดจำนวน US\$ ๔๗.๕ ล้านดอลลาร์ (เทียบกับ ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๐ ซึ่งได้รับทั้งหมดจำนวน US\$ ๕๑.๘ ล้านดอลลาร์)
- เงินค่าสมาชิกเหล่านี้ (assessed contribution or AC) เป็นส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการขับเคลื่อนวาระต่างๆขององค์การอนามัยโลกและประเทศสมาชิก
- วันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๖๒ นั้น องค์การอนามัยโลกได้รับข้อเสนอสองฉบับจากประเทศแอฟริกากลางและประเทศเวเนซุเอลา (เอกสาร WHA๗๒/๖๖, ๒๐ May ๒๐๑๙)
- ตามเอกสาร A๗๒/๖๖ ร้องขอให้ประเทศสมาชิกพิจารณาร่างมติฉบับปรับแก้ตามคำกล่าวและกฎระเบียบที่ระบุในมติ WHA ๔๑.๗ (๒๕๓๑)
- บทความจาก Article 7 (1965)
 - If a Member fails to meet its financial obligations to the Organization or in any other exceptional circumstances, the Health Assembly may, on such conditions as it thinks proper, suspend the voting privileges and services to which a Member is entitled. The Health Assembly shall have the authority to restore such voting privileges and services.
- บทความจาก WHA41.7 (1988)
 - Towards the end of the year preceding each Health Assembly, the DG will invite MSs that will, unless corrective action is taken, be in arrears to an extent which would justify invoking Article 7 of the Constitution, to submit to the Executive Board a statement of their intentions as to the payment of arrears so that the Health Assembly, when it considers whether or not the right of vote of those Members is to be suspended, can make its decision on the basis of the statements of the Members and the recommendations of the Executive Board.

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศสมาชิกสนับสนุนร่างมติดังต่อไปนี้ ๑. การระงับสิทธิการโหวตของประเทศ Comoros, Gambia, Guinea-Bissau, South Sudan, และ Ukraine ควรจะดำเนินต่อไปจนกว่าจำนวนเงินค้างชำระจะลดลง ๒. ประเทศ Congo, North Macedonia, Senegal, และ Sudan จะถูกระงับสิทธิการโหวตถ้าหากยังค้างชำระค่าสมาชิกจนกระทั่งถึงพิธีเปิด WHA๗๓

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

- ประเทศไทยขอขอบคุณกระบวนการและการดำเนินงานขององค์การอนามัยโลกในวาระนี้ และประเทศไทยตระหนักถึงความสำคัญของค่าบำรุงสมาชิกดังจะเห็นได้ว่าประเทศไทยนั้นปฏิบัติตามกฎและกระบวนการดังกล่าวเป็นอย่างดี
- ประเทศไทยเข้าใจดีว่าฝ่ายเลขาฯจำเป็นต้องคงไว้ซึ่งสถานะ “ระงับสิทธิการโหวต” แก่ประเทศสมาชิกซึ่งมีค่าค้างชำระในจำนวนที่เท่ากับหรือเกินกว่าจำนวนค่าสมาชิกที่ต้องจ่ายเป็นเวลาสองปีเต็มก่อนหน้านี้

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ประเทศสมาชิกให้การสนับสนุนคำร่างเกี่ยวกับค่าบำรุงสมาชิกของประเทศสมาชิกซึ่งมีค่าค้างชำระ

Agenda 15.3: 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

Delivered by Dr Wanrudee Isaranuwatjai

Thank you, Chair.

Thailand notes and welcomes the amended draft resolution on status of collection of assessed contributions.

We appreciate the process that WHO has put in place regarding this agenda to work with our friends based on the principles set out in resolution WHA41.7 (1988).

We understand the importance of assessed contribution as we have shown in our record of complying with such process.

Thank you, Chair.

Agenda 15.4 Special Arrangements for Settlement of Arrears

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

- | | |
|--------------------------------|--|
| ๑. นางสาวโอริสา ซื่อสัตย์วงศ์ | กองการต่างประเทศ |
| ๒. นายบรรลุ ศุภอักษร | กองการต่างประเทศ |
| ๓. ดร. วรณฤดี อิศรานัฐมนตรีชัย | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |

สาระสำคัญของวาระ

๑. ตามมาตรา ๗ ของธรรมนูญองค์การอนามัยโลก และข้อมติสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ WHA๘.๑๓ (ปี ค.ศ. ๑๙๕๕) และ WHA๔๑.๗ (ปี ค.ศ. ๑๙๘๘) เกี่ยวกับกรณีนี้ที่ประเทศสมาชิกค้างการชำระเงินค่าบำรุงสมาชิก (Assessed Contribution : AC) เป็นระยะเวลา ๒ ปีติดต่อกัน ซึ่งจะทำให้เวลาเปิดการประชุมสมัชชาอนามัยโลก จะหมดสิทธิในการออกเสียงในที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกจนกว่าจะมีการชำระเงินตามจำนวนเงินที่กำหนดไว้

๒. แต่อย่างไรก็ตาม ประเทศสมาชิกสามารถยื่นขอประนอมค่าสมาชิกค้างจ่ายได้ แต่จะต้องมีการกำหนดการชำระเงิน โดยตามข้อมติสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ WHA๕๔.๖ (ปี ค.ศ. ๒๐๐๑) ประเทศสมาชิกจะต้องส่งคำร้องขอไปยังองค์การอนามัยโลกภายในวันที่ ๓๑ มีนาคม ซึ่งผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลกจะนำเข้าพิจารณาต่อที่ประชุม Administration, Budget and Finance Committee of the Executive Board ก่อนที่จะนำเสนอร่างข้อมติต่อที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกเพื่อพิจารณาต่อไป

๓. สาธารณรัฐโบลิเวียแห่งเวเนซุเอลาได้ยื่นความจำนงในการขอขยายเวลาในการจ่ายค่าสมาชิกเมื่อวันที่ ๖ พฤษภาคม ๒๕๖๒ โดยมียอดค้างชำระทั้งหมด ๑๓,๒๑๙,๕๓๕ เหรียญสหรัฐ และจะทยอยการชำระเงินปีละ ๖๖๐,๙๗๗ เหรียญสหรัฐ ตั้งแต่ปีค.ศ. ๒๐๒๐ - ๒๐๓๘ และปีค.ศ. ๒๐๓๙ เป็นจำนวนเงิน ๖๖๐,๙๗๒ เหรียญสหรัฐ ตามเอกสารร่างข้อมติ A๗๒/๖๐ เพื่อให้มีสิทธิออกเสียงเลือกตั้งผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก

๔. สาธารณรัฐแอฟริกากลางได้ยื่นความจำนงในการขอขยายเวลาในการจ่ายค่าสมาชิกเมื่อวันที่ ๑๔ พฤษภาคม ๒๕๖๒ โดยมียอดค้างชำระทั้งหมด ๑๓๔,๖๔๖ เหรียญสหรัฐ และจะทยอยการชำระเงินปีละ ๑๓,๔๖๕ เหรียญสหรัฐ ตั้งแต่ปีค.ศ. ๒๐๑๙ - ๒๐๒๗ และปีค.ศ. ๒๐๒๘ เป็นจำนวนเงิน ๑๓,๔๖๑ เหรียญสหรัฐ ตามเอกสารร่างข้อมติ A๗๒/๖๑ เพื่อให้มีสิทธิออกเสียงเลือกตั้งผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก

๕. ตามเอกสาร A๗๒/๖๖ (เอกสารออกเมื่อวันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๒ ซึ่งเป็นวันแรกของการประชุม WHA ๗๒) รายงานผลจากที่ประชุม Programme, Budget and Administration Committee of the Executive Board to the Seventy - second World Health Assembly โดยขอให้ที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกรับรองเอกสารร่างข้อมติ A๗๒/๖๑ ของสาธารณรัฐแอฟริกากลาง แต่ไม่มีข้อเสนอแนะสำหรับเอกสารร่างข้อมติ A72/60 ของสาธารณรัฐโบลิเวียแห่งเวเนซุเอลา ในเอกสาร A72/66 para 4 แจ้งว่า เอกสาร A72/60 เผยแพร่ล่าช้าซึ่งเป็นช่วงการประชุม PBAC จึงมีประเทศสมาชิกทักท้วงว่าไม่มีเวลาพิจารณาเอกสาร รวมทั้งเรื่องนี้อาจจะเกี่ยวกับประเด็นทางการเมืองระหว่างประเทศ ในเรื่องความชอบธรรมของรัฐบาลชุดปัจจุบันของเวเนซุเอลา อีกทั้งฝ่ายเลขานุการแจ้งว่า PBAC มีหน้าที่ให้คำแนะนำต่อ WHA ว่าจะดำเนินการตามคำขอให้การยกเว้นการเสียดายของการของการผ่อนผันการจ่ายเงินค้างชำระหรือไม่ก็ได้ โดยประเทศสมาชิกของ PBAC ประกอบด้วยฝ่ายที่สนับสนุนรัฐบาลเก่า และรัฐบาลปัจจุบันของเวเนซุเอลา คาดว่าในการประชุม PBAC น่าจะมีการถกเถียงเรื่องนี้พอสมควร จึงเป็นสาเหตุทำให้ไม่มีข้อเสนอแนะในเรื่องเวเนซุเอลาออกมา ซึ่งต่างจากแอฟริกากลางที่ไม่มีปัญหาทางการเมืองเข้ามาเกี่ยวข้อง

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

๑. เมื่อวันที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๖๒ ที่ประชุมฯ เห็นชอบกับร่างข้อมติ A๗๒/๖๑ ในการขอขยายเวลาในการชำระเงินของสาธารณรัฐแอฟริกากลาง แต่สำหรับสาธารณรัฐโบลิเวียแห่งเวเนซุเอลามีหลายประเทศไม่เห็นชอบ เช่น สหรัฐอเมริกา บราซิล เป็นต้น โดยเสนอให้เลื่อนการหารือไปพิจารณาภายหลังเนื่องจากเอกสารเผยแพร่ล่าช้า และประเทศสมาชิกไม่มีเวลาในการศึกษาเอกสารดังกล่าวอย่างเพียงพอ แต่ก็มีจีน รัสเซีย ตุรกี โบลิเวีย ไม่ขอให้เลื่อนการพิจารณา และต่อมาประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบว่า ทางสาธารณรัฐโบลิเวียแห่งเวเนซุเอลาจะขอยื่น

เอกสารข้อมูลใหม่ โดยที่ปรึกษากฎหมายขององค์การอนามัยโลกได้แจ้งต่อที่ประชุมว่า ข้อมูลใหม่สามารถส่งเป็นรายงานล่วงหน้าอย่างน้อย ๔๘ ชั่วโมง หรือประธานแจ้งต่อที่ประชุมเพื่อพิจารณาต่อไป ดังนั้น หลายประเทศจึงขอเวลาในการพิจารณาเอกสารดังกล่าว และจะพิจารณาวาระนี้อีกครั้งในวันต่อไป (ซึ่งอาจจะได้ข้อสรุปในที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๗๒ หรือเลื่อนการหารือออกไปก่อน ซึ่งก็ไม่ว่าเมื่อไร)

๒. องค์การอนามัยโลกได้ออกเอกสารร่างข้อมติ A๗๒/๖๐ Rev.๑ (เอกสารออกภายในวันนั้น คือ วันที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๖๒) สาธารณรัฐโบลิเวียแห่งเวเนซุเอลาได้ยื่นความจำนงใหม่ในการขอขยายเวลาในการชำระเงิน โดยมียอดค้างชำระทั้งหมด ๑๓,๒๑๙,๕๓๕ เหรียญสหรัฐ และจะทยอยการชำระเงินปีละ ๖๖๐,๙๗๗ เหรียญสหรัฐ ตั้งแต่ปีค.ศ. ๒๐๑๙ – ๒๐๓๗ (เปลี่ยนจากเริ่มทยอยการชำระเงินจากปีค.ศ. ๒๐๒๐ เป็นปีค.ศ. ๒๐๑๙ แทน) และปีค.ศ. ๒๐๓๘ เป็นจำนวนเงิน ๖๖๐,๙๗๒ เหรียญสหรัฐ

๓. เมื่อวันที่ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๒ ประเทศส่วนใหญ่เช่น จีน รัสเซีย อิหร่าน โบลิเวีย คิวบา ชูदान และไทยสนับสนุนร่างข้อมติ A๗๒/๖๐ Rev.๑ ยกเว้นสหรัฐอเมริกา และบราซิลที่ไม่ขอเกี่ยวข้องกับเรื่องนี้ (Disassociated) แต่เห็นควรให้สนับสนุนทางด้านวิชาการกับสาธารณรัฐโบลิเวียแห่งเวเนซุเอลา

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยสนับสนุนร่างข้อมติ A๗๒/๖๑ ในการขอขยายเวลาในการชำระเงินของสาธารณรัฐแอฟริกากลาง และร่างข้อมติ A๗๒/๖๐ Rev.๑ ในการขอขยายเวลาในการชำระเงินของสาธารณรัฐโบลิเวียแห่งเวเนซุเอลา

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

เมื่อวันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๒ ที่ประชุมเต็มคณะ (Plenary) ได้มีการรับรองร่างข้อมติในเอกสาร A๗๒/๖๑ (สาธารณรัฐแอฟริกากลาง) และ A๗๒/๖๐ Rev.๑ (สาธารณรัฐโบลิเวียแห่งเวเนซุเอลา) เกี่ยวกับการขอขยายเวลาการชำระค่าบำรุงสมาชิกและคืนสิทธิในการออกเสียง ต่อเมื่อได้มีการชำระเงินค่าบำรุงสมาชิกภายในปี ค.ศ. ๒๐๑๙ ตามที่ได้ยื่นความจำนงไว้ของทั้งสองประเทศ แต่อย่างไรก็ตาม สหรัฐอเมริกายังคงยืนยันต่อที่ประชุมเต็มคณะว่า ไม่ขอเกี่ยวข้องกับเรื่องที่สาธารณรัฐโบลิเวียแห่งเวเนซุเอลาขอขยายเวลาในการชำระเงิน (Disassociated) แต่เห็นควรให้สนับสนุนทางด้านวิชาการกับสาธารณรัฐโบลิเวียแห่งเวเนซุเอลาตามที่ได้เสนอต่อที่ประชุม Committee B

Intervention on agenda 15.4 Special Arrangements for Settlement of Arrears

Delivered by Miss Orisa Sursattayawong

Thank you, Chair,

Thailand supports the draft resolution in A72/60 Rev 1 on the request of the Bolivarian Republic of Venezuela in respect of its outstanding contributions.

Thank you.

Agenda 15.5 Scale of Assessment for 2020 – 2021

ผู้รับผิดชอบ

- | | |
|-------------------------------|--|
| ๑. นางสาวโอรีสา ชื่อสัตยวงค์ | กองการต่างประเทศ |
| ๒. ดร. วรณฤดี อิศรานุวัฒน์ชัย | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |

สาระสำคัญ

๑. งบประมาณองค์การอนามัยโลกจะมีแหล่งที่มา ๒ ส่วนหลักๆ คือ (๑) ค่าบำรุงสมาชิก (Assessed Contribution : AC) โดยประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลก จำนวน ๑๙๔ ประเทศจะต้องชำระค่าบำรุงสมาชิก และแต่ละประเทศมีอัตราที่ต้องจ่ายไม่เท่ากัน โดยคำนวณจากรายได้ประชาชาติ (Gross National Income : GNI) และ (๒) การบริจาคเงินให้แก่องค์การอนามัยโลกแบบสมัครใจ (Voluntary Contribution : VC) ซึ่งการสนับสนุนงบประมาณนี้ส่วนใหญ่จะเป็นแบบมีเงื่อนไข (Earmarked) คือ สามารถกำหนดประเภทของการลงทุนจากเงินบริจาคได้
๒. จากข้อมติสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๕๖ (WHA๕๖.๓๓) เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๔๖ ได้รับรองมาตรฐานส่วนการประเมิน (Scale of Assessment) ขององค์การสหประชาชาติเพื่อนำมาใช้ในการคำนวณอัตราค่าบำรุงสมาชิก (AC) ขององค์การอนามัยโลก (อดีตองค์การอนามัยโลกจะมีการคำนวณอัตราภายในขององค์การอนามัยโลกเอง)
๓. เมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ องค์การสหประชาชาติได้รับรองมาตรฐานการประเมินฉบับใหม่ล่าสุด ซึ่งองค์การอนามัยโลกจะนำมาปรับใช้สำหรับค่าบำรุงสมาชิกในปีงบประมาณ ค.ศ. ๒๐๒๐ – ๒๐๒๑ ดังนั้น ประเทศไทยจะมีสัดส่วนการจ่ายค่าบำรุงสมาชิกอยู่ที่ร้อยละ ๐.๓๐๗๐ จากที่ปี ค.ศ. ๒๐๑๙ อยู่ที่ร้อยละ ๐.๒๙๑๐ ปรับเพิ่มขึ้นมาอีกร้อยละ ๐.๐๑๖๐
๔. เมื่อเดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๖๒ ตามข้อมติที่ประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก สมัยที่ ๑๔๔ (EB๑๔๔.R๖) ได้มีข้อเสนอแนะให้ที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๗๒ ได้รับรองมาตรฐานการประเมินสำหรับการจ่ายค่าบำรุงสมาชิกในปี ค.ศ. ๒๐๒๐ – ๒๐๒๑

ทำที่ประเทศสมาชิก

ประเทศต่างๆ รับรองกับมาตรฐานการประเมินสำหรับการจ่ายค่าบำรุงสมาชิกในปี ค.ศ. ๒๐๒๐ – ๒๐๒๑

ทำที่ประเทศไทย

เห็นชอบกับร่างข้อมติ EB144.R6 เกี่ยวกับมาตรฐานการประเมินสำหรับการจ่ายค่าบำรุงสมาชิกของประเทศไทยให้กับองค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. ๒๐๒๐ – ๒๐๒๑ และได้เน้นย้ำเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่า Working Group on Strategic Budget Space Allocation ได้มีการจัดสรรงบประมาณให้เหมาะสมกับประเทศสมาชิกในแต่ละภูมิภาค ตามที่ได้มีหารือในที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๙

สรุปผลการประชุม

ที่ประชุมรับรองร่างข้อมติ EB๑๔๔.R๖ เกี่ยวกับมาตรฐานการประเมินสำหรับการจ่ายค่าบำรุงสมาชิกในปี ค.ศ. ๒๐๒๐ – ๒๐๒๑

Intervention on Agenda 15.5 Scale of Assessment for 2020 – 2021

Delivered by Miss Orisa Sursattayawong

Chair, Thailand supports the draft resolution EB144.R6, and welcomes the scale of assessment proposed for the biennium 2020 – 2021.

We would like to highlight the importance work previously done by Working Group on Strategic Budget Space Allocation and adoption by the Member States at WHA69 to ensure the transparency, predictability, and flexibility of the available WHO fund. The current process supports well-defined reporting process including calculation of scale of assessment based on the characte of each member state.

Thailand reconfirms our commitment on the scale of assessment to support the implementation of program of WHO.

Thank you, Chair.

Agenda 16.1 Report of the External Auditor

๑. นางสาวณนุต มธุรพจน์ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

๒. ดร.ธีรพร สติรอังกูร กองการพยาบาล

สาระสำคัญของวาระ

๑. รายงานผลการตรวจสอบภายนอกด้านงบการเงิน และการดำเนินงานขององค์การอนามัยโลก ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑ จัดทำขึ้นโดยรัฐบาลฟิลิปปินส์ ตามมติสมัชชานานาชาติที่ ๖๘.๑๔ มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความโปร่งใสและความรับผิดชอบในการกระทำ รวมทั้งเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดำเนินงานขององค์การอนามัยโลก

๒. ในการนี้ ได้มีการตรวจสอบหน่วยงานและโปรแกรมต่างๆ ดังนี้

- สำนักงานใหญ่ขององค์การอนามัยโลก และศูนย์บริการระดับโลก (Global Service Centre)
- สำนักงานประจำภาคพื้นยุโรป (EURO)
- ๔ สำนักงานประจำประเทศ ได้แก่ สาธารณรัฐประชาชนบังกลาเทศ สาธารณรัฐคาซัคสถาน สาธารณรัฐมาดากัสการ์ และสหสาธารณรัฐแทนซาเนีย
- ๕ โปรแกรมที่เป็นการประสานระดมทรัพยากร ได้แก่ WHO Health Emergencies (WHA) Programme, UNICEF/UNDP/World Bank WHO Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (TDR), the Polio Eradication Department (POL), the WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC), the WHO Alliance of Health Policy and Systems Research (AHPSR) และ the Partnership on Maternal, Newborn and Child Health (PMNCH)

๓. การดำเนินงานตามข้อเสนอแนะของผู้ตรวจสอบภายนอกที่รายงานไว้ในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ มี ๒๑ ข้อหลัก องค์การอนามัยโลกได้ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ๑๔ ข้อ คิดเป็นร้อยละ ๖๗ ดำเนินการแล้วเสร็จ ๑ ข้อ คิดเป็นร้อยละ ๕ และอยู่ระหว่างการดำเนินการ ๖ ข้อ คิดเป็นร้อยละ ๒๘

๔. ข้อเสนอแนะที่สำคัญจากการตรวจสอบเพื่อการพัฒนา อาทิเช่น

- เรื่องการระดมทรัพยากร (Resource Mobilization) ควรรับรองยุทธศาสตร์การบริหารการเปลี่ยนแปลง (Change Management Strategy) เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของการระดมทรัพยากรได้ออกแบบมาใหม่
- เรื่องโปรแกรมภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Health Emergencies Programme) ควรเร่งจัดทำคู่มืออิเล็กทรอนิกส์สำหรับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข โดยเฉพาะหัวข้อการสนับสนุนการดำเนินงานและโลจิสติก การวางแผน และการระดมทรัพยากรให้แล้วเสร็จ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบด้านนี้ทำงานได้อย่างมีมาตรฐานและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และควรจัดให้มีระบบบริหารและติดตามยานพาหนะตามพิกัดตำแหน่งของยานพาหนะ (Fleet Management) อย่างเร่งด่วนในทุกหน่วย เพื่อช่วยการบริหารงบประมาณการเช่ายานพาหนะให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งนี้ควรจัดให้มีการบริหารและติดตามยานพาหนะฯ
- เรื่อง Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) ควรทำให้ข้อตกลง Hosting Agreement ระหว่างเลขานุการของ FCTC (ซึ่งตั้งขึ้นในปี ๒๕๕๙) กับองค์การอนามัยโลกแล้วเสร็จภายในต้นทอมแรกของปี ๒๕๖๒
- เรื่องการจัดการความเสี่ยง (Risk Management) ควรเพิ่มประสิทธิภาพกลไกการติดตามการบริหารความเสี่ยงทั้งด้านคุณภาพและความก้าวหน้าของกิจกรรม รวมทั้งจัดให้มีการพัฒนาบุคลากรในเรื่องนี้

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศสมาชิก ๓ ประเทศ ได้แก่ จีน ปานามา และเนเธอร์แลนด์ ขอขอบคุณรัฐบาลฟิลิปปินส์ในการทำรายงานตรวจสอบภายนอก และแสดงความชื่นชมองค์การอนามัยโลกในการปรับปรุงการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะจากรายงานปีที่ผ่านมา อย่างไรก็ตามประเทศสมาชิกได้แสดงความห่วงกังวลผลการตรวจสอบในปีนี้อาติ ในเรื่องการระดมและกระจายทรัพยากร การควบคุมการจัดการด้านการเงิน การปฏิบัติตามกฎระเบียบข้อบังคับหรือนโยบาย (compliance) ที่ได้ออกมาแล้วจาก การดำเนินงานของ WHO Country Office ในเรื่องการคุกคามทางเพศ และการใช้หาผลประโยชน์ (exploitation) จากเจ้าหน้าที่

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

รับทราบผลรายงานการตรวจสอบภายนอก และเสนอให้มีการพัฒนาระบบความคุมการบริหารจัดการ และสร้างความเข้มแข็งในกลไกการตรวจสอบภายในอย่างจริงจัง เนื่องจากยังพบข้อท้าทายเดิมๆในผลการตรวจสอบภายนอก ซึ่งสะท้อนความอ่อนแอของระบบการตรวจสอบภายในขององค์การอนามัยโลก

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ประเทศสมาชิกรับทราบรายงานผลการตรวจสอบภายนอก และเห็นชอบในข้อตัดสินใจ (decision)

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

การทำงานในระดับประเทศ

- ไม่มี

การทำงานในระดับนานาชาติ

- กองการต่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข ควรติดตามผลการดำเนินงานขององค์การอนามัยโลกตามข้อเสนอแนะจากรายงานผลการตรวจสอบภายนอก เพื่อให้มั่นใจว่าองค์การอนามัยโลกดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และโปร่งใส

Intervention on Agenda 16.1 Report of the External Auditor

Delivered by Ms. Nanoot Mathurapote, 23 May 2019

Thank you, Chair,

Thailand welcomes comprehensive report of external auditor.

However, we observe repeated performance challenges such as poor management of donor reports, DI reports, DFC reports, and travel management. Therefore, solving the repeated challenges requires leadership and effectiveness on intensified management control system at all three levels of the Organization.

The results of the external audit reports also mirror the performance of the internal auditing system. Thailand urges WHO to strengthen internal audit mechanism of the Organization.

Finally, we welcome draft decision as proposed by PBAC to accept the report of the External Auditor.

Thank you, Chair.

Agenda item 16.2 Report of the Internal Auditor**ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน**

๑. นางสาวอรณา จันทศิริ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๒. รศ. ดร. อรพรรณ โตสิงห์ สภาการพยาบาล
๓. ดร. ทันทแพทย์หญิงวิริศา พานิชเกรียงไกร สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

สาระสำคัญของวาระ

การตรวจสอบภายใน (Internal Audit Report) เป็นวาระประจำปี จัดทำโดย Office of Internal Oversight Services มีวัตถุประสงค์เพื่อรายงานผลการตรวจสอบกระบวนการทำงานภายในองค์การอนามัยโลกหรือโปรแกรมภายใต้การกำกับดูแลรวมถึงข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา หลักของการตรวจสอบภายในขององค์กรสอดคล้องกับหลักการขององค์การสหประชาชาติ การตรวจสอบมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อเพิ่มคุณภาพของการดำเนินงานพิจารณาและเสนอแนะจากผลการประเมินกระบวนการทำงานเทียบจากความสามารถต่อการตอบสนองต่อเป้าหมายองค์กร เช่น การวางแผนงาน โครงสร้างการทำงาน เจ้าหน้าที่รับผิดชอบต่อประเด็นที่เป็นปัญหาสำคัญ การประเมินและจัดการกับความเสี่ยง

รายงานในรอบนี้ ครอบคลุมการตรวจสอบ ๒ ประเภท ได้แก่

(๑) การตรวจสอบโดยภาพรวม (Integrate audits) เพื่อตรวจสอบการทำงานโดยสุ่มเลือกแผนกในสำนักงานใหญ่ สำนักงานภูมิภาค และสำนักงานประเทศ มีขอบเขตการตรวจสอบย่อย คือ โครงสร้างและการบริหารจัดการสำนักงาน ขั้นตอนการดำเนินงาน และผลสัมฤทธิ์ ผลการตรวจสอบส่วนใหญ่อยู่ในระดับพึงพอใจในระดับหนึ่ง ประเด็นที่มีข้อเสนอส่วนใหญ่ ได้แก่ ไม่สามารถตอบสนองต่อการสนับสนุนทางวิชาการแก่ประเทศสมาชิก ขาดกระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยง การดำเนินการล่าช้า จำนวนสัดส่วนเจ้าหน้าที่ด้านบริหารจัดการกับด้านวิชาการที่ไม่สมดุล และทรัพยากรภายในหน่วยงานไม่มั่นคง

(๒) การตรวจสอบการปฏิบัติการ (Operational audits) เพื่อประเมินการบริหารจัดการความเสี่ยงทางการเงินและการจัดการข้อมูล จากการตรวจสอบส่วนใหญ่อยู่ในระดับนำพึงพอใจในระดับหนึ่ง แต่มีข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงเล็กน้อยด้านการจัดการเอกสารและระบบงาน

รายงานตรวจสอบภายในยังรวมถึงการจัดการข้อร้องเรียนต่างๆ พบว่ามีจำนวนเรื่องร้องเรียนที่ยังไม่เสร็จสิ้นกระบวนการมากถึง ๒๔๘ เรื่อง ซึ่งหากประมาณการระยะเวลาที่ต้องใช้เพื่อจัดการข้อร้องเรียนให้เสร็จสิ้นจะต้องใช้เวลา ๑,๖๔๖ วัน (เกือบ ๕ ปี) ประเมินนี้ยาวนานขึ้นจากปีที่แล้วที่ประมาณการไว้ ๙๕๙ วัน สำหรับประเภทร้องเรียนเมื่อเปรียบเทียบกับปีที่แล้ว พบว่าเรื่องร้องเรียนแสดงการเพิ่มขึ้นทั้งการทุจริต การล่วงละเมิด และการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการทำงาน

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ช่วงการเปิดอภิปรายมีประเทศสมาชิกแสดงความเห็น ได้แก่ ภูมิภาคแอฟริกัน สหราชอาณาจักร และนอร์เวย์กับอีก ๘ ประเทศในกลุ่มนอร์ดิก ประเทศสมาชิกให้ความเห็นในทิศทางเดียวกันแสดงความกังวลต่อจำนวนเรื่องทุจริตจากการจัดซื้อและกรณีการล่วงละเมิดทางเพศที่สูงขึ้นมาก นอกจากนี้ ยังขอให้เร่งการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะจากผลตรวจสอบ เน้นด้านกระบวนการปฏิบัติงาน การจัดการงบประมาณจากองค์กรสนับสนุนทุนโดยเฉพาะช่วงภาวะฉุกเฉิน และขอให้ Office of Internal Oversight Services พัฒนาระบบการตรวจสอบอย่างเป็นระบบมากขึ้น โดยเฉพาะการรายงานผลอย่างรวดเร็ว เพื่อรายงานผลตรวจสอบแก่ผู้เกี่ยวข้องทราบและนำสู่การแก้ไขที่รวดเร็วทันต่อเหตุการณ์

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (แนว intervention ตอนท้าย)

ประเทศไทยมีประเด็นห่วงกังวล ๒ ส่วนคือ ระยะเวลาการพิจารณาข้อร้องเรียนที่นานมากถึงเกือบ ๕ ปี จนอาจเป็นสาเหตุการเพิ่มขึ้นของจำนวนกรณีการกระทำที่ไม่เหมาะสมคือ ทุจริต การไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการทำงาน และการล่วงละเมิดทางเพศ และอีกประเด็นจากรายงานตรวจสอบสำนักงานองค์การอนามัยโลก ระดับประเทศซึ่งพบว่ามียุทธศาสตร์หลายสำนักงานที่ไม่สามารถสนับสนุนทางวิชาการแก่ประเทศสมาชิกได้

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ฝ่ายเลขานุการตอบข้อซักถามและข้อคิดเห็นจากประเทศสมาชิก โดยกล่าวถึงหลักการดำเนินงานตรวจสอบภายในว่ามีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อเสริมการดำเนินงานขององค์การอนามัยโลกให้สามารถตอบสนองต่อเป้าหมายเน้นรายงานที่สะท้อนตามความเป็นจริงว่ายังประเด็นท้าทายอย่างไร กระบวนการตรวจสอบภายในของแต่ละสำนักงานมีการปรับให้เข้ากับบริบทและปัญหาที่ประเทศสมาชิกต้องการการสนับสนุนจึงอาจใช้ระยะเวลานาน ซึ่งได้ริเริ่มการพัฒนาศักยภาพของผู้ตรวจสอบ และกระบวนการตัดสินใจ และการรายงานผลให้มีความรวดเร็วขึ้น

สำหรับประเด็นที่ประเทศสมาชิกให้ความเห็นต่อจำนวนข้อร้องเรียนที่สูงขึ้น อาจเป็นผลมาจากการพัฒนาระบบการร้องเรียนที่มีประสิทธิภาพและรักษาสีทึบของผู้ร้องเรียนได้มากขึ้น ทำให้จำนวนข้อร้องเรียนสูงขึ้น ขอให้ประเทศสมาชิกเห็นว่าเป็นเรื่องดีที่สามารถสะท้อนความเป็นจริงและขอให้ติดตามผลการดำเนินงานต่อไป สำหรับการจัดการต่อข้อร้องเรียนขององค์การอนามัยโลกอยู่ระหว่างดำเนินการร่วมกับองค์กรนานาชาติอื่นๆ จัดทำขั้นตอนและหลักการจัดการกับข้อร้องเรียนให้รวดเร็วขึ้น

ด้านการพัฒนาระบบการปฏิบัติงาน ฝ่ายเลขานุการกำลังอยู่ระหว่างปรับกระบวนการตรวจสอบให้สอดคล้องกับ General Program of Work และโครงการตามเป้าหมาย Triple Billion Goals

ที่ประชุมมีมติรับทราบต่อรายงานการตรวจสอบภายใน

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

ไม่มี

การทำงานในระดับนานาชาติ

กองการต่างประเทศ มอบหมายให้ผู้แทนไทยที่รับผิดชอบต่อวาระรายงานการตรวจสอบภายใน ต่อการประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งต่อไป เพื่อตรวจสอบความก้าวหน้าในการจัดการกับประเด็นต่างๆ โดยเฉพาะการจัดการกับข้อร้องเรียน

Intervention on Agenda 16.2 Report of the Internal Auditor

Delivered by Orana Chandrasiri (23/05/2019)

Thank you, Chair.

Thailand noted the report with two concerns;

First, the average time to complete the remaining complaint cases is 1,646 days or almost 5 years. This slow progress of case management could lead to more wrongdoings as root causes have not been resolved. We also observe that the number of reporting cases related to fraud, failure to comply with professional standards, sexual harassment and abuse are significant increasing compare with last year. As WHO committed to zero tolerance, Thailand urges WHO to take this action seriously by providing sufficient staff and effective management in handling cases as well as create appropriate working culture.

Second, the report shows that many WHO country offices are not be able to respond to Member States' needs due to limited resources and ineffective management. This issue should be resolved by increasing capacity of WHO country office to be able to support country operation.

Thank you, Chair.

Agenda 16.3 External and internal audit recommendations: progress on implementation

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นางสาวจินตนา จันทร์โคตรแก้ว สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๒. รองศาสตราจารย์ ดร. สุปรีดา มั่นคง สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย
๓. ทันตแพทย์หญิงวิภา ปานิชเกรียงไกร สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

สาระสำคัญของวาระ

รายงานความก้าวหน้าการนำข้อเสนอแนะจากผู้ตรวจสอบภายนอกและผู้ตรวจสอบภายในไปปฏิบัติ เป็นการแสดงถึงความจริงจังขององค์การอนามัยโลกในการนำข้อเสนอแนะไปปฏิบัติ ซึ่งได้ระบุไว้ในการประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลกครั้งที่ ๑๒๘(EB๑๒๘/๓) ผลการดำเนินการตามข้อเสนอแนะของผู้ตรวจสอบภายในนั้น

มีเพียงร้อยละ ๔.๒ ที่ไม่ได้ดำเนินการตามแผนซึ่งลดลงจากร้อยละ ๖ ในปีที่ผ่านมา ขณะที่ผลการดำเนินการตามข้อเสนอแนะของผู้ตรวจสอบภายนอกนั้นมีการดำเนินการปฏิบัติล่าช้ามากขึ้น โดยในปี ค.ศ.๒๐๑๘ มีข้อเสนอแนะทั้งหมด ๒๒ ข้อและมี ๙ ข้อ(ร้อยละ ๔๑) อยู่ระหว่างการดำเนินการ ที่เหลือคือมีการบังคับใช้เรียบร้อยแล้ว แต่ในปีที่ผ่านมา มีเพียงร้อยละ ๒๓ ที่อยู่ระหว่างการดำเนินการ

เพื่อเพิ่มความโปร่งใสและความรับผิดชอบทาง Secretariat ได้มีความพยายามในการพัฒนาระบบที่เกี่ยวข้องกับระเบียบค่าใช้จ่ายเรื่องการเดินทาง(travel management) การจัดการยานพาหนะ (fleet management) การใช้งบประมาณในกรณีฉุกเฉิน (work in emergencies) การสนับสนุนงบประมาณตรงไปที่ประเทศ (direct financial cooperation and direct implementation) การจัดซื้อจัดจ้าง (procurement) และคุณค่าของเงินที่จ่าย (value for money) โดยองค์การอนามัยโลกได้มีการดำเนินการตามข้อเสนอแนะของผู้ตรวจสอบทั้งภายในและภายนอกดังนี้

- ค่าเดินทาง มีการปรับนโยบายเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการเดินทางในปี ค.ศ.๒๐๑๘ เพื่อให้สอดคล้องกับองค์การสหประชาชาติเกี่ยวกับการกำหนดเส้นทางบินและสิทธิในการเลือกระดับชั้นโดยสาร และกรณี que การเดินทางไม่เป็นไปตามระเบียบการอนุมัติภายใน ๑๔ วัน จะต้องปรับชั้นโดยสารไปเป็นระดับชั้นประหยัด
- การจัดการยานพาหนะ มีการริเริ่มการดำเนินการการติดตั้งเครื่องมือติดตามยานพาหนะใน ๖ ประเทศ (สาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก สาธารณรัฐอิรัก จอร์แดน ไนจีเรีย ปากีสถาน สาธารณรัฐคองโก) เพื่อติดตามพาหนะที่ใช้ในราชการประจำขององค์การอนามัยโลก
- การเดินทางกรณีฉุกเฉิน Secretariat รับทราบข้อเสนอแนะจากผู้ตรวจสอบภายนอกและจะสรุปมาตรฐานการดำเนินงานในการจัดการ การวางแผน และการจัดสรรทรัพยากร
- การสนับสนุนงบประมาณตรงไปที่ประเทศ จากรายงานพบว่าโครงการที่มีการสนับสนุนโดยตรงไปที่ประเทศมีโครงการที่ดำเนินการล่าช้าลดน้อยลงเนื่องจากมีการพัฒนาการบริหารจัดการและการติดตามเชิงรุก นอกจากนี้ยังพบว่าการสนับสนุนโดยตรงไปที่ประเทศมีจำนวนงบประมาณลดลง จาก ๑๔๘ ล้านดอลลาร์สหรัฐ ในปี ค.ศ.๒๐๑๗ เป็น ๑๑๔ ล้านดอลลาร์สหรัฐในปี ค.ศ.๒๐๑๘ โดยส่วนใหญ่ใช้ไปกับการให้วัคซีนกับการพัฒนาศักยภาพ นอกจากนี้มีการปรับปรุงนโยบายในการรับงบประมาณสนับสนุนตรงไปที่ประเทศในปี ค.ศ.๒๐๑๘ คือ ๑) กำหนดการประเมินด้านการเงินและศักยภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่รับเงินอย่างต่อเนื่อง ๒) เพิ่มความเข้มงวดข้อกำหนดเกี่ยวกับกิจกรรมที่สามารถรับงบประมาณสนับสนุน
- การจัดซื้อจัดจ้าง มีการจัดการอบรมพนักงานเกี่ยวกับการจัดซื้อจัดจ้างและสร้างเครื่องมือในการจัดซื้อจัดจ้าง
- คุณค่าของเงินที่จ่าย มีการจัดทำข้อมูลเผยแพร่ในเวปไซต์ขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับที่มาของงบประมาณและการใช้จ่าย และผลการดำเนินงานแยกตามแผนงาน (programme area) และประเทศ ที่สำคัญคุณค่าของเงินที่จ่ายได้รวมอยู่ในแผนงบประมาณปี ค.ศ.๒๐๒๐-๒๐๒๑ (Proposed programme budget ๒๐๒๐-๒๐๒๑)

นอกจากนี้ได้มีการรายงานความก้าวหน้าการดำเนินการสืบสวนกรณีทุจริตจากกรณีที่ตรวจพบโดยผู้ตรวจสอบภายในด้วย

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

สหรัฐอเมริกาชื่นชมการทำงานขององค์การอนามัยโลกที่พยายามดำเนินการตามข้อเสนอแนะของผู้ตรวจสอบภายในและผู้ตรวจสอบภายนอก ทั้งนี้ได้กระตุ้นให้มีการดำเนินการจัดทำคู่มือในกรณีการใช้จ่ายกรณีฉุกเฉินเพื่อเป็นแนวทางให้เจ้าหน้าที่ และขอให้เลขาธิการแจ้งการวัดการประเมินคุณค่าของเงินที่จ่าย (value for money) ที่กำหนดไว้ รวมทั้งได้แสดงความกังวลการจัดการกับกรณีทุจริตที่ยังค้างอยู่

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (แนว intervention ตอนท้าย)

แสดงความกังวลที่จำนวนกรณีทุจริตเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะกรณีที่เกี่ยวข้องกับการจัดซื้อจัดจ้าง

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับรองรายงานผลการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

กองการต่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข ติดตามการนำข้อเสนอแนะผู้ตรวจสอบภายในและภายนอกไปปฏิบัติขององค์การอนามัยโลก โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับประเทศและภูมิภาค

การทำงานในระดับนานาชาติ

ติดตามการนำข้อเสนอแนะผู้ตรวจสอบภายในและภายนอกไปปฏิบัติ เกี่ยวกับระเบียบค่าใช้จ่ายขององค์การอนามัยโลก โดยเฉพาะการดำเนินการเพื่อจัดการกรณีทุจริตที่เกี่ยวข้องกับการจัดซื้อจัดจ้าง และการติดตามกรณีทุจริตที่ผ่านมา

Intervention on agenda 16.3 External and internal audit recommendations: progress on implementation

Delivered by Jintana Jankhotkaew (23/May/2019)

Thank you Chair

Thailand has main concern with regard to the implementation of recommendations of internal and external audit.

Number of fraud increased by double from 30 cases in 2017 to 55 cases in 2018 and half of them are related to procurement. We encourage WHO to closely monitor implementation of these recommendations.

Thank you, Chair.

Agenda 16.4 Appointment of External Auditor

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นางสาวสินีนาด หวังดี สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
๒. นางสาวมิลินทร์ สาครสินธุ์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
๓. ดร. ทันตแพทย์หญิงวิโรชา พานิชเกียรติกร สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

สาระสำคัญของวาระ

ด้วยวาระการปฏิบัติงาน External Auditor ของ WHO ซึ่งผู้บริหารสำนักงาน the Commission on Audit of the Philippines ดำรงตำแหน่งอยู่กำลังจะสิ้นสุดลง โดย External Auditor คนปัจจุบันนี้ ได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งนี้มา ๒ วาระ ตั้งแต่ ๑ มกราคม ๒๐๑๒ – ๓๑ ธันวาคม ๒๐๑๙ รวม ๘ ปี จึงต้องมีการแต่งตั้ง External Auditor คนใหม่ ซึ่งตามระเบียบการเงินของ WHO ข้อ ๑๔.๑ ระบุให้การแต่งตั้งและถอดถอน External Auditor เป็นมติของที่ประชุมสมัชชานานาชาติ โดยการลงคะแนนลับ External Auditor จะดำรงตำแหน่งได้วาระละ ๔ ปี ครอบคลุมระยะเวลา ๒ ปี ของวาระการเงินและสามารถดำรงตำแหน่งต่อได้อีก ๑ วาระ ผู้ที่เสนอตัวควรเป็น Auditor General หรือชื่อตำแหน่งอื่นที่เทียบเท่าของประเทศ

WHO ส่งหนังสือเวียนเชิญชวนให้ประเทศสมาชิกส่งผู้สมัครเข้ารับการเลือกตั้งภายในวันที่ ๑๔ ธันวาคม ๒๐๑๘ มีผู้สมัครจาก ๖ ประเทศส่งผู้สมัครทันภายใน deadline ได้แก่ คองโก อินเดีย สหราชอาณาจักร ฝรั่งเศส ตูนิเซีย และการ์นา ส่วนอีก ๔ ประเทศที่ส่งชื่อผู้สมัครมาภายหลัง deadline และทำให้ได้ไม่ได้รับการพิจารณา ได้แก่ แอลจีเรีย อิรัก และการ์ตาร์ ในการประชุม WHA ครั้งนี้จะมีการพิจารณาเลือกและแต่งตั้ง External Auditor วาระ ๒๐๒๐-๒๐๒๓ โดยมีขั้นตอนเดียวกันกับที่เคยดำเนินการในครั้งก่อน กล่าวคือ เปิดโอกาสให้ผู้สมัครนำเสนอข้อเสนองานของประเทศตนโดยสรุป และลงคะแนนลับ เมื่อได้ผลการเลือกตั้งแล้ว จะแต่งตั้ง External Auditor ใหม่ และแสดงความขอบคุณ the Commission on Audit of the Philippines ผู้ดำรงตำแหน่ง External Auditor คนก่อน ทั้งนี้ ประเทศสมาชิกที่เสนอตัวเป็น External Auditor วาระปี ๒๐๒๐ – ๒๐๒๓ ทั้ง ๖ ประเทศ ได้แก่ คองโก ฝรั่งเศส การ์นา อินเดีย ตูนิเซีย และ สหราชอาณาจักร

บทบาทและทำที่ของประเทศอื่น

ผู้สมัคร/ผู้แทนจากทั้ง ๖ ประเทศ นำเสนอประวัติ ผลงาน ข้อเสนอ และรายละเอียดต่างๆ ดังนี้

๑. **คองโก:** Mr Brice Voltaire ETOU OBAMI เป็น External Auditor ผู้ก่อตั้งและผู้บริหารบริษัทตรวจสอบบัญชี Exco Cacoès ซึ่งมีประสบการณ์รับตรวจสอบบัญชีโครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานนานาชาติ เช่น World Bank, International Fund for Agricultural Development, African Development ใช้เวลาทำงาน ๑๑.๕ – ๑๒.๕ work-month ต่อปี หรือ ๔๘ work-month ในระยะเวลา ๔ ปี โดยคิดค่าจ้างรวม ๔ ปี เท่ากับ ๑,๕๒๒,๔๐๐ USD
๒. **ฝรั่งเศส:** Mr Didier Migaud, Chair of the French Court of Audit มีประสบการณ์ตรวจสอบองค์กรนานาชาติมากมาย เช่น World Meteorological Organization (WMO), the United Nations, the Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO), the World Food Programme (WFP), Interpol, UNESCO, the Organisation internationale de la Francophonie (OIF), the World Tourism Organization (UNWTO), the International Civil Aviation Organization (ICAO), the World Trade Organization (WTO), the European Organisation for the Exploitation of Meteorological Satellites (EUMETSAT), the OECD, the Council of Europe, the Preparatory Commission for the Comprehensive Nuclear-Test-Ban Treaty Organization (CTBTO) and the International Criminal Court (ICC) ใช้เวลาทำงานใช้เวลาทำงาน ๕๔.๑๔ work-month ต่อปี หรือ ๒๑๖.๕๖ work-month ในระยะเวลา ๔ ปี โดยคิดค่าจ้างรวม

๔ ปี เท่ากับ ๑,๙๔๒,๐๘๐ USD (ราคายังไม่รวม onsite audit ซึ่งคาดว่าจะใช้เวลาทำงาน ๓๙.๔๒ work-month ต่อปี)

๓. **การันนา:** Mr. Daniel Yaw Domelevo, Auditor General of Ghana มีตำแหน่งเป็น UN Panel of External Auditors และมีประสบการณ์ตรวจสอบ International Maritime Organisation and the International Organisation for Migration และ International Organization of Supreme Audit Institutions (INTOSAI) ใช้เวลาทำงาน ๒๙๗ man-day ต่อปี หรือ (๑๑๘๘ man-day หรือ ๙๙ work-month ในระยะเวลา ๔ ปี) โดยคิดค่าจ้างรวม ๔ ปี เท่ากับ ๑,๗๖๔,๙๙๖ USD
๔. **อินเดีย:** Mr. Rajiv Mehrishi, Comptroller and Auditor General of India, heads the Supreme Audit Institution-India (SAI-India) เคยดำรงตำแหน่งในองค์การระหว่างประเทศ เช่น Chairman of UN Board of Auditors, Vice- Chair-elect of UN Panel of External Auditors, Member of INTOSAI's Governing Board and Chairman of Committees, Member of ASOSAI's Governing Board and Chair of Board of Editors of ASOSAI Journal และมีประสบการณ์ตรวจสอบ WHO, United Nations, Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO), World Food Programme (WFP), International Centre for Genetic Engineering and Biotechnology, The Organisation for the Prohibition of Chemical Weapons (OPCW), International Maritime Organization (IMO), World Tourism Organization (UNWTO), International Organization for Migration (IOM), World Intellectual Property Organization (WIPO), International Atomic Energy Agency ใช้เวลาทำงานใช้เวลาทำงาน ๕๖ work-month ต่อปี หรือ ๒๒๔ work-month ในระยะเวลา ๔ ปี โดยคิดค่าจ้างรวม ๔ ปี เท่ากับ ๑,๘๐๐,๐๐๐ USD
๕. **ตูนิเซีย:** Mar Nejib Gtari, Chair, Tunisian Court of Audit เคยดำรงตำแหน่งในองค์การระหว่างประเทศ ได้แก่ General Secretary of the Arab Organization of Supreme Audit, และ Executive board of the Association of Supreme Audit Institutions Using the French Language (AISCCUF) เป็นต้น ใช้เวลาทำงานใช้เวลาทำงาน ๔๕ work-month ต่อปี หรือ ๑๘๐ work-month ในระยะเวลา ๔ ปี โดยคิดค่าจ้างรวม ๔ ปี เท่ากับ ๑,๗๙๗,๐๐๐ USD
๖. **สหราชอาณาจักร:** The Comptroller and Auditor General (C&AG) ดำรงตำแหน่ง United Nations Board of Auditors มาเป็นระยะเวลา ๖ ปี โดยก่อนหน้านี้ เคยอยู่ในตำแหน่งนี้มาก่อนแล้ว ๙ ปี (สิ้นสุดวาระวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๐๐๑) มีประสบการณ์ตรวจสอบ Pan American Health Organization (PAHO) ใช้เวลาทำงาน ๓๐ work-month ต่อปี หรือ ๑๒๐ work-month ในระยะเวลา ๔ ปี โดยคิดค่าจ้างรวม ๔ ปี ๒,๐๓๐,๐๐๐ USD

ประธานประจำห้องประชุมชี้แจงขั้นตอนในการดำเนินการลงมติแล้วให้แต่ละประเทศที่เสนอตัวแนะนำตัวเอง/หน่วยงาน ประสบการณ์ในการทำงานทั้งระดับชาติ และระดับนานาชาติวิธีการที่ใช้ในการทำงาน ระยะเวลาที่ใช้ตลอดจนค่าจ้างที่เสนอ ประธานอธิบายวิธีการทำเครื่องหมายบนบัตรลงคะแนนลับ โดยให้ทำเครื่องหมายตรงชื่อประเทศที่ต้องการลงคะแนน และหากไม่ต้องการลงคะแนนให้เปล่าว่างไว้ ฝ่ายเลขานุการการประชุมเดินตรวจสอบรายชื่อประเทศที่มีสิทธิลงคะแนนตามโต๊ะที่นั่ง แล้วแจกบัตรลงคะแนนจนครบต่อมาประธานให้เปิดหีบก่อนลงคะแนนให้ที่ประชุมเป็นสักขีพยานว่าเป็นกล่องเปล่า ฝ่ายเลขานุการเดินเก็บบัตรลงคะแนนที่กาแล้วตามที่นั่ง การนับคะแนนเกิดขึ้นหน้าห้องประชุมโดยประธานเลือกผู้แทนจาก ๒ ประเทศให้เป็นผู้นับคะแนน ฝ่ายกฎหมาย

ขององค์การอนามัยโลกให้ข้อมูลว่า การคัดเลือกจะเลือกจากคนที่ได้เสียงส่วนใหญ่ของประเทศที่อยู่ในที่ประชุม และมีสิทธิลงคะแนน

บทบาทและทำที่ของประเทศไทย(แบบ intervention ตอนท้าย)

กองการต่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุขประเทศไทยสอบถามไปยังกระทรวงการต่างประเทศ เพื่อขอข้อมูลประกอบการตัดสินใจ โดยได้รับแจ้งว่าไม่มีประเด็นกังวลในเชิงความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุขสามารถตัดสินใจตามความเหมาะสม การตัดสินใจของประเทศไทยพิจารณาจากประสบการณ์ทำงานของผู้สมัครในระดับนานาชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับ WHO ความสัมพันธ์กับประเทศไทย ค่าจ้าง และเวลาทำงานเป็นสำคัญ ภายหลังจากพิจารณา ได้มีมติเลือกประเทศอินเดีย

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

การเลือกตั้งใช้วิธีลงคะแนนแบบเป็นความลับ มีประเทศที่มีสิทธิลงคะแนนทั้งสิ้น ๑๖๒ ประเทศ ผู้ที่ได้คะแนนเสียงข้างมากจะต้องได้คะแนน ๘๒ คะแนน ผลการลงคะแนนเสียงมีดังนี้ ประเทศคองโกได้ ๕ คะแนน ประเทศฝรั่งเศสได้ ๒๘ คะแนน ประเทศการ์นาได้ ๑๔ คะแนน ประเทศอินเดียได้ ๙๐ คะแนน ประเทศตูนิเซียได้ ๑๖ คะแนน และสหราชอาณาจักรได้ ๑๐ คะแนน ทำให้ผู้แทนจากประเทศอินเดียได้รับการเลือกตั้งให้เป็น External Auditor วาระ ๒๐๒๐-๒๐๒๓

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข(ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับนานาชาติ

กองการต่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข ติดตามการทำงานของผู้ตรวจสอบรายงานการเงินเพื่อความโปร่งใสผ่านการรายงานในที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ ๗๓ และครั้งต่อไป

Agenda 17.1 Human resources: annual report

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ โตสิงห์ สภาการพยาบาล
๒. รองศาสตราจารย์ ดร. สุปรีดา มั่นคง สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ
๓. แพทย์หญิงอรธยา ลิ้มวัฒนายิ่งยง โครงการพัฒนาศักยภาพนักวิชาการด้านสุขภาพโลก
๔. นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ที่ปรึกษาสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านต่างประเทศ

สาระสำคัญของวาระ

ความนำ

องค์การอนามัยโลกได้นำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับกำลังคนขององค์การอนามัยโลก ในห้วงเวลาระหว่าง วันที่ ๑ มกราคม ถึง ๓๑ ธันวาคม ๒๐๑๘ ในเว็บไซต์ของ องค์การอนามัยโลกเมื่อเดือน มีนาคม ค.ศ. ๒๐๑๙ ข้อมูลที่นำเสนอมีความสมบูรณ์ ครบถ้วนในทุกมิติ ทั้งจำนวนบุคลากร ความหลากหลายของบุคลากร และสะท้อนความพยายามในการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร โดยเฉพาะเรื่องการริเริ่มและสนับสนุนให้มีการพัฒนาบุคลากรเพื่อการทำงานในระดับโลกด้วยการจัดให้มี global internship programme รวมถึงการป้องกันเรื่องการล่วงละเมิดทางเพศระหว่างบุคลากรในองค์การอนามัยโลก

แนวโน้มด้านกำลังคนขององค์การอนามัยโลก

ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ค.ศ. ๒๐๑๘ บุคลากรขององค์การอนามัยโลกมีจำนวนทั้งหมด ๗,๙๕๘ คน ซึ่งลดลงจาก ปี ค.ศ. ๒๐๑๗ เล็กน้อย (๘,๐๒๗ คน) ซึ่งในจำนวนนี้ ร้อยละ ๓๐ ปฏิบัติงาน ณ สำนักงานใหญ่ ร้อยละ ๒๕ ปฏิบัติงานในสำนักงานตามภาคส่วนต่าง ๆ และร้อยละ ๔๕ ปฏิบัติงานในสำนักงานประจำประเทศต่าง ๆ บุคลากรที่มีประสบการณ์และอยู่ในตำแหน่งที่สำคัญในวิชาชีพกระจายอยู่ในภาคส่วนต่าง ๆ

จำนวนของบุคลากร

จำนวนของบุคลากรที่จ้างด้วยสัญญาจ้างที่กำหนดระยะเวลา มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น นโยบายและขั้นตอนในการจ้างผู้เชี่ยวชาญได้ปรับเปลี่ยนไป ตั้งแต่ วันที่ ๑ มิถุนายน ๒๐๑๙ เพื่อให้ได้ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อการทำงานในแต่ละภูมิภาคทั่วโลก

ค่าใช้จ่าย

ในรอบ ๑ ปี ตั้งแต่ ๑ มกราคม ถึง ๓๑ ธันวาคม ๒๐๑๘ ค่าใช้จ่ายสำหรับบุคลากร มีจำนวน ๙๓๑ ล้าน US Dollars ซึ่งคิดเป็นร้อยละ ๓๗ ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดขององค์กร คือ ๒,๕๐๐ ล้าน US Dollars

กระบวนการคัดเลือกบุคลากร

มีการแก้ไขกระบวนการคัดเลือกบุคลากร โดยยึดหลักสำคัญคือ ให้เกิดความสมดุลระหว่างเพศ และการเป็นผู้แทนของทุกภาคส่วนในประชาคมโลก และโอกาสในการทำงานในสำนักงานใหญ่และสำนักงานสาขาภูมิภาค

กระบวนการนี้ทำให้เกิดความสมดุลเรื่องเพศ และการเป็นผู้แทนของทุกภาคส่วนเพิ่มขึ้น ผู้สมัครเพศหญิงได้รับการคัดเลือกมากขึ้น แม้ว่าจะมีจำนวนผู้สมัครน้อยกว่าเพศชาย และได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสำคัญในระดับสูงมากขึ้น กว่าที่ผ่านมา

ในประเด็นของการเป็นผู้แทนของภูมิภาค โดยเฉพาะภูมิภาคที่ไม่เคยได้รับการคัดเลือก ผลลัพธ์แสดงให้เห็นว่า ผู้ที่สมัครในตำแหน่งที่เป็นตำแหน่งที่มีวาระการดำรงตำแหน่งที่ชัดเจน เช่น ตำแหน่งในสำนักงานใหญ่ ร้อยละ ๑๕.๒ มาจากกลุ่มประเทศที่ไม่เคยได้รับโอกาส ร้อยละ ๓๐.๑% มาจากกลุ่มประเทศที่ไม่เคยอยู่ในสายตาของผู้คัดเลือก และ ร้อยละ ๕๔.๗ มาจากกลุ่มประเทศที่ได้รับโอกาสเป็นประจำตลอดมา และยังคงมีความพยายามและกลยุทธ์อย่างต่อเนื่องในการสร้างสมดุล ให้เกิดขึ้นกับทุกประเทศ โดย

ในเดือน เมษายน ค.ศ. ๒๐๑๙ ผู้อำนวยการใหญ่ขององค์การอนามัยโลกได้ริเริ่มให้มีการกำหนดนโยบายและแผน การเคลื่อนย้ายบุคลากร ซึ่งแผนดังกล่าว จะนำไปใช้ในการเคลื่อนย้าย สับเปลี่ยนบุคลากรขององค์การอนามัยโลกในปลายปี ค.ศ. ๒๐๑๙ นี้

การจัดการในเรื่องการปฏิบัติการกิจของบุคลากร

ใน ปี ค.ศ. ๒๐๑๕ องค์การอนามัยโลกได้ริเริ่มให้มีการออกแบบคิดในการจัดการและพัฒนาเรื่องวิธีการปฏิบัติงานของบุคลากรอย่างเป็นระบบ โดยริเริ่มนโยบายในการสร้างแรงจูงใจให้บุคลากร และให้ผลตอบแทนตามการปฏิบัติงาน ร่วมกับนโยบายในการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร มีการพัฒนาโปรแกรมและเครื่องมือต่าง ๆ เพื่อตอบโจทย์ด้านนี้ มาอย่างต่อเนื่อง ใน ปี ค.ศ. ๒๐๑๘ ได้ริเริ่มให้มีการประเมินผลงานตามการปฏิบัติงาน โดยจัดตั้งให้มีหน่วยงานที่รับผิดชอบภารกิจด้านนี้ ซึ่งนับได้ว่าเป็นการสร้างการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ หรือถือได้ว่าเป็นการปฏิรูปในเรื่องการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากร

ในปี ค.ศ. ๒๐๑๙ มีการประเมินความสำเร็จของการเปลี่ยนแปลงและพบว่า วิธีการที่ได้ปฏิบัติมาประมาณ ๕ ปี นั้นบรรลุผลสำเร็จ ผลการประเมินการปฏิบัติงานพบว่าบุคลากรเกิดการพัฒนาการปฏิบัติงานได้สอดคล้องกับ เป้าหมายและกลยุทธ์ขององค์กร หัวหน้างานมีความตระหนักในการประเมินผลงานของบุคลากรในสังกัดมากขึ้น โดยทำทุกรอบ ๖ เดือน มีการใช้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อพัฒนางาน และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ได้มีการมอบเกียรติบัตรแก่ บุคลากร ที่ปฏิบัติงานครบ ๑๐, ๑๕, ๒๐, ๒๕, ๓๐ และ ๓๕ ปี

ในภูมิภาคอาฟริกา ได้มีการพัฒนา หลักสูตรระยะสั้น เพื่อพัฒนาภาวะผู้นำในบุคลากรสุขภาพ ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดการ เปลี่ยนโฉมและพัฒนาด้านสุขภาพของประชาชน โดยหลักการของหลักสูตรเน้นที่การถอดบทเรียน การทำงาน เป็นทีม การสร้างพลัง การเรียนรู้จากประสบการณ์ การอบรมกลุ่มแรกสำเร็จลงด้วยดี และกำลังมีความพยายาม ในการนำไปเผยแพร่และขยายการอบรมในวงกว้างต่อไป ใน ทวีปอาฟริกา ซึ่งเป้าหมายหลักของการฝึกอบรม คือ การเกิดผลลัพธ์ที่ดีและสามารถวัดได้ต่อสุขภาพของประชาชน ทั้งนี้เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย SDGs ตามตัวชี้วัดและ เวลาที่กำหนด

การสำรวจเรื่อง การรับรู้การถูกคุกคามทางเพศใน องค์กรสหประชาชาติ

การสำรวจเริ่มขึ้นเมื่อเดือน พฤศจิกายน ๒๐๑๘ องค์กรในสหประชาชาติที่เข้าร่วมในการสำรวจ ได้แก่ WHO, PAHO และ UNAIDS โดยมีกรอบในการสำรวจตามประเด็นดังนี้

- อุบัติการณ์ของการรับรู้ถึงการคุกคามทางเพศที่เกิดขึ้น และการรับรู้ถึงการจัดการเรื่องการถูกคุกคามทางเพศที่ได้รับการแก้ไขในสหประชาชาติ
- ตัวชี้วัดความเสี่ยง ได้แก่ ความเสี่ยงทางด้านบุคคลและความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม
- อัตราการรายงาน ความท้าทาย และประสบการณ์
- ระดับความตระหนักของบุคลากร และบุคคลอื่น ๆ ต่อการรายงาน และกลไกการช่วยเหลือ
- วิธีการที่องค์กรช่วยในการพัฒนาความเข้มแข็งในการป้องกัน การปกป้อง และการโต้ตอบหรือจัดการเมื่อเกิด เหตุการณ์ รวมถึงประสิทธิผลในการจัดการและวิธีการจัดการที่สอดคล้องกับความต้องการ

การสำรวจ พบว่า มีผู้ตอบแบบสำรวจ ๒,๐๒๒ คน ในจำนวน บุคลากร ๑๓,๐๗๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๕ พบว่า อัตราการเกิด ใน WHO คือ ร้อยละ ๓๕.๕ ซึ่งน้อยกว่า อัตราการเกิด ใน UN คือ ร้อยละ ๓๘.๗

ลักษณะของการคุกคามทางเพศที่พบ ได้แก่ การเล่าเรื่องลามกที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ ผู้หญิงถูกคุกคามทางเพศ มากกว่าเพศชาย กลุ่มข้ามเพศเป็นกลุ่มที่ถูกล้อเลียนและคุกคามมากที่สุด บุคลากรที่มีการจ้างงานในระดับไม่สูงมี โอกาสเสี่ยงมากกว่า กลุ่มอายุที่ถูกคุกคามมากที่สุดคือ ช่วงอายุระหว่าง ๒๕-๓๔ ปี และมีอายุงานในการทำงาน ๑-๓ ปี สถานที่ที่ถูกคุกคามทางเพศ คือ ภายในห้องสำนักงาน ผู้ที่ทำการคุกคามทางเพศ มีลักษณะ คือ เป็นชาย (๖๕.๒%) เป็นเพื่อนร่วมงาน (๕๑%) มีอายุระหว่าง ๔๕-๕๔ ปี (๓๕.๒%) การตอบโต้เมื่อถูกคุกคามทางเพศ คือ อยู่เฉยๆ ปล่อยผ่าน เพราะคิดว่าเป็นเรื่องเล็กน้อย และคิดว่าหากรายงานแล้ว ก็ไม่น่าจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ๗๑.๑% ระบุว่าผู้บริหารไม่สามารถรับเรื่องนี้ได้ ในขณะที่ ๖๖.๔% เชื่อว่าได้มีการจัดการในเรื่องนี้ในองค์กร อย่างไรก็ดีมีเพียง ๕๗.๔% เท่านั้นที่เชื่อว่า การสอบสวนจะทำได้ถึงขั้นและลุ่มลึก

ประมาณ ร้อยละ ๘๐ ระบุว่า WHO ได้มีนโยบายและเจตนารมณ์ในการจัดการเรื่อง การคุกคามทางเพศในองค์กร อย่างจริงจังเพราะเป็นเรื่องที่ไม่ควรเกิดในสังคม โดยเฉพาะใน WHO ที่เป็นต้นแบบด้านสุขภาพ รายงานดังกล่าว ได้ถูกนำเสนอต่อ ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก ส่งผลให้มีการประกาศนโยบายและแผนปฏิบัติการเพื่อ ป้องกัน แก้ไข รับมือ เยียวยา เรื่องการคุกคามทางเพศอย่างเข้มงวด และถือว่าเป็นความรับผิดชอบของบุคลากร ทุกคน และทุกระดับ

GLOBAL INTERNSHIP PROGRAMME

ตามข้อตกลงในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ ๗๑ ได้มีการอนุมัติ การพัฒนาบุคลากรสายสุขภาพทั่วโลกให้เข้าร่วมใน GLOBAL INTERNSHIP PROGRAMME ในช่วง ปี ค.ศ. ๒๐๑๘ มีผู้สมัครทั่วโลกจำนวน ๗,๒๘๙ คน ได้รับคัดเลือกจำนวน ๖๗๘ คน เป็นหญิง ๗๒% และมีเพียง ๒๕.๗% ที่มาจากประเทศกำลังพัฒนา ในขณะที่แนวโน้ม ปี ๒๐๑๙ พบว่า มีผู้ได้รับคัดเลือกที่มาจากประเทศ รายได้ต่ำและปานกลางมากขึ้น เป้าหมายของ global internship programme คือการพัฒนาผู้นำรุ่นใหม่ เพื่อให้เกิดเครือข่ายและเป็นการเปิดโอกาสให้คนรุ่นใหม่ได้พัฒนาศักยภาพ โดยยึดหลักการเลือกคนให้มีความสมดุลเรื่องเพศ และกระจายโอกาสให้ทั่วทุกภูมิภาค โครงการนี้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และมีการหาแหล่งสนับสนุนเพื่อเพิ่มปริมาณ และเงินทุนสนับสนุน การอนุมัติ ค่าตอบแทนรายเดือน ค่าที่พัก ค่าเดินทาง ทั้งนี้ เพื่อให้คนรุ่นใหม่จากประเทศรายได้ต่ำได้มีโอกาส และเข้าสู่โครงการได้อย่างไม่มีอุปสรรค นอกจากนี้ ยังมีการขยายจำนวนทุน เพื่อให้ครอบคลุมจำนวนคนที่เป็น trainees รายปีให้มากขึ้น ในการนี้ WHO ได้รับการสนับสนุนจาก Wellcome Trust ในจำนวนเงิน ๒ ล้าน US\$ ซึ่งยังต้องการเพิ่มอีก ๒ ล้าน US\$

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ทุกประเทศแสดงความชื่นชมที่ WHO ได้ให้ความสำคัญเรื่องการกระจายการคัดเลือก staff ของ WHO ที่กระจายและครอบคลุมทุกภูมิภาคในโลก ซึ่งแสดงถึงการให้โอกาสทุกประเทศสมาชิกในการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานของ WHO แต่ประเทศในอาฟริกาบางกลุ่มและประเทศที่เป็นหมู่เกาะยังมีความเห็นว่า ประเทศเล็ก ๆ ยังคงได้รับโอกาสด้านนี้ไม่เท่าเทียมเช่นกับประเทศขนาดใหญ่

ข้อสังเกตหนึ่งคือ ทุกประเทศได้เน้นเรื่องการสนับสนุนให้ผู้บริหารทุกระดับของ WHO ทั้งที่สำนักงานใหญ่และทุกภูมิภาค รวมถึงสำนักงานของประเทศมีความตระหนักและหามาตรการณในการป้องกันอย่างเป็นรูปธรรมและจัดการอย่างมีประสิทธิภาพเมื่อเกิดเหตุการณ์คุกคามทางเพศในทุกรูปแบบ เพื่อสร้างความมั่นใจและสิ่งแวดล้อมที่ดีในการปฏิบัติงาน

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยเห็นความพยายามของ WHO เรื่องของการพัฒนาทรัพยากรบุคคล โดยเฉพาะในการจัด internship program โดยเฉพาะประเด็นในการคัดเลือกบุคคลมาเข้าฝึกอบรมที่มีระบบที่ชัดเจนในการกระจายอย่างทั่วถึง อย่างไรก็ตาม WHO ควรหามาตรการณในการทำให้โครงการดังกล่าวนี้ มีความยั่งยืนด้วยการหาเงินทุนสนับสนุนจากแหล่งที่มีความมั่นคงให้มากขึ้น จากการสำรวจของ UN เรื่อง การรับรู้การคุกคามทางเพศ พบว่ามีอัตราการซึ่งเป็นประเด็นที่ประเทศไทยต้องการให้ WHO หามาตรการณที่ชัดเจนในการป้องกันและจัดการโดยทันทีเมื่อพบกรณี

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

เลขาและผู้รับผิดชอบนำเรื่อง internship program ไปปรับปรุงในเรื่องการให้เงินและกองทุน สนับสนุน และจัดการในเรื่อง การคุกคามทางเพศในสำนักงานของ WHO ในทุกระดับ

Intervention on agenda 17.1 Human resources: annual report

Delivered by Assoc Prof Dr Orapan Thosingha (24/ May/2019)

Thank you, Chair.

Human resource is the most important asset of the organization. Thailand appreciates the improvement of internship program in terms of merit based selection system and small financial support, which increases the opportunities for applicants from low and middle-income countries. Efforts should be given to sustainable financing mechanism of the internship program.

We note from survey results indicating high prevalence of sexual harassment in particular among WHO country offices

We request WHO continues to foster policy on zero-tolerance against any forms of harassment, focus more on primary preventive measures and promptly response when the case is detected.

Thank you, Chair.

Agenda Item 17.2 Report of the International Civil Service Commission**ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน**

๑. รองศาสตราจารย์ ดร. สุปรีดา มั่นคง สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ
๒. รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ โตสิงห์ สภาการพยาบาล
๓. แพทย์หญิงอรอุรยา ลิ้มวัฒนายิ่งยง โครงการพัฒนาศักยภาพนักวิชาการด้านสุขภาพโลก

สาระสำคัญของวาระ

- ภายใต้ระเบียบและข้อบังคับการประชุมที่ระบุใน ICSC/๑/Rev.๑, Article ๑๗ คณะกรรมการข้าราชการพลเรือนนานาชาติต้องส่งรายงานประจำปีให้กับสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติเพื่อส่งต่อข้อมูลไปยังระบบขององค์กรสหประชาชาติผ่านทางหัวหน้าของคณะผู้บริหาร

- ผู้อำนวยการใหญ่ขององค์การอนามัยโลกได้ส่งต่อมาที่สมัชชาสุขภาพตามที่บันทึกรายงานคณะกรรมการประจำปีฉบับที่ ๔๔ ข้อมูลจากบันทึกทางราชการการประชุมสมัชชา สมัยที่ ๗๓ เอกสารเพิ่มเติม เลขที่ ๓๐ (เอกสาร A/๗๓/๓๐ หน้า ๑๑-๑๓ และหน้า ๑๘-๕๔) รายงานได้รับการพิจารณาจากสมัชชาสหประชาชาติในเดือนธันวาคม ๒๐๑๘ สมัชชาสหประชาชาติได้ให้รายงานแยกข้อเสนอแนะของคณะกรรมการในด้านความต้องการที่จะปรับกฎระเบียบของผู้ปฏิบัติงานไปที่คณะกรรมการบริหารขององค์การอนามัยโลก เอกสาร EB๑๔๔/๔๙ Rev.

๑. โดยรายงานได้เน้นย้ำประเด็นโดยคณะกรรมการในปี ๒๐๑๘ รายงานฉบับปัจจุบัน ประกอบด้วย การสรุปโดยเลขธิการของคณะกรรมการในข้อตกลงด้านอื่น ๆ ในปี ๒๐๑๘ ร่างรายงานก่อนหน้านี้ถูกพิจารณาโดยคณะกรรมการโครงการ งบประมาณ และการบริหารของคณะกรรมการบริหารขององค์การอนามัยโลกในการประชุมครั้งที่ ๒๙ (เอกสาร EB๑๔๔/๔๘) รายงานการประชุมการอภิปรายได้ถูกพิจารณาและบันทึกโดยคณะกรรมการบริหารขององค์การอนามัยโลก สมัยที่ ๑๔๔ (เอกสาร EB๑๔๔/๔)

ส่วนที่ ๓ ของรายงานการประชุมคณะกรรมการ

Conditions of service applicable to both categories of staff

Review of pensionable remuneration

มติของคณะกรรมการธิการ คณะกรรมการข้าราชการพลเรือนนานาชาติให้ข้อเสนอแนะกับสมัชชาใหญ่ ว่า ค่าตอบแทนบำนาญสำหรับเจ้าหน้าที่ทุกระดับควรมีอัตราเดียวของอัตราทั่วไปในการประเมินเจ้าหน้าที่ ซึ่งอัตราทั่วไปในการประเมินเจ้าหน้าที่ควรมีการทบทวนและปรับ ตามภาคผนวก II ของรายงานการประชุม อัตรา ค่าตอบแทนบำนาญและการจ่ายเงินสำหรับเจ้าหน้าที่ในระดับผู้เชี่ยวชาญในวิชาชีพ และตำแหน่งที่สูงกว่าควรมี การทบทวนและปรับ ตามภาคผนวก III และค่าตอบแทนบำนาญสำหรับเจ้าหน้าที่ที่ยังไม่ได้จัดระดับควรมานำมา คำนวณกับเกณฑ์ของขั้นที่สูงที่สุดของระดับ D๒ และปัจจัยการทบทวนปรับ ปรับได้ถึงร้อยละ ๘๕

End of service grant

มติของคณะกรรมการธิการ คณะกรรมการข้าราชการพลเรือนนานาชาติให้ข้อเสนอแนะที่จะเริ่มต้นการให้เงิน ช่วยเหลือในกรณียกเลิกการจ้างงาน ซึ่งเป็นรูปแบบการช่วยเหลือทางการเงินกับเจ้าหน้าที่ที่ออกจากองค์กร หลังจากทำงานอย่างต่อเนื่อง ๕ ปีหรือมากกว่าเนื่องจากครบกำหนดระยะเวลาการจ้างที่แน่นอน เงินช่วยเหลือได้ ถูกนำมาใช้ภายใต้ WHO Staff Rule ๓๗๕

Framework for human resources management: update on diversity and gender

มติของคณะกรรมการธิการ คณะกรรมการข้าราชการพลเรือนนานาชาติรับรองข้อกำหนดองค์ประกอบของความ หลากหลายของคนทำงานเข้าในกรอบบริหารงานบุคคล ตามภาคผนวก V ของรายงาน

ส่วนที่ ๔ ของรายงานของคณะกรรมการ

Conditions of service of the professional and higher categories

Base/Floor salary scale

มติของคณะกรรมการธิการ คณะกรรมการข้าราชการพลเรือนนานาชาติแนะนำสมัชชาใหญ่ให้การยอมรับ ซึ่งจะ เริ่มมีผลบังคับใช้ตั้งแต่ ๑ มกราคม ๒๕๖๒ การทบทวนการปรับฐานเงินเดือนและการปรับการจ่ายเงินสำหรับผู้ เชี่ยวชาญในวิชาชีพและตำแหน่งที่สูงกว่า ตามที่แสดงในภาคผนวก VI ของรายงาน การปรับใหม่ร้อยละ ๑.๘๓ ของหน่วยเงินเดือนเดียวกันก่อนหน้านี้ รับรองโดยสมัชชาใหญ่ซึ่งจะถูกนำไปใช้ในการปรับเพิ่มฐานเงินเดือนในขณะที่ มีการลดลงในอัตราที่เท่ากัน ดังนั้นจึงไม่มีการเปลี่ยนแปลงในจำนวนเงินที่ได้รับจริง

Evolution of the United Nations/United States net remuneration margin

มติของคณะกรรมการธิการ คณะกรรมการข้าราชการพลเรือนนานาชาติรายงานความแตกต่างของเงินเดือน ของผู้เชี่ยวชาญในวิชาชีพและตำแหน่งที่สูงกว่าระหว่างเจ้าหน้าที่ประจำการที่ New York และ Washington, DC ประมาณ ๑๑๔.๔ ในปีปฏิทิน ๒๐๑๘ และติดตามอย่างต่อเนื่องของระดับความแตกต่างและความจำเป็นที่จะ ดำเนินการให้ถูกต้องภายใต้การจัดการของระบบการทบทวนควรกระตุ้นระดับของ ๑๑๓ หรือ ๑๑๗ ซึ่งถูกละเว้น ในปี ๒๐๑๙

Children's and secondary dependent's allowances: review of the level

มติของคณะกรรมการธิการ คณะกรรมการข้าราชการพลเรือนนานาชาติให้ข้อเสนอแนะต่อสมัชชาใหญ่ ตั้งแต่ ๑ มกราคม ๒๐๑๙ เงินสงเคราะห์บุตรควรเพิ่มขึ้น ๓,๖๖๖ ดอลลาร์สหรัฐ จาก ๒,๙๒๙ ดอลลาร์สหรัฐ เงินสง เคราะห์บุตรที่ทุพพลภาพควรเพิ่มขึ้น ๗,๓๓๒ ดอลลาร์สหรัฐ จาก ๕,๘๕๘ ดอลลาร์สหรัฐ เงินสงเคราะห์บุตรที่ ต้องดูแล ควรเพิ่มขึ้น ๑,๒๓๘ ดอลลาร์สหรัฐ จาก ๑,๐๒๕ ดอลลาร์สหรัฐ และเงินสงเคราะห์ผู้อยู่ในภาวะพึ่งพิง ควรลดลงตามจำนวนค่าตอบแทนโดยตรงที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานรัฐบาลที่ดูแลผู้อยู่ในภาวะพึ่งพิง

Identification of the highest-paid national civil service (Noblemaire study): phase I

มติของคณะกรรมการสิทธิมนุษยชน คณะกรรมการข้าราชการพลเรือนนานาชาติ ตัดสินใจว่า Noblemaire study ยังไม่ควรดำเนินการไปยังระยะที่ ๒ การเปรียบเทียบผลลัพธ์ในระยะที่ ๑ แสดงให้เห็นว่าการเปรียบเทียบในปัจจุบัน การจ่ายเงินค่าตอบแทนในระดับที่สูงกว่าและความแตกต่างของเปอร์เซ็นต์เมื่อเทียบกับข้าราชการพลเรือนแห่งชาติ พบว่ามันมากเกินไปที่จะชัดเจนเมื่อพิจารณาองค์ประกอบค่าตอบแทนอื่น ดังนั้นการเปรียบเทียบในปัจจุบันควรจะถูกไว้ก่อน

ส่วนที่ ๕ รายงานการประชุมคณะกรรมการ

Conditions of service of staff in the general service and related categories and related categories and other locally recruited staff

Review of salary survey methodologies

มติของคณะกรรมการสิทธิมนุษยชน คณะกรรมการข้าราชการพลเรือนนานาชาติได้รับทราบในประเด็นและตั้งคณะกรรมการประกอบด้วย สมาชิกของคณะกรรมการ ตัวแทนแต่ละองค์กรได้มากถึง ๖ คน และตัวแทนเจ้าหน้าที่สหพันธ์ได้มากถึง ๖ คน โดยความช่วยเหลือของเลขาธิการของคณะกรรมการ งานของคณะกรรมการจะเป็นการวิเคราะห์และค้นหาประเด็นที่ค้นพบในระหว่างการสำรวจเงินเดือนครั้งที่ ๗ และนำเสนอวิธีการแก้ไขเพื่อให้คณะกรรมการพิจารณา ทบทวนวิธีการที่จะได้มาของข้อมูล รวมถึงการซื้อข้อมูลจากแหล่งข้อมูลภายนอก ศึกษาเกี่ยวกับการนำเสนอบริการของข้าราชการพลเรือนแห่งชาติที่พอเพียง ตรวจสอบการนำระเบียบวิธีไปใช้เพื่อให้มั่นใจในการเลือกระเบียบวิธีที่สัมพันธ์กับสถานการณ์ของตลาดแรงงานระดับท้องถิ่นและเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการดูแลอย่างเท่าเทียมกัน นำเสนอการแก้ไขเนื้อหาของทั้งสองระเบียบวิธี และส่งรายนามเสนอไปที่คณะกรรมการ สมัยที่ ๘๘

ส่วนที่ ๖ รายงานการประชุมคณะกรรมการ

Conditions of service in the field: Duty stations with extreme hardship conditions

มติของคณะกรรมการสิทธิมนุษยชน คณะกรรมการข้าราชการพลเรือนนานาชาติตัดสินใจว่าจะรับผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือที่เข้าเกณฑ์เข้ามาปฏิบัติหน้าที่ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มพื้นที่ทุรกันดารกลุ่ม D หรือ E ซึ่งไม่ได้จัดอยู่ในกลุ่มที่ไม่สามารถนำครอบครัวไปพักอาศัยอยู่ด้วยได้ ควรเป็นเจ้าหน้าที่ ซึ่งความต้องการขององค์กรและเจ้าหน้าที่สมพันธ์ที่จะให้ลดจำนวนเงินสงเคราะห์ในกลุ่มที่ไม่สามารถนำครอบครัวไปพักอาศัยอยู่ด้วยได้ ๑๕,๐๐๐ ดอลลาร์สหรัฐต่อปี เพื่อให้กับเจ้าหน้าที่ที่เข้าเกณฑ์เพื่อที่จะช่วยออกค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิตของผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือจำนวนเงินนี้จะให้กับเจ้าหน้าที่ที่ขอเงินสงเคราะห์ที่ปฏิบัติงานอยู่ในสถานปฏิบัติหน้าที่กลุ่ม D หรือ E ที่ไม่สามารถนำครอบครัวไปพักอาศัยอยู่ด้วยได้ เข้าเกณฑ์จากสถานที่ปฏิบัติงาน ซึ่งเงินสงเคราะห์จะไม่ถูกจ่ายให้กับผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือที่เข้าเกณฑ์ซึ่งยังไม่ได้เข้ามาปฏิบัติงาน และเงินสงเคราะห์จะถูกทบทวนหลังจากการใช้ระเบียบวิธีที่มีการทบทวนและปรับปรุงซึ่งจะครบวงรอบในปี ๒๐๑๙

บทบาทและหน้าที่ของประเทศอื่นๆ รับทราบและให้การรับรองมติดังกล่าว และให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับเงินสงเคราะห์ที่ให้กับผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มพื้นที่ทุรกันดารกลุ่ม D หรือ E ซึ่งไม่ได้จัดอยู่ในกลุ่มที่ไม่สามารถนำครอบครัวไปพักอาศัยอยู่ด้วย พิจารณาให้เหมาะสม

บทบาทและหน้าที่ของประเทศไทย ประเทศไทยรับทราบรายงานของคณะกรรมการข้าราชการพลเรือนนานาชาติ และเห็นด้วยกับการรับคนเข้ามาทำงานโดยคำนึงถึงความหลากหลายและความเท่าเทียมกัน และวิธีการในศึกษาทบทวนและการสำรวจเงินเดือนอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องจะเป็นข้อมูลที่มีประโยชน์ในการนำมาพิจารณาเพื่อให้เจ้าหน้าที่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นธรรม

สรุปผลลัพท์ของวาระ

ที่ประชุมรับทราบและให้การรับรองมติตามเอกสาร A๗๒/๔๔.

ขอเสนอแนะ

การทำงานในระดับประเทศ หน่วยงานต้องตระหนักถึงความสำคัญของการบริหารจัดการที่ดี ตั้งแต่การคัดเลือกเจ้าหน้าที่ให้เหมาะสมกับงานและมีความหลากหลาย เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการดูแลอย่างเท่าเทียมกัน มีระบบการหาข้อมูล ทบทวนอย่างเป็นระบบเพื่อให้เจ้าหน้าที่ได้รับค่าตอบแทนที่เหมาะสมกับงาน และจัดสรรคนให้เหมาะสมกับหน้าที่ต่างๆ ตามความเชี่ยวชาญ และให้ความสำคัญในประเด็นการเพิ่มค่าตอบแทนกรณีที่บุคลากรต้องมีการครบครันติดตาม

Intervention on Agenda 17.2 Report of the International Civil Service Commission

Delivered by Assoc Prof Dr. Supreeda Monkong (24 May 2019)

Thank you, Chair,

Thailand notes the report with numerous key decisions by the Commission in its forty-fourth annual report.

We strongly support the actions to ensure equity in all dimensions, especially diversity and gender equity.

On the review of salary survey methodologies for general service and other locally recruited staff, Thailand appreciates that there are inputs from stakeholders in the salary surveys. This is useful for the working group.

Thank you Chair

Agenda 17.3 : Amendment to the Staff Regulations and Staff Rules

ผู้รายงาน

๑. นายวัฒนา มะสังหลง กรมควบคุมโรค

๒. นางสาวจินตนา จันทร์โคตรแก้ว สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

สาระสำคัญของวาระ

- ในที่ประชุม สมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติ สมัยที่ ๗๓ นั้น The International Civil Service Commission ได้แนะนำให้มีการเพิ่มอัตราเงินเดือนของเจ้าหน้าที่ระดับสูงขององค์การอนามัยโลก ประกอบด้วย ๑. Assistant Directors-General ๒. Regional Directors ๓. Deputy Directors-General และ ๔. Director-General โดยให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๒ เป็นต้นไป ทั้งนี้ General Assembly ได้มีมติเห็นชอบต่อข้อเสนอแนะดังกล่าว
- Director-General ขององค์การอนามัยโลกได้ทำการปรับแก้ไขกฎและระเบียบของเจ้าหน้าที่ในเรื่องของอัตราเงินเดือนตามคำแนะนำของ The International Civil Service Commission และมติที่ประชุม สมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติ สมัยที่ ๗๓

- health Assembly ในที่ประชุม WHA สมัยที่ ๗๒ ได้รับการร้องขอให้รับรองร่างมติตามคำแนะนำของเอกสาร EB๑๔๔.R๘ เกี่ยวกับการเพิ่มอัตราเงินเดือนของเจ้าหน้าที่ระดับสูงองค์การอนามัยโลก

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ไม่มีประเทศสมาชิกแสดงความเห็นในวาระนี้

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยไม่ได้แสดงความเห็นในวาระนี้

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมไม่มีข้อคัดค้านต่อร่างมติดังกล่าว

Agenda 17.4 Appointment of representatives to the WHO Staff Pension Committee

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นางสาวมิลินทร์ สาครสินธุ์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
๒. นายวัฒนา มะสังหลง กรมควบคุมโรค

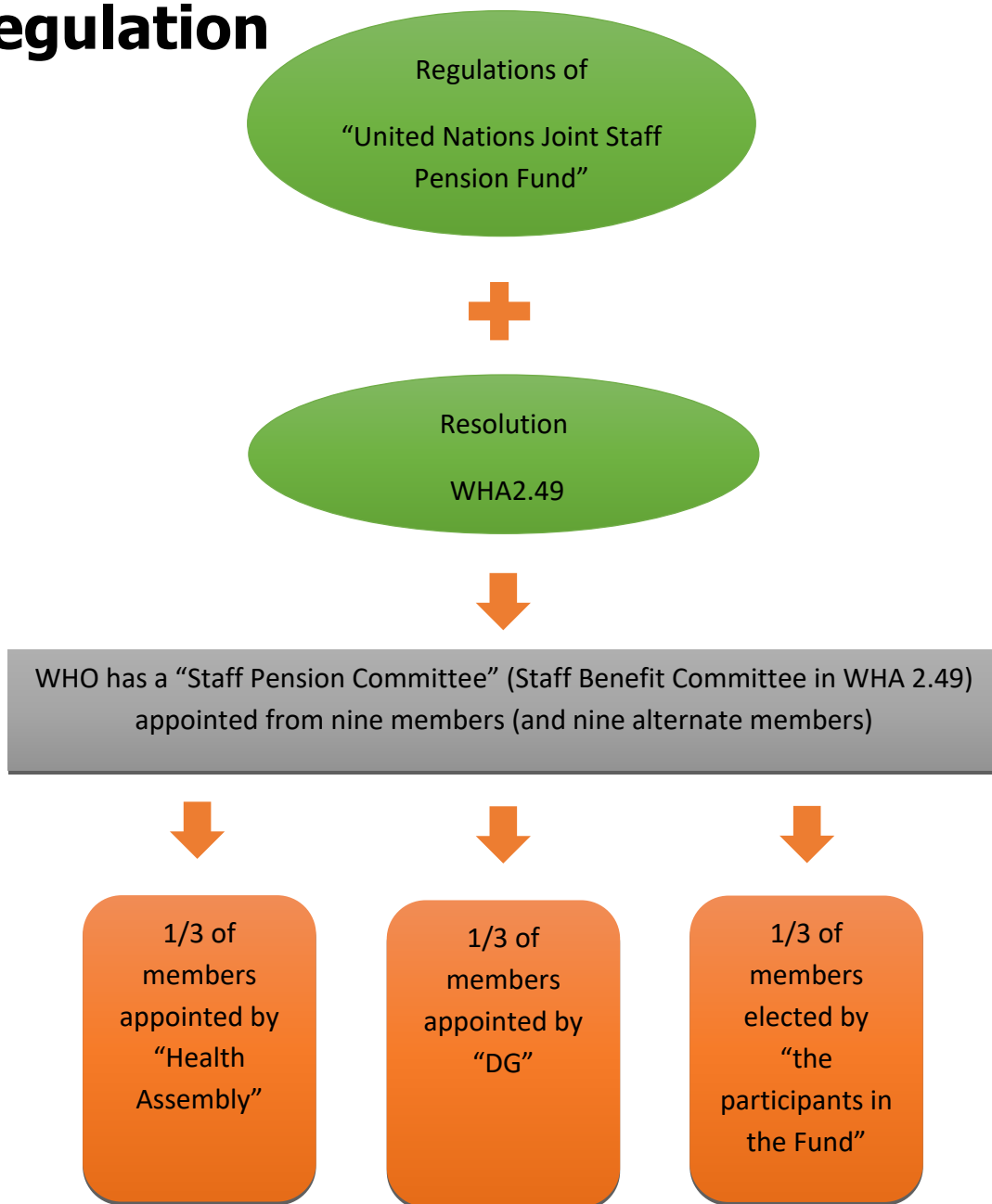
สาระสำคัญของวาระ

เพื่อให้เป็นไปตามมติการประชุมสมัชชาอนามัยโลกที่ ๒.๔๙ ได้มีการบัญญัติข้อบังคับของกองทุนผู้เกษียณอายุราชการขององค์การสหประชาชาติ เรื่องการแต่งตั้งผู้แทนคณะกรรมการพิจารณาบำเหน็จของผู้เกษียณอายุ ขององค์การอนามัยโลก โดยองค์ประกอบของคณะกรรมการดังกล่าว ประกอบด้วย สมาชิกจำนวน ๙ คนและผู้แทนสำรองจำนวน ๙ คนเช่นเดียวกัน

ซึ่งแต่งตั้งโดย

๑. ได้รับความเห็นชอบจากมติการประชุมสมัชชาอนามัยโลก ๓ คน
 ๒. ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลกจำนวน ๓ คน
 ๓. จากสมาชิกของกองทุนจำนวน ๓ คน โดยการเลือกตั้ง มีวาระในการปฏิบัติงาน ๓ ปี โดยเมื่อครบวาระแล้ว จะมีการแต่งตั้งกรรมการส่วนที่ได้รับการรับรองจากมติสมัชชาขององค์การอนามัยโลกใหม่ ทั้งนี้โดยหลักการแล้ว กรรมการที่ได้รับการแต่งตั้งนี้จะต้องเป็นผู้แทนของสมาชิกจากทั้ง ๖ ภูมิภาค
- สำหรับในการประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลกสมัยที่ ๗๒ นี้มีสมาชิกจำนวน ๑ คน ที่จะหมดวาระการปฏิบัติหน้าที่และอีก ๑ คนที่ไม่สามารถสืบทอดตำแหน่งต่อได้ จึงมีการเสนอชื่อสมาชิกจำนวน ๒ คนเพื่อขอการรับรองมติจากสมัชชาขององค์การอนามัยโลกครั้งที่ ๗๒

Regulation



3-year term
+
A principle of having six WHO regions representatives

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

มีเพียงประเทศไทยที่แสดงท่าทีต่อข้อเสนอ

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยรับรองข้อเสนอ

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

มีมติรับ Dr Gerardo Lubin Burgos Bernal จากโคลัมเบียเป็น member of the WHO Staff Pension Committee และ Dr Arthur Williams จากเซียร์ราลีโอน เป็น alternate member of the WHO Staff Pension Committee วาระ 3 ปี จนถึงการองค์การอนามัยโลกครั้งที่ 75 ในเดือนพฤษภาคม 2566

Intervention on Agenda 17.4 Appointment of representatives to the WHO Staff Pension Committee

Delivered by Mr Wattana Masunglong (24/MAY/2019)

Thank you, Chair

Thailand congratulates the new appointed members of the pension committee.

We appreciate the principles of the appointment through the health assembly that balance the geographical distribution of the WHO 6 regions.

Thank you.

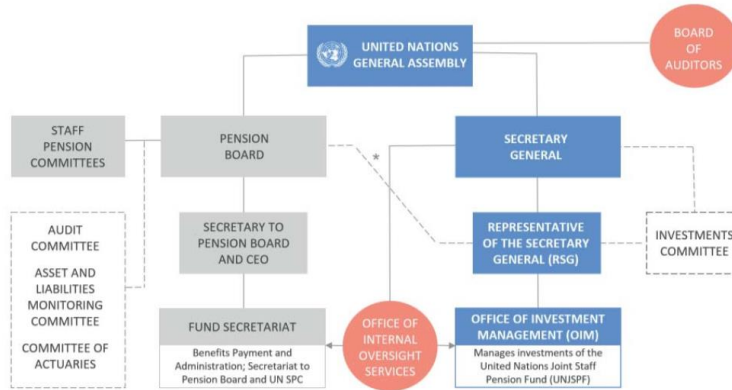
Agenda 17.5 Report of the United Nations Joint Staff Pension Board

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นางสาวอรณา จันทศิริ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๒. ทันตแพทย์หญิงวรมน อัครสุต กรมอนามัย

สาระสำคัญของวาระ

กองทุนบำนาญเจ้าหน้าที่องค์การสหประชาชาติ (United Nations Joint Staff Pension Fund: UNJSF) จัดตั้งโดยองค์การสหประชาชาติตั้งแต่ปีพ.ศ. ๒๔๙๑ เพื่อบริหารจัดการเงินบำนาญหลังเกษียณ เงินชดเชยจากการเสียชีวิต พิการ และสิทธิประโยชน์อื่นๆที่เกี่ยวข้องของสมาชิกภายใต้องค์การสหประชาชาติ จากรายงานประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๐ มีองค์กรที่เป็นสมาชิก ๒๒ องค์กร มีสมาชิกกองทุน ๑๒๖,๗๓๖ คน และมีผู้ได้รับสิทธิประโยชน์ ๗๘,๒๔๗ ราย องค์กรอนามัยโลกถือเป็นองค์กรที่เข้าร่วมเป็นสมาชิกรายแรกตั้งแต่ปีพ.ศ. ๒๔๙๒ และมีสมาชิกเข้าร่วมมากที่สุดถึง ๑๐,๗๓๒ คน กองทุนมีมูลค่า ๖๔.๑ พันล้านเหรียญสหรัฐอเมริกา แบ่งโครงสร้างการบริหารเป็น ๒ ส่วนหลัก คือ ฝ่ายบริหารจัดการสิทธิประโยชน์ต่อสมาชิก และฝ่ายบริหารเรื่องการลงทุน โดยมี Office of Internal Oversight Services เป็นหน่วยงานรับผิดชอบต่อการรายงานผลขึ้นตรงต่อเลขาธิการสหประชาชาติ องค์ประกอบของกรรมการบริหารกองทุนมาจากผู้แทนองค์กร รูปที่ ๑ แสดงแผนผังการบริหารจัดการ



รูปที่ ๑ แผนผังการบริหารจัดการ UNJSPF

วาระครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประเทศสมาชิกแสดงความเห็นต่อรายงานสรุปประเด็นสำคัญจากการประชุมคณะกรรมการบริหาร UNJSPF ครั้งที่ ๖๕ ระหว่างวันที่ ๒๖ กรกฎาคม ถึง ๓ สิงหาคม ๒๕๖๒ มีสาระสำคัญโดยสรุปดังต่อไปนี้

- จากการรายงานสิ้นปีพ.ศ.๒๕๖๐ พบว่าผลประกอบการจากการบริหารจัดการกองทุนขาดทุนเล็กน้อย ร้อยละ ๐.๑๒ มีหลักของการลงทุนเน้นที่มีความเสี่ยงต่ำ มีกำไร มีสภาพคล่อง สามารถแปลงค่าการลงทุนได้
- คณะกรรมการฯ ได้จัดตั้ง Succession Planning Committee เพื่อให้ข้อเสนอแนะแก่การคัดเลือกเจ้าหน้าที่บริหารระดับสูง เช่น ผู้จัดการ และรองผู้จัดการ
- คณะกรรมการฯ รับทราบต่อรายงานของ International Civil Service Commission ที่ขอเปลี่ยนแปลงสิทธิประโยชน์ของเจ้าหน้าที่ทางวิชาการและบริหารจัดการ และผลกระทบต่อสถานะการเงินของกองทุน
- เลขาธิการสหประชาชาติเห็นชอบต่อการรับ Preparatory Commission for Comprehensive Nuclear-Test-Ban Treaty Organization เข้าร่วมเป็นองค์กรสมาชิกตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๒

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

มีเพียงประเทศสหรัฐอเมริกาที่แสดงท่าทีต่อวาระนี้ ว่าเป็นกองทุนที่มีความสำคัญต่อเจ้าหน้าที่มากกว่า ๑๐๐,๐๐๐ ราย จึงขอให้ Office of Internal Oversight Services ดำเนินงานตามข้อเสนอแนะของกรรมการตรวจสอบและคณะกรรมการอื่นๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการบริหารกองทุน

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

จากการที่ผู้แทนประเทศไทยเคยร่วมเป็นคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ สะท้อนว่าการทำงานของคณะกรรมการฯ มีประสิทธิภาพ และตอบสนองต่อสมาชิกได้เป็นอย่างดี ประเทศไทยจึงแสดงความชื่นชมต่อความสามารถการบริหารกองทุนอย่างโปร่งใสและมีประสิทธิภาพ

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับรองรายงานโดยไม่มีข้อแก้ไข

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

กระทรวงการคลัง อาจศึกษาารูปแบบการบริหารบำนาญขององค์การสหประชาชาติ เพื่อป้องกันการขาดทุนของกองทุน ซึ่งในประเทศมีสัดส่วนของผู้ต้องได้รับบำนาญจำนวนมาก อาจส่งผลกระทบต่อผลการบริหารกองทุนในระยะยาว

การทำงานในระดับนานาชาติ

กองการต่างประเทศ ติดตามความก้าวหน้าของวาระในโอกาสต่อไป

Intervention on agenda 17.5 Report of the United Nations Joint Staff Pension Board

Delivered by Orana Chandrasiri (24/May/2019)

Thank you, Chair

Thailand welcomes the United Nations Joint Staff Pension Report. We appreciate the good work of the Pension Board for managing the fund with transparency and accountability to provide the necessary supports for the participants, retirees and beneficiaries of the Fund. Do continue the good work.

Thank you.

Agenda 18.1 WHO reform processes, including the transformation agenda, and implementation of United Nations development system reform

ผู้รับผิดชอบ

๑. นายบรรลุ ศุภอักษร กองการต่างประเทศ
๒. นางสาวมยุรี วิโนทัย กองการต่างประเทศ

สาระสำคัญของวาระ

เอกสาร A72/48 (Transformation Agenda)

เพื่อให้องค์การอนามัยโลกปรับการทำงานให้เข้ากับบริบทในการดำเนินงานตาม SDGs และการปฏิรูปหน่วยงานสหประชาชาติ ดังนั้น องค์การอนามัยโลกจึงได้มีแนวคิดในการปรับการทำงานที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการสร้างบทบาทที่ชัดเจนต่อการดำเนินงานตาม SDGs การประสานการทำงานของหน่วยงานระดับต่างๆ การมุ่งเน้นผลลัพธ์ในระดับประเทศ การสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่เอื้อต่อการประสานความร่วมมือภายในและระหว่างองค์กร และการหาแนวทางในการสื่อสารและจัดสรรทรัพยากรเพื่อการทำงานร่วมกับภาคส่วนต่างๆ อย่างเหมาะสมและยั่งยืน

ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลกจึงเปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ ได้แสดงความคิดเห็นและเสนอแนวทางในการเปลี่ยนแปลงการทำงานขององค์กร นำไปสู่การจัดทำยุทธศาสตร์การทำงานขององค์กร การปรับแนวทางการทำงานขององค์กร การวิเคราะห์การทำงาน และการประเมินวัฒนธรรมองค์กรในเรื่องศักยภาพของเจ้าหน้าที่และบรรยากาศที่จะเอื้อต่อการทำงาน นอกจากนี้ ยังมีการจัดตั้งคณะทำงานเพื่อพิจารณาข้อเสนอจากผู้แทนองค์การอนามัยโลกประจำประเทศต่างๆ และเลือกประเด็นการทำงานระยะสั้น (ดำเนินการได้สำเร็จภายใน ๖ เดือน)

ทั้งหมด ๑๓ ประเด็นและประเด็นการทำงานในระยะกลางและยาวอีก ๑๔ ประเด็น ทั้งนี้ ในเดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๑ มีประเด็นระยะสั้นที่ดำเนินการสำเร็จแล้ว ๑๒ ประเด็น และประเด็นระยะกลางอีก ๕ ประเด็น มีการกำหนดขั้นแรกของการ Transformation โดยกำหนดให้มี GPW13 โดยแบ่งเป็น ๓ ยุทธศาสตร์หลักๆ รวมทั้งจะต้องสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนและปรับปรุงการทำงานในระดับประเทศ รวมทั้งได้กำหนดการดำเนินงานที่สำคัญทั้งสามด้าน ได้แก่ Technical processes, External processes and business and administrative processes

เมื่อเดือนมีนาคม ๒๕๖๒ ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลกและผู้อำนวยการภูมิภาคได้ร่วมกันประกาศรูปแบบการทำงานใหม่ขององค์การอนามัยโลกที่สอดคล้องกันทั้งสามระดับ เพื่อให้สอดคล้องกับการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนและไปในทางเดียวกันกับการปฏิรูปหน่วยงานสหประชาชาติ เพื่อให้การดำเนินงานของสำนักงานใหญ่ สำนักงานภูมิภาค และสำนักงานประเทศ ไม่ทับซ้อนกัน โดยสำนักงานประเทศจะดำเนินงานร่วมกับรัฐบาลของแต่ละประเทศ รวมทั้งร่วมกับ United Nations Country Team ส่วนสำนักงานระดับภูมิภาคจะดำเนินความร่วมมือด้านวิชาการเป็นหลักเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของประเทศในภูมิภาค และสำนักงานใหญ่จะมุ่งเน้นในด้านสุขภาพโลกเป็นหลัก รวมทั้งสนับสนุนประเทศสมาชิกตามที่มีการร้องขอ เช่น ด้านการวิจัย ระเบียบ มาตรฐาน ต่างๆ รวมทั้งการสนับสนุนผู้เชี่ยวชาญพิเศษ การเปลี่ยนแปลงหลักๆ จะเป็นการจัดตั้งการทำงานระหว่าง ๗ สำนักงานหลักๆ และทั้งสามระดับขององค์การอนามัยโลก โดยที่โครงสร้างจะประกอบไปด้วย ๔ ด้าน ได้แก่ ด้าน programme ด้าน emergencies ซึ่งจะได้รับผิดชอบงานด้านวิชาการเป็นหลักที่สอดคล้องกับ 3 billion targets ด้าน External Relations และด้าน business function

ด้าน programme จะนำโดย DDG และรับผิดชอบ one billion target UHC และ Healthier populations ประกอบด้วย ๔ กอง ได้แก่ (1) Universal Health Coverage and Life Course; (2) Communicable and Noncommunicable Diseases; (3) Healthier Populations; and (4) Antimicrobial Resistance

ด้าน emergencies นำโดย Executive Director และรับผิดชอบ one billion target that relates to keeping the world safe. ประกอบด้วย ๒ กอง คือ emergency preparedness, including implementation of the International Health Regulations (2005), และ emergency response

นอกจากนี้ยังได้มีการตั้ง WHO Academy ณ เมืองลียง ฝรั่งเศส และที่สำนักงานภูมิภาค เพื่อเป็นการเพิ่มการพัฒนาความชำนาญให้แก่เจ้าหน้าที่ขององค์การอนามัยโลก

ทั้งนี้ ในภาพรวมทั้งหมดของ WHO new model จะสามารถเริ่มดำเนินการในปี ๒๐๒๐ - ๒๐๒๑ ในรูปแบบการดำเนินงานแบบใหม่ โดยคาดหวังว่าจะสามารถดำเนินการได้ในระยะยาวตาม GPW SDG และ UN reform

เอกสาร A72/49 (UN Reform)

เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนและการปฏิรูปสำนักงานสหประชาชาติเป็นตัวขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหน่วยงานสหประชาชาติ แผนงาน และงบประมาณ รวมทั้งองค์การอนามัยโลก โดยที่หน่วยงานสหประชาชาติได้ให้คำมั่นในการร่วมกันปฏิรูป ภายใต้ One UN เพื่อปรับปรุงการดำเนินงานในระดับประเทศ

องค์การอนามัยโลกได้แสดงให้เห็นถึงการจัดทำแผนปฏิบัติการระดับโลกเพื่อเร่งการดำเนินการตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยที่แผนปฏิบัติการดังกล่าว จะเป็นการดำเนินการนำร่องของการปฏิรูป เพื่อที่จะสามารถแยกบทบาทของหน่วยงานสหประชาชาติให้มีประสิทธิภาพขององค์การอนามัยโลกและภายใต้การบทบาทที่ชัดเจนของ UN country team

ในระดับประเทศ หน่วยงานสหประชาชาติจะมีการตั้ง UN Resident Coordinator ที่จะสามารถช่วยให้องค์การอนามัยโลกสามารถดำเนินกิจกรรมกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการบูรณาการด้านนโยบายและการดำเนินกิจกรรมที่จำเป็นเพื่อให้เกิดผลกับทางด้านสุขภาพ และสามารถสนับสนุนองค์การอนามัยโลกในการดำเนินการในภาวะฉุกเฉิน เช่น การโต้ตอบต่อการระบาดของอีโบล่าในคองโก

WHO Transformation agenda เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิรูปหน่วยงานสหประชาชาติ โดยจะหารือเกี่ยวกับ New Operating Model โดยเฉพาะในระดับประเทศ

UN reform ประกอบด้วย ๗ ด้าน ได้แก่ maximizing the impact of the UN development system; creating a new generation of country teams; reinvigorating the UN Resident Coordinator system; reconfiguring the regional approach; making leadership more accountable and improving governance; taking a system-wide approach to partnerships; และ introducing a new funding compact โดยได้มีการตั้ง ๑๒๙ Resident Coordinators เป็นหัวหน้า UN Country Team ใน ๑๖๕ ประเทศ โดยได้รับการมอบอำนาจจากเลขาธิการสหประชาชาติ

งบประมาณของ Resident Coordinator จัดตั้งผ่าน New Special Purpose trust fund รวมทั้งได้รับจาก increased cost-sharing agreement by members of the UN Sustainable Development Group and the 1% coordination levy; and voluntary contributions นอกจากนี้ อยู่ระหว่างการจัดทำแนวทาง UN Development Assistance Framework ซึ่งจะเป็นกุญแจสำคัญของความร่วมมือระหว่าง Resident Coordinator ภายใน UN Country Team

องค์การอนามัยโลกได้เพิ่มการสนับสนุนงบประมาณ ๖.๙๘ ล้านเหรียญสหรัฐ เพื่อเป็นการสร้างความเข้มแข็งกับระบบสหประชาชาติเชื่อมต่อการดำเนินงานขององค์การอนามัยโลกตาม triple billion goal โดยที่ในปี ๒๐๒๐ - ๒๐๒๑ จะมียกงบประมาณ ๑๔ ล้านเหรียญสหรัฐ

The global action plan and UN reform มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สามารถเร่งการดำเนินการเพื่อบรรลุเป้าหมายแห่งการพัฒนา โดยการสนับสนุนให้เกิดความสอดคล้อง มีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิผลต่อประเทศต่างๆ

Resident Coordinators จะมีอำนาจที่อิสระ และมีตำแหน่งสูงสุดใน UN Country team โดยมีอำนาจในการตัดสินใจระดับสุดท้าย ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกจะต้องทบทวนบทบาทหน้าที่ของผู้แทนองค์การอนามัยโลกประจำประเทศต่างๆ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานกับ UN Country Team รวมทั้งการสร้างความศรัทธาให้กับเจ้าหน้าที่ขององค์การอนามัยโลกให้สามารถดำรงตำแหน่ง Resident Coordinator ได้

UN Development Assistance Framework คือเครื่องมือที่สำคัญต่อการดำเนินกิจกรรมในระดับประเทศของการพัฒนาระบบสหประชาชาติ เพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยหารือกับรัฐบาลประเทศนั้นๆ ด้วย

เอกสาร A72/50

จากที่ประชุม EB144 ได้รับรองข้อตัดสินใจ EB144 (4) เกี่ยวกับการปรับคำที่มีภาษาบังเทศ โดยเริ่มจากภาษาอังกฤษเท่านั้นและมีผลทันทีเมื่อผู้อำนวยการใหญ่ขององค์การอนามัยโลกปรับระเบียบ Rule of Procedure of the Executive Board จากนั้นจึงปรับภาษาอื่นอีก ๕ ภาษาเพื่อให้เป็นไปตามหลักการของสหประชาชาติต่อไป และข้อตัดสินใจดังกล่าวได้เสนอให้มีการปรับ Rule of Procedure of the World Health Assembly เกี่ยวกับการปรับคำที่มีภาษาบังเทศ โดยเริ่มจากภาษาอังกฤษเท่านั้น จากนั้นจึงปรับภาษาอื่นอีก ๕ ภาษาเพื่อให้เป็นไปตามหลักการของสหประชาชาติต่อไป โดยฉีกผลทันทีหลังจากได้รับการรับรองจากที่ประชุม WHA72

เอกสาร A72/51

จากที่ประชุม EB144 ได้หารือเกี่ยวกับผลการประชุมอย่างไม่เป็นทางการในเรื่อง Governance reform โดยได้มีข้อตัดสินใจที่ EB144 (3) เสนอให้ที่ประชุม WHA72 ให้การรับรองการปรับ Rules of procedure ของ WHA ซึ่งรวมถึงประเด็น

- ๑) การเตรียมการเสนอวาระเข้าที่ประชุม WHA โดยผ่าน EB
- ๒) กำหนดระยะเวลาในการเสนอร่างมติและร่างข้อตัดสินใจต่อ WHA
- ๓) การปรับข้อความให้มีความสอดคล้องกับ FENSA
- ๔) กำหนดความชัดเจนของจัดทำรายงานความก้าวหน้าของว่าข้อมติและข้อตัดสินใจ โดยมีร่างข้อตัดสินใจที่มีประเด็นการแก้ไข Rules of procedure WHA ที่สำคัญ ดังนี้

	Amendment
Rule 3, 14, 19, 22 of the rules of procedure of WHA Amend word for NSA	nongovernmental organizations organizations, international business associations and philanthropic foundations...with the Framework of Engagement with Non-State Actors those arrangement
Rule 5 of the rules of procedure of WHA Additional role of EB in developing provisional agenda	The Board may recommend to the World Health Assembly the deferral of any item under (d), (e) and (f) above. 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 no 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.
Rule 11 of the rules of procedure of WHA Proposal of supplementary agenda, in case of urgency	Any such proposal shall be accompanied by an explanatory memorandum.
Rule 12 of the rules of procedure of WHA Time period in proposing supplementary agenda	the request for the inclusion of the supplementary item reaches the Organization within no later than six days from the day of prior to the opening of a regular session or no later than within two days from the day of prior to the opening of a special session, both periods being inclusive of the opening day. Any such request shall be accompanied by an explanatory memorandum.
Rule 48 of the rules of procedure of WHA Amend word and time period in	Formal proposals relating to items of the agenda should may be introduced at least fifteen days

proposing draft resolutions and/or decisions to the Health Assembly	before the opening of a regular session of the Health Assembly and may, in any event, be introduced not later than until the first day of a regular session of the Health Assembly and no later than two days before the opening of a special session. All such proposals shall be referred to the committee to which the item of the agenda has been allocated, except if the item is considered directly in a plenary meeting.
Other issues	Resolutions and decisions should provide clear reporting requirement , including reporting cycles up to 6 years, with biennial report , unless otherwise advised by DG

เอกสาร A72/52

จากที่ประชุม EB 143 ได้มีการรับรองข้อตัดสินใจ EB143 (7) และได้มีข้อเสนอแนะให้ที่ประชุม WHA72 ปรับแก้ไข Rules of Procedure ของ WHA โดยมีประเด็นดังนี้

- (a) allow for the possibility of electronic voting for recorded votes, where appropriate systems are available;
- (b) allow for the possibility of submitting credentials electronically;
- (c) clarify that only delegates and alternates may be designated to vote in plenary meetings of the Health Assembly, while any member of the delegation may be designated to vote in committee meetings;
- (d) formalize the practice of suspending a debate on a matter under consideration by making provision in the Rules of Procedure for a “motion to suspend the debate”.

Electronic voting for recorded votes	
72	The Health Assembly shall normally vote by show of hands, except that any delegate may request a recorded vote roll-call, which shall then be taken in the English or French alphabetical order of the names of the Members, in alternate years. The name of the Member to vote first shall be determined by lot. Where an appropriate electronic system is available, the Health Assembly may decide to conduct any vote under this rule

	by electronic means.
72 bis	When the Health Assembly conducts a recorded vote without using electronic means, the vote shall be conducted by roll-call, which shall be taken in the English or French alphabetical order of the names of the Members. The name of the Member to vote first shall be determined by lot
73	The vote of each Member participating in a recorded vote any roll-call shall be inserted in the record of the meeting
Electronic submission of credentials	
	<p>(a) Each Member, Associate Member, and participating intergovernmental and invited non-governmental organization shall communicate to the Director-General, if possible not less than fifteen days before the date fixed for the opening of the session of the Health Assembly, the names of its representatives. In the case of delegations of Members and Associate Members, such communications shall take the form of credentials, indicating the names of its delegates, alternates and advisers, and, including all alternates, advisers and secretaries.</p> <p>(b) The credentials of delegates of Members and of the representatives of Associate Members shall be delivered to the Director-General, if possible not less than one day before the opening of the session of the Health Assembly. Such credentials shall be issued by the Head of State, the Head of Government, or by the Minister for Foreign Affairs, or by the Minister of Health or by any other appropriate authority. Such</p>

	<p>credentials may be sent electronically or hand-delivered to the Director-General.</p>
	<p>A Committee on Credentials consisting of representatives of twelve delegates of as many Members shall be appointed at the beginning of each session by the Health Assembly on the proposal of the President. This committee shall elect its own officers. It shall examine assess whether the credentials of delegates of Members and of the representatives of Associate Members are in conformity with the requirements of the Rules of Procedure and report to the Health Assembly thereon without delay. Any delegate or representative to whose admission Pending a Member has made objection decision by the Health Assembly on their credentials, representatives of Members and Associate Members shall be seated provisionally with all the same rights as other delegates or representatives, until the Committee on Credentials has reported and pertaining to their participation in the Health Assembly has given its decision. The Bureau of the Committee President shall be empowered to recommend to the Health Assembly on behalf of the Committee the acceptance of the format credentials of delegates or representatives seated on the basis of provisional credentials already accepted by the Health Assembly received after the Committee on Credentials has met. Meetings of the Committee on Credentials shall be held in private.</p>
Voting in plenary meetings	Plenary meetings of the Health Assembly will, unless the Health Assembly decides otherwise,

	<p>be open to attendance by all delegates, alternates and advisers appointed by Members, in accordance with Articles 10–12 inclusive of the Constitution, by representatives of Associate Members appointed in accordance with Article 8 of the Constitution, and the resolution governing the status of Associate Members, by representatives of the Board, by observers of invited non-Member States and territories on whose behalf application for associate membership has been made, and also by invited representatives of the United Nations and of other participating intergovernmental and non-governmental organizations admitted into relationship with the Organization. In plenary meetings the chief delegate may designate another delegate who shall have the right to speak and vote in the name of his delegation on any question. Moreover, upon the request of the chief delegate or any delegate so designated by him the President may allow an adviser to speak on any particular point., but the latter shall not vote in the name of his delegation on any question.</p>
<p>Motion to suspend the debate</p>	<p>During the discussion of any matter, a delegate or a representative of an Associate Member may move the suspension or the adjournment of the meeting or the suspension of the debate. Such motions shall not be debated, but shall immediately be put to a vote. For the purpose of these Rules “suspension of the meeting” means the temporary postponement of the business of the meeting, and “adjournment of the meeting” the termination of all business until another meeting is called,</p>

	and “suspension of the debate” the postponement of further discussion on the matter under discussion until later in the same session.
--	---

ทำที่ประเทศสมาชิก

Transformation Agenda

ประเทศสมาชิกให้การสนับสนุนการปฏิรูปขององค์การอนามัยโลก รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของการบริหารงานของสำนักงานใหญ่ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งได้เน้นย้ำการบริหารงานที่จะต้องสอดคล้องกันของทั้งสามระดับขององค์การอนามัยโลก คือ สำนักงานใหญ่ขององค์การอนามัยโลก สำนักงานภูมิภาค และสำนักงานระดับประเทศ อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานจะต้องเป็นไปในทางเดียวกันกับ 13GPW และเป็นไปตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน รวมทั้งต้องเป็นไปตามการปฏิรูปหน่วยงานสหประชาชาติด้วย

UN Reform

ประเทศสมาชิกสนับสนุนการมีส่วนร่วมใน UN Development assistance framework อย่างไรก็ตาม ต้องมีความเชื่อมโยงกับ 13GPW และเป็นไปตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ทั้งนี้ ยังมีความหวังว่าการสนับสนุนงบประมาณให้กับ UN Resident Coordinator จำนวน 1% ซึ่งจะต้องมีการหารือต่อไป

Rule of Procedure WHA

ประเทศสมาชิกไม่มีข้อขัดข้องต่อการรับรองร่างข้อตัดสินใจ EB144 (4), EB144 (3) และ EB143 (7)

ทำที่ประเทศไทย

Transformation Agenda

- การทำ transformation ให้สำเร็จจะต้องมีการปรับเปลี่ยนผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เจ้าหน้าที่ขององค์การอนามัยโลก และประเทศสมาชิก ซึ่งจะต้องมีบทบาทนำและรับผิดชอบต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่มีผลต่อประชากร
- ต้องมีการติดตามความก้าวหน้า เพื่อจัดการกับความท้าทายเพื่อแก้ปัญหาต่างๆ ให้ดีขึ้น
- บทบาทและหน้าที่ของโครงสร้างใหม่ขององค์การอนามัยโลกทั้ง ๓ ระดับขององค์กร ต้องมีการหารืออย่างต่อเนื่อง และจะเป็นการช่วยทำความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ รวมทั้งการทำงานข้ามแผนงานในองค์กรได้

UN Reform

- ประเทศไทยเห็นด้วยกับหน้าที่ของระบบ Resident Coordinator และเน้นย้ำว่าหน้าที่ของผู้แทนองค์การอนามัยโลกประจำประเทศจะต้องไม่ถูกมองข้าม และเป็นโอกาสอันดีที่จะทำให้ประเด็นด้านสุขภาพอยู่ใน UN Development Assistance Framework
- องค์การอนามัยโลกควรใช้โอกาสนี้ในการปรับปรุงการทำงานขององค์การอนามัยโลก รวมทั้งพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ในสำนักงานประเทศ รวมทั้งเน้นย้ำ WHO transformation ต้องเป็นไปในแนวทางเดียวกันกับการปฏิรูป UN development system

Rule of Procedure WHA

ประเทศไทยให้การสนับสนุนร่างข้อตัดสินใจ EB144 (4), EB144 (3) และ EB143 (7) อย่างไรก็ตาม ยังมีความกังวลในประเด็นเรื่องการเปิดช่องให้สามารถนำ electronic voting มาปรับใช้สำหรับการออกเสียงต่างๆ ได้ โดยการใช้ electronic voting ขอให้ไม่รวมในกรณีเลือกตั้งผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับทราบรายงานขององค์การอนามัยโลก A72/48, A72/49 รวมทั้งรับรองร่างข้อตัดสินใจในเอกสาร A72/50, A72/51, A72/52

ข้อเสนอแนะ

ติดตามความคืบหน้าของการ Transformation agenda ขององค์การอนามัยโลก รวมทั้งการปฏิรูปด้านต่างๆ ขององค์การอนามัยโลก รวมทั้งประเด็นที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมขององค์การอนามัยโลกในระบบ UN Resident Coordinator

Intervention on Agenda 18.1 WHO reform processes (Transformation agenda)

Delivered by Mr. Banlu Supaaksorn

Thank you, Chair,

This year, we can observe a step of progress of WHO transformation after a decade.

The structural change announced on 6 March shows a very early result of the reform. However the real change is much relied on its functions.

Chair, To overcome the implementation challenges of the transformation, Thailand would address a few points as follow:

First, the transformation can successfully implement only when all key players are willing to change. Who are they? ...They are WHO staff and us, Member States. Both should play active roles and be accountable on the health outcomes of the population.

Second, A monitoring platform shall be established to review the progress, address the challenges and find solutions for better reform.

Third, the functions and roles of the new structure and the 3 levels of the organizations shall be continuously discussed. This will help for more understanding and clarifying on the roles and functions which will facilitate the integration of cross programmatic work and the 3 level coordination.

Chair, We are looking forward to seeing the real transformation shift in vision, not a shuffling of clusters or staff. We are expecting to be regularly informed the progress on the transformation process.

Thank you, Chair.

Intervention on Agenda 18.1 WHO reform processes (Implementation of the UN development system reform)

Delivered by Mr. Banlu Supaaksorn

Thank you, Chair.

Thailand would like to commend the Secretariat for the comprehensive report.

Thailand agrees that the function of UN Resident coordinator system must ensure coherence and synergies. At the same time, we would ensure the health voice in broader socio-economic development agenda and the role of WHO representative must not be overlooked. It will be more advantageous if health is one priority in the UN Development Assistance Framework.

In addition, WHO should use this opportunity of the UN reform to improve the work of WHO and strengthening capacity of WHO staff especially in country office.

Finally, we would like to ensure that the WHO transformation will be aligned with the reform of UN development system.

Thank you.

Intervention on 18.1 WHO reform processes (Amendment Rule of Procedure Doc A72/50 A72/51 and A72/52)

Delivered by Mr. Banlu Supaaksorn

Thank you Chair

Thailand would like to commend the secretariat for the hard work on the governance reform processes.

We welcome the three draft decisions contained in the documents A72/50, A72/51 and A72/52. On the amendments related to the electronic voting, we appreciate WHO's effort to find new technology to enhance more effective work. However there are multi-faceted benefits and challenges of technology. The introduction of electronic voting shall be piloted and the results would be analyzed to ensure the transparency and accuracy of the system. We would reiterate that the electronic voting for the secret ballots, in particular for the election of the DG, should be seen as a separate matter.

Lastly Thailand would emphasize that provision of electronic voting should in no way be seen as compromising the consensus-based approach which is the spirit usually taken by WHO's governing bodies.

Thank you.

Agenda 18.2 Multilingualism

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นางสาวมิลินทร์ สาครสินธุ์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
๒. นางสาวณนุต มธูรพจน์ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๓. ดร. ทันทแพทย์หญิงวริศรา พานิชเกรียงไกร สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

สาระสำคัญของวาระ

WHO ใช้ภาษาทางการทั้งหมด ๖ ภาษา (อังกฤษ ฝรั่งเศส รัสเซีย สเปน อารบิก และจีน) ซึ่งถือเป็นกฎหมายขององค์กรภายใต้องค์การสหประชาชาติ โดยเรียกพันธกิจนี้ว่า Multilingualism ในปี ๒๐๐๘ WHA๖๑ ที่ประชุมฯ ได้มีมติรับ resolution on multilingualism ของ UNGA ปี ๒๐๐๗ และได้มีการรายงานการดำเนินการ รวมไปถึงแผนการทำ multilingualism ใน WHA๗๑ secretariat และกลับมารายงานใน WHA๗๒ ทั้งนี้ทาง secretariat ได้นำวาระนี้กลับมารายงานใน เอกสาร A๗๒/๕๓ แล้ว

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

รับทราบและเห็นด้วยกับความสำคัญของ multilingualism โดยส่วนใหญ่ต่างเข้าใจและให้ความสำคัญของการใช้ multilingualism ใน WHO ที่สร้างโอกาสให้แต่ละประเทศสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพได้อย่างเท่าเทียม อย่างไรก็ตาม ประเทศสมาชิกมองว่า WHO จะส่งเสริมให้วัฒนธรรมด้านพหุภาษาซึ่งจะกลายเป็นการส่งเสริมพหุวัฒนธรรม และเรียกร้องให้ WHO เปิดจ้างงานเจ้าหน้าที่ที่ใช้ภาษาอื่นมากขึ้น ทั้งนี้ประเทศรัสเซียได้ตั้งข้อสังเกตว่า เอกสารวิชาการส่วนใหญ่ล้วนเป็นภาษาอังกฤษ ซึ่งถือเป็นข้อจำกัดแก่ประเทศอื่น ๆ ที่ไม่ได้ภาษาอังกฤษเป็นหลัก ทั้งนี้เอกสารสำคัญต่าง ๆ ยังไม่ได้รับการแปลในภาษาอื่น นอกเหนือจากภาษาอังกฤษ ได้ทันในเวลาที่เหมาะสม ตลอดจนเอกสารที่สมควรได้รับการแปลเป็นภาษาต่าง ๆ ควรมีความหลากหลายมากขึ้น การใช้ multilingualism ไม่ควรถูกมองเป็นภาระทางการเงิน แต่ควรถูกมองเป็นการพัฒนา

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (แบบ intervention ตอนท้าย)

ประเทศไทยมีความเห็นต่อวาระนี้ว่าเป็นการส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลสำคัญ เป็นหนึ่งใน Right of health for all และเป็นที่ยอมรับและสร้าง diversity ในองค์กรฯ อย่างไรก็ตามในตอนเปิดอภิปราย ประเทศที่มีความเกี่ยวข้องกับประเด็น (ประเทศที่ได้ใช้บริการ multilingualism) ได้อภิปราย ซึ่งประเทศไทยได้เห็นว่าการทำที่ของประเทศไม่ได้สอดคล้องกับบริบทอภิปรายของประเทศอื่น ๆ ประเทศไทยจึงไม่มีแสดงความคิดเห็นต่อวาระนี้

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

จากการประชุม WHA ๗๒ วาระ ๑๘.๒ Multilingualism ที่ประชุมได้รับ resolution A๗๒/๕๓
Multilingualism: Report by the Director-General

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุม กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับนานาชาติ

ประเด็น multilingualism นอกจากจะเป็นการอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูล ลดกำแพงภาษา แต่ที่แฝงไปด้วยประเด็นด้านการเมืองของประเทศมหาอำนาจ ที่ต้องการให้ภาษาของตนถูกใช้แพร่หลายมากขึ้น ซึ่งเวทีโลกอย่าง WHO ก็เป็นอีกหนึ่งเป้าหมาย ที่จะช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งนี้

Agenda 19 Other matters referred to the Health Assembly by the Executive Board

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. ทันตแพทย์หญิงวรมน อัครสุต กรมอนามัย

๒. นางสาวอรณา จันทศิริ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

สาระสำคัญของวาระ (มี 2 ประเด็น พิจารณาแยกกัน)

2020: International Year of the Nurse and the Midwife (เอกสาร A72/54 Rev.1 และ A72/54 Rev.1 Add.1)

การประชุม EB144 ใน agenda 6.3 Human resources for health ได้กล่าวถึงบทบาทที่สำคัญของพยาบาลและผดุงครรภ์ในการบรรลุ universal health coverage และเรียกร้องให้เห็นความสำคัญของความทุ่มเทของบุคลากรเหล่านี้ ดังนั้นจึงเสนอให้ “ปี 2020 เป็นปีแห่งพยาบาลและผดุงครรภ์ (International Year of the Nurse and the Midwife)” เนื่องจากเป็นปีครบรอบวันเกิด 200 ปีของ ฟลอเรนซ์ ไนติงเกล ผู้บุกเบิกการพยาบาลศาสตร์สมัยใหม่

World Chagas Disease Day (เอกสาร A72/55 Rev.1 และ A72/55 Rev.1 Add.1)

การประชุม EB144 ใน agenda 7.6 World Health Day ได้กล่าวถึงคุณค่าของ World Health Day ซึ่งเป็นวิธีการสร้างความตระหนักของประชาชนต่อปัญหาสุขภาพ และเห็นด้วยกับความจำเป็นของกลไกการจัดการในการเสนอวัน World Health Day ในวาระนี้ได้มีการเสนอให้กำหนดวันสำหรับโรคชากาส (Chagas Disease) ขึ้น โรคชากาส พบมากในเขตละตินอเมริกา เกิดจากปรสิต สัตว์เซลล์เดียว ซึ่งเป็นพาหะของเชื้อ Trypanosoma cruzi ส่วนมากเชื้อมีจะถูกแพร่โดยแมลงที่ชื่อมอลเพชชชาติ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นคนยากจน มีการเสนอให้วันที่ 14 เมษายนเป็น World Chagas Disease Day เนื่องจากในวันนี้เมื่อ 110 ปีที่แล้ว Dr.Carlos Chagas แพทย์ชาวบราซิลได้พบผู้ป่วยรายแรกของโรคนี้ ในอดีตเคยมีประเด็นนี้ใน WHA51.14 Elimination of transmission of Chagas disease รวมทั้ง WHA63.20 และ WHA65

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่น ๆ

2020: International Year of the Nurse and the Midwife

ออสเตรเลียและสหรัฐอเมริกา สนับสนุนที่จะกำหนดให้การครบ 200 ปีของฟลอเรนซ์ ไนติงเกล ซึ่งผู้บุกเบิกการพยาบาลศาสตร์สมัยใหม่ เป็นโอกาสในการตระหนักถึงบทบาทที่สำคัญของพยาบาลและผดุงครรภ์ ในการดูแลประชาชนให้มีสุขภาพดี ตั้งแต่การสร้างเสริมสุขภาพไปจนถึงการรักษาในระดับตติยภูมิ

นอกจากนี้ สหราชอาณาจักรและญี่ปุ่นยังกล่าวถึงการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลและผดุงครรภ์ ซึ่งไม่ได้เป็นประโยชน์เฉพาะตัวบุคคลเท่านั้น แต่ยังก่อประโยชน์แก่ประชาชน ชุมชน รวมทั้งระบบสาธารณสุขโดยรวม ก่อให้เกิดความเท่าเทียมกันในสังคม ส่งผลให้บรรลุ UHC และ SDGs

World Chagas Disease Day

คอ스타ริกาและสหรัฐอเมริกา สนับสนุนการให้ความสำคัญแก่โรคชากาส ซึ่งเป็นโรค tropical disease ที่พบได้บ่อย มีผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตจำนวนมาก นอกจากนี้ยังมีผู้ได้รับผลกระทบเป็นจำนวนมากเนื่องจากการติดเชื้อส่วนใหญ่มักมีอาการเรื้อรัง

บราซิล ซึ่งเป็นผู้เสนอ World Chagas Disease Day เสนอให้เติมข้อความใน draft decision ระบุว่า World Chagas Disease Day เป็นวันที่ 14 เมษายน

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

2020: International Year of the Nurse and the Midwife

ประเทศไทยตระหนักถึงความสำคัญของพยาบาลและผดุงครรภ์ ในการอุทิศตนปฏิบัติหน้าที่เป็นแนวหน้าในการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพแก่ประชาชน ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญในการบรรลุ UHC และ SDGs เพื่อเป็นเกียรติแก่การครบรอบ 200 ปีของฟลอเรนซ์ ไนติงเกล ประเทศไทยสนับสนุนให้ค.ศ. 2020 เป็น International Year of the Nurse and the Midwife และได้เสนอให้ประเทศสมาชิกส่งเสริมให้เกิดการลงทุนที่เพียงพอและยั่งยืนในการพัฒนาบุคลากรด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์

World Chagas Disease Day

ประเทศไทยตระหนักถึงความสำคัญของโรคชากาสและให้ความสำคัญกับผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคนี้ การกำหนดวัน World Chagas Disease จะเพิ่มการรับรู้และนำไปสู่การดำเนินการร่วมกันของทุกภาคส่วน และหวังว่าจะเป็นจุดเริ่มต้นของความก้าวหน้าที่จะมุ่งเน้นการตรวจคัดกรองในระยะเริ่มต้นและการป้องกันที่เหมาะสมสำหรับโรคนี้

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับรองข้อตัดสินใจในวาระนี้ ที่กำหนดให้ค.ศ. 2020 เป็น International Year of the Nurse and the Midwife และวันที่ 14 เมษายน เป็น World Chagas Disease Day

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

การทำงานในระดับประเทศ

สภาการพยาบาลและสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ จัดกิจกรรมสำหรับ International Year of the Nurse and the Midwife ในประเทศไทย

การทำงานในระดับนานาชาติ

สภาการพยาบาลและสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ ประสานกับ Chief Nursing Officer แห่งองค์การอนามัยโลก รวมทั้งสภาการพยาบาลสากล (International Council of Nurses: ICN) และ สภาการพยาบาลในประเทศต่าง ๆ สร้างความร่วมมือในการจัดกิจกรรมสำหรับ International Year of the Nurse and the Midwife ในระดับนานาชาติ

Intervention on agenda 19 Other matters referred to the Health Assembly by the Executive Board

Delivered by Voramon Agrasuta (24 May 2019)

2020: International Year of the Nurse and Midwife

Thank you Chair,

Thailand reiterates importance of nurses and midwives. With highest number among health professions, they hugely contribute to quality frontline care which key foundation in achieving Universal Health Coverage and Sustainable Development Goals.

To proliferate the celebration of their past and present contribution to health and humanity as well as in honour of the bicentenary of the birth of Florence Nightingale in 2020, Thailand supports the decision on the International Year of the Nurse and Midwife.

Thailand encourages the Member States to consider a sufficient and sustainable investment in developing the nursing and midwifery workforce capacity which is also main focus of the Nursing Now campaign.

Finally, we are looking forward to joining various activities in celebrating International Year of the Nurse and Midwife.

Thank you, Chair.

World Chagas Disease Day

Thank you Chair,

Thailand recognises the importance of Chagas disease and gave precedence to people suffering from this disease. We agree that no disease in the world should be neglected.

We see that celebrating health day would increase awareness across sectors which then leads to multi-sectoral actions.

We hope World Chagas Disease Day will be starting point of better progress focusing on early detection and appropriate prevention of this preventable disease.

Thank you, Chair.

Agenda 21.1 Strengthening synergies between WHA and the Conference of the Parties to the WHO FCTC

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นางสาวสินีนารถ หวังดี สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
๒. นายแพทย์พิสุทธิ์ ชื่นจงกลกุล กรมควบคุมโรค
๓. แพทย์หญิงอรรธยา ลิ้มวัฒนายิ่งยง กรมควบคุมโรค

สาระสำคัญของวาระ

กรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO Framework Convention on Tobacco Control -- FCTC) เป็นกรอบอนุสัญญาสัญญาฉบับเดียวภายใต้การสนับสนุนขององค์การอนามัยโลก หลังจากที่ได้รับการลงมติยอมรับกรอบอนุสัญญาโดย สมัชชาสุขภาพขององค์การอนามัยโลกเมื่อเดือนพฤษภาคม ปี ค.ศ. ๒๐๐๓ โดยประเทศไทยเป็นหนึ่งใน ๔๐ ประเทศแรกที่ลงสัตยาบรรณ (ratification) หรือ การยอมรับ และการยืนยันอย่างเป็นทางการ ส่งผลให้กรอบอนุสัญญาฯ มีผลจริงตั้งแต่ กุมภาพันธ์ ปี ค.ศ. ๒๐๐๕ โดย Conference of Parties (หรือ COP) เป็นกลไกอภิบาลหลักของ FCTC ปัจจุบัน ที่มีองค์สมาชิกจำนวน ๑๘๑ 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 เรื่องการบูรณาการการทำงานที่มีประสิทธิภาพ และเป็นระบบมากขึ้นระหว่างกัน นำไปสู่การมีการเสนอรายงานจากการประชุม COP7 ที่จัดขึ้นปลายปี ๒๐๑๖ และการเสนอรายงานการประชุม the 8th session of the Conference of Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control (COP8) ที่จัดขึ้นเมื่อเดือนตุลาคม ๒๐๑๘ ใน WHA72 ครั้งนี้ โดยสาระสำคัญโดยสรุปของ COP8 มีดังนี้

- มี การ รั บ ร อ ง (adopt) “Global Strategy to Accelerate Tobacco control: Advancing Sustainable Development through Implementation of the WHO FCTC 2019-2025”
- เน้นย้ำเรื่องการแทรกแซงของอุตสาหกรรมบุหรี่ มีการรับรองหลายมาตรการเพื่อป้องกันการแทรกแซงฯ และปกป้องธรรมาภิบาลของ WHO FCTC
- ขอให้สมาชิกให้ความสำคัญกับการรับมือกับผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ เช่น ผลิตภัณฑ์ยาสูบผ่านความร้อน (Heated Tobacco Products)
- รับทราบการมีผลบังคับใช้ของ Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products ตั้งแต่วันที่ ๒๕ ก.ย. ๒๐๑๘ โดยมี governing body คือ Meeting of the Parties to the Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Product (MPO) มีการประชุมครั้งแรกเมื่อวันที่ ๘-๑๐ ต.ค. ๒๐๑๙ ณ กรุงเจนีวา
- สนับสนุนให้ WHO MSs ที่เป็นสมาชิก FCTC ให้สัตยาบันใน Protocol ดังกล่าว ส่วน MSs ที่ยังไม่ได้เป็นสมาชิก FCTC ขอเชิญชวนให้เข้าร่วม FCTC

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ทุกประเทศที่กล่าวแสดงท่าที เห็นด้วยและสนับสนุนการทำงานร่วมกันระหว่าง WHA และ COP โดยสนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยนการรายงานระหว่างกันอย่างต่อเนื่อง เพราะเห็นว่าปัญหาเรื่องบุหรี่ควรต้องมีการติดตามอย่างใกล้ชิด โดยหลายประเทศมีข้อกังวลเรื่องการแทรกแซงของอุตสาหกรรมบุหรี่ ทรัพยากรของ COP ที่ไม่เพียงพอต่อการดำเนินการเพื่อการ implement FCTC ได้อย่างเต็มที่ เป็นต้น นอกจากนี้ ประเทศส่วนใหญ่พอใจกับการมี Global Strategy to Accelerate Tobacco control: Advancing Sustainable Development through Implementation of the WHO FCTC 2019-2025 และ Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco

Products โดยมองว่าจะเป็นการส่งเสริมการ implement FCTC ได้ สุดท้าย ประเทศเนเธอร์แลนด์แจ้งต่อที่ประชุมว่า การประชุม COP และ MOP ครั้งต่อไปจะจัดขึ้น ณ กรุงเฮก ประเทศเนเธอร์แลนด์

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย(แนว intervention ตอนท้าย)

ประเทศไทยรับทราบผลลัพธ์จากการประชุม COP8 โดยเฉพาะการรับรอง global strategy to Accelerate Tobacco control 2019-2025 อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อกังวลใน ๒ ประเด็น ได้แก่ การแทรกแซงของอุตสาหกรรม บุหรี่ และการเกิดใหม่ของผลิตภัณฑ์ยาสูบใหม่ๆ เช่น บุหรี่ไฟฟ้า เป็นต้น ดังนั้น ประเทศไทยจึงขอให้ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกมีการทำงานข้ามภาคส่วนอย่างใกล้ชิด ติดตามสถานการณ์ผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ๆ และผลกระทบต่อสุขภาพ รวมถึงกิจกรรมและความเคลื่อนไหวใดๆ ของอุตสาหกรรมบุหรี่ ที่เป็นอุปสรรคต่อการ implement FCTC

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

สมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ ๗๒ รับทราบรายงาน Conference of the Parties to the WHO FCTC ครั้งที่ ๘ โดยไม่มีข้อโต้แย้ง

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข(ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

กองการต่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข แจ้งข้อมติและท่าทีของประเทศสมาชิกสมัชชาอนามัยโลกไปยังสำนักควบคุมยาสูบ กรมควบคุมโรค และผู้แทนประเทศไทยใน FCTC COP ตลอดจนหน่วยงานอื่นที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนงานด้านควบคุมยาสูบ อาทิ สสส., ศจย., ASH Thailand เป็นต้น เพื่อทราบ

การทำงานในระดับนานาชาติ

- สำนักควบคุมยาสูบ กรมควบคุมโรค และผู้แทนประเทศไทยใน FCTC COP ติดตามการดำเนินการของฝ่ายเลขานุการ FCTC COP ว่ามีทิศทางสอดคล้องกับการบูรณาการที่มีประสิทธิภาพ กับองค์การอนามัยโลก
- กองการต่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข และผู้แทนประเทศไทยใน การประชุมสมัชชาอนามัยโลก ติดตามการดำเนินการขององค์การอนามัยโลกว่าเป็นไปตามข้อมติ

Intervention on agenda 21.1 Strengthening synergies between WHA and the Conference of the Parties to the WHO FCTC

Delivered by Sininard Wangdee (25/05/2019)

Thank you Chair,

In the light of the global strategy to Accelerate Tobacco control 2019-2025, Thailand would highlight 2 concerns.

Such concerns are arising from Prince Mahidol Award Conference 2019 on political economy of NCDs, which addresses all root causes in particular the commercial determinant of NCDs.

First, the interference by the tobacco industries. Chair,....Now we know what to do, I mean

best buy interventions. These best buys are interfering by industries through common tactics including suing the government, providing a half truth and down play importance of the legally-binding instruments.

Second, the emergence of novel tobacco products such as heated not burnt products becoming popular and claims no negative health impact with unclear evidences.

Chair,

We request the DG closely collaborates across sectors, update the evidence of novel tobacco products and its health impact, as well as comprehensively monitor the use of various products, health impact and industrial activities that hamper the implementation of FCTC.

Thank you, Chair.

Agenda 21.2 Outcome of the Second International Conference on Nutrition

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นางสาววรรณชนก บุญชู กรมอนามัย
๒. เกศษกรหญิงชฎาธร อินใย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
๓. ดร. ทันทแพทย์หญิงวิริศา พานิชเกรียงไกร สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

สาระสำคัญของวาระ

วาระนี้กล่าวถึงความคืบหน้าในการดำเนินงานในช่วงปี ๒๐๑๗-๒๐๑๘ ตามข้อตกลงร่วมกันตามปฏิญญาโรม (Rome Declaration commitments) เป็นส่วนหนึ่งของ the UN Decade of Action on Nutrition (๒๐๑๖-๒๐๒๕) ที่ประกาศในปี ๒๐๑๖ โดยจัดทำเป็นรายงาน (Biennial Report) โดย FAO และ WHO มีเนื้อหาเกี่ยวกับการดำเนินงานที่สำคัญในระดับนานาชาติและระดับประเทศ เช่น สถานะการดำเนินงานเพื่อลดภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในเด็ก รวมถึงแผนการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะที่เป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องด้านโภชนาการและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๑. ภาพรวมการดำเนินงานระดับประเทศตามข้อตกลงร่วมกันว่าด้วยปฏิญญาโรม ระดับประเทศ

๑.๑ การพัฒนานโยบายที่สำคัญ เช่น ประเทศต่างๆมีนโยบายเกี่ยวกับ Stunting โรคโลหิตจาง น้ำหนักแรกเกิดต่ำ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว น้ำหนักตัวมากเกินเด็ก และ wasting โดยสามารถดูได้จากฐานข้อมูล The Global database on the Implementation of Nutrition Action (GINA) มีกลไกการประสานการดำเนินงานทั้งการสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างหน่วยงานระดับสูง ระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน หรือในระดับสูง (high-level mechanism)

๑.๒ มีการดำเนินงานภายใต้ the Ending Childhood Obesity ในหลากหลายประเทศ เช่น จัดทำภาษีบนเครื่องดื่มที่มีรสหวาน ข้อบังคับบังคับด้านการตลาดสำหรับเด็ก การจัดทำฉลาก Front-of-pack regulations เกี่ยวกับการตลาดอาหารเสริมที่ไม่เหมาะสม มาตรฐานอาหารโรงเรียน การห้ามจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่มในโรงเรียน การห้ามการใช้ไขมันทรานส์ที่ผลิตในอุตสาหกรรม

๑.๓ ในระหว่างการประชุมWHA ๗๐th ประเทศบราซิลและเอกวาดอร์เป็นประเทศสมาชิกรายแรกที่มีการทำ SMART commitment (Specific, Measurable, Achievable, Relevant and Time-bound) เป็นส่วนหนึ่งของ the Decade of Action on Nutrition โดยที่บราซิลมีทั้งสิ้น ๓๘ ข้อตกลง ฐานข้อมูลสำหรับประเทศที่ลงทะเบียนร่วม SMART commitment อย่างเป็นทางการ โดยมีประเทศสมาชิกเพิ่มมา ๑๒ ประเทศที่ร่วมทำพันธสัญญาสาธารณะ (public commitment) ในด้านการเพิ่มเงินทุนภายในประเทศสำหรับการดำเนินการด้านโภชนาการและกำจัดไขมันทรานส์ที่ผลิตจากอุตสาหกรรม และมีการดำเนินการในประเทศที่มีข้อตกลงเรื่อง SUN movement เป็นมีการทำ SMART commitment ร่วมกัน

๑.๔ ผู้นำหลายประเทศได้ commit ร่วมกันในการส่งเสริมอาหารสุขภาพ (Healthy Diet) ผ่านนโยบายต่างๆที่แตกต่างกันของแต่ละประเทศ ในการประชุม the ๓rd High-level Meeting of the UNGA on the Prevention and Control of NCDs ที่นิวยอร์กเมื่อวันที่ ๒๗ กันยายน ๒๕๖๑

๑.๕ การสร้างเครือข่ายการดำเนินงาน (Action networks) ระดับประเทศ ภูมิภาค มีการดำเนินการ เช่น จัดตั้งเครือข่ายปฏิบัติการระดับภูมิภาค A Regional action network เพื่อยุติโรคอ้วนในเด็กในภูมิภาคมหาสมุทรแปซิฟิก เครือข่ายปฏิบัติการระดับภูมิภาค A Regional action network สำหรับสิ่งแวดล้อมด้านอาหารเพื่อสุขภาพ เครือข่ายปฏิบัติการระดับภูมิภาค A Regional action network สำหรับโรงเรียนสุขภาพดี (Healthy School)

- บราซิลได้เปิดตัว action networks สองประเด็นในภูมิภาคของอเมริกา ได้แก่ ๑. ยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือสำหรับการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจและ ๒. การพัฒนาแนวทางอาหาร (food guideline) ที่ครอบคลุมอาหารแปรรูปเพื่อสนับสนุนการจัดทำนโยบายสาธารณะ

๒. ภาพรวมการดำเนินการตามข้อตกลงร่วมกันว่าด้วยปฏิญญาโรม ระดับนานาชาติและระดับภูมิภาค

๒.๑ ในปี ๒๕๖๐-๒๕๖๑ มีการรวมกลุ่มด้านโภชนาการหลายรูปแบบ เช่น การประชุมระดับภูมิภาคเพื่อแก้ไขปัญหาโภชนาการเกินในเด็ก และคุ้มครองเด็กจากผลกระทบจากการตลาดอาหาร

๒.๒ การประชุมสุดยอดโภชนาการระดับโลก the Global Nutrition Summit โดยมีแถลงการณ์จาก the ๑๗ Health Ministers' ยอมรับนโยบายและข้อตกลงทางการเงินร่วมกันเพื่อแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการระดับโลก และร่วมกัน Advocate ระบบอาหารเพื่อสนับสนุนอาหารที่ดีต่อสุขภาพและยั่งยืนในบริบทของ the Decade of Action on Nutrition

๒.๓ การประชุมสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติ The United Nations General Assembly รับมติ ๗๒/๓๐๖ ที่เน้นย้ำถึงการสนับสนุนจากรัฐบาลและภาคีต่างๆของประเทศให้มุ่งมั่นต่อ commitment ในการเพิ่มความพยายามและ scale up กิจกรรมต่างๆ ภายใต้ the Decade of Action on Nutrition

๒.๔ การประชุมระดับสูงครั้งที่สามของสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติ (UNGA) ว่าด้วยการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (นิวยอร์กกันยายน ๒๕๕๑) ผู้นำของประเทศและรัฐบาลต่างมุ่งมั่นที่จะ:

- Strengthen the commitment ในฐานะผู้นำของประเทศและรัฐบาลเพื่อสร้างความเป็นผู้นำเชิงกลยุทธ์ในการป้องกันและควบคุมโรคที่ไม่สามารถติดต่อได้

- ส่งเสริมและดำเนินการตามนโยบาย ตามมาตรการทางกฎหมายและตามข้อบังคับ รวมถึงมาตรการทางการคลังตามความเหมาะสม โดยมีเป้าหมายเพื่อลดผลกระทบของปัจจัยเสี่ยงหลักสำหรับโรคที่ไม่สามารถติดต่อได้และส่งเสริมอาหารและวิถีชีวิตที่มีสุขภาพดี
- เชิญภาคเอกชนให้ผลิตและส่งเสริมผลิตภัณฑ์อาหารที่สอดคล้องกับอาหารเพื่อสุขภาพมากยิ่งขึ้น พยายามที่จะ reformulate อุตสาหกรรมอาหารเพื่อให้มีผลิตภัณฑ์ทางเลือกเพื่อสุขภาพและคุณค่าทางโภชนาการ ลดการใช้เกลือ น้ำตาลและไขมันมากเกินไป โดยเฉพาะไขมันอิ่มตัวและไขมันทรานส์
- เชิญภาคเอกชนให้ content information ของสารอาหารในผลิตภัณฑ์ โดยคำนึงถึงการติดฉลากโภชนาการที่เป็นสากล
- เชิญภาคเอกชนให้ตกลงร่วมกันกับการดำเนินการเกี่ยวกับลดการสัมผัส exposure ของเด็กและผลกระทบต่ออาหารและเครื่องดื่มที่มีไขมันสูง โดยเฉพาะไขมันอิ่มตัวและไขมันทรานส์ น้ำตาลหรือเกลือ สอดคล้องกับกฎหมายของประเทศที่มี

๒.๕ มีการประกาศ The Mar Del Plata Declaration เห็นชอบในที่ประชุมรัฐมนตรีสาธารณสุข Glo๑๑ (อาร์เจนตินาเดือนตุลาคม ๒๕๖๑) ซึ่งมีประเด็นที่มุ่งเน้นเรื่องการแก้ไขการมีน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็กร่วมอยู่ด้วย

๒.๖ คณะกรรมการความมั่นคงด้านอาหารของโลก (The Committee on World Food Security) ตกลงร่วมกันที่จะจัดทำ voluntary guidelines on food system and nutrition ให้เป็นข้อเสนอวิธีการที่ระบบในการผนวก food system ให้ร่วมเป็นแนวทางหนึ่งในแก้ไขปัญหาการกระจายตัวของนโยบาย (policy fragmentation) ระหว่างภาคอาหาร การเกษตรและสุขภาพ

๓. การดำเนินการของหน่วยงานต่างๆ

๓.๑ WHO สนับสนุนการดำเนินการICN๒ โดยมีการดำเนินงานต่อไปนี้

- Evidence-informed guidelines เกี่ยวกับการออกกำลังกาย พฤติกรรมเนือยนิ่ง และพฤติกรรมนอนหลับสำหรับเด็กอายุต่ำกว่าห้าปี
- การประเมินและจัดการเด็กในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเพื่อป้องกันภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน
- การเสริมแร่ธาตุและวิตามินและในข้าว
- Action ที่มีประสิทธิภาพสำหรับแก้ไขด้านโภชนาการในวัยรุ่น
- Iodine thyroid blocking guidelines เพื่อการวางแผนและตอบโต้ต่อเหตุฉุกเฉินทางรังสีและนิวเคลียร์
- การปกป้อง ส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดย facilities มีบริการดูแลแม่และทารก
- แนะนำหลักการติดฉลากโภชนาการ
- คู่มือการดำเนินงานเพื่อยุติการส่งเสริมอาหารที่ไม่เหมาะสมสำหรับทารกและเด็กเล็ก
- โครงการ the Baby-friendly Hospital Initiative
- ติดตามความคืบหน้าในการบรรลุเป้าหมายในปี ๒๐๒๕

และได้ร่วมกับ FAO ในการพัฒนาแนวทางสำหรับประเทศต่างๆในการนำนโยบายและ actions of the voluntary Framework for Action ไปสู่ข้อตกลงร่วมกันของประเทศและสรุปนโยบายเพื่อขับเคลื่อนข้อตกลงด้านโภชนาการร่วมกันภายใน the Decade และเปิดตัว REPLACE ซึ่งเป็น a global initiative เพื่อกำจัดไขมันท

รานส์จาก food supply ภายในปี ๒๕๖๖ และจนถึงปัจจุบันมี ๒๔ ประเทศ ที่ร่วมรับข้อตกลงในการดำเนินการดังกล่าว และได้ร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ตีพิมพ์รายงานหลายฉบับ เช่น “global estimates for obesity ในเด็กอายุ ๕-๑๙” “The State of Food Security and Nutrition in the World” “The Global Nutrition Report ๒๐๑๗” และรายงานเรื่อง “Taking action on childhood obesity” และในปี ๒๐๑๗ คณะกรรมาธิการ FAO / WHO Codex Alimentarius เห็นชอบภารกิจใหม่สำหรับ Ad Hoc Intergovernmental Task Force ในการต่อต้านยาต้านจุลชีพซึ่งจะดำเนินงานเสร็จสิ้นภายในปี ๒๕๖๔ สุดท้ายนี้ FAO, WHO และสหภาพแอฟริกา กำลังจัดประชุมนานาชาติครั้งแรกเรื่องความปลอดภัยด้านอาหาร the ๑st International Conference on Food Safety ใน Addis Ababa ในเดือนกุมภาพันธ์ ๒๐๑๙ ซึ่งจะเกิดขึ้นก่อนหน้า FAO / WHO / WTO International Forum ว่าด้วยความปลอดภัยและการค้าอาหารที่จะจัดขึ้นที่กรุงเจนีวาในเดือนเมษายน ๒๐๑๙ เพื่อสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของความปลอดภัยของอาหารและข้อตกลงร่วมกันต่อไปในการประชุม ICN๒

๓.๒ FAO ได้ให้ความสำคัญกับการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนโดยการส่งเสริมอาหารเพื่อสุขภาพและให้การสนับสนุนแก่ประเทศต่างๆ ในการเปลี่ยนแปลงระบบอาหารและสนับสนุนให้มี Nutrition objectives ในนโยบายด้านอาหารและการเกษตร และได้กำหนดวัน International Year of Fruits and Vegetables และ International Day of Awareness of Food Loss and Waste

๓.๓ UNICEF จัดทำแผนยุทธศาสตร์ ๒๐๑๘-๒๐๒๑ โดยเน้นยุทธศาสตร์ทุพโภชนาการในเด็กทุกรูปแบบทั่วโลก การแก้ปัญหาการขาดสารอาหารในเด็กในทุกรูปแบบไม่ว่าจะเป็น stunting, wasting, รวมทั้งการขาดสารอาหารและน้ำหนักเกิน

๓.๔ WFP ยังคงดำเนินการ twin-track approach ในการจัดการประเด็นความต้องการอาหารและโภชนาการของผู้คนที่ได้รับผลกระทบจากเหตุขัดแย้งและเหตุฉุกเฉินอื่น ๆ ในขณะเดียวกันก็สนับสนุนประเทศในการบรรลุ SDGs โดยเฉพาะ ๒.๒ ในปี ๒๐๑๗ WFP ได้ให้ความช่วยเหลือโดยตรงแก่ผู้คน ๙๑.๔ ล้านคนใน ๘๓ ประเทศ โดย ๕๕ ประเทศในนั้นดำเนินการ Nutrition-specific program ซึ่งเข้าถึงประชาชนจำนวนถึง ๑๖.๓ ล้านคน Nutrition-specific program ถูกแนะนำโดยนโยบายโภชนาการของ WFP (๒๐๑๗-๒๐๒๑) และตามแผนการดำเนินงานและการคิดต้นทุน

๓.๕ IFAD เน้นการลงทุนด้านเกษตรกรรมในครอบครัวยากจนและเปราะบางในพื้นที่ชนบทและใช้วิธีการที่เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลางโดยมีเป้าหมายในการสร้างระบบอาหารสำหรับอาหารที่ดีต่อสุขภาพและปรับการมีส่วนร่วมของการเกษตรและการพัฒนาชนบทสู่โภชนาการให้มีความเหมาะสม โดยที่สร้างความเชื่อมั่นว่าการลงทุน nutrition-sensitive agriculture เป็นการสร้างความยั่งยืนแก่สิ่งแวดล้อม โดย IFAD ประสบความสำเร็จในการเพิ่มความมั่นใจว่าโครงการที่ได้รับอนุมัติในช่วงปี ๒๐๑๖-๒๐๑๘ เป็นโครงการที่มีลักษณะ nutrition-sensitive intervention ดังนั้นจึงช่วยให้สามารถจัดการกับ all forms of malnutrition ได้โดยการปรับปรุงคุณภาพอาหาร (dietary quality)

๓.๖ UNSCN ได้รวบรวมและเผยแพร่ข้อตกลงร่วมกันต่อ the Decade ของหน่วยงานต่าง ๆ ของสหประชาชาติรวมถึงactors อื่น ๆ

- ในปี ๒๐๑๗ และปี ๒๐๑๘ The Standing Committee ยังคงเพิ่ม Policy Coherence และ Advocate for nutrition อย่างต่อเนื่องตลอดทั้งระบบของUN โดยการตีพิมพ์ discussion paper สืบค้นและอำนวยความสะดวกที่นำไปสู่การพัฒนาฉันทามติในประเด็นใหม่ ๆ และประเด็นเร่งด่วน
- นอกจากนี้ ยังเผยแพร่ Guideline สองเรื่องเกี่ยวกับการส่งเสริม delivery on the ground
- นอกจากนี้ คณะกรรมการยังมีส่วนร่วมใน Guidance notes ออกโดยหน่วยงานสมาชิก รวมถึง Resource guide for the Decade
- คณะทำงานเฉพาะเรื่องเกี่ยวกับโภชนาการของคณะทำงานระหว่างหน่วยงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของสหประชาชาติกำลังมุ่งความสนใจไปที่สภาพแวดล้อมของโรงเรียน ในความร่วมมือกับคณะกรรมการได้มีการพัฒนาข้อมูลสั้น ๆ เรื่อง "NCDs, Food and Nutrition" และเอกสารชื่อว่า "school as a system to improve nutrition"

๔. แนวทางในอนาคต

- ควรอัปเดตความเชื่อมโยงของนโยบายรวมทั้ง Nutrition Targets
- ควรส่งเสริมอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้หญิงก่อนและระหว่างการจัดตั้งครรภ์และหญิงวัยรุ่น และดำเนินการเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมของอาหารที่ดีต่อสุขภาพ (healthy food environment) รวมถึงการทำการตลาดอาหารและเครื่องดื่มแก่เด็กฉลากโภชนาการ การจัดซื้ออาหารในองค์กรสาธารณะต่างๆ และนโยบายด้านราคา
- ควรให้ความสำคัญกับโครงการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและโภชนาการในโรงเรียน เพื่อเป็นการปลูกฝังการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ
- ควรมีมาตรการเพื่อลดปัญหาความไม่เท่าเทียมกัน ให้ได้รับการคุ้มครองทางสังคมที่เพียงพอ

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- แต่ละประเทศรายงานความก้าวหน้าของการดำเนินงานด้านโภชนาการภายใต้ The UN Decade of Action on Nutrition ตามปฏิญญาโรม โดยหลายประเทศมีการจัดทำแผนการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาโภชนาการ หรือในเกาหลีมีแผนระดับชาติเพื่อส่งเสริมอาหารที่ดีต่อสุขภาพ
- หลายประเทศในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำ-ปานกลาง สามารถแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการขาดได้ดี มีความชุกที่ลดต่ำลงอย่างเห็นได้ชัด มีบางประเทศแสดงความกังวลของสถานการณ์ภาวะโภชนาการเกินที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขเท่าที่ควร รวมทั้งมีความต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูลที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อใช้ในการให้การจัดทำเนื้อหาส่งเสริม และสร้างความตระหนัก และเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยรายงานความคืบหน้าในการดำเนินงานภายใต้ The UN Decade of Action on Nutrition ว่าที่ผ่านมาได้มีการขับเคลื่อนเรื่องการห้ามการนำเข้า ผลิต และจำหน่ายไขมันทรานส์ เกิดเป็นประกาศกระทรวงสาธารณสุขในเรื่องนี้แล้วเมื่อเดือนมกราคมปี ๒๕๖๒ โดยถูกเผยแพร่ในราชกิจจานุเบกษา ซึ่งได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากภาคเอกชน ทั้งนี้ประเทศไทยขอแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมต่อรายงานในสองประเด็น ดังนี้

๑. ควรให้ความสำคัญกับการจัดการเรื่อง Food loss and waste เนื่องจากหากมีการจัดการระบบอาหารตั้งแต่การผลิต การจำหน่าย การบริโภคอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การผลิตอาหารหนึ่งหน่วยบริโภค (Serving size) ให้มีปริมาณเหมาะสม จะสามารถโยงไปสู่กับการแก้ปัญหาทั้งสิ่งแวดล้อมและจัดความหิวโหยได้อย่างเป็นระบบ
๒. ในขณะที่มีความร่วมมือในการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อการมีพฤติกรรมกินที่เหมาะสมจากหลายภาคส่วน เช่น ฉลากโภชนาการ หรือ อาหารทางเลือกเพื่อสุขภาพ แต่ยังคงมีความท้าทายในฝั่งของผู้บริโภค กล่าวคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้บริโภคที่เชื่อมโยงไปสู่การเลือกตัดสินใจด้านพฤติกรรมที่เหมาะสม

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับรองรายงาน

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

- กรมอนามัยจัดทำแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านโภชนาการที่ครอบคลุมและให้ความสำคัญกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับอาหารตลอดห่วงโซ่อาหารตั้งแต่การผลิต กระจาย จำหน่ายและบริโภค
- พัฒนารอบงานวิจัยสำหรับงานโภชนาการที่สามารถปัญหาด้านโภชนาการที่เหมาะสมของพื้นที่ ศึกษาแนวทาง เครื่องมือ เครื่องชี้วัดด้านโภชนาการที่เป็นมาตรฐานเดียวกันใน implementation plan จะช่วยให้คุณภาพของข้อมูลด้านโภชนาการมีความน่าเชื่อถือและนำไปใช้ประโยชน์ในการประเมินติดตามเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการสื่อสารเชิงนโยบาย
- ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานตามตัวชี้วัดด้านโภชนาการที่เกี่ยวข้อง

การทำงานในระดับนานาชาติ

- กรมอนามัยในฐานะผู้รับผิดชอบ ASEAN Health Cluster ๑ จัดทำเกณฑ์มาตรฐานข้อเสนอแนะด้านการตลาดอาหารและเครื่องดื่มสำหรับเด็กระดับภูมิภาคให้สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ WHO
- กรมอนามัยร่วมกับหน่วยงานวิชาการในภูมิภาคอาเซียนในการพัฒนาคุณภาพของการเก็บข้อมูลด้านอาหารและโภชนาการรวมถึงการสร้างความร่วมมือในการนำข้อมูลไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

Intervention on Agenda 21.2 Outcome of the Second International Conference on Nutrition

Delivered by Miss Wannachanok Boonchoo (24/5/2019)

Thank you, Chair

In January 2019, Thailand has endorsed Public Health Ministry notification published in the Royal Gazette to ban trans-fatty acids in food products through all food supply line namely production, importation, and distribution. Now, the food industries have well complied with this notification.

In addition, Thailand has two concern issues;

First, while we improve access to food, one third of the edible parts of food produced for human consumption are lost and wasted annually. Better food management at the stages of producing, processing, retailing and consuming must be highlighted in order to solve this problem systematically. For example, appropriate serving size.

Second, many interventions have been implemented to improve healthier environment on nutrition such as nutrition labeling, and healthier options. However, we still observe challenge from consumer side. Health literacy should be promoted as immunity for people to understand basic health information needed to make appropriate health decisions.

Thank you, Chair.

Agenda 21.3 Progress report A: Global technical strategy and targets for malaria 2016–2030 (resolution WHA68.2 (2015))

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นายภาณุวัฒน์ นราอาจ กรมควบคุมโรค
๒. แพทย์หญิงสาวิตรี วิษณุโยธิน กองยุทธศาสตร์และแผนงาน

สาระสำคัญของวาระ

๑. Global technical strategy and targets for malaria ๒๐๑๖–๒๐๓๐ มีเป้าหมายลดจำนวนผู้ป่วยและเสียชีวิตจากโรคมาลาเรียลงอย่างน้อยร้อยละ ๙๐ เทียบกับปี ๒๐๑๕ โดย milestone ในปี ๒๐๒๐ และ ๒๐๒๕ ต้องลดจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตลงร้อยละ ๔๐ และ ๗๕ ตามลำดับจาก World malaria report ๒๐๑๘ แสดงให้เห็นอย่างมีนัยสำคัญว่าทั่วโลกไม่พยายามลดจำนวนผู้ป่วยมาลาเรียลง
๒. Global technical strategy and targets for malaria ๒๐๑๖–๒๐๓๐ มีประเด็นการดำเนินงานหลักอยู่ ๓ ประการ ได้แก่
 ๑. Universal access to malaria prevention, diagnosis and treatment
 ๒. Accelerating efforts towards elimination
 ๓. Transforming surveillance into a core intervention
๓. เสาธิการองค์การอนามัยโลก กำลังติดตามปัจจัยที่อาจทำให้เป้าหมายการกำจัดมาลาเรียไม่สำเร็จ ๓ ประการ ได้แก่
 ๑. Mosquito resistance to the insecticides
 ๒. Parasite resistance to antimalarial
 ๓. histidine-rich protein ๒/๓ gene deletions in *P. falciparum* parasites(pfhrp๒/๓)

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ทุกประเทศให้ความสำคัญกับการดำเนินงานตาม Global technical strategy and targets for malaria ๒๐๑๖-๒๐๓๐ โดยทุกประเทศจำเป็นต้องมีแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการดำเนินงานกวาดล้างมาลาเรีย ติดตาม และประเมินผล สำหรับในประเทศที่มีอัตราป่วยสูงจำเป็นต้องใช้ยุทธศาสตร์ High burden to high impact สำหรับการดำเนินงานเพื่อมุ่งเป้าสู่ความสำเร็จตามยุทธศาสตร์โลก รวมทั้งต้องสร้างความร่วมมือระหว่างชายแดนเพื่อติดตาม imported case ที่อาจส่งผลให้เกิดการระบาดจนไม่สามารถควบคุมสถานการณ์โรคได้

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยไม่มีบทบาทและท่าทีในวาระนี้ -

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ทุกประเทศเห็นด้วยกับการร่วมมือกันดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ระดับโลกในการกวาดล้างมาลาเรียตาม Global technical strategy and targets for malaria ๒๐๑๖-๒๐๓๐

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค ซึ่งมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ และปฏิบัติตามแผนดังกล่าวอยู่แล้ว จำเป็นต้องมีการติดตามและประเมินผลเป็นระยะ ให้ความสำคัญกับเชื้อดื้อยา ยุงพาหะดื้อยา และปรับปรุงแผนดังกล่าวเพื่อให้ประเทศไทยเป็นประเทศที่ปลอดมาลาเรีย

การทำงานในระดับนานาชาติ

สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง สำนักความร่วมมือระหว่างประเทศ กรมควบคุมโรค ควรร่วมมือกับประเทศเพื่อนบ้านในการร่วมมือกันกวาดล้างโรคมาลาเรีย ค้นหา รักษา และกวาดล้างมาลาเรียร่วมกัน

Agenda 21.3 Progress report: B. Addressing the burden of Mycetoma

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นายแพทย์พิสุทธิ์ ชื่นจงกลกุล กองการต่างประเทศ
๒. นายภาณุวัฒน์ นราอาจ กรมควบคุมโรค

สาระสำคัญของวาระ

- ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๖๙ ได้มีข้อมติที่ WHA๖๙.๒๑ แจ้งให้องค์การอนามัยโลกรายงานถึงผลความก้าวหน้าของการจัดการโรค Mycetoma นี้ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๗๒
- โดยในมติดังกล่าวได้เน้นย้ำกิจกรรมที่จำเป็นต่อการจัดการปัญหาโรค Mycetoma โดยอาศัยความร่วมมือจากหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องผ่านการสร้างความตระหนักต่อโรคนี้เป็นจุดเริ่มต้น ซึ่งหวังว่าความตระหนักต่อโรคนี้ที่เพิ่มขึ้นจะช่วยขับเคลื่อนการพัฒนายุทธศาสตร์และเครื่องมือที่เหมาะสมต่อพื้นที่ที่ยากจนและห่างไกล ซึ่งพบอุบัติการณ์ของโรคนี้ได้บ่อย

- ในช่วงปี ๒๐๑๖ และ ๒๐๑๗ ได้มีการขับเคลื่อนด้านข้อมูลภาวะโรค ด้านนโยบายและการปฏิบัติในระดับประเทศ ผ่านการใช้แบบสอบถามไปยังกระทรวงสาธารณสุขของประเทศต่างๆ ๑๖๔ ประเทศในทุกภูมิภาคขององค์การอนามัยโลก โดยมีการตอบกลับข้อมูลอยู่ที่ร้อยละ ๓๒ ซึ่งผลลัพธ์พบว่ามี ๒๐ ประเทศที่มีรายงานโรค mycetoma ซึ่งมีเพียง ๒ ประเทศที่มีระบบเฝ้าระวังโรคนี้ โดยในระหว่างปี ๒๐๑๔ ถึง ๒๐๑๖ มีการพบผู้ป่วยทั้งสิ้น ๒๖๗๗ รายใน ๘ ประเทศ ซึ่งส่วนใหญ่พบในประเทศประเทศซูดาน ในขณะที่ ๒๖ ประเทศรายงานว่าสามารถตรวจพบและรักษาผู้ป่วยได้ มีเพียง ๑๑ ประเทศแจ้งว่ามีผู้เชี่ยวชาญหรือหน่วยงานที่ทำงานเกี่ยวกับโรค Mycetoma และมีเพียงประเทศเดียวที่มีแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคนี้ในระดับประเทศ ในช่วงที่มีการสำรวจ โดยที่มี ๒๐ ประเทศที่แจ้งว่ามีเครื่องมือวินิจฉัยและยารักษาโรคนี้
- ในเดือนมีนาคม ๒๐๑๗ ทางองค์การอนามัยโลกจัดประชุมปรึกษาอย่างไม่เป็นทางการเกี่ยวกับโรคนี้ที่เจนีวา ซึ่งนำไปสู่การจัดตั้ง Global Mycetoma Working Group และได้มีการประชุมครั้งแรกในเดือนมกราคมปี ๒๐๑๘ ผ่านระบบสื่อสารทางไกล ซึ่ง working group ดังกล่าวนี้นี้มีทีมนักวิชาการและคณะกรรมการกำหนดทิศทาง ประกอบด้วยองค์การอนามัยโลก, กรมควบคุมโรคสหรัฐอเมริกา, มหาวิทยาลัยการแพทย์ Erasmus, มหาวิทยาลัย Khartoum และมหาวิทยาลัย Guerrero โดยกลุ่มนี้ประกอบไปด้วยนักวิทยาศาสตร์ประมาณ ๕๐ ท่านและนักวิชาการสาธารณสุขเพื่ออภิปรายทุกประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ Mycetoma
- ในปี ๒๐๑๖ รัฐบาลประเทศซูดานได้ลงทุนงบประมาณเพื่อจัดการกับโรคนี้ โดยมีการจัดยาฆ่าเชื้อราต่อโรคนี้แก่ประชาชนโดยไม่มีค่าใช้จ่าย และบรรจุ mycetoma นี้อยู่ในแผนการจัดการโรคเขตร้อนของประเทศ เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติการและการบริหารจัดการทรัพยากร
- ในเดือนกุมภาพันธ์ ๒๐๑๙ มีการจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการด้าน Mycetoma นี้ขึ้นในประเทศซูดาน เพื่อเสริมสร้างศักยภาพการจัดการโรคภายในประเทศ และต่อด้วยการการประชุมนานาชาติด้านโรค Mycetoma ในประเทศเดียวกัน โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างความตระหนักต่อโรคดังกล่าวในระดับนานาชาติ ซึ่งผลลัพธ์การประชุมนำไปสู่การออก Khartoum Call for Action on Mycetoma ซึ่งเรียกร้องให้ผู้ดำเนินการต่อโรคนี้ได้รับเอามาตรการที่เจาะจงนี้ไปดำเนินการต่อ
- ในการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ต่อโรคนี้ Mycetoma ถูกบรรจุให้เป็นโรคที่ได้รับการสนับสนุนภายใต้การดำเนินงานร่วมของ WHO EMRO กับ UNICEF/UNDP/World Bank/WHO Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases small Grants Scheme for implementation research in infectious diseases of poverty ซึ่งจะสนับสนุนงบประมาณให้แก่ Mycetoma research centre ใน Khartoum เพื่อศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโรคนี้ โดยจะวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อวัดและหาลักษณะเฉพาะของการเกิดโรค Mycetoma ในระดับชุมชน
- การพัฒนาเครื่องมือเพื่อช่วยวินิจฉัยโรคให้เร็วยังเป็นความท้าทายสำคัญ รวมถึงระบบที่รองรับต่างๆ เช่น เครื่องมือช่วยการตรวจวินิจฉัย ณ จุดให้บริการและยาที่มีประสิทธิภาพในการรักษา โดยขณะนี้หน่วยงาน Drugs for Neglected Diseases initiative และเครือข่ายกำลังศึกษาถึงความปลอดภัยและประสิทธิภาพของยา fosravuconazole ในการรักษา Mycetoma อยู่ ซึ่งหากยาดังกล่าวสามารถนำมาใช้ได้จริง จะช่วยลดเวลาในการรักษา ทำให้การกำกับการรักษาง่ายยิ่งขึ้นและช่วยประหยัดทรัพยากรในการดูแลรักษาได้

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- วาระนี้ถูกนำเสนอร่วมกับวาระอื่นๆอีกสองวาระ ได้แก่วาระยุทธศาสตร์มาลาเรีย และการกวาดล้าง dracunculiasis โดยมีประเทศชูดานและแทนซาเนีย ได้เล็งถึงความก้าวหน้าในการดำเนินการต่อโรค Mycetoma ภายในประเทศของตน รวมถึงขอการสนับสนุนจากหน่วยงานระหว่างประเทศต่างๆ ให้ช่วยพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ ดำเนินการวิจัยเพื่อพัฒนาชุดตรวจคัดกรองและยาสำหรับโรค Mycetoma นี้

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยไม่ได้นำเสนอท่าทีในวาระดังกล่าว

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ประเทศสมาชิกรับรองรายงานความก้าวหน้าฉบับนี้

Agenda 21.3 Progress report C. Eradication of Dracunculiasis

ผู้รับผิดชอบ /หน่วยงาน

แพทย์หญิงภัทรา อังสุวรรณ กรมการแพทย์

สาระสำคัญของวาระ

จากการประชุม WHA ๖๔ ได้พิจารณาถึงการขจัดโรคพยาธิกิณี (Dracunculiasis) ตามมติ WHA ๓๙.๒๑, WHA ๔๒.๒๙, WHA ๔๔.๕, WHA ๕๗.๙ และมีการลงนามความร่วมมือในการขจัดโรคในกลุ่มประเทศแอฟริกาที่เป็น endemic area ใน WHA ๕๗ และพบว่า จำนวนผู้ป่วยลดลงจากประมาณ ๓.๕ ล้านคนในปี ๑๙๘๖ เป็น ๓๑๙๐ คน ในปี ๒๐๐๙ และน้อยกว่า ๑๘๐๐ คนในปี ๒๐๑๐

ประเด็นในเรื่องความร่วมมือของทุกภาคส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง UNICEF และ The Carter Center ในการเพิ่มน้ำสะอาด ความสะอาดของเสื้อผ้า การสำรวจความชุก รวมทั้งความตระหนักของชุมชน เน้นย้ำถึงความสำคัญของทุกภาคส่วน และให้สมาชิกองค์การอนามัยโลก องค์การยูนิเซฟ The Carter Center และส่วนอื่นร่วมมือกันสนับสนุนและช่วยเหลือประเทศที่ยังมีโรคนี้อยู่สามารถหยุดยั้งการป่วยเป็นโรคพยาธิกิณี พร้อมทั้งให้มีการสำรวจความชุกอยู่เสมอ และมีระบบรายงานมายัง WHO ภายใน ๒๔ ชั่วโมงถ้าพบผู้ป่วยที่เป็นโรค มีการรายงานในปี ๒๐๑๘ พบการติดต่อของโรคใน ๒ ประเทศ คือ ชาด และชูดานใต้ ซึ่งมีจำนวน ๒๘ ราย เอธิโอเปีย รายงานรายสุดท้ายในปี ๒๐๑๗

ในการประชุมอย่างไม่เป็นทางการของกระทรวงสาธารณสุข ของประเทศที่มีโรคพยาธิกิณีเป็นโรคประจำถิ่นระหว่างการประชุม WHA๗๑ เมื่อวันที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๐๑๘ พบว่า ได้มีการพบว่าสุนัขเป็นโรคพยาธิกิณี โดยยังไม่ทราบกลไกของการติดต่อของโรค

บทบาทท่าทีของประเทศไทย

- ยินดีกับประเทศที่มีโรคพยาธิกิณีเป็นโรคประจำถิ่น ที่สามารถลดการติดต่อของโรคพยาธิกิณีในคน ลงได้เป็นอย่างมาก

- สนับสนุนให้มีการจัดการน้ำดื่มที่สะอาด การสำรวจความชุกของโรคและรายงานอย่างสม่ำเสมอ พร้อมสร้างความตระหนักของชุมชน
- สนับสนุนให้มีการศึกษาการติดต่อของโรคพยาธิกึ๋นในสุนัข

สรุปข้อเสนอแนะจากที่ประชุม

- ติดตามการสำรวจอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกปี และ มีการสนับสนุนการทำงานในทุกด้าน
- WHO และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จะสนับสนุนให้มีการศึกษาการติดต่อของโรคนี้ในสุนัขอย่างจริงจัง เพื่อให้สามารถกำจัดโรคพยาธิกึ๋นได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

Agenda 21.3 Progress reports D. Sustaining the elimination of iodine deficiency disorders (resolution WHA60.21 (2007))

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. ทันตแพทย์หญิงวรมน อัครสุต กรมอนามัย
๒. นางสาววรรณชนก บุญชู กรมอนามัย

สาระสำคัญของวาระ

- มติองค์การอนามัยโลก WHA๖๐.๒๑ ให้รายงานความก้าวหน้าในการจัดการปัญหาการขาดสารไอโอดีน ในสมัชชาองค์การอนามัยโลกทุก ๓ ปี
- Global Iodine Nutrition Scorecard รายงานว่าในพ.ศ. ๒๕๖๐ มี ๑๙ ประเทศที่ประชาชนมีการบริโภคไอโอดีนไม่เพียงพอ ซึ่งลดลงจาก ๒๕ ประเทศในพ.ศ. ๒๕๕๘ อย่างไรก็ตามข้อมูลดังกล่าวมีพื้นฐานมาจากเด็กวัยเรียน ซึ่งอาจไม่สะท้อนถึงสถานะไอโอดีนในกลุ่มประชากรอื่น
- การสำรวจปริมาณไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์พ.ศ. ๒๕๖๐ ใน ๖๙ ประเทศ พบว่ามี ๓๙ ประเทศที่รายงานว่าการบริโภคไอโอดีนไม่เพียงพอในหญิงตั้งครรภ์
- พ.ศ. ๒๕๖๐ มี ๑๑ ประเทศที่พบปัญหาประชาชนเสี่ยงต่อการบริโภคไอโอดีนมากเกินไป (median urinary iodine concentration \geq ๓๐๐ ไมโครกรัม/ลิตร) โดยลดลงจากปี ๑๓ ประเทศในพ.ศ. ๒๕๕๘
- การเสริมไอโอดีนในเกลือ (universal salt iodization) ซึ่งกำหนดให้เกลือที่ใช้ในการบริโภคทั้งหมด ทั้งที่ใช้ในครัวเรือนและการแปรรูปอาหารได้รับการเติมไอโอดีน ยังคงเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพที่สุดในการควบคุมความผิดปกติจากการขาดสารไอโอดีน
- Global nutrition policy review พ.ศ. ๒๕๕๙-๒๕๖๐ พบว่า ๑๑๘ จาก ๑๔๘ ประเทศ (๘๐%) มีโครงการเสริมไอโอดีนในเกลือ ซึ่งเพิ่มขึ้นจาก ๗๑% ในพ.ศ. ๒๕๕๒-๒๕๕๓ และ ๘๑% ของ ๑๑๘ ประเทศข้างต้น มีผลบังคับใช้กฎหมายเรื่องการเสริมไอโอดีนในเกลือ
- มีการประมาณการว่าช่วงพ.ศ. ๒๕๕๔-๒๕๕๙ มี ๘๖% ของครัวเรือนทั่วโลกสามารถเข้าถึงเกลือไอโอดีนเสริมไอโอดีน ซึ่งเพิ่มขึ้นจาก ๗๕% ในช่วงพ.ศ. ๒๕๕๒-๒๕๕๖

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่น ๆ

อินเดีย ใช้มาตรการ universal salt iodization และ national iodine deficiency disorder control program ในการจัดการขาดสารไอโอดีนอย่างยั่งยืน มีการกำหนดมาตรฐานปริมาณเกลือเสริมไอโอดีนที่ควรได้รับ ส่งผลให้ปริมาณ urinary iodine concentration ในหญิงวัยเจริญพันธุ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ รวมทั้งสร้างความตระหนักและสนับสนุนการใช้เกลือเสริมไอโอดีน เช่นเดียวกับมาเลเซียที่จะดำเนินมาตรการ universal salt iodization เพื่อจัดการขาดสารไอโอดีนในเดือนกันยายน ค.ศ. ๒๐๒๐

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

- ประเทศไทยชื่นชมความก้าวหน้าของสถานะสารไอโอดีนในรายงานฉบับนี้ อย่างไรก็ตามยังต้องมีความพยายามในการป้องกันการได้รับสารไอโอดีนเกินไปควบคู่ไปกับการขาดสารไอโอดีน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีระบบตรวจสอบและเฝ้าระวัง
- ประเทศไทยมีความมุ่งมั่นในการใช้กฎหมายเกี่ยวกับการเสริมไอโอดีนในเกลือ เพื่อจัดการขาดสารไอโอดีนในระดับประเทศ ได้จัดทำแผนควบคุมและป้องกันการขาดสารไอโอดีนในพ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔ เพื่อให้แน่ใจว่าทุกกลุ่มอายุได้รับการปกป้องจากผลกระทบของการขาดสารไอโอดีน
- ประเทศไทยจัดให้มีการเสริมไอโอดีนในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เม็ดไอโอดีนเสริมถูกแจกจ่ายให้กับเด็กนักเรียนและกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการขาดสารไอโอดีน เช่น หญิงตั้งครรภ์ และหญิงให้นมบุตร

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับทราบรายงานความก้าวหน้า และแสดงความชื่นชม WHO กับความก้าวหน้าในประเด็นต่าง ๆ รวมทั้งบางประเทศได้นำเสนอความก้าวหน้าในประเทศของตนเอง

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

สำนักโภชนาการ กรมอนามัย ดำเนินโครงการเพื่อจัดการขาดสารไอโอดีนอย่างยั่งยืน โดยความร่วมมือของเครือข่ายหน่วยงานต่าง ๆ ซึ่งเป็นคณะกรรมการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติ เช่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรมส่งเสริมอุตสาหกรรม กรมการค้าภายใน กรมการปกครองส่วนท้องถิ่น และชมรมผู้ประกอบการเกลือเสริมไอโอดีน

เน้นที่การจัดการ ๓ ระดับ คือ ผลิต กระจาย และบริโภค และจัดระบบเฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง ทั้งการขาดสารไอโอดีนและการได้รับสารไอโอดีนเกิน ในกลุ่มเด็กปฐมวัยและวัยเรียน รวมทั้งกลุ่มเสี่ยงอื่น ๆ เช่น หญิงตั้งครรภ์ และผู้สูงอายุ

ประชาสัมพันธ์และจัดทำตลาดเชิงสังคมให้เหมาะกับวิถีชีวิตของกลุ่มเป้าหมาย เช่น ในกลุ่มวัยทำงานที่ปัจจุบันนิยมรับประทานอาหารจากร้านขายอาหารปรุงสำเร็จ ดังนั้นควรสร้างความร่วมมือให้ร้านขายอาหารปรุงสำเร็จใช้เกลือเสริมไอโอดีน

เตรียมข้อมูลเพื่อรายงานความก้าวหน้า ผลการดำเนินงานโครงการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนตามแผนยุทธศาสตร์ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔ ในการประชุมคณะกรรมการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๓

การทำงานในระดับนานาชาติ

ร่วมมือกับองค์การอนามัยโลก รวมถึงองค์กรและประเทศสมาชิกอื่น ๆ ในการจัดปัญหาการขาดสารไอโอดีนควบคู่ไปกับการได้รับสารไอโอดีนเกิน

Intervention on agenda 21.3 Progress reports D. Sustaining the elimination of iodine deficiency disorders

Delivered by Dr.Pathra Angsuwan (25 May 2019)

Thailand appreciates the good progress. While solving the deficiency through iodine salt advocate, monitoring needs to assess the magnitude of excessive consumption.

Thailand has provided iodine supplementation integrated with Universal Health Coverage (UHC). Iodine supplementation tablets are distributed to school children and also other population groups who are particularly vulnerable to iodine deficiency such as pregnant and lactating women as part of the UHC.

Agenda 21.3 E Prevention of deafness and hearing Loss

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นายแพทย์เกษมสุข โยธาสมุทร กรมการแพทย์
๒. แพทย์หญิงภัทรา อังสุวรรณ กรมการแพทย์

สาระสำคัญของวาระ

- จากการประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลกครั้งที่ ๗๐ ได้มีการจัดทำมติ WHA๗๐.๑๓ เรื่องการป้องกันภาวะหูหนวกและการสูญเสียการได้ยิน
- ก่อนหน้านั้นได้มีการกล่าวถึงปัญหาของการป้องกันการสูญเสียการได้ยินในการประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลกครั้งที่ ๔๘ โดยได้มีมติ WHA ๔๘.๙ ออกมา
- ในมติ WHA ๗๐.๑๓ ได้กล่าวถึงผลกระทบของเรื่องปัญหาการได้ยินที่เกิดขึ้นกับคนทั่วโลกที่ส่วนใหญ่จะเกิดในประเทศที่มีรายได้ต่ำและประเทศที่มีรายได้ปานกลาง ซึ่งประเทศเหล่านี้ขาดแคลนเรื่องทรัพยากรและกลยุทธ์ในการจัดการปัญหาเรื่องการสูญเสียการได้ยิน การสูญเสียการได้ยินนั้นมีอุบัติการณ์สูงจากโรคเรื้อรังทางหู นอกจากนี้การสูญเสียการได้ยินอาจเกิดจากการทำงาน กิจกรรมสันทนาการ และสภาพแวดล้อมโดยรวม ผลกระทบจากการสูญเสียการได้ยินที่ไม่ได้รับการจัดการจะนำไปสู่กระบวนการรับรู้ที่แย่งซึ่งจะนำไปสู่ภาวะซีมเศร้าและภาวะสมองเสื่อม
- จากมติ WHA ๗๐.๑๓ องค์การอนามัยโลกได้แนะนำประเทศสมาชิกให้เล็งเห็นถึงความสำคัญของภาวะหูหนวกและภาวะการสูญเสียการได้ยิน โดยให้มีการบูรณาการเข้ากับระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ การเก็บข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวข้อง โครงการการฝึกและพัฒนาทรัพยากรบุคคล การมีระบบวัดชี้้นพื้นฐานป้องกันโรคที่อาจส่งผลกระทบต่อการได้ยิน การตรวจหาโรคที่ส่งผลต่อการได้ยินในระยะเริ่มต้น การควบคุมการใช้เสียงในสถานที่ทำงาน และการเข้าถึงเทคโนโลยีและอุปกรณ์ที่ช่วยในการได้ยิน

บทบาททำที่ของประเทศอื่นๆ

- ประเทศสมาชิกต่างๆให้ความสำคัญกับเรื่องการป้องกันภาวะหูหนวกและการสูญเสียการได้ยิน
- ประเทศแอฟริกาใต้ได้เน้นย้ำถึงการบูรณาการทั้งเรื่องของการตรวจคัดกรอง และการใช้อุปกรณ์ช่วยการได้ยิน รวมถึงประสาทหูเทียม การคัดกรองในทารกแรกเกิดถือเป็นเรื่องสำคัญ
- ประเทศสโลวาเกียได้มีนโยบายการป้องกันภาวะหูหนวกและการสูญเสียการได้ยินและได้มีกิจกรรมต่างๆ โดยมีการสนับสนุนทางเทคนิค การฝึกอบรม และการจัดงาน world hearing day โดยทางประเทศได้มีคำขวัญว่า “Check your hearing” ทางประเทศยังได้สนับสนุนกิจกรรมต่างๆที่องค์การอนามัยโลกเสนอ
- ประเทศแซมเบียได้มีนโยบายระดับประเทศโดยได้มีแนวทางการให้บริการโดยมีคลินิกตรวจการได้ยิน การบูรณาการเข้าสู่ระบบสุขภาพพื้นฐาน การพัฒนาระบบวัดคลื่น และการใช้ยาทางเลือกที่ไม่มีผลกระทบต่อระบบการได้ยิน

บทบาททำที่ของประเทศไทย

- ประเทศไทยเห็นด้วยกับมติ WHA ๗๐.๑๓ เรื่องการป้องกันภาวะหูหนวกและการสูญเสียการได้ยินโดยได้มีมาตรการต่างๆกำหนดไว้
- ทางหน่วยงานต่างๆได้ตระหนักถึงการป้องกันการสูญเสียการได้ยินโดยราชวิทยาลัย โสต ศอ นาสิก ร่วมกับสถาบันทางการแพทย์ต่างๆจัดงาน World Hearing Day ที่มีการให้ความรู้กับประชาชนและมีการให้บริการตรวจการได้ยินกับประชาชน
- ในด้านการคัดกรองเรื่องการได้ยิน ประเทศไทยได้มีการผลักดันเป็นนโยบายสำหรับการคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิด โดยมีเป้าหมายที่จะต้องคัดกรองทารกทุกราย ไม่ใช่เฉพาะในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง
- การตรวจการได้ยิน นอกจากในโรงพยาบาลแล้ว ยังมีการออกหน่วยตรวจคัดกรองการได้ยินในโรคหูในพื้นที่ย่างไกล
- ในแง่ของการป้องกันภาวะการสูญเสียการได้ยินจากที่ทำงานนั้น มีการประเมินการได้ยินก่อนและหลังการทำงานในสถานประกอบการที่มีเสียงดัง และยังมีกฎกระทรวงแรงงานที่ให้นายจ้างควบคุมระดับเสียงหรือมีอุปกรณ์ป้องกันสำหรับพนักงาน
- การเข้าถึงอุปกรณ์ที่ช่วยเรื่องการได้ยินอาจจะยังเป็นปัญหาในพื้นที่ที่ย่างไกล

Intervention 21.3 on Agenda 21.3 Progress reports

Delivered by Dr Pathra Angsuwan (25/05/2019)

Thank you, Chair.

Thailand appreciates the good progress on Sustaining the elimination of iodine deficiency disorders.

While solving the deficiency through iodine salt advocate, monitoring needs to assess the magnitude of excessive consumption.

Thailand has provided iodine supplementation integrated with Universal Health Coverage (UHC). Iodine supplementation tablets are distributed to school children and also other population groups who are particularly vulnerable to iodine deficiency such as pregnant and lactating women as part of the UHC.

Regarding, the issue on Deafness and hearing loss, raising awareness among high risk population is essential for primary prevention. Major challenges are on early detection among newborns. Access to hearing aids and cochlear implantations is a barrier especially in resource poor setting. Therefore, in parallel with promoting access to those tools, efforts should be made for innovative communication strategies and supportive deafness-friendly environment for people living with hearing loss. Thank you, Chair.

Agenda 21.3 Progress reports F. Strategy for integrating gender analysis and actions into the work of WHO (resolution WHA60.25(2007))

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นางสาวจินตนา จันทร์โคตรแก้ว สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๒. นายชาติชาย สุวรรณนิตย์ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
๓. แพทย์หญิงอรุณญา ลิ้มวัฒนา ยิ่งยง กรมควบคุมโรค

สาระสำคัญของวาระ

๑.๑ เนื้อหาของมติ

ประเด็นเรื่องเพศทั้งด้านชีววิทยา (sex) และบทบาททางสังคม (gender) เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมทางสุขภาพ สภาวะสุขภาพ การเข้าถึงบริการทางสุขภาพและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทางสังคม

วาระการติดตามความก้าวหน้ามติยุทธศาสตร์การรวมประเด็นเรื่องเพศในการวิเคราะห์และการดำเนินงานขององค์การอนามัยโลก โดยมีมติดังกล่าวได้รับรับรองจากที่ประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลกครั้งที่ ๖๐ ปี ๒๕๕๐ (resolution WHA๖๐.๒๕) มติได้กระตุ้นให้ประเทศสมาชิกนำประเด็นเรื่องเพศทั้งในด้านชีววิทยา (sex) และบทบาททางสังคม (gender) เข้าไปใน นโยบาย มาตรการ แผนงบประมาณ การดำเนินงานในระบบสาธารณสุข และการให้บริการทางสาธารณสุข รวมทั้งการจัดการองค์ความรู้และงานวิจัย นอกจากนี้มติได้ขอให้ผู้อำนวยการใหญ่ขององค์การอนามัยโลกติดตามการนำประเด็นเรื่องเพศเข้าไปในการดำเนินการขององค์การอนามัยโลก และให้การสนับสนุนประเทศสมาชิกนำประเด็นเพศเข้าไปในการดำเนินนโยบายในระดับประเทศ ที่สำคัญมติได้ขอให้มีการรายงานความก้าวหน้าในการนำยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติต่อการประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลกผ่านการประชุมคณะกรรมการบริหารขององค์การอนามัยโลก (Executive Board) ทุก ๒ ปี

ในการประชุมองค์การอนามัยโลกครั้งที่ ๖๐ ประเทศไทยได้สนับสนุนมติดังกล่าว⁶

๑.๒ สรุปรายงานความก้าวหน้าการดำเนินการตามมติในระหว่างปี ค.ศ.๒๐๑๗-๒๐๑๘

ในระดับประเทศ นั้นมีทั้งหมด ๗๑ ประเทศได้ดำเนินการบรรจุเรื่องความเท่าเทียมทางเพศในนโยบายและแผนงานในระดับประเทศ (มี ๖๓ ประเทศในปี ค.ศ. ๒๐๑๕) ในการดำเนินการขององค์การอนามัยโลกนั้น แบ่งออกเป็น ๓ ส่วนหลักๆ คือ ๑) การสนับสนุนด้านวิชาการให้กับประเทศสมาชิกในการบรรจุเรื่องเพศในการจัดการฐานข้อมูลในการกำกับติดตามการดำเนิน ๒) การพัฒนาศักยภาพในการดำเนินกิจกรรมที่บรรจุด้านความเท่าเทียมทางเพศ และ ๓) องค์การอนามัยโลกได้พยายามนำประเด็นเรื่องความเท่าเทียมทางเพศ เข้าไปพิจารณาในการบริหารจัดการ

⁶ รายงานการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ 60 โดยกองการต่างประเทศ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข

องค์กรและกระบวนการตัดสินใจ เช่น รวมประเด็นเรื่องความเท่าเทียมทางเพศเข้าไปใน โปรแกรมการดำเนินงาน ครั้งที่ ๑๓ (Thirteenth General Programme of Work) นอกจากนี้ในปี ค.ศ.๒๐๑๘ บุคลากรขององค์การอนามัยโลกมีส่วนเพศชายและเพศหญิงที่ใกล้เคียงกัน แต่ในบุคลากรขององค์การอนามัยโลกระดับประเทศยังมีสัดส่วนของเพศหญิงต่ำกว่าเพศชาย โดยเพศหญิงมีเพียงร้อยละ ๓๓ ที่มาของมติยุทธศาสตร์การรวมประเด็นเรื่องเพศในการวิเคราะห์และการดำเนินงานขององค์การอนามัยโลก

มติยุทธศาสตร์การรวมประเด็นเรื่องเพศในการวิเคราะห์และการดำเนินงานขององค์การอนามัยโลกมีการขับเคลื่อนมาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน โดยเริ่มแรกเกิดจากการขับเคลื่อนประเด็นความเท่าเทียมของเพศหญิง หลังจากนั้นได้มีพัฒนาประเด็นให้ครอบคลุมทั้งหญิงและชายตามการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ในช่วงแรกของการขับเคลื่อนระดับโลกใช้ประเด็นสิทธิมนุษยชน (human right) ในการเข้าถึงบริการและการมีส่วนร่วมในสังคม โดยมีการขับเคลื่อนในระดับโลกที่สำคัญคือ ในการประชุมเกี่ยวกับเพศหญิงระดับโลกครั้งที่ ๔ ได้มีการประกาศปฏิญญาปักกิ่ง (Beijing Declaration and Platform for Action) ในปี ๒๕๓๘ โดยจากปฏิญญาดังกล่าวได้ให้ข้อเสนอแนะให้มีการรับรองมติจากปฏิญญาปักกิ่งในการประชุมสามัญประจำปีขององค์การสหประชาชาติ หลังจากนั้นในปี ๒๕๔๔ ได้มีการรับรองมติการพัฒนาสถานะของเพศหญิงในระบบและการดำเนินงานขององค์การสหประชาชาติ (Improvement of the status of women in the United Nations Systems/RES/๕๕/๖๙) ซึ่งจากการรับรองมติดังกล่าว องค์การอนามัยโลกซึ่งเป็นหนึ่งในองค์กรภายใต้ต้องการสหประชาชาติได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการนำประเด็นเรื่องเพศเข้าไปเป็นประเด็นในการดำเนินงานขององค์การอนามัยโลกโดยมีการขับเคลื่อนดังนี้

- การรับรองรายงาน Gender, women and health: incorporating a gender perspective into mainstream of WHO's policies and programmes (EB๑๑๖/๑๓) ในปี ๒๕๔๘ แต่รายงานดังกล่าวได้เพียงชี้ให้เห็นความสำคัญของประเด็นเรื่องเพศในการดำเนินงานขององค์การอนามัยโลกยังไม่มีระบุการนำไปปฏิบัติที่ชัดเจน
- การรับรองรายงาน Report integrating gender, women and health: draft strategy(EB๑๒๐/๖) โดยจากรายงาน Executive Board ได้ ขอให้มีการนำร่างมติ the draft strategy for incorporating gender perspective into the mainstream of WHO's work เข้าไปพิจารณาในการประชุมสมัชชาสุขภาพโลกครั้งที่ ๖๐ ปี ๒๕๕๐
- การรับรองมติ Strategy for integrating gender analysis and actions into the work of WHO (WHO๖๐.๒๕) และรายงาน Integrating gender analysis and actions into the work of WHO: draft strategy ในปี ๒๕๕๐

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

มี ๗ ประเทศแสดงความเห็นต่อรายงานความก้าวหน้า โดยท่าทีของประเทศเห็นตรงกันเรื่องความสำคัญของความเท่าเทียมทางเพศและการให้ความเห็นจากประเทศสมาชิกแบ่งออกเป็น ๒ ส่วน คือ

๑) การให้ข้อเสนอแนะต่อความก้าวหน้าของการดำเนินงานขององค์การอนามัยโลก

- ชื่นชมองค์การอนามัยโลกที่นำประเด็นความเท่าเทียมทางเพศเข้าไปในการจัดสรรงบประมาณ(Program Budget) และ Result Framework และการให้ความสำคัญ SDG๓ และ SDG๕
- ประเทศสมาชิกได้ชี้ให้เห็นความสำคัญการพัฒนาข้อมูลแบ่งตามเพศ

๒) การรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานในการสร้างความเท่าเทียมทางเพศในระดับประเทศ
ประเทศได้

- นำประเด็นเรื่องเพศเข้าไปในแผนการดำเนิน นโยบายด้านสาธารณสุข และระบบสุขภาพ
- มีการสร้างศักยภาพของบุคลากรด้านสาธารณสุขให้เห็นความสำคัญด้านความเท่าเทียมทางเพศ

บทบาทและทำที่ของประเทศไทย (แบบ intervention ตอนท้าย)

ประเทศไทยแสดงความชื่นชมความก้าวหน้าในการดำเนินการ โดยนำเรื่องเพศเข้าไปในรายงานข้อมูลสถิติด้านสุขภาพ (Health Statistic Report ๒๐๑๙) รายงานโดยองค์การอนามัยโลก ที่รวมประเด็นเรื่องเพศในการรายงานแต่ละตัวชี้วัด และชื่นชมในความก้าวหน้าเกี่ยวกับสัดส่วนชายหญิงที่ใกล้เคียงกันของบุคลากร แต่ประเทศแสดงความกังวลในสัดส่วนชายหญิงของบุคลากรขององค์การอนามัยโลกระดับประเทศ

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับรองรายงานความก้าวหน้า

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

- กระทรวงสาธารณสุขควรเป็นผู้นำในการนำประเด็นเรื่องเพศเข้าไปในกระบวนการตัดสินใจ โดยผู้บริหาร กระทรวงสาธารณสุขควรตระหนักถึงความสำคัญประเด็นเรื่องเพศในการดำรงตำแหน่งผู้บริหารระดับสูงของกระทรวง
- กองบริหารการสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องประสานกับกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับความก้าวหน้าในการดำเนินงานเกี่ยวกับความเท่าเทียมทางเพศและรายงานต่อองค์การอนามัยโลกตามมติ WHA60.25 ทุก 2 ปี ซึ่งความก้าวหน้าดังกล่าวอาจจะเชื่อมโยงกับการติดตามรายงานความก้าวหน้าตามอนุสัญญา Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW)

การทำงานในระดับนานาชาติ

- กระตุ้นการขับเคลื่อนในระดับภูมิภาคในการรายงานประเด็นสุขภาพแยกตามเพศและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของประเทศในภูมิภาคที่ประสบความสำเร็จและกำหนดแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน

Intervention on agenda 21.3 Progress reports F. Strategy for integrating gender analysis and actions into the work of WHO (resolution WHA60.25(2007))

Delivered by Jintana Jankhotkaew (27/May/2019)

Thank you chair

Thailand appreciates the good progress and we would like to raise two points as follow
First, Thailand appreciates the gender breakdown in all statistics in the 2019 World Health Statistics. Please keep on this good practice as required by SDGs.

Second, Thailand appreciates the achievement of 50/50 goal on gender balance. Despite

female outbalance at the General Service level, and a small gap at the professional and higher categories; we see room for the improvement, greater efforts should be made to improve the current 33% female among WHO head of country office. Also, it takes 14 years to increase the percent of female external experts appointed by WHO from 22% in 2005 to 34% in 2018.

Mr.Chair, how many more years we have to wait to achieve 50/50 goal in all levels?

Thank you Chair.

Agenda 21.3 Progress Report G. The role of the health sector in the Strategic Approach to International Chemicals Management towards the 2020 goal and beyond (Decision WHA70(23)(2017))

ผู้รับผิดชอบวาระ

๑. เกสซ์กรหญิงชฎาธร อินโย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
๒. แพทย์หญิงปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

สาระสำคัญของวาระ

- ในเดือนพฤษภาคมปี ๒๐๑๗ ที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ ๗๐ ได้ข้อตัดสินใจ WHA๗๐(๒๓) ที่จะดำเนินการจัดทำแผนการดำเนินงานเพื่อการมีส่วนร่วมของภาคสุขภาพในการจัดการสารเคมีในปี ๒๐๒๐ และต่อไปในอนาคต (International Chemicals Management towards the ๒๐๒๐ goals and beyond) โดยจากการประชุมได้มีข้อเรียกร้องให้รายงานผลการดำเนินงานตาม Minamata Convention (ตาม WHA๖๗.๑๑ ปี ๒๐๑๔)
- แผนงานการดำเนินงาน WHO Global Chemical and Health Network จัดทำขึ้นเพื่ออำนวยความสะดวกในการทำงาน การประชุมอย่างไม่เป็นทางการจัดขึ้นในระหว่างวันที่ ๖-๘ พฤศจิกายน ๒๐๑๘ เพื่อหาช่องว่างการดำเนินการ ความท้าทายที่เกิดขึ้น ความสำเร็จ และโอกาสสำหรับความร่วมมือในการดำเนินงานตาม Road map การประชุมจะจัดขึ้นอีกครั้งในปี ๒๐๒๐ ก่อนการเสนอแผนงานฉบับสมบูรณ์
- ตั้งแต่เดือนมีนาคม ๒๐๑๗ ฝ่ายเลขานุฯ ได้จัดทำเครื่องมือสำหรับดำเนินการตาม Road map โดยจัดทำเป็นแผ่นพับ และเอกสาร หลังจากนั้นได้จัดทำ workshop เพื่อขอความเห็นในการพัฒนาจากประเทศสมาชิกในระหว่างวันที่ ๒๕ - ๒๖ ตุลาคม ๒๐๑๗ เพื่อให้มั่นใจว่าจะเป็นเครื่องมือที่สามารถนำไปใช้งานได้ง่าย
- สำหรับงานด้านวิชาการเพื่อดำเนินการความประสงค์ที่ระบุไว้ใน Road map ประกอบด้วยการตีพิมพ์ข้อมูลสถานการณ์โรคที่เกี่ยวข้องกับสารเคมี ในปี ๒๐๑๖ ประชากรโลกกว่า ๑.๖ ล้านคนเสียชีวิตจากการสัมผัสสารเคมีอันตราย อย่างไรก็ตามข้อมูลมีการนำเสนอชนิดของสารเคมีที่มีการสัมผัสน้อยชนิด ทั้งที่ประชากรมีโอกาสสัมผัสสารพิษมากกว่า

ท่าทีของประเทศสมาชิก

มีประเทศสมาชิกแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นทั้งหมด ๔ ประเทศ ดังนี้

- ประเทศเยอรมนี แสดงความคิดเห็นในนามของประเทศสมาชิก ๓๔ ประเทศเกี่ยวกับการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การจัดการสารเคมีระดับโลก โดยแสดงความคาดหวังการทำงานของ WHO ในการวางแผนการจัดการสารเคมีภายหลังปี ๒๐๒๐ และขอให้วางแผนงบประมาณสำหรับปี ๒๐๒๐ – ๒๐๒๑ ภายใต้ ๑๓th General Programme of Work และประเมินผลการดำเนินงานก่อนการประชุมระดับโลทางด้านจัดการสารเคมี รวมถึงการวางแผนปรับเปลี่ยนตัวชี้วัดให้มีความเหมาะสมทั้งระบบ
- ประเทศอินเดีย สนับสนุนการ Health System Strengthening ในการจัดการสารเคมี ซึ่งให้เห็นถึงประเด็นปัญหาที่มีอุตสาหกรรมจำนวนมาก แต่ไม่ได้รับการควบคุมอันตรายที่เกิดจากสารเคมีได้อย่างเหมาะสม และมีความห่วงกังวลเกี่ยวกับสารเคมีที่ใช้เป็นอาวุธ หรือใช้สำหรับการทำลายสิ่งก่อสร้างและอาคารขนาดใหญ่ ในประเทศอินเดียมีโรงงานผลิตสารเคมีเป็นจำนวนมากและต้องมีการควบคุมและบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้น สิ่งที่ต้องดำเนินการคือการจัดสรรงบประมาณ การจัดการอย่างเป็นระบบ และพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางสาธารณสุข
- ประเทศแซมเบีย ภาวะโลกร้อนมีผลกระทบมาจากภาคอุตสาหกรรมซึ่งประเทศต้องพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ของประเทศในการสร้างระบบ ปัจจุบันประเทศแซมเบียมีการเข้าร่วมกิจกรรมการจัดการสารเคมีที่จัดขึ้นโดยส่วนภูมิภาค และในประเทศเอง เช่น Chemical Data System โดยขอให้ WHO สนับสนุนงบประมาณและการพัฒนาบุคลากร
- ประเทศอินโดนีเซีย ต้องการให้มีกระบวนการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตาม SAICM
- ประเทศแคนาดา สนับสนุนการดำเนินงานของ WHO ในการดำเนินการตาม Road map และ Global Chemical and Health Network ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินการปี ๒๐๒๐ เป็นต้นไปคือการหาทางจัดการกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพื่อระบุประเด็นและปัญหาที่น่าจะเกิดขึ้น โดยจะรอไปหารือกันในการประชุม Global Chemical Management ต่อไป
- Dr. Naoko Yamamoto WHO's Assistant Director-General for Universal Health Coverage and Health Systems กล่าวต่อที่ประชุมโดยขอให้ประเทศสมาชิกเข้าร่วม Global Chemical and Health Network เพื่อสนับสนุนการทำงานตาม SAICM ร่วมกัน สำหรับ Minamata Convention of Mercury WHO ยังคงต้องการข้อมูลและทรัพยากรในการดำเนินงาน WHO ยืนยันจะดำเนินการเพื่อลดอันตรายต่อสุขภาพที่เกิดจากสารเคมีต่อไป

ท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยไม่ได้แสดงความคิดเห็นในประเด็นนี้

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ประเทศสมาชิกรับทราบรายงานความคืบหน้าการดำเนินการตามเอกสาร

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

การทำงานในระดับประเทศ

- การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ระหว่างประเทศว่าด้วยการจัดการสารเคมี (Strategic Approach to International Chemical Management: SAICM) จะต้องมีความสอดคล้องกันกับแผนการดำเนินงานใน

ระดับประเทศ การปรับแผนปฏิบัติการให้เหมาะสมกับสถานการณ์และการสร้างตัวชี้วัดที่สะท้อนความสำเร็จในประเทศและระดับโลกเป็นสิ่งที่จำเป็น เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปในทิศทางที่เหมาะสม ตอบสนองต่อเป้าหมายและทิศทางในการแก้ไขปัญหาทั้งในระดับประเทศและระดับโลก

การทำงานในระดับนานาชาติ

- การประสานความร่วมมือผ่านเครือข่ายต่างๆ ระหว่างประเทศ ต้องการการสนับสนุนทรัพยากรทางการเงินที่เพียงพอและยั่งยืนสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การดำเนินงานที่วางเอาไว้ และขยายขอบเขตความรับผิดชอบให้กว้างและครอบคลุมตลอดวงจรชีวิตของสารเคมี ซึ่งต้องอาศัยการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก

Agenda 21.3 Progress Report H. Regulatory system strengthening for medical products (resolution WHA67.20 (2014))

ผู้รับผิดชอบวาระ

๑. เกสซ์กรหญิงสีตานันท์ พูนผลทรัพย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
๒. ดร.เกสซ์กรหญิงอรทัย วลีวงศ์ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

สาระสำคัญของวาระ

รายงานนี้อธิบายถึงกิจกรรมที่ดำเนินการโดยฝ่ายเลขาฯ (องค์การอนามัยโลก) ตามข้อมติที่ WHA๖๗.๒๐ (๒๐๑๔) ต่อจากการรายงานล่าสุดถึงสมัชชาสุขภาพโลกในเดือนพฤษภาคม ๒๕๖๐

๑. ระบบการเสริมสร้างความเข้มแข็ง

เครื่องมือเปรียบเทียบระบบการกำกับดูแลยาและวัคซีนแบบครบวงจรจัดทำแล้วเสร็จหลังจากการปรึกษาหารือโดยละเอียด เครื่องมือนี้จะถูกใช้เพื่อประเมินและระบุหน่วยงานกำกับดูแลภายใต้ WHO Listed Authorities การแสดงรายการหน่วยงานนี้ เป็นวิธีที่โปร่งใสและเป็นไปเพื่อเพิ่มการรับรู้ ตามมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับในระดับสากล เพื่อช่วยในการจัดหาผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ที่มีคุณภาพและเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการคัดเลือก

๒. ด้านบรรทัดฐานและมาตรฐาน คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญของ WHO ได้อนุมัติแนวทางการดำเนินงานดังนี้:

- คุณภาพ ความปลอดภัย และประสิทธิภาพของวัคซีนอีโบล่า
- ผลิตภัณฑ์ชีววัตถุ รวมถึงการปรับปรุงแนวแนวทางฉบับล่าสุดสำหรับผลิตภัณฑ์ชีววัตถุคล้ายคลึงปี ๒๐๐๙;
- การทดสอบและการจำแนกประเภทของ “ผลิตภัณฑ์ต้องสงสัย” เป็นยาปลอม
- การปฏิบัติที่ดีในการผลิต (Good Manufacturing Practice; GMP) และ
- การยกเว้นข้อกำหนดการศึกษาชีวสมมูลสำหรับยาใน WHO Model List of Essential Medicine

๓. WHO ได้ดำเนินการพัฒนา:

- คำแนะนำเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติที่ดี
- ร่างแนวทางเกี่ยวกับการจัดการระบบคุณภาพสำหรับหน่วยงานกำกับดูแลระดับชาติ
- ร่างโครงการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงเลือดและส่วนประกอบของเลือดที่มีคุณภาพ และปลอดภัย
- ข้อเสนอในการทำให้รูปแบบการรับรองโดย WHO ทันสมัย
- คำแถลงระหว่างหน่วยงานเกี่ยวกับการผลิตสินค้าที่มีคุณภาพในระดับท้องถิ่น

การใช้บรรทัดฐานและมาตรฐานขององค์การอนามัยโลกดำเนินการผ่าน Implementation workshop, Benchmarking mission และการมีส่วนร่วมและการประสานงานในทุกกระดับขององค์กร ภายใต้ผลลัพธ์ ๑.๓ ของแผนงบประมาณ ๒๐๒๐ – ๒๐๒๑

- ด้านเครือข่ายกำกับดูแล WHO ได้ขยายการสนับสนุนทางเทคนิค เช่น การริเริ่มการประสานการกำกับดูแลการใช้ยาของแอฟริกา การจัดตั้งพันธมิตรระดับภูมิภาคเพื่อการพัฒนาที่ทำงานร่วมกัน จัดตั้ง Technical working group เพื่อพัฒนา African medicine agency การจัด African Vaccine Regulatory Forum เพื่อสนับสนุน การพัฒนาผลิตภัณฑ์และการจัดการกับเหตุฉุกเฉินด้านสาธารณสุข
- จากการประชุม International Conference of Drug Regulatory Authorities ครั้งที่ ๑๘ ประเด็นในการประชุมเกี่ยวกับการกำกับดูแลผลิตภัณฑ์ เกี่ยวกับการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง และการลงทุนเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ระบบกำกับดูแล
- นอกจากนี้ยังได้ประสานงานร่วมกับ Member state on Substandard and Falsified Medicine เพื่อหาขอบเขตการทำงานที่ชัดเจน มีการประเมินผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจ การพัฒนาด้านความรู้ และการประเมินความเสี่ยง ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับยาปลอมและยาผิดมาตรฐานถูกประสานร่วมกับ Global Benchmarking tool และเจ้าหน้าที่กำกับดูแลใน ๑๗๐ ประเทศ การดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพเป็นหัวใจสำคัญในการเพิ่มการเข้าถึงยา โดยต้องการการมีส่วนร่วมและสนับสนุนในระยะยาว

ทำที่ของประเทศสมาชิก

ประเทศสมาชิกส่วนใหญ่นำเสนอความก้าวหน้าในการดำเนินการตามมติในระดับประเทศ ซึ่งมีเป้าหมายค้ำประกันถึงความปลอดภัย ประสิทธิภาพ และคุณภาพของยา และรอรายงานผลในการประชุมครั้งต่อไป ไปที่ WHA๗๔, WHA๗๖ และ WHA๗๘ ระบบการติดตามและประเมินผลของนโยบายเป็นปัจจัยสำคัญที่จะเพิ่มการเข้าถึงยาจำเป็นและบรรลุเป้าหมาย UHC นอกจากนี้ The South Centre, People health movement และ Third world network เสนอความกังวลในประเด็น Biotherapeutic product guideline ให้อัปเดตข้อมูลและปรับตัวชี้วัดของย่อหน้า ๘๐ เรื่อง Norms and Standards ของเอกสาร A๗๒/๕๙

ทำที่ของประเทศไทย

ประเทศไทยชื่นชมความก้าวหน้าของมติ และเน้นความสำคัญของการนำข้อมูลจากการประเมินก่อนและหลัง marketing regulation ของหน่วยงานควบคุมกำกับของรัฐ (National Regulatory Authorities) ไปพัฒนานโยบายและระบบควบคุมคุณภาพต่อไป โดยเฉพาะในประเด็นศักยภาพของระบบ ควรสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบการควบคุมยาให้ตอบสนองต่อการจำหน่ายยาทางช่องทางอินเทอร์เน็ตข้ามประเทศที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ที่ผ่านมามีความร่วมมือระหว่างประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ได้ทำให้เกิดกระบวนการการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อปรับปรุงการทำงานและการแลกเปลี่ยนข้อมูลทางด้านราคาระหว่างกัน

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

WHO ขอบขอบคุณการสนับสนุนการทำงานตามมติและรับทราบความก้าวหน้าในระดับประเทศของหน่วยงานควบคุมกำกับของรัฐของประเทศสมาชิก และการพัฒนา global benchmarking tool เวอร์ชัน ๖ และจะเตรียมพร้อม

เพื่อทำรายงานความก้าวหน้าต่อที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งต่อไป ๆ พร้อมรับทราบข้อกังวลในประเด็น Biotherapeutic product guideline ตามที่ NSOs ได้เสนอ

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

การทำงานในระดับประเทศ

ประเทศไทยได้เข้ารับการประเมินโดยองค์การอนามัยโลกและใช้ unified global benching tool เมื่อปี ๒๐๑๘ และได้พัฒนา institutional development plans ดังนั้นจึงต้องนำแผน IDP ลงสู่การปฏิบัติอย่างจริงจังตามกำหนดเวลา

ปรับ การนำแนวทาง มาตรฐาน ที่พัฒนาโดยองค์การอนามัยมาปรับใช้อย่างเหมาะสมกับประเทศ

การทำงานในระดับนานาชาติ

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาควรเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในเวที ระหว่างประเทศอย่างต่อเนื่อง เช่น การเข้าร่วมเป็นกลุ่ม ASEAN join assessment group เพื่อร่วมประเมินยาที่เป็น priority ของประเทศอาเซียน การเข้าร่วม WHO PQ program , เข้าร่วมผลักดันนโยบายด้านการกำกับดูแลร่วมกันในเวที international conference of Drug Regulatory Authorities

Intervention on Agenda 21.3 Progress Report H. Regulatory system strengthening for medical products (resolution WHA67.20 (2014))

Thailand commends the good progresses.

Assessment of National Regulatory Authorities (NRA) identifies capacity gaps both pre- and post-marketing regulation. Policy should be guided by the results of these assessments. NRA should strengthen the regulatory capacity to respond to the increasing size of cross border internet sales. South East Asia regional collaboration among NRA facilitates cross country learning and sharing for performance improvement and sharing of purchasing price information.

Agenda 21.3 I: Progress in the rational use of medicine (resolution WHO60.16(2007))

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. เกษัชกรหญิงกุลจิรา อุดมอักษร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
๒. นายวรวิช บุญยาภิษฐาน สถาบันวัคซีนแห่งชาติ
๓. เกษัชกรหญิงชฎาธร อินโย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

สาระสำคัญของวาระ

วาระนี้เป็นการรายงานความก้าวหน้าของการดำเนินงานด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลตาม resolution WHA๖๐.๑๖ (๒๐๐๗) ซึ่งมีเป้าหมายในการลดการใช้ยาที่มากเกินไป (overuse) การเข้าไม่ถึงยาจำเป็น (underuse) และการใช้ยาผิดวัตถุประสงค์ (misuse) รายงานความก้าวหน้าในการดำเนินงานแบ่งออกเป็น ๔ ด้านหลักๆ

๑) ค่านิยม และมาตรฐานการคัดเลือก และการใช้อย่างสมเหตุผล

- มีการ update WHO model list of essential medicine โดยมีการเพิ่มรายการยาทั้งสำหรับผู้ใหญ่ และเด็ก รวมทั้งเพิ่มข้อบ่งใช้ใหม่สำหรับยาที่บรรจุอยู่ใน model list แล้ว
- เพิ่มเติมคำแนะนำในการใช้ยาปฏิชีวนะสำหรับการติดเชื้อทั่วไป การติดเชื้อรุนแรง และรายการที่ต้องสงวนไว้สำหรับผู้ป่วยที่เจ็บป่วยขั้นรุนแรง โดยแบ่งประเภทยาต้านจุลชีพเป็น ๓ กลุ่ม: Access, Watch, Reserve (AWARE) ซึ่งเป็นประโยชน์ในการกำหนดมาตรการเฝ้าระวังให้เหมาะสมในแต่ละระดับ (ท้องถิ่น ประเทศ และนานาชาติ)

๒) การใช้ยาต้านจุลชีพอย่างมีความรับผิดชอบ

๒.๑ การติดตามการใช้ยาปฏิชีวนะ (surveillance of antibiotic use) มีความก้าวหน้าสำคัญๆ คือ

- ฝ่ายเลขานุการได้พัฒนาระเบียบวิธีการติดตามการบริโภคยาปฏิชีวนะของ WHO และได้มีการนำไปใช้ในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำถึงปานกลางหลายประเทศ
- เผยแพร่รายงานปริมาณการบริโภคยาต้านจุลชีพในระดับโลกฉบับแรกเมื่อ พ.ย.๒๐๑๘ มีข้อมูลจาก ๖๕ ประเทศสมาชิก
- ๒๐๑๙ จะรวมเอาระบบการติดตามปริมาณการบริโภคยาต้านจุลชีพเข้าไปในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศการติดตามสถานการณ์การดื้อยาต้านจุลชีพของโลก
- WHO กำลังพัฒนาแนวทางในการติดตามการบริโภคยาปฏิชีวนะ เพื่อสนับสนุนให้เกิดการติดตามปริมาณการบริโภคยาปฏิชีวนะให้เป็นงานประจำในระดับสถานบริการ
- เผยแพร่ขั้นตอนปฏิบัติ (protocol) ในการสำรวจการใช้ยาปฏิชีวนะในโรงพยาบาล (point prevalence survey) ทางอินเทอร์เน็ตในเดือน ม.ค.๒๐๑๙ มีการวางแผนการสำรวจในหลายๆ ประเทศ โดยจะเริ่มต้นที่ภูมิภาคแอฟริกา
- กำลังพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศในการนำเข้าข้อมูล และรายงานเพื่อสนับสนุนการสำรวจ

๒.๒ การจัดการการใช้ยาต้านจุลชีพให้มีความเหมาะสม (Antimicrobial stewardship)

- พัฒนาวัสดุเครื่องมือสำหรับการรณรงค์ (advocacy) โปรแกรมการจัดการการใช้ยาต้านจุลชีพให้มีความเหมาะสม พร้อมทั้งให้การสนับสนุนเชิงเทคนิคในการดำเนินการโปรแกรม
- ชุดตัวช่วยสนับสนุนการดำเนินการ antimicrobial stewardship program สำหรับโรงพยาบาลในประเทศรายได้ต่ำ และปานกลาง กำลังจะแล้วเสร็จ
- จะมีการปรับปรุง ขนาดยา วิธีการใช้ และระยะเวลาในการใช้ยาปฏิชีวนะ ใน model list of essential drug ในปี ๒๐๑๙
- WHO กำลังพัฒนา AWARE manual สำหรับผู้กำหนดนโยบาย เพื่อให้มีการนำไปใช้อย่างกว้างขวางขึ้นในระดับประเทศ

๓) ความก้าวหน้าในระดับภูมิภาค และระดับประเทศ

- ร้อยละ ๗๕ ของประเทศในภูมิภาคแอฟริกาแสดงท่าทีสนับสนุนการจ่าย สั่งใช้ ใช้ยา และเทคโนโลยีทางสุขภาพอย่างสมเหตุผล ด้วยมุมมองที่จะเพิ่ม universal coverage
- ในภูมิภาคยุโรปมีการแนะนำทางเทคนิคสร้างเสริมความเข้มแข็งให้ประเทศต่างๆ และการ training บุคลากรทางการแพทย์ และผู้เกี่ยวข้อง

- ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ได้เริ่มพูดคุยเพื่อทำให้เกิดการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม โดยเน้นการดำเนินการโปรแกรม antimicrobial stewardship บูรณาการร่วมกับ AWARE category และการติดตามปริมาณการบริโภคยาต้านจุลชีพ

แนวทางการพัฒนาต่อไป เป็นการพัฒนาแนวทางในการดำเนินการกิจกรรมต่างๆ ที่เข้มแข็ง ตรงประเด็น โดยใช้นโยบาย และแผนระดับชาติ บูรณาการกับมาตรฐาน และค่านิยมของ WHO และการลงทุนในทรัพยากร มนุษย์ และการเงินอย่างเพียงพอตาม resolution WHA๖๐.๑๖

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

มีประเทศ ที่มี intervention ใน agenda นี้ทั้งหมด ๖ ประเทศ มีเนื้อหาโดยสรุปว่า Member state ส่วนใหญ่ สนับสนุน และชื่นชม secretariat ในความก้าวหน้าของการดำเนินงานด้านการใช้อย่างสมเหตุผล บางประเทศ กล่าวถึงปัญหาการใช้ยาในประชาชนซึ่งมี health literacy ไม่เพียงพอ และการเข้าถึงยาจำเป็นโดยเฉพาะกรณี ไม่มียาสามัญ ตลอดไปจนถึงการ train บุคลากรทางการแพทย์ให้มีการสั่งจ่าย และการใช้ยาที่ดี ประเทศสมาชิก ควรมีแผนปฏิบัติการเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลระดับชาติ และขอให้ WHO สนับสนุนประเทศสมาชิกให้ สามารถการออกแบบ และดำเนินนโยบายด้านยาที่ดี

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (แนว intervention ตอนท้าย)

ความก้าวหน้าของการทำงานส่วนใหญ่เป็นเรื่องของยาต้านจุลชีพเกือบทั้งหมดปัญหาการใช้ยาไม่เหมาะสมใน area อื่น เช่น การใช้ยาในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, self medication, การจัดการอาการไม่พึงประสงค์จากยา

ความก้าวหน้าการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุในด้านอื่นๆ เช่น การจัดการการส่งเสริมการขายยาที่ขาด จริยธรรม, การประสาน และเพิ่มการสนับสนุนทางการเงินโดยเฉพาะในการฝึกอบรมทรัพยากรบุคคล และเพิ่ม ระดับความสามารถในระดับสถานบริการ ควรมีกลไกเพื่อติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานการส่งเสริมการใช้ ยาอย่างสมเหตุผลในระดับภูมิภาค และประเทศ

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

การทำงานระดับประเทศ

ควรมีการวางแผนปฏิบัติการการใช้ยาอย่างสมเหตุผลระดับชาติ เพื่อให้เกิดการวางแผนอย่างเป็นระบบ ครอบคลุม แล้วทำงานร่วมกัน อย่างมีทิศทาง ไม่ซ้ำซ้อน

การทำงานระดับนานาชาติ

การทำงานร่วมกันระหว่างประเทศในภูมิภาค โดยใช้กลไกของ WHO ในการวางแผน และดำเนินการทำงานเพื่อ ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลร่วมกัน เนื่องจากปัญหา และผลกระทบจากการใช้ยาไม่สมเหตุผลไม่ได้จำกัดอยู่ แค่ในขอบเขตของประเทศ แต่เป็นปัญหาระดับนานาชาติ และ global

Intervention on agenda 21.3 Progress report I. Progress in the rational use of medicines (resolution WHA60.16 (2007)) (delivered together with 21.3 H. Regulatory system strengthening for medical products (resolution WHA67.20 (2014))

Delivered by Dr. Teeraporn Sathira-Angkura

Another issue on Progress in the rational use of medicines, the progress of RDU is mostly concentrated in the area of antimicrobial drugs. Policy needs to address the major factors from both patients and prescribers contributing to irrational use. For example, self medication by patients, inadequate training including continue use of empirical treatment and fee for service for prescribers, and active unethical market promotion can stimulate irrational and unnecessary use of medicines. Antibiotic smart use in Thailand brings down irrational use, and becomes a key performance indicator for health facilities.

Chair, the most important challenge for RDU is the increasing size of direct-to-consumer sales of medicines.

Thank you.

Agenda 21.3 Progress report J. Traditional medicine (resolution WHA 67.18 (2014))

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. ดร. ชีรพร สติธรังกูร กองการพยาบาล
๒. เกษักรหญิงกุลจิรา อุดมอักษร มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สาระสำคัญของวาระ

เป็นการรายงานความคืบหน้าในการดำเนินการตาม WHO Traditional Medicine Strategy ๒๐๑๔ - ๒๐๒๓ ซึ่งให้ความสำคัญกับการบูรณาการ Traditional medicine (TM หรือการแพทย์ดั้งเดิม) เข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข ให้บริการสุขภาพที่ครอบคลุมในส่วน products, practices และ practitioners และสนับสนุนประเทศสมาชิกให้มีการกำหนดนโยบายด้านการแพทย์ดั้งเดิมมีการปฏิบัติตามแผนงานและนโยบายที่กำหนด เพื่อส่งเสริมบทบาทของการแพทย์ดั้งเดิมในการทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี

WHO TM Strategy ๒๐๑๔ - ๒๐๒๓ มีรายละเอียดดังนี้

Strategic objective ๑: *To build the knowledge base for active management of T&CM through appropriate national policies*

Strategic objective ๒: *To strengthen the quality assurance, safety, proper use and effectiveness of T&CM by regulating products, practices and practitioners*

Strategic objective ๓: *To promote universal health coverage by integrating T&CM services into health care service delivery and self-health care*

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- ประเทศสมาชิกที่นำเสนอที่ประชุมครั้งนี้มี ๑๐ ประเทศ (รวมประเทศไทย) ได้แก่ China Marasia Botswana Bahamas Burkina Sambia Indonesia Turkey Bahrain ซึ่งแต่ละประเทศต่างดำเนินการ Traditional medicine (TM) ในประเทศของตนตามกลยุทธ์ที่ระบุใน WHO TM Strategy ๒๐๑๔ - ๒๐๒๓ นอกจากนี้หลายประเทศกล่าวถึงการมีการแพทย์ดั้งเดิมในสถานบริการทุกระดับ และมีการผลักดันให้การแพทย์ดั้งเดิมเป็นส่วนหนึ่งของหลักประกันสุขภาพของประเทศ
- ประเทศสมาชิกเห็นด้วยที่ WHO กำหนดแผนยุทธศาสตร์ และให้มีการรายงานของประเทศสมาชิก
- ประเทศต่างๆมีข้อเสนอต่อ WHO ให้ดำเนินการ ดังนี้ การสร้างเครือข่ายของประเทศที่ดำเนินการ การแพทย์ดั้งเดิม การจัดให้มีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ Best practice ของประเทศสมาชิกที่มีผลงานการแพทย์ดั้งเดิมที่ดี การสนับสนุนคู่มือและมาตรฐานต่างๆที่ส่งเสริมการพัฒนางานการแพทย์ดั้งเดิม รวมถึงการพัฒนาคู่มือการใช้ยาแผนดั้งเดิมด้วย
- หลายประเทศกล่าวถึงประโยชน์ของการแพทย์ดั้งเดิมเช่น การลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ การส่งเสริมระบบบริการสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศ พร้อมทั้งสนับสนุนให้มีการแพทย์ดั้งเดิมในบริการระดับปฐมภูมิ (Primary health care) ผลักดันให้การแพทย์ดั้งเดิมเป็นส่วนหนึ่งของหลักประกันสุขภาพของประเทศ และเชิญชวนให้ประเทศสมาชิกดำเนินการในเรื่องนี้อย่างจริงจัง อย่างไรก็ตามมีบางประเทศได้กล่าวถึงข้อห่วงใยให้ทุกประเทศที่ดำเนินงานการแพทย์ดั้งเดิมต้องคำนึงถึงคุณภาพ และความปลอดภัยประชาชนเป็นหลัก

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

สนับสนุนการดำเนินงานการแพทย์ดั้งเดิมตาม WHO Traditional Medicine Strategy ๒๐๑๔ - ๒๐๒๓

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

สนับสนุนให้ประเทศสมาชิกดำเนินงานการแพทย์ดั้งเดิมตาม WHO Traditional Medicine Strategy ๒๐๑๔ - ๒๐๒๓ โดยคำนึงถึงคุณภาพ และความปลอดภัยของประชาชน และสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยยา และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานการแพทย์ดั้งเดิมด้วย

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

การทำงานในระดับประเทศ

- กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์ตาม WHO Traditional Medicine Strategy ๒๐๑๔ - ๒๐๒๓ และสรุปผลการดำเนินงานในแต่ละยุทธศาสตร์เป็นประจำทุกปี
- กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกเป็นแกนหลักสำคัญในการเป็นศูนย์รวมการพัฒนางานด้านการแพทย์ดั้งเดิม ทั้งด้านการศึกษาวิจัยยา และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานการแพทย์ดั้งเดิม โดยร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สมาคมและสภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น รวมถึงสนับสนุนกำลังคนด้านแพทย์แผนไทยให้มีปริมาณและศักยภาพที่ดีในการให้บริการในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ

- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาส่งเสริมและควบคุมการผลิตยาดั้งเดิมที่ได้มาตรฐาน
การทำงานในระดับนานาชาติ
กระทรวงสาธารณสุขเพิ่มการสร้างเครือข่ายกับประเทศสมาชิกด้านการแพทย์ดั้งเดิม

สรุปผลการประชุม Side Meeting

Side event on Cervical Cancer: the NCD we can overcome

ผู้จัด: UNFM, GHO, Geneva Health Forum, Shenadoah University

สถานที่: Hotel Starling, Geneva, วันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๖๒ เวลา ๑๔.๐๐ - ๑๘.๐๐ น

ผู้รายงาน

๑. นายวัฒนา มะสังหลง กรมควบคุมโรค
๒. แพทย์หญิงภัทรา อังสุวรรณ กรมการแพทย์

เนื้อหาสำคัญในการประชุม

- ทุกประเทศส่งเสริมให้มีการสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อรับมือกับปัญหามะเร็งปากมดลูก
- ส่งเสริมให้มีการ Screening ในสตรีเพื่อตรวจหาภาวะเสี่ยงจากมะเร็งปากมดลูก พร้อมทั้งเรียกร้องให้มีการตระหนักถึงความไม่เท่าเทียมกันในผู้หญิง เรื่องสิทธิการเข้าถึงการรักษาบริการสุขภาพ
- Gavi นั้นมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการสนับสนุนวัคซีน และที่ประชุมหวังว่า การสนับสนุนจาก Gavi จะดำรงต่อไปอย่างยั่งยืน
- องค์การอนามัยโลกนั้นตระหนักถึงปัญหามะเร็งปากมดลูกเป็นอย่างมาก และพยายามดำเนินการป้องกันและแก้ปัญหาดังกล่าวในหลายๆประเทศ
- ในปัจจุบันนั้น มีการคาดหวังให้ ร้อยละ ๗๐ ของผู้หญิงได้รับการตรวจ และวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูก
- มะเร็งปากมดลูกนั้นเป็นปัญหาใหญ่ของโลกซึ่งจำเป็นต้องได้รับการแก้ไข โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและประเทศในแถบทวีปแอฟริกา
- ในหลายประเทศนั้นประสบกับปัญหาขาดแคลนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญมะเร็งปากมดลูก ที่ประชุมจึงเรียกร้องให้มีการตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องของการพัฒนาศักยภาพในเรื่องดังกล่าว
- ผู้แทนจากประเทศแซมเบียแลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่อที่ประชุม พร้อมทั้งแจ้งว่าแซมเบียนั้นเป็นประเทศที่ได้รับผลกระทบจากมะเร็งปากมดลูกมากที่สุดเป็นอันดับสามของโลก มีการตรวจพบเคสผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกมากถึง ๓๐๐๐ เคส และ ๒๐๐๐ เคสนั้นเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกทุกปี
- วัคซีนHPV นั้นช่วยลดอัตราผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในแอฟริกาเป็นอย่างมาก รวมถึงการเข้ามาของ PEPFAR นั้นช่วยลดและบรรเทาปัญหามะเร็งปากมดลูกมากด้วยเช่นกัน

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย

- ที่ประชุมตระหนักว่าความร่วมมือจากหลายภาคส่วนนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่งในการรับมือกับปัญหา มะเร็งปากมดลูก
- จำเป็นต้องทำให้แน่ใจว่าผู้หญิงที่ติดเชื้อ HIVนั้นสามารถเข้าถึงการตรวจหามะเร็งปากมดลูก
- มะเร็งปากมดลูกนั้นเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก ดังนั้น เราไม่ควรทิ้งใครไว้ข้างหลัง
- ที่ประชุมอภิปรายถึงประเด็นการส่งเสริม และผลักดันให้มหาวิทยาลัยและองค์กรภาคการศึกษาเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหามะเร็งปากมดลูก

- ความไม่เท่าเทียมกันในสตรีและสิทธิการเข้าถึงสิทธิการบริการทางด้านสาธารณสุขของสตรีนั้นจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขและพิจารณา
- จำเป็นต้องมีการสนับสนุนให้มีการเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อร่วมกันแก้ไขและตระหนักถึงปัญหา มะเร็งปากมดลูก
- จำเป็นต้องให้การสนับสนุนการดำเนินงานด้าน HIV และมะเร็งปากมดลูก

ข้อเสนอแนะจากการประชุม

- สนับสนุนให้ทุกประเทศดำเนินการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศให้มีประสิทธิภาพ
- ส่งเสริมให้มีการลงทุนเพื่อดำเนินการกวาดล้างมะเร็งปากมดลูกในประเทศอย่างจริงจัง รวมถึงเรื่อง การสนับสนุนวัคซีน
- เน้นย้ำว่าความร่วมมือจากหลายภาคส่วนทั้งภายในประเทศและต่างประเทศนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่งใน การดำเนินการกวาดล้างมะเร็งปากมดลูก
- ส่งเสริมให้มีการพัฒนานวัตกรรมเพื่อมาดำเนินการแก้ปัญหาภายในประเทศ ทั้งนี้ การพัฒนาโครงการ ใหม่ๆเพื่อรับมือกับปัญหาแมลงปากมดลูกนั้นนับเป็นนวัตกรรมเช่นกัน

Technical Briefing on Global Action Plan for Healthy Lives and Well-being for All: a commitment to accelerating together

ผู้จัด WHO Headquarter วันที่/เวลา...๒๐ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. นางสาวสินีนาถ หวังดี สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
๒. นางสาวอรณา จันทรศิริ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๓. แพทย์หญิงสาวิตรี วิษณุโยธิน กองยุทธศาสตร์และแผนงาน

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

การประชุมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอร่างแผนปฏิบัติการ Global Action Plan for Healthy Lives and Well-being for All ซึ่งได้ดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ.2561 โดยมีประเทศสมาชิกที่เป็นเจ้าภาพหลัก ได้แก่ เยอรมัน การ์นา และนอร์เวย์ แผนฯมีเป้าหมายเพื่อสนับสนุนการทำงานต่อการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Sustainable Development Goals: SDG) ผ่านความร่วมมือ ๑๒ องค์กรระหว่างประเทศ ได้แก่ GAVI, The Vaccine Alliance, Global Financing Facility, Global Fund To Fight Aids, Tuberculosis And Malaria, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF, UNITAID, UN Women, World Bank Group, และ World Health Organization

ผู้แทนจาก WHO กล่าวถึงความสำคัญของ Universal Health Coverage โดยเน้นย้ำว่าเป็น Flagship ของภูมิภาค ซึ่งจะนำไปสู่ SDG ได้ นอกจากนี้ ส่วนใหญ่เห็นตรงกันว่า Primary Healthcare เป็นสิ่งจำเป็น ประเด็นการนำเสนอในที่ประชุมคือการให้แต่ละองค์กรแสดง commitment ต่อการร่วมมือตามแผนปฏิบัติการฯ ทุกองค์กรให้ความสำคัญกับความร่วมมือกันบนพื้นฐาน 3A ใน Global action plan คือ Align, Account,

Accelerate โดยเน้นแผนที่เหมาะสมตามบริบทของแต่ละประเทศ ทั้งนี้ ผู้แทนจากองค์กรที่เกี่ยวข้องทางการเงินให้ความเห็นว่าควรต้องทำงานแบบบูรณาการในระดับนานาชาติ (Collective international effort)

นอกจากองค์กรระหว่างประเทศแล้ว มีผู้แทนประเทศต่างๆมาแบ่งปันข้อมูลและสถานการณ์ในประเทศตนของกรอบการทำงานตอบสนองต่อเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ได้แก่ ประเทศการ์นา โคลัมเบีย เยอรมัน รวันดา และเนปาล ฯลฯ

ในขั้นต่อไปของการพัฒนาแผนฯ จะมีการเวียนร่างเพื่อให้ประเทศสมาชิกให้ความเห็นประมาณกลางเดือนมิถุนายน 2562 และมีกำหนดนำเสนอแผนฯ (launch) ในเดือนกันยายนปีเดียวกัน ณ ที่ประชุมสมัชชาองค์การสหประชาชาติ

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

ผู้เข้าประชุมให้การสนับสนุนกับการทำงานร่วมกันระหว่างหลายภาคส่วน โดยเฉพาะการสนับสนุนในองค์กรภาคประชาสังคมให้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำแผน

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขติดตามความก้าวหน้าของการจัดทำแผนดังกล่าว โดยเฉพาะพิจารณาให้ความเห็นในช่วงเดือนมิถุนายนที่จะเปิดให้ประเทศสมาชิกได้แสดงข้อคิดเห็น เน้นความสำคัญต่อการกำหนดบทบาทที่เหมาะสมขององค์กรระหว่างประเทศต่อการสนับสนุนประเทศสมาชิก

Side Meeting on “Universal Health Coverage to deliver the Global Strategy on Women’s, Children’s and Adolescents Health: re-thinking quality midwifery education”

ผู้จัด Governments of Canada, India, Malawi, Nepal, Sweden and the United Kingdom

วันที่/เวลา วันจันทร์ที่ 20 พฤษภาคม 2562 เวลา 18:00-19:30 น.

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. นางสาววรรณชนก บุญชู กรมอนามัย
๒. Dr. Wanrudee Isaranuwatjai HITAP

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

- Speakers เป็นตัวแทนจากประเทศอินเดีย สวีเดน มาลาวี แคนาดา เนปาล และ Sierra Leone
- ตัวแทนจากแต่ละประเทศ เช่น อินเดีย มาลาวี แลกเปลี่ยนประสบการณ์ถึงการส่งเสริมการผดุงครรภ์ในประเทศตัวเองซึ่งช่วยลดอัตราการตายของแม่และเด็กได้ สำหรับสวีเดนการสร้างคามเข้มแข็งการผดุงครรภ์และพยาบาลให้มีบทบาทในระบบสุขภาพ จนทำให้สวีเดนกลายเป็นประเทศที่มีอัตราการตายของแม่ต่ำที่สุด
- ประชาสัมพันธ์ว่า UNFPA, UNICEF, WHO และ ICM ได้ร่วมกันจัดทำและเผยแพร่ The Framework for Action to strengthen Midwifery Education ในที่ประชุม WHA สมัยที่ 72 วันนี้ (20 พ.ค. 2562) เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพและสร้างความยั่งยืนของการผดุงครรภ์ในการสนับสนุนระบบสุขภาพที่มีคุณภาพ และในปี 2020 จะมีจัดทำรายงานสองฉบับ คือ The World’s Nursing report และ

The World's Midwifery Report เป็นการ celebrate และเป็นการสร้างความตระหนักในระดับโลกถึงความสำคัญของ quality of care ของผู้หญิงทุกคนและทารกทั่วโลก และเป็นการเฉลิมฉลองปีที่ครบรอบอายุ 200 ปีของ Florence Nightingale

- Framework for Action นี้ถือได้ว่าเป็นตัวแทนเสียงของเจ้าหน้าที่ผดุงครรภ์ หลักสูตรการผดุงครรภ์ที่มีคุณภาพสามารถเชื่อมโยงกับผลลัพธ์ด้านบวกมากมายเช่น ลดอัตราการตายของแม่ ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดจากการคลอด หรือช่วยลดพฤติกรรมสูบบุหรี่ระหว่างตั้งครรภ์ ประกอบด้วย 3 ยุทธศาสตร์และ 7 ขั้นตอนของแผนปฏิบัติการเจ็ดขั้นตอนสำหรับการสร้างความเข้มแข็งให้เกิดหลักสูตรการผดุงครรภ์ ที่เป็นมาตรฐานระดับโลก
- รายละเอียดเพิ่มเติม www.who.int/maternal_child_adolescent/en/.

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

- อยากเห็นอาชีพเจ้าหน้าที่ผดุงครรภ์ควรได้รับความสำคัญมากกว่านี้ และกลายเป็นอาชีพที่เด็กสามารถใฝ่ฝันที่อยากจะเป็นโดยที่มีการสนับสนุนจากครอบครัว แต่มันไม่ง่ายเลยที่จะเปลี่ยนความคิดของสังคม
- ความร่วมมือระหว่างภาคส่วนนั้นมีบทบาทสำคัญต่อการผลักดันนโยบายให้ไปสู่การปฏิบัติจริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีส่วนในการสร้างความเข้มแข็งของหลักสูตรของการผดุงครรภ์ที่มีประสิทธิภาพ และผลักดันให้การผดุงครรภ์เข้าไปอยู่ในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 2030

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- การผดุงครรภ์นั้นมีบทบาทสำคัญสำหรับการบรรลุเป้าหมายของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนั้นจึงสมควรได้รับการส่งเสริมและสร้างความเข้มแข็ง
- การสร้างความเข้มแข็งให้กับผดุงครรภ์ศึกษาจะเป็นกุญแจสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการดูแล (quality of care) และลดอัตราการตายของแม่และทารก
- การวิจัยที่สร้างหลักฐานทางวิทยาศาสตร์จะช่วยสนับสนุนการผดุงครรภ์ได้

Primary Health Care towards Universal Health Coverage and Sustainable Development Goals

ผู้จัด คณะผู้แทนของจีน เดนมาร์ก เอธิโอเปีย สาธารณรัฐอิสลามแห่งอิหร่าน ญี่ปุ่น คาซัคสถาน แม็กซิโก รัสเซีย สิงคโปร์ และซิมบับเว

วันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๒ เวลา ๑๒.๓๐ - ๑๔.๐๐ น.

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

- | | |
|------------------------------|--|
| ๑. นายชาติชาย สุวรรณนิตย์ | กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ |
| ๒. นางกาญจนา ศรีชมภู | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| ๓. ดร.วรรณฤดี อิศรานวัฒน์ชัย | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) |

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

- การสาธารณสุขมูลฐานของประเทศจีน โดย ดร. Ma Xiao We, Minister of the National Health Commission ประเทศจีน
- การนำปฏิญญา Astana ไปสู่ปฏิบัติ โดย ดร. Yelzhan Birtanov, Minister of Health Care ประเทศคาซัคสถาน
- ประสบการณ์การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานมุ่งสู่เป้าหมาย UHC และ SDG โดย ดร. Amir Aman Minister of Health (เอธิโอเปีย), ดร. Veronika Skvortsova Minister of Health (รัสเซีย), ดร. Soren Brostrom (เดนมาร์ก) และ ดร. Aparicio (สเปน)
- ผู้ดำเนินการอภิปรายคือ Prof. Ilona Kickbusch (สวีเดน)

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

- รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข/ผู้บริหารระดับสูงซึ่งเป็นตัวแทนจากประเทศสมาชิกต่าง ๆ ทั่วโลกได้นำเสนอประสบการณ์การดำเนินงานเสริมสร้างความเข้มแข็งของการสาธารณสุขมูลฐานของแต่ละประเทศ มุ่งเป้าไปที่สำคัญคือ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข นำการสาธารณสุขมูลฐานให้เป็นนโยบายและแผนงานระดับชาติ การจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรที่จำเป็นสนับสนุนการดำเนินงานอย่างเพียงพอ การนำเทคโนโลยีที่เหมาะสมมาใช้
- รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขของประเทศคาซัคสถานซึ่งเป็นประเทศเจ้าภาพจัดประชุม Global Conference on Primary Health ได้มุ่งเน้นย้ำถึงความสำคัญของ ปฏิญญา Astana การนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้บรรลุ UHC และ SDG และประเทศคาซัคสถาน ได้ดำเนินการเรื่องนี้อย่างต่อเนื่อง
- การสาธารณสุขมูลฐานมีการดำเนินการมากกว่า ๔๐ ปี ตั้งแต่ปฏิญญา Alma Ata ที่มีเป้าหมายให้ประชาชนบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า (HFA) จนถึง ปี ๒๕๖๑ ได้มีปฏิญญา Astana การดำเนินงานจะประสบผลสำเร็จได้ทุกภาคส่วนต้องร่วมมือกัน ไม่มุ่งเน้นเฉพาะตัวผู้ป่วยแต่รวมถึงครอบครัวและชุมชนที่มีส่วนช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ป่วย โดยเฉพาะกลุ่มผู้ด้อยโอกาส และผู้ที่อาศัยอยู่ในที่ห่างไกล การเข้าถึงยาและวัคซีนที่จำเป็น

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- ทุกประเทศสมาชิกควรยึดมั่นและให้ความสำคัญกับการปฏิบัติตาม ปฏิญญา Astana โดยต้องดำเนินการอย่างจริงจังและต่อเนื่อง โดยเฉพาะความเป็นธรรม ความเท่าเทียม ไม่เป็นภาระด้านการเงิน โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง
- องค์การอนามัยโลก ควรต้องกำหนด program budget ในการสนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานที่ชัดเจนและต่อเนื่อง รวมถึงให้การสนับสนุนประเทศสมาชิกทั้งทางด้านวิชาการและการบริหารจัดการ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนทุกคนได้รับสิทธิในการเข้าถึงระบบสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน

Side event Safe and affordable surgery

ผู้จัด: ประเทศบาฮามาส ประเทศฟีจี ประเทศมัลดีฟส์ ประเทศตองกา

วันที่/เวลา: ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๒ ๑๒.๓๐ – ๑๔.๐๐ น.

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. นายแพทย์เกษมสุข โยธาสมุทร กรมการแพทย์

๒. ทันตแพทย์หญิงวรมน อัครสูต กรมอนามัย

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

- ปัญหาสำคัญของประเทศหมู่เกาะในมหาสมุทรแปซิฟิกคือเรื่องระยะทางการเดินทางที่ไกลระหว่างเกาะต่าง ๆ ซึ่งมีค่าใช้จ่ายที่สูงและทำให้การให้การรักษาศัลยกรรมเป็นไปได้ยากลำบาก (Dr Takeshi Kasai - WHO Regional Director for the Western Pacific)
- ปัจจุบันไม่ได้เป็นปัญหาแค่ใน Pacific island แต่ในหลาย ๆ ประเทศก็ประสบปัญหานี้เช่นกัน การแก้ปัญหาควรปรับให้เหมาะกับบริบทของแต่ละประเทศ โดยการรักษาทิศลยกรรมเป็นสิ่งสำคัญในระบบสาธารณสุข เพื่อที่จะเพิ่มการเข้าถึงการดูแลสุขภาพ ไม่ใช่สิ่งฟุ่มเฟือย และควรเป็นส่วนหนึ่งของ UHC (Dr Takeshi Kasai - WHO Regional Director for the Western Pacific)
- Lancet Commission on Global Surgery ได้สรุปประเด็นสำคัญ ๑. มีประชากร ๕ พันล้านคนที่ยังขาดการเข้าถึงการรักษาทิศลยกรรมที่ปลอดภัยและเข้าถึงได้ถึง ๒. ๑ ใน ๓ ของการเจ็บป่วยต้องได้รับการรักษาทิศลยกรรม ๓. การรักษาทิศลยกรรมมีค่าใช้จ่ายสูง โดยเฉพาะประเทศที่มีรายได้ต่ำและกลาง ๔. ความต้องการบุคลากรทางการแพทย์ยังมีมาก ๕. ศัลยกรรมและวิสัญญีวิทยาเป็นส่วนสำคัญของระบบสาธารณสุขในทุกประเทศ (Dr Walt Johnson – Head, WHO’s Emergency and Essential Surgical Care Programme)
- หัตถการ Bellwether ที่สำคัญคือ emergency Caesarean section, laparotomy และการรักษา open fracture (Dr Walt Johnson – Head, WHO’s Emergency and Essential Surgical Care Programme)
- ศัลยกรรมที่ปลอดภัยต้องมีวิสัญญีวิทยาที่ปลอดภัย รวมถึงอุปกรณ์และห้องผ่าตัดที่พร้อมและปลอดภัย โดยพื้นฐานที่สำคัญของหน่วยบริการคือต้องสามารถเข้าถึงสาธารณูปโภคที่จำเป็นคือน้ำและไฟฟ้าได้ (Dr Ifereimi Waqainabete - Fiji Minister of Health and Medical Services)

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

- การดูรักษาด้านศัลยกรรมมักถูกมองข้าม ซึ่งการรักษาด้านศัลยกรรมเป็นสิ่งสำคัญในระบบดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Dr Emalis Roberts - Palau Minister of Health)
- อุปกรณ์ ยารักษา และการฝึกอบรมด้านศัลยกรรมควรมีราคาถูกลง (Dr Ifereimi Waqainabete - Fiji Minister of Health and Medical Services)
- สิ่งจำเป็นที่จะทำให้เพิ่มการเข้าถึงการรักษาทิศลยกรรม คือ ๑. Training การฝึกอบรมเกี่ยวกับการจัดบริการศัลยกรรม ๒. Innovation การใช้อุปกรณ์ประยุกต์ เช่น เครื่องอัลตราซาวด์ที่ต่อกับโทรศัพท์มือถือ ๓. Empower health personnel การฝึกหัตถการทางศัลยกรรมพื้นฐานให้กับแพทย์เวช

ปฏิบัติทั่วไป และผู้ช่วยแพทย์ ๔. Bring surgery back to the community การใช้ทีมศัลยกรรมไปช่วย การผ่าตัดในพื้นที่กัณดารในท้องผ่าตัดชั่วคราว (Datuk Dr Noor Hisham Abdullah – Director General of Health, Malaysia)

- ต้องมีการใช้การเมืองเพื่อผลักดันนโยบายเรื่องนี้ (Datuk Dr Noor Hisham)

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

การรักษาบริการศัลยกรรมเป็นสิ่งจำเป็นในการดูแลสุขภาพของประชาชน และควรเป็นส่วนหนึ่งของ UHC ประเทศไทยสามารถนำประเด็นและข้อเสนอจากการประชุมนี้ มาปรับใช้กับชุมชนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล รวมถึงชุมชนตามพื้นที่เกาะต่าง ๆ

Side meeting A Decade of Healthy Ageing (2020-2030) Ideas and propositions to reach people and build healthy societies

ผู้จัด: Argentina, Chile, Costa Rica, Finland, Japan, Panama, Singapore and Slovenia

สถานที่: Room ๒๔ Palais des Nations วันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๒ เวลา ๑๘.๐๐-๑๙.๓๐

ผู้รายงาน:

๑. แพทย์หญิงภัทรา อังสุวรรณ กรมการแพทย์
๒. รศ.ดร.สุปรีดา มั่นคง สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย

เนื้อหาสำคัญในการประชุม

Healthy ageing หมายถึง การพัฒนาและทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีสามารถใช้ชีวิตและช่วยเหลือตัวเองในการ ชีวิตประจำวัน โดยการสร้างสิ่งแวดล้อม และโอกาส และทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงความต้องการพื้นฐาน การเรียนรู้และการตัดสินใจ การเดินทาง มีสังคมและเพื่อน ปัญหาของผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อทั้งโลก และต้องการความร่วมมือของคนทั้งโลก

ประเทศสิงคโปร์ได้นำเสนอการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในทุกด้าน เนื่องจากจะมีจำนวนผู้สูงอายุเป็นสัดส่วน ๑:๔ ในปี ๒๐๓๐ โดยมีแผน Silver action plan และทำ Action plan ใน ๗๐ initiatives ใน ๑๒ ด้าน

ประเทศแคนาดานำเสนอ Ageing friendly Community Model โดยมีปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ ๑.ความร่วมมือระหว่าง ภาครัฐและ ชุมชน ๒.ความร่วมมือระหว่าง ภาครัฐและเอกชน ๓. ภาวะผู้นำ ๔. ผู้ดูแล

ประเทศเอกวาดอร์ ได้นำเสนอ นโยบายและแผนสำหรับผู้สูงอายุ และเน้นการดูแลทั้งในระดับ primary และ secondary health care

ประเทศแทนซาเนีย ได้นำเสนอแนวทางการสนับสนุนนโยบายด้านผู้สูงอายุ ทั้งในระดับภาครัฐจนถึงชุมชน

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย

ที่ประชุม ได้ตระหนักถึงความสำคัญและเร่งด่วนของ Healthy ageing และการวางแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในช่วงปี ๒๐๒๐-๒๐๓๐ เพื่อเพิ่ม Functional capacity และได้เรียนรู้แผนการดูแลสุขภาพของประเทศต่าง ๆ

ที่ประชุม ได้ อภิปรายในประเด็นต่าง ๆ เช่น Specific umbrella ของผู้สูงอายุ รวมถึงความสำคัญของ palliative care และ caregiver รวมถึงการทำงานแบบ multi-segmental

ข้อเสนอแนะจากการประชุม

ขอให้ทุกประเทศให้ความสำคัญของ Healthy ageing ว่าเป็นวาระเร่งด่วน และจัดทำแผนการพัฒนา ในช่วง ๒๐๒๐-๒๐๓๐ โดย มีระบบสนับสนุน (Support system), long term care, political commitment สิทธิของผู้ป่วยที่จะเข้าถึงบริการต่าง ๆ รวมทั้งเทคโนโลยีต่าง ๆ และแผนงานและระยะเวลา เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มี functional capacity เพิ่มขึ้น และบรรลุแผนจนถึงปี ๒๐๓๐

Side Event Experience on addressing NCDs risk factors and determinants

ผู้จัด: Belize, Finland, Islamic Republic of Iran, the Russian Federation, Saint Kitts and Nevis, Sait Vincent and the Grenadines, Sri Lanka and Uruguay

วันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๐๑๙ เวลา ๑๘.๐๐-๑๙.๓๐ น.

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

- ๑) แพทย์หญิงหทัยรัตน์ โกษิยาภรณ์ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
- ๒) นางสาวจินตนา จันทรโคตรแก้ว สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

เนื้อหาสำคัญในการประชุม

การประชุมนี้จัดขึ้น เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การขับเคลื่อนนโยบายการจัดการโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยงจากประเทศต่างๆ และความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน โดยเฉพาะบทบาทของหน่วยงานที่ไม่ใช่ภาครัฐ ซึ่งครอบคลุมโรคและปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อ ๕ ประเด็น ในช่วงแรก รัฐมนตรีจาก ๗ ประเทศในหลายภูมิภาค ได้แก่ ประเทศศรีลังกา ประเทศฟินแลนด์ ประเทศเบลิจ ประเทศรัสเซีย ประเทศอูรุกวัย ประเทศเซนต์วินเซนต์และเกรนาดีนส์ และประเทศเซนต์คิตส์และเนวิส ได้พูดถึงนโยบายการจัดการโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยงในประเทศของตน ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาโรคไม่ติดต่อในประเทศ ในช่วงหลังเป็นตัวแทนจาก WHO และหน่วยงาน International agency ได้พูดถึงความร่วมมือและการสนับสนุนการดำเนินการเรื่องดังกล่าวให้กับประเทศต่างๆ

ตัวแทนจากประเทศและหน่วยงานต่างๆ เห็นความสำคัญของปัญหาโรคไม่ติดต่อ โดย ๗๘% ของสาเหตุการตายมาจากโรคไม่ติดต่อ ประเทศต่างๆได้มีนโยบายในการจัดการโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยงที่สอดคล้องกับ WHO Best Buy Policy on NCDs และมี National action plan on NCDs เช่น ประเทศเซนต์คิตส์และเนวิส ประเทศเซนต์วินเซนต์และเกรนาดีนส์ เป็นต้น

ในการให้บริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ แต่ละประเทศให้ความสำคัญกับการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ เช่น ให้บริการที่เชื่อมโยงกับงาน Primary Health Care ในประเทศศรีลังกาและประเทศเซนต์วินเซนต์และเกรนาดีนส์ ในการเน้นให้เข้าถึงบริการ ยา และอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น การพัฒนาศักยภาพบุคลากรสุขภาพและการกำหนดแนวทางในการดำเนินงาน (Protocol) การเน้นการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงที่เข้าถึงประชาชน (Outreach Program) และระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในประเทศเซนต์วินเซนต์และเกรนาดีนส์ หรือ การระบบการจัดการเรื่อง Chronic Kidney Disease ในประเทศเบลิจ ที่เน้นเรื่องการคัดกรองโรคที่เข้าถึงประชาชน การสร้างความตระหนักในประชาชน งานวิจัยเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงของโรคกับบริบทประเทศ เป็นต้น

ส่วนในการจัดการปัจจัยเสี่ยง ก็มีหลายมาตรการ ๑) การขึ้นภาษีแอลกอฮอล์ บุหรี่ โดยในปัจจุบัน หลายประเทศให้ความสำคัญกับการขึ้นภาษีน้ำตาล ๒) การควบคุมการโฆษณาแอลกอฮอล์ เช่น ในประเทศอูรุกวัย ๓) การประชาสัมพันธ์เรื่องปัจจัยเสี่ยงโรคของไม่ติดต่อ เช่น ประเทศอูรุกวัย มีการโฆษณาประชาสัมพันธ์เรื่องอาหารสุขภาพและการออกกำลังกาย ๔) การส่งเสริมปัจจัยแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ เช่น ในโรงเรียน ประเทศเซนต์

คิตส์และเนวิส มีโครงการ healthy plate ประเทศอูรุกวัย มีโครงการ outdoor program ประเทศ Finland เน้น health education ในเรื่องนี้ รวมถึงประเด็นด้านสุขภาพจิต เป็นต้น รวมถึงการขับเคลื่อน WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) ในประเทศต่างๆ เช่น ประเทศรัสเซีย ประเทศอูรุกวัย ในเรื่อง plain packaging, พื้นที่ปลอดบุหรี่, การเข้าถึงยาและบริการเลิกบุหรี่ เป็นต้น และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งปากมดลูก โดยการให้ฉีด HPV vaccine ในประเทศอูรุกวัย

สำหรับ WHO ได้ให้ความสำคัญกับการขับเคลื่อน Global Best Buy on NCDs ๒๐๑๗ ผ่านการ shifting political to action โดยให้ความสำคัญกับโรคสุขภาพจิตเข้าไปในระบบสุขภาพขั้นพื้นฐานและระบบข้อมูลและแนวทางการดำเนินการในระดับนโยบายกับภาคส่วนต่างๆในการจัดการปัจจัยเสี่ยงจาก air pollution ส่วน UN Inter-Agency Task-Force on NCDs and Global Coordination mechanism on NCDs และ NCD alliance จะเน้นที่การสร้างความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ โดยเฉพาะ Civil Society Organization และ private sectors

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

- ไม่มี

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- การสร้างการสาธารณสุขมูลฐาน(Primary Health Care) ที่เข้มแข็งและการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงโดยมาตรการที่คุ้มค่าเป็นปัจจัยที่สำคัญในการจัดการปัญหาโรคไม่ติดต่อ

Side Event Access to medicines, vaccines and health products: A multi-dimensional approach for ensuring transparency of markets, affordable and quality products to achieve Universal Health Coverage

ผู้จัด Colombia, Costa Rica, Cyprus, Greece, Indonesia, Italy, Mexico, Mongolia, the Netherlands, Portugal, Republic of Korea, Saudi Arabia, Slovenia, Spain, Turkey and Vietnam
วันที่/เวลา ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๒

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. ผศ.ดร.กุลจิรา อุดมอักษร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
๒. นางสาวชฎาธร อินโย เภสัชกรปฏิบัติการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message) (โดยอาจารย์ชื่อ speaker ด้วย)

- Dr. Mariângela Batista Galvão Simão, Assistant Director-General, Prequalification and Technology Assessment ดำเนินการประชุมโดยมีผู้แทนประเทศกล่าวเปิดประชุม ดังนี้
- Dr. Neunghoo Park (Minister of Health and Welfare, Republic of Korea กล่าวถึงปัญหาการผูกขาดการตลาดของอุตสาหกรรมยาซึ่งส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในระบบประกันสุขภาพที่สูงขึ้น โดยการกล่าวว่ามาจากการลงทุนในการวิจัยและพัฒนาอย่างไรก็ตามราคาที่เกิดขึ้นต้องไม่สูงจนเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงยา การให้ค้ำประกันเพื่อดำเนินการจากรัฐเป็นสิ่งสำคัญเพื่อแก้ไขปัญหายาอย่างมีประสิทธิภาพ
- Dr. Armando Bartolazzi (Undersecretary of state for health Italy) ไม่มีราคาที่แท้จริงในตลาด แต่ความโปร่งใสในการแข่งขันของตลาดช่วยให้คนสามารถเข้าถึงยาได้มากขึ้น ๕๐% แต่ยังคงขาดข้อมูลวงจร

ชีวิตของยา การขึ้นทะเบียนการศึกษาทางคลินิก ของการลงทุนในการวิจัยและพัฒนาจากภาครัฐตั้งนั้น ภาครัฐควรได้รับผลตอบแทนด้วย ในปัจจุบันมีความแตกต่างกันมากในเรื่องราคา สินค้าบางอย่างไม่ใช่ นวัตกรรม สินค้าที่ควรได้รับผลตอบแทนคือสินค้าที่เป็นนวัตกรรมโดยแท้จริง

- Prof. Soonman Kwon Korea: Seoul National University) การมีการผูกขาดตลาดจากสิทธิบัตรยา ทำให้เกิดความไม่สมมาตรของข้อมูลระหว่างผู้ซื้อและผู้ขายอย่างมาก โดยเฉพาะต้นทุนในการวิจัยและพัฒนา เป็นเหตุให้มียาราคาสูงมากขึ้น ซึ่งส่งผลต่อค่าใช้จ่ายด้านยา โดยที่ยังมีความไม่แน่นอนของประโยชน์ที่ได้จากยาราคาแพงนั้น นโยบายในการจัดการราคายาที่สูงดังกล่าวอาจทำได้โดยใช้ Pooled procurement , Managed Entry Agreement: financial/outcome ซึ่งมีการใช้อย่างกว้างขวาง แต่ผลลัพธ์ของข้อตกลงมักเป็นความลับ, HTA based pricing การกำหนดราคาบนพื้นฐานของ benefit/value to patient แต่ก็มี concern ถึงการ identify cost-effectiveness threshold, External reference pricing ตลอดไปจนถึง compulsory licensing. นอกจากนี้ยังมี model การ de-linkage R&D cost ออกจากราคา
- Mr. Bruno Bruins : Ministry of health welfare and sport , Netherland: เกิดการขาดแคลนยาในหลายส่วนของโลกเมื่อปีที่แล้ว แต่ละประเทศไม่สามารถจัดได้ด้วยตัวเองเพียงผู้เดียว ปัญหาเหล่านี้ต้องการความร่วมมือระหว่างประเทศ ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลราคา การร่วมกันต่อรองราคา และการคิดค้นเครื่องมือที่ comprehensive เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงยา
- Dr.Marta Temido (Ministry of Health, Portugal) การเข้าถึงยาที่มีราคาแพงอย่างเท่าเทียมในโรคที่มีภาระโรคสูง เช่น โรคเรื้อรัง มะเร็งซึ่งต้องการยาในการรักษา จำเป็นต้องมีระบบการแลกเปลี่ยนข้อมูลความร่วมมือระหว่างประเทศ และนโยบายสนับสนุนการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสามัญ
- Prof. Dr. Nila F. Moeloek (Indonesia) การเข้าถึงยาเป็นปัจจัยสำคัญของ UHC และการเข้าถึงการบริการทางสุขภาพ การทำให้เกิดความมั่นใจในผลิตภัณฑ์สุขภาพต้องอยู่บนพื้นฐานของการกำกับดูแลที่มีประสิทธิภาพ ประเทศอินโดนีเซียมีนโยบายแก้ไขปัญหาค่าการเข้าถึงยา เช่น บัญชียาหลักแห่งชาติบนพื้นฐานการคัดเลือกที่มีความโปร่งใส นอกจากนี้ยังมีระบบ Online national purchasing system อีกด้วย สิ่งที่ประเทศยังคงต้องพัฒนาต่อไปคือ การพัฒนาระบบกำกับดูแลทั้งการพัฒนาทรัพยากรบุคคล และการพัฒนาระบบจัดซื้อเช่นการเจรจาต่อรอง เป็นต้น
- Ms Sarangerel davaajantsan (MOH, Mongolia) ควรมีการจัดระบบการสั่งใช้ยากำหนดความเชี่ยวชาญของแพทย์ที่สามารถสั่งใช้ยาชนิดใด และสั่งให้ใคร การคำนวณส่วนลด (Rebate) บนพื้นฐานของต้นทุนร่วมในการรักษาโรค และความชุกของโรค มีการจัดซื้อที่มีประสิทธิภาพ เช่น การจัดซื้อร่วม การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
- Ms. H.E. NGUYEN THI KIM TIEN (Minister of Health, Vietnam) การเข้าถึงยาของประเทศเวียดนามใช้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยมีระบบสาธารณสุขมูลฐานเป็นพื้นฐาน ประชาชนสามารถเข้าถึงยาได้ผ่านทางสถานพยาบาลในชุมชน การจัดการปัญหาราคายาใช้การจัดซื้อรวมในระดับประเทศและการต่อรองราคา ซึ่งยังไม่เพียงพอที่จะทำให้ได้ราคาที่เหมาะสม

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

- **High Level Panel Discussion** ประกอบด้วยผู้บรรยายทั้งหมด ๘ คนดังนี้
 - Dr. Soonman Kwon (Seoul National University) บรรยายเรื่อง Ensuring affordable and sustainable access to high-priced medicine
 - แรงจูงใจในการลงทุนคือการปกป้องทรัพย์สินทางปัญญา ราคาที่สูงมาจากการผูกขาดทางการตลาด การวิจัยและพัฒนาที่บริษัทอ้างว่ามีราคาสูง และอำนาจการต่อรองของภาครัฐ
 - ในปัจจุบันมียาราคาสูงมากมายในท้องตลาด ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงยาในประเทศ LMICs ราคาที่มีความแตกต่างกันมากในแต่ละประเทศซึ่งมีความแตกต่างของระบบสุขภาพ นอกจากนี้บริษัทยาหยุดส่งยาให้ในระยะเวลาสั้นๆ เพื่อให้ราคาขายสูงขึ้น
 - ยาราคาสูงบางชนิดไม่มีหลักฐานสนับสนุนเพียงพอในประสิทธิภาพของการรักษา
 - วิธีการจัดการกับยาราคาสูงมีหลายวิธีประกอบด้วย ๑) Pooled Procurement/Contracting ๒) Managed Entry Agreement (MEA) ๓) Health Technology Assessment ๔) External Reference Pricing และ ๕) Compulsory Licensing และ ๖) De-linked Model
 - ความร่วมมือในเรื่องความโปร่งใสของราคาขายสำคัญต่อการเข้าถึงยาราคาแพงซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากประเทศรายได้สูง ซึ่งกระบวนการทั้งหมดต้องอยู่บนพื้นฐานของเจตจำนงทางการเมือง
 - Mr. Bruno BRUINS (Minister of Health, Welfare and sport, The Netherland) ปัญหาการขาดแคลนยาเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก ราคาแพงมาจากกลไกการปกป้องทรัพย์สินทางปัญญา ซึ่งผู้ดำเนินการระดับนโยบายพยายามหาวิธีแก้ไข เช่น ระบบกำกับดูแล ความร่วมมือกันระหว่างประเทศ การประเมินเทคโนโลยีทางสุขภาพ และเครื่องมือในการคาดคะเนราคาขายในตลาด กระบวนการเหล่านี้ต้องการความโปร่งใส
 - Dr. Marta TEMIDO (Ministry of Health, Portugal) การเข้าถึงยาเป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบสุขภาพถ้วนหน้า การเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายทางสุขภาพมาจากลักษณะของโรคและการกระจายของโรค การเพิ่มความโปร่งใสในระบบช่วยเพิ่มการเข้าถึงยาได้
 - Ms. SARANGERAL DAVAAJANTSAN (Ministry of Health, Mongolia) การเข้าถึงยาต้องอาศัยระบบการกำกับดูแลที่ดีมีการประสานการทำงานระหว่างประเทศ และต้องการความโปร่งใสในระบบเพื่อให้เกิดความยั่งยืนของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 - Dr. Faustino Blanco (Secretary General, Spain) เราไม่สามารถดำเนินการเป็นที่เป็นอย่างในปัจจุบันต่อไปได้ ทุกประเทศจะต้องร่วมมือให้เกิดการวิจัยพัฒนาใน area ที่มีความต้องการ ซึ่งต้องอาศัยการกระตุ้นให้เกิดการแข่งขันอย่างเป็นพลวัต รวมไปถึงจนถึงการองค์กรระดับชาติที่จัดการเรื่องระบบข้อมูล และการลงทุนของภาครัฐในการวิจัย และพัฒนา
 - Dr. Nicolas Paptis (Minister, Mongolia) การแก้ไขปัญหาการเข้าถึงยาไม่มีข้อจำกัดแต่ต้องอยู่บนพื้นฐานของความโปร่งใสเพื่อประโยชน์ในการเจรจาต่อรอง ความเข้าใจในตลาดของยา บนพื้นฐานความมุ่งมั่นทางการเมือง
 - Dr. Grainnis Baskozos (Secretary General, Greece) วิธีการที่ใช้อย่างได้ผลในการต่อรองราคาขายในปัจจุบันคือ managed entry agreement ไม่ว่าจะเป็น risk sharing หรือ price-volume agreement แต่ policy make ขาดความรู้ และต้องการความโปร่งใสซึ่งเป็นกุญแจสำคัญของการเข้าถึงยา ต้องอาศัยความมุ่งมั่นทางการเมืองของประเทศ

- Director of Pharmaceutical Services, Cyprus นำเสนอข้อเท็จจริงปัญหาที่พบในตลาดขนาดเล็กที่มีอำนาจการต่อรองต่ำทำให้ประชาชนในประเทศไม่สามารถเข้าถึงยาได้

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- ประเทศไทยควรมีการออกแบบระบบสารสนเทศเพื่อการรวบรวม ติดตามราคาขายในตลาด และการนำข้อมูลไปใช้อย่างครบวงจร ปัจจุบันมีฐานข้อมูลการจัดซื้อยาโดยสถานพยาบาลภาครัฐ ๒ แห่งใหญ่ ได้แก่ (๑) ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านยา และเวชภัณฑ์ ซึ่งเป็นการส่งข้อมูลปริมาณ และราคาจัดซื้อของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขแบบสมัครใจ และ (๒) ข้อมูลการจัดซื้อผ่านกรมบัญชีกลาง เป็นการส่งข้อมูลแบบบังคับ แต่ปัจจุบันยังไม่มาตรฐานข้อมูล และรูปแบบการรายงานข้อมูลที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ เปรียบเทียบได้ยาก จึงควรมีการจัดการ platform เหล่านี้ให้อยู่ในรูปแบบที่นำไปใช้ได้
- การจัดการปัญหาการเข้าถึงยาราคาแพง ไม่สามารถจัดการได้ด้วยแต่ละประเทศ โดยเฉพาะรายการที่มีปริมาณการซื้อน้อย ประเทศไทยอาจจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างประเทศ ในการแลกเปลี่ยนข้อมูล การร่วมกันต่อรอง และการสนับสนุน และ capacity building ทางเทคนิคในการใช้เครื่องมือต่างๆ ที่มีประสิทธิภาพในการต่อรองราคา
- ความโปร่งใสไม่ได้หมายความว่าข้อมูลทุกชนิดจะต้อง publicly available และราคาที่ดีไม่จำเป็นต้องเป็นราคาเดียวกัน
- นโยบายด้านยาของประเทศมีความจำเป็นต่อการช่วยให้เกิดการเข้าถึงยาของประชาชนซึ่งต้องพิจารณานำไปใช้ให้เหมาะสมตามบริบทของประเทศ และอาศัยข้อมูลที่ต้องมีความโปร่งใสประกอบการดำเนินการ ผลักดันให้เกิดความโปร่งใสของข้อมูลมีความสำคัญเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในด้านราคาที่เหมาะสม

Technical Briefing on Emerging technologies

ผู้จัด: องค์การอนามัยโลก วันที่/เวลา: ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒ ๐๘.๐๐ – ๐๙.๐๐ น

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. นายชาติชาย สุวรรณนิตย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
๒. นายแพทย์เกษมสุข โยธาสมุทร กรมการแพทย์

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

- องค์การอนามัยโลกเห็นความสำคัญของการทำงานโดยยึดหลักฐานทางวิทยาศาสตร์และเฝ้าดูเทคโนโลยีต่างๆที่ถูกพัฒนาขึ้นที่เป็นประโยชน์และอาจนำมาใช้ได้ โดยปัจจุบันเรื่องการแลกเปลี่ยนฐานข้อมูลสุขภาพเป็นเรื่องสำคัญซึ่งจะครอบคลุมทั้งข้อมูลทางด้านประชากรและข้อมูลทางด้านพันธุกรรม (Dr. Soumya Swaminathan – DDG for Programme, WHO)
- การตัดแต่งพันธุกรรมเป็นเทคโนโลยีที่ปัจจุบันมีประโยชน์และสามารถนำมาใช้ด้านการแพทย์ได้ แต่ต้องมีผู้เชี่ยวชาญหลายสาขาที่จะช่วยดูแลภาพรวม ต้องมีการทำฐานข้อมูลที่โปร่งใส และมีการเชื่อมโยงฐานข้อมูลระหว่างหน่วยงาน (Prof. Herve Chneiweiss – Head of Neuroscience, Institut de Biologie Paris Seine)

- ปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligent: AI) เป็นเทคโนโลยีที่มีอยู่ในเวลานี้และถูกใช้อย่างแพร่หลายซึ่งตอนนี้ใช้งานในเรื่องการรู้จำเสียงพูด (speech recognition) การแปลผลภาพอัตโนมัติ (automated image interpretation) วิทยาการหุ่นยนต์สำหรับการช่วยเหลือและการฟื้นฟู (Intervention and rehabilitative robotics) และการทำนายและวิเคราะห์โดยการใช้ปัญญาประดิษฐ์ (predictive analytics using AI) (Prof Dame Anne Johnson – Vice-President International, UK Academy of Medical Sciences)
- ในอนาคตปัญญาประดิษฐ์มีศักยภาพที่จะนำมาใช้ในเรื่องสุขภาพของประชากร การใช้ปัญญาประดิษฐ์แทนบุคลากรทางการแพทย์หน้างาน ระบบการช่วยเหลือแบบเสมือนจริง และเครื่องมือที่จะช่วยในเรื่องการตัดสินใจ (Prof Dame Anne Johnson)

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- แต่ละประเทศจะทราบบริบทของตัวเองและจะทราบว่าเทคโนโลยีใดที่เหมาะสมสำหรับการใช้ในบริบทประเทศนั้น ๆ (Dr Suerie Moon - Director of Research at the Global Health Centre, Graduate Institute of International and Development Studies, Geneva)
- แต่ละประเทศต้องมีผู้นำที่ดีในการดูแลเทคโนโลยีใหม่ๆ ต้องมีการประสานการทำงานกัน และมีการแบ่งปันข้อมูลอย่างรวดเร็ว (Dr. Chikwe Ihekweazu – Director-General, Centre for Disease Control, Nigeria)

Technical briefing: Universal Health Coverage

ผู้จัด World Health Organization วันที่/เวลา ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒ เวลา ๑๒.๓๐-๑๔.๐๐ น.

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. นางสาวมิลินทร์ สารสินธุ์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
๒. นางสาวจินตนา จันทร์โคตรแก้ว สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message) (โดยอาจารย์ชื่อ speaker ด้วย)

วัตถุประสงค์หลักของการประชุม คือ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดำเนินการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage) : ซึ่งแต่ละประเทศมีความแตกต่างกันในเชิงบริบททำให้การขับเคลื่อนและการนำไปปฏิบัติแตกต่างกัน

Dr. Tedros ได้กล่าวถึงหลักการของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและความก้าวหน้าในการดำเนินนโยบายในระดับโลก โดยการได้รับสิทธิ์ในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพถือเป็นสิทธิมนุษยชน ไม่มีใครสมควรจะจนด้วยการมีอุปสรรคทางสุขภาพ แต่ในปัจจุบันกว่า ๑๐๐ ล้านคนต้องเผชิญภาวะล้มละลายทางการเงิน ในการดำเนินนโยบายในระดับโลกนั้นได้มีพันธสัญญาทางการเมืองในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากกลุ่มประเทศ G๒๐ G๗ และ UN High Level Meeting on UHC ทำให้เกิดความก้าวหน้าและความมั่นคงต่อระบบสาธารณสุข โดย UN High Level Meeting on UHC ในเดือนกันยายนนี้จะสร้างความเข้มแข็งต่อระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเชิงนโยบาย

ฟิลิปปินส์ มีการประกาศกฎหมายหลักประกันสุขภาพ ซึ่งมีหลายปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จดังกล่าว ยกตัวอย่าง เช่น ๑) การมี local government code ซึ่งให้อำนาจภาครัฐในระดับพื้นที่ในการให้บริการด้านสาธารณสุขมากกว่า ๓๐ ปี ๒) การนำหลักฐานเชิงประจักษ์และประสบการณ์จากประเทศต่างๆ มาปรับใช้และผลักดันในการขับเคลื่อน เช่น ประเทศไทย ญี่ปุ่น ๓) การสนับสนุนจากภาคประชาสังคม แต่ก้าวต่อไปที่ท้าทายคือการบังคับใช้กฎหมายในการให้การบริการสาธารณสุขครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ

โคลัมเบีย มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ครอบคลุมประชากรได้ถึงร้อยละ ๙๕ (เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๒๐ ใน ๒๐ ปี) แต่ความท้าทายของโคลัมเบีย คือ การผลักดันให้สามารถครอบคลุมประชากรร้อยละ ๕ ที่เหลือเนื่องจากประชากรกลุ่มดังกล่าวอยู่ในพื้นที่ชนบทที่ยากจะเข้าถึง นอกจากความครอบคลุม (coverage) ในการให้บริการด้านสาธารณสุขแก่ประชากรแล้วจะต้องคำนึงถึงคุณภาพของการให้บริการด้วย

เอสโตเนีย การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ได้ขึ้นอยู่กับระดับทางเศรษฐกิจของประเทศ สามารถเกิดขึ้นได้ทั้งประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา แต่ต้องอาศัยเจตจำนงทางการเมืองจากผู้กำหนดนโยบาย เอสโตเนียประสบปัญหาการที่ประชาชนแบกรับค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ (out of pocket payment) โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายที่มาจากยาประมาณร้อยละ ๓๕ ทางรัฐบาลเอสโตเนียได้มีนโยบายในการให้สิทธิ (supplementary benefit) ในการเข้าถึงยา สำหรับผู้ที่จ่ายเบี้ยประกันให้กับรัฐ และใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการลงทะเบียนเพื่อรับสิทธิประโยชน์ แต่ความท้าทาย คือ ประชาชนไม่ได้รับรู้นโยบายดังกล่าวอย่างทั่วถึง และ application ก็มีความซับซ้อนมากเกินไป ทำให้มีเพียง ๑/๓ ของประชากรที่มีสิทธิ์เท่านั้นที่ลงทะเบียน แต่หลังจากนั้นมีการปรับให้ผู้มีสิทธิ์เข้าถึงยาได้เลยหากมีค่าใช้จ่ายยา ทำให้การเข้าถึงยามีจำนวนเพิ่มมากขึ้น

เคนย่า ได้ริเริ่มโครงการดำเนินการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน ๔ พื้นที่ในช่วง ๕ เดือนที่ผ่านมา นายกรัฐมนตรีของเคนย่าได้ประกาศให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นหนึ่งในประเด็นสำคัญลำดับต้นๆ ของนโยบายภาครัฐ แต่อย่างไรก็ตามความท้าทายของเคนย่า คือ ขาดกำลังคนและทรัพยากรในระดับชุมชน และกำลังคนด้านสุขภาพโดยรวม

ญี่ปุ่น ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของญี่ปุ่น ถึงแม้จะมีความสำเร็จและได้รับการยอมรับจากทั่วโลกแต่ก็ต้องปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ปัญหา เช่น สังคมผู้สูงอายุ

ประเด็นสำคัญที่ถูกละเลยหรือถูกถามจากที่ประชุม:

ผู้เข้าร่วมได้กล่าวถึง ประเด็นที่ไม่ได้ถูกละเลยประกอบไปด้วย ประชากรกลุ่มเปราะบาง ผู้สูงอายุ การป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพ เช่น อาหาร และ ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- องค์การอนามัยโลกควรสนับสนุนประเทศสมาชิกในการประเมินความพร้อมและการดำเนินการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผ่านเครือข่าย UHC partnership ซึ่งประกอบไปด้วยประเทศสมาชิก ๖๖ ประเทศ
- การสร้างความเข้มแข็งการให้บริการในระดับปฐมภูมิ
- การพัฒนาฐานข้อมูลให้เข้มแข็งในการประเมินผลการดำเนินงาน
- หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องออกแบบให้เข้ากับบริบทสังคม เศรษฐกิจ และแนวโน้มปัญหาสุขภาพของประชากร
- การร่วมกันของภาคส่วนต่างๆ ในการขับเคลื่อนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- ประเด็นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นประเด็นที่ไม่ควรจำกัดมุมมองอยู่แต่แค่ผลลัพธ์ทางสุขภาพ แต่เป็นทางด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยเฉพาะความมั่นคงของประเทศ เป็นเหมือนรากฐานของการสร้างความเจริญในประเทศ

Side Event: Universal Health Coverage and Migration: Leaving no one behind

ผู้จัด: The delegations of Colombia, Ecuador, Luxembourg, Mexico, Panama, Peru, Portugal and Sudan

วันที่/เวลา: ๒๑พฤษภาคม ๒๕๖๒, ๑๘.๐๐-๑๙.๓๐

ผู้รายงาน/หน่วยงาน:

๑. แพทย์หญิงหทัยรัตน์ โกษิยาวรณ สำนักรงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๒. ดร. ชีรพร สติรอังกูร ผู้อำนวยการกองการพยาบาล

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

การประชุมครั้งนี้ จัดขึ้นเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และบทเรียน ซึ่งเกี่ยวกับประเด็นใน Global Action Plan on Migrants and Refugees โดยผู้พูดประกอบด้วย ตัวแทนจากกระทรวงสาธารณสุขประเทศโคลัมเบีย เอกวาดอร์ เปรู โปตุเกส ตุรกี ตัวแทนจากประเทศปานามาและลักเซมเบิร์ก ตัวแทนภูมิภาคจาก Eastern Mediterranean องค์กรระหว่างประเทศ หน่วยงานวิชาการจาก Lancet journal และ John Hopkins University

ตัวแทนจากประเทศ ได้กล่าวถึงปัญหาและการให้ความสำคัญของประเทศตนต่อปัญหาผู้อพยพและคนต่างด้าว ในด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ จากอุปสรรคทางการเงิน ภาษาและวัฒนธรรม ซึ่งผู้อพยพและคนต่างด้าวจะทำให้เกิดภาระทางสุขภาพทั้งในเรื่องการรักษาพยาบาลและกลุ่มโรคบางอย่าง โดยเฉพาะโรคติดต่อ เช่น วัณโรค มาลาเรีย โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือปัญหาด้านวัคซีน โภชนาการในกลุ่มเด็กและปัญหาสุขภาพจิต เป็นต้น ส่วนใหญ่จะดำเนินการด้านระบบสุขภาพให้สอดคล้องกับ New York Declaration และ Global Impact on Refugees ของ UNGA เพื่อนำไปสู่ ความยั่งยืนของ UHC achievement โดยในประเทศ EU ได้ใช้ Strategy and action plan for refugee and migrant health in the WHO European Region ซึ่งเป็นแผนที่ได้รับการสนับสนุนจาก WHO และประเทศสมาชิก เพื่อให้เกิดการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและกำหนดปัจจัยส่งเสริมสุขภาพที่นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีในกลุ่มผู้อพยพและคนต่างด้าว โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง กลุ่มเสี่ยงและให้ความสำคัญกับปัญหาเฉพาะกลุ่ม เช่น ความยากจน การแบ่งแยก ความรุนแรง เป็นต้น หลายประเทศ เช่น เอกวาดอร์ โคลัมเบีย เสนอให้มีการสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศ และภูมิภาคในเรื่องนี้ ทั้งจากภาครัฐ องค์กรอิสระ รวมถึงภาคเอกชน บางส่วนเสนอให้ประเด็นการพัฒนาทั่วโลกทางการเงินในระบบสุขภาพและการให้บริการที่ยืดหยุ่นเป็นศูนย์กลาง

ส่วนองค์กรระหว่างประเทศ ได้นำเสนอประเด็นที่อยู่ในความสนใจของตน เช่น WHO EU พูดถึงประเด็นที่ต้องพัฒนาในเรื่องของงานวิจัย การแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ และการขับเคลื่อนแผน Strategy and action plan for refugee and migrant health in the WHO European Region ในระดับประเทศ ส่วน World bank พูดถึงความสำคัญของคนต่างด้าวในด้านเศรษฐกิจ และการปรับใช้เทคโนโลยีในการให้บริการด้านสุขภาพแก่คนต่างด้าว ส่วน Partnership for Maternal, Newborn and Child Health เน้นย้ำความสำคัญกับกลุ่มผู้หญิงและเด็ก ส่วน IOM เน้นย้ำบทบาทของภาครัฐในการดูแลด้านสุขภาพแก่ผู้อพยพและคนต่างด้าว เป็นต้น ส่วนหน่วยงานด้าน

วิชาการได้นำเสนอประเด็นการทำงานร่วมกัน การวางแผนในระยะยาวและปัญหาด้านการเงินการคลังของระบบสุขภาพในการให้บริการผู้อพยพและคนต่างด้าว

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปรายหรือถามจากที่ประชุม

- แผนการดูแลด้านสุขภาพแก่ผู้อพยพและคนต่างด้าวในระยะยาวคืออะไร
- การดูแลผู้อพยพและคนต่างด้าวเป็นหน้าที่ของภาครัฐภายใต้ Global Compact on Refugees
- มีการสนับสนุน young migrant health professional

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้

- การให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้อพยพและคนต่างด้าว ควรรวมกลุ่มนี้เข้าไปในระบบสุขภาพถ้วนหน้า
- นโยบายควรมีทั้งแบบระยะสั้นและระยะยาว ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกหน่วยงาน ภายใต้การนำของภาครัฐ และหลักฐานสนับสนุนทางวิชาการ
- การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังควรให้ความสำคัญในการวางแผนการดำเนินการ
- การให้บริการที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางควรให้ความสำคัญ เพื่อลดปัญหาความแตกต่างทั้งด้านการเงิน ภาษาและวัฒนธรรม
- สามารถนำเทคโนโลยีมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการดูแลด้านสุขภาพ

สำหรับประเทศไทย การดำเนินการเรื่องนี้ทำได้ดีในกลุ่มแรงงานต่างด้าว เนื่องจากมีระบบการ regularization ในศูนย์ One Stop Service เพื่อให้คนกลุ่มนี้เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ แต่อย่างไรก็ตามยังมีจุดที่ต้องพัฒนา ในเรื่องของระบบข้อมูล รวมถึงการให้บริการที่ให้ความสำคัญกับความแตกต่างด้านภาษา สังคมวัฒนธรรม และนโยบายที่ชัดเจนในการดูแลสำหรับกลุ่ม undocumented migrants

Side Event Palliative Care And Universal Health Coverage: A Component Of Primary Health Care

ผู้จัด International Association for Hospice and Palliative Care Inc.

วันที่/เวลา ๒๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ เวลา ๑๙.๐๐ – ๑๙.๕๐ น.

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

- | | |
|-------------------------------|--|
| ๑. นางสาวสินีนาด หวังดี | สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) |
| ๒. นายชาติชาย สุวรรณนิตย์ | กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ |
| ๓. ดร. วรณฤดี อีสรานูวัฒน์ชัย | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) |

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

- วิทยากรจากแต่ละประเทศ รายงานถึงความท้าทายและความก้าวหน้าในการพัฒนาการเข้าถึงการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative care) ประสบการณ์ในการลดช่องว่างการเข้าถึงยาจำเป็น รวมถึงหารือเรื่อง WHO Model List และ cost-effective implementation strategies ในบริบทของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UCH)

- Dr. Dzulkefly Ahmad รมต.สธ.ประเทศมาเลเซีย ให้ความเห็นว่า Palliative Care ควรนิยามกว้างครอบคลุมถึงการบริการด้วย ในประเทศมาเลเซีย การบริการ Palliative Care ส่วนใหญ่จะอยู่ในเมืองใหญ่ ซึ่งการนำบริการสุขภาพมาให้ที่อยู่ใกล้บ้านที่สุดเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์การทำงานของมาเลเซีย การศึกษาด้าน Palliative Care จะมีบทบาทสำคัญในการนำประเทศไปสู่ UHC
- ผู้แทนจากประเทศปานามา เห็นว่า Palliative Care สามารถเป็นส่วนหนึ่งของการสาธารณสุขมูลฐาน และควรเป็นนโยบายระดับชาติ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องมีส่วนสำคัญไปสู่ นโยบาย Palliative Care ระดับประเทศ ปานามามองเรื่อง Palliative Care ว่าเป็นมากกว่าเรื่องการรักษาหรือเรื่องสุขภาพ แต่เป็นเรื่องมนุษยธรรมด้วย
- Dr. Felicia Knaul, Chair, Lancet Commission on Pain and Palliative Care นำเสนอรายงานเรื่อง การสาธารณสุขมูลฐานถูกนำมาใช้เป็น platform เพื่อพัฒนาการเข้าถึงการบริการการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคองได้อย่างไร รวมถึงสถานการณ์ปัจจุบันเรื่องดังกล่าวในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำ

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

- UHC ควรรวมเรื่องการ Palliative Care ไว้ด้วย แต่อย่างไรก็ตาม UHC มีทั้งเรื่องวิชาการและการเมืองมาเกี่ยวข้อง ดังนั้น อาจมีข้อโต้แย้งเกิดขึ้น โดยเฉพาะในแง่ความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจ
- Palliative Care เป็นมากกว่าเรื่องความเจ็บป่วยทรมานของผู้ป่วย แต่กระทบถึงครอบครัว ชุมชน และเรื่องอื่นๆด้วย มนุษย์ไม่ควรแค่ได้ตายอย่างสงบ และควรสามารถที่จะใช้ชีวิตที่ดีก่อนตายด้วย
- ควรบรรจุ palliative care ไปในหลักสูตรพื้นฐานการศึกษา/ฝึกอบรมแพทย์

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- ประเทศควรมี Champions ที่ริเริ่มผลักดันเรื่องนี้ไปในทิศทางที่เหมาะสม เช่น เป็นนโยบายระดับชาติ หรือรวมกับเรื่อง UHC ฯลฯ
- *WHO กำลังทำงานเพื่อผลักดันให้ palliative care เป็นส่วนหนึ่งของ UHC

Side Event Partnership for Health Strengthening – Prepared for Emergencies

ผู้จัด: ประเทศอัฟกานิสถาน ประเทศโคลัมเบีย ประเทศอิหร่าน ประเทศสวิตเซอร์แลนด์

วันที่/เวลา: ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒ เวลา ๑๘.๐๐ – ๑๙.๓๐ น.

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. นายแพทย์เกษมสุข โยธาสุมุท กรมการแพทย์
๒. นายบรรลุ ศุภอักษร กองการต่างประเทศ

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

- ต้องมีการใช้กรอบลดความเสี่ยงสำหรับภาวะฉุกเฉินทางด้านการแพทย์และภาวะภัยพิบัติ โดยความร่วมมือของทุกฝ่ายจะทำให้การกลับสู่สุขภาพเดิมก่อนเหตุการณ์นั้นดีขึ้น (Prof. Virginia Murray - Head of Global DRR Public Health England)

- ภาครัฐต้องแสดงภาวะผู้นำที่ดี และทำให้มีความเท่าเทียมกันในประชากรทุกกลุ่ม ภาคเอกชนอาจมีส่วนร่วมได้ (Alain Berset - Health Minister of Switzerland)
- การสาธารณสุขในพื้นที่เสี่ยงภัยเป็นมากกว่าการให้บริการทางการแพทย์ แต่ยังเป็นการลงทุนสำหรับสันติภาพ ภาครัฐควรมีส่วนเกี่ยวข้องแต่ต้องมีความเป็นกลาง (Dr Pierre Somse - Minister of Health and Population, Central African Republic)
- การให้บริการควรเน้นไปที่ผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงมากที่สุด ระบบการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานเป็นแนวป้องกันที่สำคัญต่อเหตุการณ์ความขัดแย้งและภาวะฉุกเฉิน สาธารณสุขเป็นสะพานที่จะเชื่อมระหว่างความเป็นมนุษยธรรมและการพัฒนา ซึ่งจะนำไปสู่สันติภาพ (Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus – WHO Director General)

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- การสาธารณสุขในภาวะเสี่ยงควรมีการกำหนดลำดับความสำคัญ ควรเป็นความร่วมมือของทุกภาคส่วน และควรมีการกำหนดการให้บริการขั้นต่ำของสถานพยาบาลแต่ละระดับ (Dr Richard Brennan - Director Emergency Operations, WHO)
- การสาธารณสุขเพื่อเตรียมรับสถานการณ์ฉุกเฉิน จะต้องครอบคลุมถึงผู้ได้รับผลกระทบทุกคน ต้องทำให้เห็นผลลัพธ์ที่ออกมา ต้องมีการกำหนดการให้บริการขั้นต่ำ และต้องนึกถึงการดูแลสุขภาพทางจิต โรคไม่ติดต่อ และการความรุนแรงทางเพศที่อาจเกิดขึ้น (Dr Ernest Massiah - Practic Manager for Middle east and North Africa Region Health, Nutrition and population Global Practice. The World Bank Group)

Side Event Promoting Vaccine Confidence Enhancing Global Immunization efforts to protect the health of all generations

ผู้จัด ประเทศบราซิล แคนาดา โคลัมเบีย ไอร์แลนด์ โรมมาเนีย สเปน ยูเครน สหรัฐอเมริกา สหภาพยุโรป และ องค์การอนามัยโลก วันที่/เวลา ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒ เวลา ๑๒.๓๐ - ๑๔.๐๐ น.

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๒๐. นายวรวิช บุญยาภิธาน สถาปนั้วัดชินแห่งชาติ
๒๑. เกสัชกรหญิงสิตานันท์ พูลผลทรัพย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message) (โดยอาจจะบุชื่อ speaker ด้วย)

Panelist

๑. Alex M. Azar United States Secretary of Health and Human Services
๒. Dr. Vytenis Povilas Andriukaitis European Commissioner
๓. Ricardo Barros Minister of Health Brazil
๔. Dr. Theresa Tam Canada, Chief Public Health Officer

ประเด็นหลัก

- Misinformation ยังคงเป็นปัญหาหลักของการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคทั่วโลก เนื่องจากการสื่อสารที่มีข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริง การปล่อยข่าวลือที่ไม่เป็นความจริงเรื่องผลข้างเคียงของการได้รับวัคซีน ทำให้ผู้ปกครองไม่ต้องการพาบุตรหลานไปพบแพทย์เพื่อรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตามที่องค์การอนามัยโลกให้คำแนะนำ
- สหรัฐอเมริกาและยุโรปกำลังเผชิญกับการออกสื่อต่อต้านการรับวัคซีนที่ตั้งชื่อว่า “Anti-vax” ซึ่งแฝงตัวอยู่ในสื่อออนไลน์ทุกประเภท ด้วยการเผยแพร่ข้อความที่บิดเบือน สร้างความหวาดกลัวในกลุ่มประชากรที่ขาดการเข้าถึงจากเจ้าหน้าที่ด้านการสาธารณสุข
- ปัจจุบันพบว่ากว่าร้อยละ ๔๘ ของประชากรในยุโรปมีความเชื่อว่าวัคซีนเป็นสาเหตุของความพิการ การเกิดโรคแทรกซ้อน จนกระทั่งถึงกับทุพพลภาพ สาเหตุจากสื่อออนไลน์และสื่อสารมวลชนที่ไม่มีคุณภาพ ขาดการตรวจสอบก่อนเผยแพร่
- ในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนาอย่างบราซิล กำลังประสบปัญหาขาดแคลนแรงงานด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นกำลังสำคัญของงานสร้างเสริมฯ ที่จะช่วยเพิ่มอัตราการครอบคลุมของผู้ได้รับวัคซีนได้ตามเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก โดยเฉพาะในแถบแนวตะเข็บชายแดนที่ยากต่อการเข้าถึง
- แนวทางการแก้ปัญหาคือต้องสร้าง health care work force ที่เข้มแข็ง มีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะในการสื่อสารกับประชาชน และต้องสามารถติดตามได้อย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง
- การใช้สื่อสารมวลชน และสื่อออนไลน์ให้เป็นประโยชน์ โดยหน่วยงานภาครัฐต้องเป็นผู้นำด้านการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง โดยผ่านสื่อที่ประชาชนจะเข้าถึงได้ง่าย เช่น Facebook Twitter เป็นต้น
- เพิ่มความตระหนักของประชาชน ให้เห็นประโยชน์ของการได้รับวัคซีน ด้วยการเข้าถึงประชาชนในชุมชน ชนบท และโรงเรียน โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนความคิดในกลุ่มผู้นำศาสนาซึ่งมีอิทธิพลต่อความคิดของประชาชนในวงกว้าง
- วัคซีนถือเป็นเรื่องสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานที่ประชาชนควรได้รับทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน และต้องอาศัยความร่วมมือกับหลากหลายภาคส่วน (Multi-collaboration) จึงจะสำเร็จได้
- องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับการได้รับวัคซีนเป็นอย่างมาก และได้ดำเนินการจัดทำ Global Vaccine Action Plan version ๒, ๒๐๒๑-๒๐๓๐ เพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์เรื่องการระบาด การสร้างความร่วมมือ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการสาธารณสุขให้เข้มแข็งมากขึ้น เพื่อให้สำเร็จตามเป้าหมายของความครอบคลุมการได้รับวัคซีนในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
- รัฐบาลต้องมีมาตรการสนับสนุนให้มีการควบคุมและประกันคุณภาพวัคซีนที่เหมาะสม และเชื่อถือได้ เพื่อวัคซีนที่ผลิตได้มีคุณภาพเป็นที่เชื่อถือของประชาชน

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

จะทำอย่างไรถึงจะสามารถต่อสู้กับกลุ่ม “Anti Vax” ได้

การสร้าง ความเข้าใจกับประชาชน โดยอาศัยทั้งสื่อออนไลน์ และแบรนด์สินค้าต่างๆ ในโทรทัศน์ รวมทั้งรายการโทรทัศน์ต้องมีการเสนอเรื่องประโยชน์ของการพาลูกไปฉีดวัคซีน ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น เป็นต้น

รัฐบาลต้องดำเนินการตามลำพังหรือไม่

ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชน ร่วมมือกันจึงจะสามารถทำให้การเข้าถึงวัคซีนเพิ่มขึ้นได้ การสนับสนุนแหล่งเงินทุนสำหรับประเทศที่กำลังพัฒนาหรือประเทศด้อยพัฒนาโดยองค์การนานาชาติ เช่น GAVI UNICEF PAHO และ Bill and Melinda Gates Foundation เป็นต้น

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

ให้องค์การอนามัยโลกช่วยเป็นศูนย์กลางด้านข้อมูลวัคซีนของโลก และเป็นแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือให้กับทุกประเทศ รวมทั้งเร่งรัดให้แผนจัดทำ Global Vaccine Action Plan ๒.๐, ๒๐๒๑-๒๐๓๐ ให้เสร็จโดยเร็วที่สุด โดยผ่านการมีส่วนร่วมของประเทศสมาชิกและหน่วยงานระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้อง

Side Event Patient Safety and Quality of care in the face of emergencies and extreme adversity – A prerequisite to achieve Universal Health Coverage

ผู้จัด State of Qatar วันที่/เวลา ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒ โดยมี ๑๗ ประเทศสมาชิกรวมถึงประเทศไทยร่วมเป็น Co-sponcer

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ โตสิงห์ ประชาสัมพันธ์ สภาการพยาบาล
๒. แพทย์หญิงปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

ความสำคัญของ ความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety)

ในปัจจุบันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Events) ระหว่างกระบวนการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ยังคงมีจำนวนมาก และเกิดขึ้นในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ ทุกภาคส่วนทั่วโลก ซึ่งถือว่าเป็นภาระและความสูญเสียที่เกิดขึ้นกับทุกประเทศทั่วโลก การสร้างกลไกให้ผู้ป่วยและผู้รับบริการสุขภาพเกิดความปลอดภัยจึงถือว่าเป็น วาระสำคัญของทุกประเทศทั่วโลก

การประชุมครั้งนี้ สนับสนุนโดยสาธารณรัฐการ์ตาร์ โดยมี รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขของ การ์ตาร์ (Dr. Hanan Al Kuwari) เป็นประธานการประชุม การประชุมมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ทุกประเทศสมาชิกของสหประชาชาติตระหนักถึงความสำคัญของ แนวคิดเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) และเปิดมุมมองที่หลากหลายในการจัดการให้เกิด ความปลอดภัยของผู้ป่วย เพราะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะสุขภาพดีถ้วนหน้า (Universal Health Coverage) ประเทศการ์ตาร์ แสดงเจตนารมณ์ที่ชัดเจนในการสนับสนุนให้เกิด ความปลอดภัยของผู้ป่วย ในระบบบริการสุขภาพ และได้ริเริ่มโครงการต่าง ๆ เพื่อสร้างความตระหนักกับทุกภาคส่วนในประเด็นนี้ กิจกรรมสำคัญที่การ์ตาร์ได้ทำแล้วคือ การส่งเสริมให้หลายกระทรวงที่เกี่ยวข้อง และภาคส่วนอื่น ๆ ทำงานร่วมกัน และเมื่อ ปี ค.ศ. ๒๐๑๘ การ์ตาร์ได้เป็นเจ้าภาพจัด Asian Summit UHC in Conflict Zone: Call for action ซึ่งเป็นประเด็นที่ละเอียดอ่อนและต้องการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน และความเข้าใจอันดีระหว่างประเทศ

Dr. Edward Kelley, WHO HQ, Director, Service Delivery & Safety สนับสนุนให้ทุกประเทศและทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นำแนวคิด และกลยุทธ์ ที่ระบุไว้ใน Global Action on Patient Safety (EB

๑๔:R๑๒) ไปใช้เป็นกรอบในการทำงาน เพราะกรอบแนวคิดดังกล่าวมีความชัดเจน ครอบคลุมบุคคลทุกกลุ่ม รวมถึงกลุ่มด้อยโอกาสและกลุ่มเปราะบาง สนับสนุนให้ทุกประเทศโดยเฉพาะประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลางประกาศให้มีวัน Patient Safety Day ทั้งนี้เพื่อปลูกจิตสำนึกและความตระหนักในทุกภาคส่วน

Dr.Ahmed Al-Mandhari, WHO Regional Director for the Eastern Mediterranean มีความเชื่อว่า สุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่รัฐบาลทุกประเทศทั่วโลกต้องจัดบริการให้กับประชาชน การเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเดียวยังไม่เพียงพอ แต่ต้องเน้นเรื่องคุณภาพและมีความปลอดภัยด้วย เพราะผู้รับบริการสุขภาพไม่ควรเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการรับบริการสุขภาพ ในอีกมิติที่บุคลากรทางสุขภาพต้องคำนึงถึงการให้บริการสุขภาพที่ปลอดภัยคือ การจัดบริการสุขภาพในประเทศที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ความไม่สงบทางการเมือง และประเทศที่เกิดสงครามหรือการก่อการร้ายเป็นประจำ กลุ่มประเทศเหล่านี้จัดบริการสุขภาพท่ามกลางความขาดแคลนของบุคลากรและโครงสร้างพื้นฐานเพื่อการบริการสุขภาพ ดังนั้น ประเด็นของการทำให้เกิดความปลอดภัยจึงเป็นสิ่งที่ทำนาย และต้องการการจัดการหรือการสนับสนุนจากประเทศอื่น ๆ ต้องมีการพัฒนาที่มสุขภาพที่สามารถทำงานท่ามกลางสงครามและการก่อการร้ายได้

แนวคิดสำคัญจาก รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขของประเทศต่างๆ

รมว Switzerland เน้นเรื่องการนำแนวคิดลงสู่การปฏิบัติจริง และเน้นการปฏิบัติที่มีคุณภาพตามแนวปฏิบัติมาตรฐาน ความโปร่งใสในการติดตาม กำกับและตรวจสอบ และขอเชิญให้ทุกคนมาร่วมกันเรียนรู้ ในการประชุม the ๕th Global Ministerial Summit on Patient Safety ที่ประเทศสวิตเซอร์แลนด์เป็นเจ้าภาพในวันที่ ๒๗-๒๘ กุมภาพันธ์ ค.ศ. ๒๐๒๐

รมว United Kingdom เน้นเรื่องการสร้างวัฒนธรรมในการลดการตำหนิกันเองเมื่อเกิด เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ แต่ต้องพัฒนาระบบที่ทำให้เกิดความปลอดภัย ระบบการรายงานที่เป็นมิตรกับผู้ทำงาน เรียนรู้จากการเกิดเหตุการณ์ และนำมาพัฒนางานเพื่อให้เกิดคุณภาพและการบริการสุขภาพที่ปลอดภัย การพัฒนางานด้าน patient safety ต้องเป็นงานที่ทุกประเทศทั่วโลกทำงานร่วมกัน เพื่อทำงานวิจัยสร้างองค์ความรู้ พัฒนาหลักสูตร และจัดการฝึกอบรมที่เป็นมาตรฐาน

รมว Iraq ประเทศที่อยู่ในภาวะสงคราม ความไม่สงบ การก่อการร้าย เป็นประเทศที่เรื่อง ของ patient safety ควรถูกมองอีกมิติหนึ่ง นั่นคือ มิติของความเพียงพอของทรัพยากรที่เกี่ยวข้องกับการรักษา โครงสร้างพื้นฐานของสถานบริการ ความเพียงพอและความปลอดภัยของบุคลากรทางสุขภาพ ดังนั้นการให้ความช่วยเหลือจากประเทศที่มีความพร้อมน่าจะเป็นทางออกที่ดีของประเทศที่มีบริบทเช่นนี้

รมว Sri Lanka เนื่องจากประเทศต้องประสบกับปัญหา man made และ natural disaster อยู่เป็นประจำ patient safety จึงมีจุดเน้นที่การเตรียมสถานบริการสุขภาพทุกแห่งให้มีความพร้อมเพื่อรับมือในกรณีเกิดภัยพิบัติ เพราะในสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ป่วยที่รักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จะเข้าถึงบริการได้ลำบาก และทรัพยากรหรือเวชภัณฑ์ในการรักษามีความขาดแคลน สถานบริการถูกทำลาย การทำให้เกิด patient safety จึงต้องมีการวางแผนอีกรูปแบบหนึ่ง และต้องมีการเตรียมและซ้อมแผนรองรับที่มีประสิทธิภาพ

รมว Rwanda เน้นการทำให้ระบบมีความปลอดภัย ในสถานการณ์ที่เกิด disease outbreak เช่น Ebola วิธีการของ Rwanda คือ เน้นเรื่องการพัฒนาบุคลากรทางสุขภาพในระดับชุมชน เพราะถือเป็นบุคคลด่านหน้าที่มีความคุ้นเคยกับคนในชุมชน ให้ทำงานด้านการรายงาน และเฝ้าระวัง พัฒนาระบบและช่องทางการแจ้งข่าวสำหรับเจ้าหน้าที่ในชุมชน และมีการพัฒนาแผนรับมือในกรณีเกิด disease outbreak

รวม Turkey มองว่า ในบริบทของประเทศ Turkey การที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพในสถานบริการที่มีความพร้อมด้านเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ ถือเป็นมิติหนึ่งของ patient safety และมองว่า การให้ความช่วยเหลือประเทศเพื่อนบ้านที่ต้องเผชิญชะตากรรมจากสงคราม เป็นการช่วยเหลือที่สำคัญและ Turkey ถือว่าเป็นพันธกิจที่ ใช้นโยบาย open-door policy ช่วยเหลือประชาชนของประเทศ Syria แบบให้เปล่า

รวม Nigeria ในห้วงเวลาที่ผ่านมา Nigeria ประสบปัญหาสงคราม ทำให้ สถานบริการสุขภาพถูกทำลาย รวมถึงบุคลากรสุขภาพที่บาดเจ็บและเสียชีวิตจากสงคราม รูปแบบที่ Nigeria ทำเรื่อง patient safety คือ พัฒนา care team ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และผดุงครรภ์ เป็น mobile team ช่วยรักษาพยาบาลคนในพื้นที่ โดยได้ฝึกอบรมให้บุคลากรในทีมสามารถให้บริการสุขภาพประชาชนในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ

ความเห็นของ Technical expert (Prof Lord Dazi of Denham เน้นว่า

- ๑.ความปลอดภัยในการรับการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิพื้นฐานของประชาชนทุกคน
- ๒.ในภาวะสงคราม ประชาชนลำบากอยู่แล้ว หากเขาเจ็บป่วย เขาต้องได้รับบริการที่ปลอดภัย เพราะประชาชนเหล่านี้เผชิญกับความยากลำบากอยู่แล้ว เขาไม่สามารถ tolerate “Harm” ที่เกิดจากกระบวนการรักษาพยาบาลได้อีก
- ๓.การเกิดความปลอดภัย ไม่ได้ขึ้นอยู่กับ คน ๆ เดียว แต่เกิดจากทุกคน แม้แต่ตัวผู้ป่วยเอง ก็มีส่วนร่วมในการทำให้เกิดความปลอดภัย
- ๔.ความปลอดภัยไม่ใช่ทางเลือก แต่เป็น เรื่องสำคัญที่ต้องทำให้เกิด และทุกคนต้องได้รับ

ความเห็นของ IOM, IFRC และ IRC

- ๑.เน้นความสำคัญของ patient safety ในกลุ่ม migrant
- ๒.เรื่องนี้ต้องได้รับเงินสนับสนุนจาก Global (Global fund)
- ๓.เน้นการพัฒนาสมรรถนะของ บุคลากรสุขภาพ ด้วยการจัดหลักสูตรฝึกอบรม
- ๔.การเข้าถึงบริการสุขภาพ ที่มีคุณภาพและเกิดความปลอดภัยต้องเกิดขึ้น ทุกที่ ทุกเวลา ในทุกสถานการณ์

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

- ๑.ความท้าทายในการทำให้เกิด patient safety ในบริบทที่ขาดแคลนทรัพยากร และ/หรือ เกิดความไม่สงบจากการก่อการร้าย หรือสงคราม
๒. การร่วมมือของทุกภาคส่วนเพื่อทำให้เกิด patient safety
๓. เน้นการรณรงค์เพื่อสร้างความตระหนักและการลงมือปฏิบัติในการทำให้เกิด patient safety

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

แม้ว่าประเทศไทยจะได้มีการพัฒนาระบบเพื่อทำให้เกิด ๒ P safety (Patient and Personnel Safety) และมีการพัฒนาหลักสูตรสำหรับแพทย์ พยาบาลและบุคลากรสุขภาพมาเป็นเวลานานแล้วก็ตาม แต่ยังไม่เคยมีการมองระบบ ๒ P safety ในสถานการณ์ฉุกเฉินและภัยพิบัติ มุมมอง ๒ Ps safety ในมิตินี้ จึงควรมีการผลักดันให้เกิดมุมมองด้านนี้ในระบบสุขภาพไทยเพิ่มเติม

Technical briefing: Universal Health Coverage

ผู้จัด World Health Organization วันที่/เวลา ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒ เวลา ๑๒.๐๐-๑๔.๐๐ น.

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. นางสาวจินตนา จันทร์โคตรแก้ว สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๒. นางสาวมิลินทร์ สาครสินธุ์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message) (โดยอาจารย์ชื่อ speaker ด้วย)

วัตถุประสงค์หลักของการประชุม คือ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดำเนินการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage) : ซึ่งแต่ละประเทศมีความแตกต่างกันในเชิงบริบททำให้การขับเคลื่อนและการนำไปปฏิบัติแตกต่างกัน

Dr. Tedros หลักประกันสุขภาพถือเป็นสิทธิมนุษยชน ไม่มีใครสมควรจะจนด้วยการมีอุปสรรคทางสุขภาพ กว่า 100 ล้านคนต่อเผชิญภาวะล้มละลายทางการเงิน การมีพันธสัญญาทางการเมืองในหลักประกันสุขภาพจากกลุ่มประเทศ G20 G7 และ UN HLM ทำให้เกิดความก้าวหน้าและความมั่นคงต่อระบบสาธารณสุข UHC partnership โดยมี 66 ผู้สนับสนุน ร่วมกันผลักดันมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศต่าง ๆ HLM on UHC ในเดือนกันยายนจะสร้างความเข้มแข็งต่อระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระบบนโยบาย

ฟิลิปปินส์ มีการประกาศกฎหมายหลักประกันสุขภาพ ซึ่งมีหลายปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จดังกล่าว ยกตัวอย่าง เช่น 1) การมี local government code ซึ่งให้อำนาจภาครัฐในระดับพื้นที่ในการให้บริการด้านสาธารณสุขมากกว่า 30 ปี 2) การนำหลักฐานเชิงประจักษ์และประสบการณ์จากประเทศต่างๆ มาปรับใช้และผลักดันในการขับเคลื่อน เช่น ประเทศไทย ญี่ปุ่น 3) การสนับสนุนจากภาคประชาสังคม แต่ก้าวต่อไปที่ท้าทายคือการบังคับใช้กฎหมายในการให้บริการสาธารณสุขครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ

โคลัมเบีย มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ครอบคลุมประชากรได้ถึงร้อยละ 95 (เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20 ใน 20 ปี) แต่ความท้าทายของโคลัมเบีย คือ การผลักดันให้สามารถครอบคลุมประชากรร้อยละ 5 ที่เหลือเนื่องจากประชากรกลุ่มดังกล่าวอยู่ในพื้นที่ชนบทที่ยากจะเข้าถึง นอกจากความครอบคลุม (coverage) ในการให้บริการด้านสาธารณสุขแก่ประชากรแล้วจะต้องคำนึงถึงคุณภาพของการให้บริการด้วย

เอสโตเนีย การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ได้ขึ้นอยู่กับระดับทางเศรษฐกิจของประเทศ สามารถเกิดขึ้นได้ทั้งประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา แต่ต้องอาศัยเจตจำนงทางการเมืองจากผู้กำหนดนโยบาย เอสโตเนียประสบปัญหาการที่ประชาชนแบกรับค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ(out of pocket payment) โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายที่มาจากยาประมาณร้อยละ 35 ทางรัฐบาลเอสโตเนียได้มีนโยบายในการให้สิทธิ (supplementary benefit) ในการเข้าถึงยา สำหรับผู้ที่จ่ายเบี้ยประกันให้กับรัฐ และใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการลงทะเบียนเพื่อรับสิทธิประโยชน์ แต่ความท้าทาย คือ ประชาชนไม่ได้รับรู้นโยบายดังกล่าวอย่างทั่วถึง และ application ก็มีความซับซ้อนมากเกินไป ทำให้ที่เพียง 1/3 ของประชากรที่มีสิทธิ์เท่านั้นที่ลงทะเบียน แต่หลังจากนั้นมีการปรับให้ผู้มีสิทธิ์เข้าถึงยาได้เลยหากมีค่าใช้จ่ายยา ทำให้การเข้าถึงยามีจำนวนเพิ่มมากขึ้น

เคนยา ได้ริเริ่มโครงการดำเนินการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน 4 พื้นที่ในช่วง 5 เดือนที่ผ่านมา นายกรัฐมนตรีของเคนยาได้ประกาศให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นหนึ่งในประเด็นสำคัญลำดับต้นๆ ของนโยบายภาครัฐ แต่อย่างไรก็ตามความท้าทายของเคนยา คือ ขาดกำลังคนและทรัพยากรในระดับชุมชน และกำลังคนด้านสุขภาพโดยรวม

ญี่ปุ่น ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของญี่ปุ่น ถึงแม้จะมีความสำเร็จและได้รับการยอมรับจากทั่วโลกแต่ก็ต้องปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ปัญหา เช่น สังคมผู้สูงอายุ

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

ผู้เข้าร่วมได้กล่าวถึง ประเด็นที่ไม่ได้ถูกอภิปรายประกอบไปด้วย ประชากรกลุ่มเปราะบาง ผู้สูงอายุ การป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพ เช่น อาหาร และ ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- องค์การอนามัยโลกควรสนับสนุนประเทศสมาชิกในการประเมินความพร้อมและการดำเนินการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผ่านเครือข่าย UHC partnership ซึ่งประกอบไปด้วยประเทศสมาชิก 66 ประเทศ
- การสร้างความเข้มแข็งการให้บริการในระดับปฐมภูมิ
- การพัฒนาฐานข้อมูลให้เข้มแข็งในการประเมินผลการดำเนินงาน
- หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องออกแบบให้เข้ากับบริบทสังคม เศรษฐกิจ และแนวโน้มปัญหาสุขภาพของประชากร
- การร่วมกันของภาคส่วนต่างๆ ในการขับเคลื่อนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- ประเด็นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นประเด็นที่ไม่ควรจำกัดมุมมองอยู่แต่แค่ผลลัพธ์ทางสุขภาพ แต่เป็นทางด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยเฉพาะความมั่นคงของประเทศ เป็นเหมือนรากฐานของการสร้างความเจริญในประเทศ

Side Event Action and accountability on universal health coverage: building momentum towards the UN High-level meeting

ผู้จัด Action contre la Faim, Global Health Council และ the Save the Children Fund.

วันที่/เวลา ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒ เวลา ๑๘:๐๐-๑๘:๕๐

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

ดร. เกสซ์กรหญิงอรทัย วลีวงศ์ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

- การประชุมนี้เป็นการนำเสนอข้อมูลจากมุมมองของ ประเทศสมาชิก, NGOs, และแหล่งทุนในมุมมองของการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย UHC๒๐๓๐ โดยเน้นประเด็นบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบของภาคส่วนต่าง ๆ หมายรวมถึง financial accountability ด้วย
- UHC เป็นประเด็นด้านความยึดเหนี่ยวทางสังคม (Social coherence), วาระทางด้านเศรษฐกิจ, ประเด็นเรื่องความเสมอภาค (equality) และ ความเป็นธรรมด้านสังคม (Social justice)
- UHC สามารถบรรลุได้ เพราะมีความเป็นไปได้ทั้งทางวิชาการและทางการเงิน (ประมาณการใช้จ่ายเพียง ๕% ของงบประมาณทั้งหมด) แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาถึงปัจจัยทางด้านการเมือง ถือว่าเป็นความท้าทายอย่างยิ่ง จำเป็นต้องมีการหารือในระดับผู้บริหารระดับสูงของประเทศ

- ในระดับชุมชน บุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ตลอดจนอาสาสมัครด้านสาธารณสุข มีบทบาทสำคัญในการสร้าง Trust กิจกรรมเพื่อการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรกลุ่มนี้มีความสำคัญรวมถึงการเก็บข้อมูลและการรายงานผล
- NGOs มีบทบาทในการสร้างความตระหนักของสังคม การสร้างเครือข่ายคนทำงาน การทำงานร่วมกับสื่อ และการผลักดันนโยบายโดยใช้ข้อมูลทางวิชาการประกอบ

ประเด็นสำคัญที่ถูกละเลย:

ประเทศหลายประเทศยังอยู่ภาวะพึ่งพิงด้านงบประมาณ เป้าหมายของ UHC ทั้งนโยบายและการจัดบริการส่วนใหญ่เป็นไปอย่างแยกส่วนอย่างเฉพาะเจาะจงรายโรคและความเจ็บป่วย มากกว่าการมุ่งเป้าไปเพื่อระดมทุนในภาพรวมของการให้บริการสุขภาพ ซึ่งเป็นผลมาจากการทำงานที่แยกส่วนกันของกลุ่ม NGOs

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

การขับเคลื่อน UHC ควรเรียนรู้ทั้งจากกรณีศึกษาที่ประสบความสำเร็จและล้มเหลว การขับเคลื่อนควรเริ่มต้นที่ระดับประเทศผ่านการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยใช้แรงเคลื่อนในระดับโลกเป็นแรงสนับสนุน “UHC is a nation-building process that requires transparency and trust (Dr. Takao Toda)”

Side Meeting on “Nutrition & Health: Nutrition innovations along with NCDs Prevention for achieving Universal Health Coverage within the context of the ๒๐๓๐ agenda and the UN Nutrition Decade”

ผู้จัด Albania, Bangladesh, Bhutan, Cyprus, Egypt, Greece, India, Ireland, Italy, Japan, Lebanon, Malawi, Montenegro, the Philippines, Tunisia and Uganda

วันที่/เวลา วันอังคารที่ ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒ เวลา ๑๘:๐๐-๑๙:๓๐ น.

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. นางสาววรรณชนก บุญชู กรมอนามัย
๒. นางสาวอรณา จันทร์ศิริ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

a) High-level segment (Ministerial Level)

- Speakers:
 - H.E. Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General, WHO
 - H.E. Mr. Zahid Maleque, Ministry for Health and Family Welfare, บังกลาเทศ
 - Mr. Armando Bartolazzi, Undersecretary of State for Health, อิตาลี
 - Dr. Francisco T Duque, Secretary of Health, ฟิลิปปินส์
- เลขาธิการ WHO และรัฐมนตรีจากประเทศบังกลาเทศและปลัดกระทรวงจากอิตาลีและฟิลิปปินส์ ต่างร่วมกันเน้นย้ำความสำคัญของการส่งเสริมโภชนาการ โดยมีรายละเอียดอื่นๆ ดังนี้

- บังกลาเทศดำเนินการแก้ไขปัญหาโภชนาการในประเทศทั้งโภชนาการขาดและเกิน โดยใช้กลไกของ PHC คือคลินิกชุมชน จำนวน ๑๔,๐๐๐ แห่งที่มีอยู่ทั่วประเทศ โดยมีส่งเสริมเกี่ยวกับการให้นมบุตร สำหรับหญิงให้นมบุตร การให้วิตามินเอในเด็กเพื่อแก้ปัญหาตาบอดกลางคืนในเด็ก
- อิตาลีสร้างความร่วมมือกับหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการ action networks มีความสำคัญต่อการดำเนินงานส่งเสริมโภชนาการ
- เลขาธิการ WHO กล่าวถึง ปัญหาโภชนาการในปัจจุบันคือ Triple burden of malnutrition ส่งผลกระทบต่อทุนมนุษย์ ดังนั้น การส่งเสริมโภชนาการจำเป็นต้องมีทั้ง action และ ระบบบริการสุขภาพ เป็นเกิดจากความร่วมมือของหลายภาคส่วน และเน้นการส่งเสริมโภชนาการในทั้งระบบอาหาร กล่าวคือ from farm to folk
- ฟิลิปปินส์ มีกรอบการปฏิบัติงานส่งเสริมโภชนาการ ร่วมกับหลายภาคส่วน เพื่อบรรลุเป้า SDGs รวมทั้งการป้องกันNCD

b) Panel ๑ How Nutrition and its innovation could be better linked to UHC?

Speakers: Mr. Md Habibur Rahman Khan Dr. Francesco Branca Dr. Chalres Mwansambo Dr. Meera Shekar, Ms. Gerda Verburg

- Nutrition Information System DASHBOARD ในบังกลาเทศเป็น Real time monitoring แสดงข้อมูลรายวันของผู้มารับบริการ ซึ่งช่วยให้เกิดการลำดับความสำคัญปัญหาสุขภาพและจัดการงบประมาณอย่างเหมาะสม
- ขอบเขตของโภชนาการในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่เห็นในปัจจุบัน คือ การให้วิตามินเอ การมีเกลือเสริมไอโอดีน แต่ควรมีการขับเคลื่อนให้มีการดำเนินการด้านโภชนาการในระบบสุขภาพภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในขณะนี้เน้นไปที่การดูแล รักษามากกว่า การป้องกัน จึงควรหันมาเน้นที่ preventive nutrition ด้วย
- สำหรับ World Bank นโยบายเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในปัจจุบันคือ การลงทุนในทุนมนุษย์
- โภชนาการกับสุขภาพเป็นสิ่งที่ต้องอยู่คู่กัน ควรมีการดำเนินงานส่งเสริมโภชนาการในลักษณะที่เป็น “low cost high impact initiatives” โดยบูรณาการความร่วมมือกันในหลายหน่วยงาน

c) Panel ๒- The UN Decade of Action on Nutrition ๒๐๑๖-๒๐๒๕

Speaker: Dr, Mohamed Hassany / ตัวแทนจาก Greece / Ms Trudy Wijnhoven / Ms Stineke Oenema, Ms Emanuela Forcella

- เวทีนี้กล่าวถึงการขยายความพยายามในการดำเนินงานโภชนาการในบริบทต่างๆ เช่น ในอียิปต์มีโครงการ The Presidential Initiative for HCV elimination and Early Detection of NCDs เป็นความร่วมมือหลายภาคส่วน Multisectoral โดยการสนับสนุนของ WHO และ World Bank มีการนำเสนอโครงการเกี่ยวข้องกับการพัฒนามนุษย์อย่าง AICS โดยยกตัวอย่าง ชูदानเป็นกรณีศึกษา และโครงการอื่นๆ ที่เป็นความพยายามระดับโลก (Global Effort) และสร้างระบบอาหาร (food system) ที่เป็นมิตรกับภาวะโภชนาการ และดำเนินการเรื่อง healthy and sustainable diets ซึ่งสามารถนำ Food-based dietary guideline มาเป็นเครื่องมือในการดำเนินการดังกล่าว

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

- รายงาน Tackling NCDs ที่แนะนำ Best buy intervention สำหรับจัดการปัญหา NCDs ซึ่งเสนอ intervention ที่เป็น best buys ใน ๔ มิติ คือ อาหาร ออกกำลังกาย เหล้า บุหรี่นั้น สำหรับ intervention ที่เกี่ยวกับอาหาร เป็นมาตรการเฉพาะเรื่องการลดเกลือกับเรื่องการแบนไขมันทรานส์

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- รายงาน ฉบับดังกล่าวเกิดจากการสังเคราะห์ข้อมูลที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัย ซึ่ง หากมีหลักฐานสนับสนุนมาตรการอื่นที่เกี่ยวกับอาหารและโภชนาการที่เพิ่มขึ้น ก็อาจจะมีการวิเคราะห์เพิ่มเติม ในภายหลัง ดังนั้น การมีหลักฐานเชิงประจักษ์จึงเป็นเรื่องสำคัญมาก
- อีกไม่นานจะมีเผยแพร่รายงานเกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้มาตรการภาษีน้ำตาลที่วิเคราะห์ข้อมูลจากประเทศที่ implement มาตรการทางภาษีนี้

Technical Briefing: Mental health: time to scale-up

ผู้จัด World Health Organization วันที่/เวลา ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๖๒

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. รองศาสตราจารย์ ดร. สุปรีดา มั่นคง สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ
๒. รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ โตสิงห์ สภาการพยาบาล

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลกเปิดประชุม ตามด้วยพระราชินีแห่งเบลเยียม วิทยากรในการประชุม ประกอบด้วย ผู้บริหารจาก WHO และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งวิทยากรจากกองทุนภาคเอกชน (Wellcome Trust)

- พระราชินีของประเทศเบลเยียมให้ความสำคัญเรื่อง Mental health เป็นลำดับต้น ๆ โดยมีพระราชวินิจฉัยให้รัฐบาลและทุกหน่วยงานกำหนดนโยบายที่ชัดเจนและงบประมาณในด้านนี้เพราะทรงเชื่อว่า สุขภาพจิตเป็นพื้นฐานที่สำคัญของมนุษย์ มนุษย์ทุกคนจะเติบโตได้อย่างมีเกียรติและศักดิ์ศรี ต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนให้เกิดสุขภาพจิตที่ดี จึงเน้นการป้องกันสำหรับผู้ประสบปัญหาสุขภาพจิต ต้องสร้างความเข้าใจของผู้ที่อยู่แวดล้อมเพื่อไม่ให้เกิด Stigma การดูแลควรครอบคลุมทั้งบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต และครอบครัวผู้ดูแลเพราะเป็นผู้ที่ต้องเผชิญกับความเครียดและภาระในการให้ดูแล รวมถึงบุคลากรสุขภาพที่ทำงานในด้านนี้ต้องได้รับการดูแลที่ดีเช่นกัน เพื่อให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพจิตที่ดี
- การดูแลสุขภาพทางด้านจิตใจ (Mental health care) มีความสำคัญ ดังคำกล่าว “No health without mental health” การบริการสุขภาพจิตต้องบูรณาการเข้าเป็นส่วนหนึ่งของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Care Coverage: UHC) ปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญ ได้แก่ suicide, depression, anxiety, schizophrenia เป็นต้น โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า (depression) นำสู่การฆ่าตัวตายได้ ดังนั้น ผู้ให้บริการทางสุขภาพต้องได้รับการเตรียมพร้อมทั้งด้านความรู้และทักษะในการค้นหา การดูแลและจัดการที่เหมาะสมเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เกิดคุณภาพการดูแลที่ดี โดยเน้นบทบาทของพยาบาลเยี่ยมบ้าน (community nurses) ในการประเมิน และค้นหา ติดตามดูแล

ผู้ป่วยที่บ้านอย่างเหมาะสม การดูแลระยะยาว การดูแลจัดการที่ดีทำให้ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตกลับสู่สังคม สามารถอยู่ที่บ้านและชุมชน ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมุ่งสู่เป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs)

- วิทยาการจากองค์การอนามัยโลก นำเสนอ WHO Special Initiative for Mental Health (๒๐๑๙-๒๐๒๓): Universal Health Coverage for Mental Health หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) ทำให้มั่นใจว่าผู้รับบริการที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตสามารถเข้าถึงการดูแลที่มีคุณภาพและจ่ายค่าบริการที่เหมาะสมเป็นธรรม ใน ๑๒ ประเทศที่มีความสำคัญลำดับต้นๆ จำนวนประชาชนมากกว่า ๑๐๐ ล้านคน จะได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ภายในปี ๒๐๒๓
- การสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพทางด้านจิตใจ ตามเกณฑ์ SDGs ภายในปี ๒๐๓๐ ว่า “Leave No one behind”

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

- การมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่บ้าน ต้องให้การดูแลญาติผู้ดูแลและครอบครัวของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตร่วมด้วย
- สภาพแวดล้อมทางสังคมต้องมีความเข้าใจและยอมรับกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต มีสิทธิเท่าเทียมในทุกมิติเหมือนบุคคลทั่วไป
- ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนทั่วไปในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน สงครามและภัยพิบัติ
- ทุกประเทศควรให้ความสำคัญเรื่องการควบคุมการใช้แอลกอฮอล์ ไซ้ โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน เพราะมีความสำคัญกับการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตและการใช้ความรุนแรง

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- การดูแลบุคคลต้องดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ตามแนวคิด No health without mental health
- หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในประเทศไทยต้องทำการร่วมกันอย่างจริงจัง กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต สภาวิชาชีพ ต้องร่วมกัน สร้างความตระหนัก พัฒนาหลักสูตรเพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่ทำงานในชุมชนให้สามารถทำงานด้าน การป้องกัน การคัดกรองและค้นหาบุคคลที่มีความเสี่ยง เพื่อการป้องกัน และแก้ไขปัญหาในระยะแรก ร่วมกับการพัฒนาแนวทางในการดูแลระยะยาว

Side Event Epilepsy: a public health priority

ผู้จัด องค์การอนามัยโลกและประเทศสมาชิก ประกอบด้วย โคลัมเบีย โครเอเชีย คาซัคสถาน รัสเซีย สโลวีเนีย แชมเบีย วันที่/เวลา ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๖๒ เวลา ๑๒.๓๐ - ๑๔.๐๐ น.

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. นายวรวิช บุณยาภิธาน สถาบันวัคซีนแห่งชาติ
๒. นายภาณุวัฒน์ นราอาจ กรมควบคุมโรค

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message) (โดยอาจาระบุชื่อ speaker ด้วย)

Panelist discussion

๑. Evgeny Kamkin Director of the department of organization of medical care and sanatorium affairs Russia Federation
๒. Shichuo Li President of the China Association Against Epilepsy China
๓. Silvia Basic Croatia
๔. Leile Dairibeeva Kazakhstan
๕. Chahnez Triki Tunisia

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message) (โดยอาจารย์ชื่อ speaker ด้วย)

- Moderator ให้ความคิดเห็นว่าโรคลมชัก เป็นโรคที่ประเทศสมาชิกไม่ได้ให้ความสำคัญ แต่ส่งผลกระทบต่อ การดำรงชีวิตของผู้ป่วย ถูกเลิกจ้างงาน และมีปัญหาในการดำรงชีวิตในที่สุด ที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกมี ความลงความเห็น Resolution WHA๖๘.๒๐ โดยมีองค์การที่เกี่ยวข้องในการติดตามการดำเนินงานของ ประเทศสมาชิกคือ International Against Epilepsy และมีการออกรายงาน global report on epilepsy เพื่อติดตามการดำเนินงานของประเทศสมาชิก
- มีผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่ได้เข้ารับการรักษา เนื่องจากปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่ ความตระหนักของเจ้าหน้าที่ ความเชื่อของผู้ป่วย และการตีตราจากสังคม
- การตีตราจากสังคมในผู้ป่วยเกิดขึ้นทั่วโลก เนื่องจากประเด็นเรื่องความเชื่อ ทำให้ส่งผลให้ผู้ป่วยตกงาน มี ปัญหาครอบครัว และนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด
- จำเป็นต้องมีการ addressing treatment gap โดยการเพิ่ม antiseizure medicine ในผู้ป่วย
- UHC มีความจำเป็นต่อการขับเคลื่อนเพื่อลดจำนวนผู้ป่วย Epilepsy และ UHC ต้องให้ความสำคัญกับ Mental Health เพื่อรองรับผู้ป่วย Epilepsy นอกจากนี้ ยังจำเป็นต้องมีการลงทุนเกี่ยวกับบริการรักษาโรคลมชักอย่างเร่งด่วน
 - การแก้ไขปัญหาที่เกิดจากโรคลมชัก สามารถทำได้โดยการมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วน โดยมุ่งให้ การศึกษา ทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคในผู้ป่วยและสังคม ลดการตีตรา
 - ในปี ๒๐๑๒ มีการเผยแพร่ program of epilepsy treatment gap โดยมีบทเรียนว่า โปรแกรม ดังกล่าวได้รับการตอบสนองจากบางประเทศเท่านั้น

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

UHC นี้ถือเป็นทางออกของการช่วยเหลือผู้ช่วยโรคนี้อย่างดี แต่ต้องหาทางว่าเราจะทำอย่างไรเพื่อลดราคาของ การรักษาให้น้อยที่สุด และเพิ่มการเข้าถึงมากที่สุด ตอนนี้อองค์การอนามัยโลกได้มีการจัดตั้งคณะทำงานด้าน epilepsy ขึ้นมาโดยเฉพาะ และดำเนินการช่วยเหลือประเทศที่ต้องการ ซึ่งการทำงานนั้นอยู่ภายใต้ SDG Access to medicines and vaccines and other health product โดยการแสวงหาความร่วมมือกับหน่วยงาน นานาชาติ และกลุ่มประเทศสมาชิกที่มีศักยภาพ โดยเฉพาะผู้นำอย่างประเทศรัสเซียที่อาสาทำเรื่อง Global Action Plan on Epilepsy นี้เข้าเป็นมติของ WHA ต่อไป

ข้อคิดเห็นจากที่ประชุม

หลายประเทศที่เป็นกลุ่มยากจน ไม่สามารถเข้าถึงการรักษาที่มีประสิทธิภาพได้ แม้แต่การเข้าถึง primary health care ก็ตาม โรคลมชักเป็นเรื่องที่ WHO ควรให้ความสำคัญเรื่องหนึ่ง โดย WHO ได้ออก Epilepsy report gap เพื่อศึกษาช่องว่างที่จะสามารถปิดลงได้ เพื่อให้ยอดผู้ป่วยลดลง มุ่งเน้นที่ capacity building สำหรับการพัฒนาบุคลากรด้านการรักษาให้มากยิ่งขึ้น

Side Event Good Governance and Multi Sectoral Actions for UHC

ผู้จัด ประเทศไทย ร่วมกับญี่ปุ่น เกาหลี ลาว เยอรมัน จอร์เจีย ลักเซมเบิร์ก สเปน

วันที่/เวลา ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๖๒ เวลา ๑๒.๓๐ - ๑๔.๐๐

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. นางสาวณนุต มธูรพจน์ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๒. นางสาวมลินทร์ สาครสินธุ์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message) (โดยอาจารย์ชื่อ speaker ด้วย)

- หลายประเทศมุ่งพัฒนา UHC ไปที่ระบบการเงินการคลัง ประเด็นเรื่องธรรมาภิบาล (Good Governance) จึงกลายเป็นประเด็นที่ถูกละเลย
- การสร้างธรรมาภิบาลให้กับ UHC ประกอบด้วย ภาวะผู้นำละความมุ่งมั่นของทุกภาคส่วน รวมถึงภาคเอกชน การใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจร่วมกัน การลงทุนและการกระจายงบประมาณที่เป็นธรรม การมีกฎหมายรองรับ และสิ่งสำคัญคือรัฐบาลที่รับผิดชอบและเอาจริง เอาใจในการ UHC
- การมีส่วนร่วมของประชาชนคือปัจจัยสำคัญในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UHC schemes) ซึ่งจะตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง
- UHC ควรให้ความสำคัญกับกลุ่มเปราะบาง กลุ่มคนชายขอบ และกลุ่มผู้สูงอายุ
- High Level Meeting on UHC เป็นโอกาสสำคัญในการมีส่วนร่วมของสังคม ซึ่งเป็นหลักสำคัญของการปรับโครงสร้างระบบสุขภาพ

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

- ไม่มี
-

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- เรื่องการจัดทำงบประมาณ (Budgeting) เพื่อ UHC เสนอใช้เครื่องมือ whole of government budgeting ซึ่งไม่ใช่เรื่องของกระทรวงการคลังเท่านั้น และมีข้อเสนอให้ภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำงบประมาณด้วย
- สำหรับประเทศที่เป็นประชาธิปไตย เมื่อมีการเดินหน้าเรื่อง UHC เพื่อลด out-of-pocket ของผู้รับบริการไปแล้ว แม้ประเทศจะมีข้อห่วงกังวลเรื่องความยั่งยืนด้านงบประมาณในการดำเนินงานของ UHC แต่จะเป็นการยากที่จะเดินถอยหลัง เพื่อให้ประชาชนร่วมจ่ายมากขึ้น เพราะสุขภาพเป็นเรื่องการเมือง

- กรอบทางกฎหมาย (Legal framework) เป็นจุดเริ่มต้นสำคัญในการสร้างหลักธรรมาภิบาลให้แก่ UHC

Side Event Malaria: stepping up the fight to reach public health objectives for ๒๐๓๐

World Health Organization and Global Found วันที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๖๒ เวลา ๑๘.๐๐-๒๐.๐๐ น.

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. นายภาณุวัฒน์ นราอาจ กรมควบคุมโรค
๒. ดร. อีรพร สติรอังกูร กองการพยาบาล

เนื้อหาสำคัญในการประชุม

มีการมอบการรับรอง Malaria Free Country ให้แก่ประเทศ แอลจีเรียและอาเจนตินา โดยประเด็นที่สำคัญในการประชุมในครั้งนี้คือ การดำเนินการกวาดล้างมาลาเรียตาม Global Technical Strategy and Targets for Malaria ๒๐๑๖-๒๐๓๐ ดังนี้

๑. India Senegal และ Rwanda ให้ความสำคัญกับกลยุทธ์ High Burden High Impact ซึ่งเป็นเป้าหมายในการกำจัดมาลาเรียในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคสูง โดยให้ความสำคัญกับระบบข้อมูลและการใช้ประโยชน์ นโยบาย และการสร้างความร่วมมือร่วมกัน
๒. Rwanda India และ Niger มีกลยุทธ์ “Treatment from household Level” ค้นหาผู้ป่วยมาลาเรียโดยอาศัยอาสาสมัครในชุมชนที่ผ่านการอบรม โดยให้สามารถสังเกตอาการ ใช้ Test Kit และสามารถใช้ยาต้านมาลาเรียได้ โดยได้รับค่าตอบแทนตามผลงาน
๓. Senegal ให้ความสำคัญกับ Cross-border collaboration ในการร่วมมือกันในการกวาดล้างมาลาเรียระหว่างชายแดน และต้องมีการวางแผนงานระดับชาติให้สามารถปฏิบัติได้
๔. Niger ในทุกปีจะมี Campaign for ending Malaria “Chemoprevention and Innovation” ในฤดูหนาวเนื่องจากข้อมูลการเฝ้าระวังของประเทศจะมีผู้ป่วยในช่วงดังกล่าวเป็นจำนวนมาก มีการสร้างวิธีการค้นหาผู้ป่วยที่เฉพาะต่อพื้นที่และประชากร โดยหลักๆ จะมีอาสาสมัคร ๒-๓ ต่อหมู่บ้านที่ทำหน้าที่ค้นหาผู้ป่วย และให้ Chemoprevention ภายใต้การดูแลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

๑. ความท้าทายในการค้นหาผู้ป่วยในชุมชนที่ไม่ได้เข้ารับการรักษา หลากหลายประเทศกำลังเผชิญปัญหาดังกล่าว วิธีการแก้ไขปัญหาดังกล่าวคือ การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนทั้งประชาชนเอง อาสาสมัคร และหน่วยงานทุกภาคส่วน รวมทั้งให้ความสำคัญกับการวินิจฉัยและรักษาให้ทันเวลา
๒. เงินทุนที่ใช้ในการดำเนินการกวาดล้างมาลาเรีย ทุกประเทศควรมีการระดมทุนให้มากขึ้นจากเดิมเพื่อการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากในปัจจุบันหลายประเทศขาดเงินทุนในการดำเนินงาน

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

๑. ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน และแผนปฏิบัติงานต้องครอบคลุมทั้งการค้นหาผู้ป่วยตามบริบทของพื้นที่ ลักษณะเฉพาะของประชากร สามารถปฏิบัติงานได้จริง และที่สำคัญต้องมีการติดตามการดำเนินงานและประเมินผลโดยใช้ข้อมูลการเฝ้าระวังให้เป็นประโยชน์

๒. ประชาชนในพื้นที่เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนแผนงาน ดังนั้นควรเน้นให้ Key Man ในชุมชนมีบทบาทหลัก และมีอำนาจในการดำเนินงานพอสมควรในการดำเนินงาน
๓. ควรสร้างความร่วมมือในทุกกระดับเพื่อร่วมมือกันดำเนินงาน

Side event: First do no harm: why water, sanitation and hygiene must be a priority for quality healthcare, protecting patient safety and tackling AMR

วันที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๖๒ เวลา ๑๘.๐๐ – ๑๙.๓๐ น.

ผู้รายงาน

นางสาวพนิศา เจริญสุข กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย

เนื้อหาสำคัญในการประชุม

- การดำเนินงานเรื่องน้ำ สุขาภิบาล และสุขลักษณะ (Water Sanitation and Hygiene: WASH) เป็นการทำงานเพื่อตอบสนองต่อความจำเป็นขั้นพื้นฐาน รวมถึงเป็นการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- การเข้าถึง WASH จัดเป็นสิทธิมนุษยชน พบว่าครึ่งหนึ่งของประเทศยากจนไม่มีน้ำสะอาดใช้ และหนึ่งในสี่ของโรงพยาบาลในโลกไม่มีน้ำสะอาดใช้ เราไม่ควรเรียกสถานที่นั้นว่าโรงพยาบาล หากสถานที่นั้นไม่มี WASH
- ดร. Ted Ross ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกกล่าวว่า ประชากรโลก ๑๐๐ ล้านคนมีความเสี่ยงในโรงพยาบาลอันเกิดจากประเด็น WASH การกลับไปผลักดันการทำงานเรื่องนี้จึงเป็นสิ่งจำเป็น โดยเฉพาะมีความสำคัญต่อการจัดการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลในกลุ่มมารดาและเด็กแรกเกิดในโรงพยาบาล เพื่อนำไปสู่เป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์โลกฉบับที่ ๑๓ (triple billion of target) โดยองค์การอนามัยโลกได้สนับสนุนการอบรมบุคลากรสาธารณสุขในแผนกเด็กและแผนกสูตินรีเวช องค์การอนามัยโลกร่วมกับ UNICEF ได้จัดทำเว็บไซต์เพื่อเป็นข้อมูลการทำงาน WASH แก่ประเทศสมาชิก www.washhcf.org
- แนวทางการดำเนินงานในเรื่องนี้ให้ประสบความสำเร็จต้องมีการทำ global guidance เพื่อให้ประเทศสมาชิกทั่วโลกทราบแนวทางการดำเนินงาน การดึงชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของประเทศที่ประสบความสำเร็จ เพื่อป้องกันความเสี่ยงอันเกิดจาก WASH (Risk-based WASH) โดยต้องใช้การจัดการที่เป็นระบบ
- เรื่องการติดเชื้อดื้อยา (Anti Microbial Resistant: AMR) เป็นความท้าทายและซับซ้อน ต้องการความร่วมมือระดับโลกในการจัดการปัญหา

ข้อเสนอแนะจากการประชุม

- การดำเนินงานเรื่อง WASH ต้องการการศึกษาวิจัย องค์ความรู้ นวัตกรรม เพื่อปรับปรุงสุขลักษณะในโรงพยาบาลและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
- ควรมีการสร้างการมีส่วนร่วมของหน่วยงานทุกภาคส่วนโดยเฉพาะ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม และการจัดการน้ำ กระทรวงสาธารณสุข
- ควรมีการอบรมให้ความรู้พนักงานทำความสะอาด

- เราควรสร้างความมั่นใจว่าอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับ WASH ในโรงพยาบาลสามารถใช้งานได้ดี

Side Event Health promotion through the life course: a call to action to leave no one behind

ผู้จัด International Federation on Ageing and International Organization of Good Templars (IOGT)
วันที่/เวลา วันพุธที่ ๒๒ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ เวลา ๑๙.๐๐ – ๑๙.๕๐ น.

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. รองศาสตราจารย์ ดร. สุปรีดา มั่นคง สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ
๒. ทันตแพทย์หญิงวรมน อัครสุต กรมอนามัย

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

Mr.Greg Shaw, Director, International and Corporate Relations, IFA เป็นผู้ดำเนินการอภิปราย มีวิทยากร ๔ ท่าน คือ Dr.Naoko Yamamoto, Mr.Tarek Ezzine, Ms.Kristina Sperkova และ Dr.Jane Baratt ในประเด็นเรื่องผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี (healthy aging) ต้องลงทุนตั้งแต่ในวัยหนุ่มสาว เพื่อป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) และการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อสุขภาพในทุกช่วงวัย การบริโภคตั้งแต่ในช่วงวัยรุ่นจะส่งผลต่อเนื่องเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่จนถึงวัยสูงอายุ

- ปัจจุบันได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ประชาชนมีอายุยืนมากขึ้น การที่บุคคลมีอายุมากขึ้นต้องมีสุขภาพที่ดี (health promotion healthy aging) การส่งเสริมสุขภาพเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลาง ร่วมกับการจัดการสิ่งแวดล้อม ทั้งทางด้านสาธารณสุข โภชนา และความปลอดภัยด้วย
- WHO ประเมินการว่าร้อยละ ๗๐ ของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในผู้ใหญ่ เป็นผลจากพฤติกรรมเสี่ยงที่เกิดในช่วงวัยรุ่นและเยาวชน
- ปัญหาในปัจจุบันคือ เยาวชนบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มากขึ้น โดยมีอายุที่เริ่มดื่มลดลง เนื่องจากมีเพื่อนชวนหรือกดดันให้ดื่ม เยาวชนมีความคิดว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นบรรทัดฐานทางสังคม (social norm) จึงเกิด spotlight effect ที่ต้องการให้สังคมยอมรับตนเอง
- การบริโภคแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับโรคอื่น ๆ เช่น ภาวะสมองเสื่อม (dementia) ฮอร์โมนเครียดเพิ่มขึ้น การใช้ยาเสพติด โรคเรื้อรัง และความพิการเฉียบพลัน
- ข้อเสนอในการแก้ปัญหา ๑.ขึ้นราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ๒.ลดความหลากหลายของรูปแบบเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ๓.ควบคุมการโฆษณา ๔.สร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ ๕.ลงทุนในการสร้างเสริมป้องกันและสร้างความตระหนัก ๖.คัดกรองและให้การรักษาในผู้สูงอายุที่มีความต้องการเฉพาะ
- นักศึกษาด้านสาธารณสุขจะเติบโตเป็นบุคลากรสาธารณสุขในอนาคต ดังนั้นจึงควรสนับสนุนให้เกิดการลงทุนเพื่อสร้างความตระหนักและการมีส่วนร่วมของนักศึกษาแพทย์ในการจัดการโรค NCDs โดย Medical Student Worldwide ได้มีบทบาทในการจัดการโรค NCDs โดยมีส่วนร่วมในเวทีนานาชาติต่าง ๆ และจัดทำ Public Health in Medical Curriculum: Student's toolkit สำหรับนักศึกษาแพทย์ที่มีความสนใจในการเพิ่มพูนความรู้ด้านสาธารณสุข

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม

สนับสนุนการให้ความสำคัญกับปัญหาพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น ซึ่งจะส่งผลต่อสภาวะสุขภาพในทุกช่วงวัยเมื่อเติบโตขึ้น และขอให้ WHO ช่วยสนับสนุนประเทศสมาชิกต่าง ๆ

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้

การส่งเสริมสุขภาพควรเริ่มตั้งแต่วัยรุ่น เพื่อส่งเสริมให้เกิดสุขภาพที่ดีเมื่ออายุมากขึ้น และป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในทุกช่วงวัย ควรเน้นการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

Side Event How transformational digital technologies can contribute to leave no one behind in UHC: the case of rare diseases

ผู้จัด Romania and Kuwait วันที่/เวลา ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๖๒ / ๑๒:๓๐-๑๔:๐๐

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. เกสัชกรหญิงสิตานันท์ พุผลทรัพย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
๒. ดร. วรณฤดี อิศรานูวัฒน์ชัย โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

- Speaker Ambassador, Dr. Soumya, Secretary of State, Romania, Minister of State for Health, Hungary, EURORDIS, and Rare Diseases International
- Rare diseases เป็นปัญหาสำคัญและมีประเด็นที่ทำท้าทายในการจัดการ เช่น จำนวนของผู้ป่วยและผู้เชี่ยวชาญที่มีน้อยและ กระจัดกระจาย การวินิจฉัยทำได้ยากลำบาก โดยค่าเฉลี่ยของเวลาที่ใช้ในการวินิจฉัย คือ ๕ ปี และ อาศัยความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญประมาณ ๗ ท่านในการวินิจฉัย ข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือมีจำกัด
- เนื่องจากคำจำกัดความของ rare diseases มีความหลากหลายในแต่ละประเทศส่งผลให้เกิดความหลากหลายของความรู้ในเรื่องนี้ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พัฒนาความรู้ในเรื่องนี้ โดย Digital technology สามารถช่วยในการรวบรวมและแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับโรค ทำให้เกิด virtual panel consultation Artificial Intelligence based algorithms มาระบุ symptom pattern recognition, acceleration in journey from symptoms to diagnosis, empower ผู้ปกครองและผู้ป่วย
- การลงทุน การผลักดันด้านนโยบายด้าน Digital technology โดยความร่วมมือของรัฐบาล เครือข่ายต่างๆ และการวิจัย การสนับสนุนการจัดตั้งเครือข่ายของผู้ป่วยโรค rare diseases (และ ผู้ให้การดูแล (caregivers)) จะสามารถช่วยให้การจัดการปัญหานี้ได้ดีขึ้น

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

- เจ็อนไขสำคัญของความสำคัญสำหรับการจัดการโรค rare disease ได้จากการพัฒนาความเชี่ยวชาญเหลือทางเทคนิค การจัดทำ framework of definition of rare diseases การสร้าง framework of open source technology development การสร้าง classification ของ rare disease ใน ICD ๑๑ ,

Digital technology ก็จะเป็น platform ที่ทำให้เกิดโอกาสที่จะทำให้สามารถจัดการกับโรค rare diseases

- ข้อควรระวังสำหรับการจัดการข้อมูลนั้นควรคำนึงถึงในมิติต่างๆ เช่น การปกป้องความเป็นส่วนตัว protection of privacy, robust governance, feedback on use, and context

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- ให้การสนับสนุนการวิจัยในโรค rare diseases
- การบริหารจัดการทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการจัดการโรค rare diseases

Technical Briefing: Investing in Jobs

วันที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๖๒ เวลา ๑๒.๓๐ - ๑๔.๐๐ น.

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. นางสาวมยุรี วิโนทัย กองการต่างประเทศ
๒. ดร.เกศัชกรหญิงอรทัย วลีวงศ์ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

- การจัดการบริการสุขภาพเป็นงานที่ต้องอาศัยกำลังคนและแรงงานเพื่อให้งานบริการสุขภาพมีคุณภาพและปลอดภัย การประชุมหัวข้อ Investing in Job นี้ได้นำเสนอข้อมูลในประเด็นกำลังคนในระบบสุขภาพ (Workforce) ภายใต้นโยบาย UHC และ Primary Health Care ซึ่งเป็นประเด็นที่สำคัญเพราะมีความไม่สอดคล้องระหว่างการผลิตและความต้องการแรงงานอยู่ ทำให้เกิดความขาดแคลน ประเด็นนี้ยังเชื่อมโยงไปถึงประเด็นการระดมทุนและงบประมาณ และการสูญเสียกำลังคนออกนอกระบบรัฐ ด้วย
- Investing in health sector jobs ไม่ได้จำกัดเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขเพียงกระทรวงเดียวเท่านั้น แต่เกี่ยวข้องกับกระทรวงอื่นๆ ด้วย โดยเฉพาะกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงาน กระทรวงการคลัง ซึ่งจะต้องร่วมกันประเมินความต้องการ หาแนวทางแก้ปัญหา และงบประมาณสำหรับแก้ปัญหา
- การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพของกำลังคนในระบบสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล เกศัชกร professional associations เป็นต้น ในยุคปัจจุบันกับท้าทายใหม่ๆ เช่น ภาวะโรคไม่ติดต่อ โรคติดต่อที่เกี่ยวข้องกับปัญหาเศรษฐกิจและสร้างความกดดันในเรื่องการจัดสรรงบประมาณ Investing in jobs ควรเลือกลงทุนในกลุ่มประชากรบางกลุ่มก่อนโดยคำนึงถึงผลิตภาพของงาน เช่น พัฒนาศักยภาพและทักษะของบุคคล การด้านสุขภาพ การสร้างบรรยากาศการทำงานที่เหมาะสมและสนับสนุน การพัฒนาศักยภาพประชากรสตรี โดยเฉพาะประเด็นการให้การศึกษา และให้ความสำคัญกับนโยบายที่มุ่งเน้นกลุ่มประชากรวัยรุ่น ซึ่งเป็นอนาคตของโลก
- การผลิตกำลังคนและผู้เชี่ยวชาญ (professional) มีความสำคัญควรต้องมีนโยบายกำหนดทิศทางในระดับประเทศ

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

- ความท้าทายของ Health workforce คือเรื่องความจำกัดของงบประมาณ และการทำงานเป็นทีมของ health worker
- ควรการมี partnership ระหว่าง health professional และการประสานความร่วมมือระหว่าง กลุ่มวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

ประเทศควรมีการวางแผนเรื่อง investing in jobsการผลิตและพัฒนาศักยภาพบุคลากร ในมิติต่างๆ ทั้งในเรื่องนโยบายชาติ กรอบกฎหมาย การจัดการข้อมูลกำลังคน และระดมทรัพยากรและงบประมาณ โดยกระทรวงสาธารณสุขควรทำงานร่วมกับกระทรวงอื่นๆ ด้วย

Side Event : Emergency Care Systems for UHC: Ensuring timely care for the acutely ill and injured

ผู้จัด: The delegations of Eswatini, Ethiopia, Malaysia, Saudi Arabia and South Africa ร่วมกับ Emergency, Trauma and Acute Care, Department for Management of NCDs, Disability, Violence and Injury Prevention (NVI) World Health Organization

วันที่/เวลา: ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๖๒, ๑๘.๐๐-๑๘.๓๐

ผู้รายงาน/หน่วยงาน:

๑. แพทย์หทัยรัตน์ โกษิยาภรณ์ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๒. นายวรวิช บุญยาพิษฐาน นักวิชาการวัคซีนปฏิบัติการ

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

การประชุมครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความสำคัญกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของ UHC โดย DG ได้เน้นย้ำความสำคัญของเรื่องนี้ คือ WHO ให้การสนับสนุนแนวทางและเครื่องมือในการดำเนินการ หลังจากนั้นมีการนำเสนอจากตัวแทนกระทรวงสาธารณสุขประเทศเอธิโอเปียอาจารย์จาก University of California ประธาน African Federation for Emergency Medicine และตัวแทนจาก Department for Management of Noncommunicable Diseases, Disability, Violence and Injury Prevention, WHO HQ ตามด้วย panelist คือ สมาชิกวุฒิสภาจาก eSwatini, ตัวแทนจากกระทรวงสาธารณสุขประเทศเอธิโอเปีย อิหร่าน ไทย นักวิจัยหลักจาก Disease Control Priorities Project และ ตัวแทนจาก Department for Management of Noncommunicable Diseases, Disability, Violence and Injury Prevention, WHO HQ

Dr. Amir Aman ตัวแทนจากกระทรวงสาธารณสุขประเทศเอธิโอเปีย ได้กล่าวถึงการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินซึ่งมุ่งเน้นไปที่ Equity และ Quality เช่น การสร้าง emergency unit ทุก health center การสร้างระบบฐานข้อมูล การสร้างระบบส่งต่อ การสอนทักษะ first aid ในประชาชน เป็นต้น ส่วนอาจารย์จาก University of California ได้กล่าวถึงมุมมองการจัดการทรัพยากร รวมถึงเวลาในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน คือ ความต้องการด้านสุขภาพกระจายในช่วงเวลา ๒๔ ชั่วโมง ต่างจากโรคเรื้อรัง จึงต้องมีระบบการจัดการที่แตกต่างกัน ส่วน Dr. Lee Wallis จาก African Federation for Emergency Medicine ได้กล่าวถึงบทบาทของ professional societies

ในระดับประเทศ ภูมิภาคและนานาชาติ เช่น Sudan Emergency Physician Association (SEPA) African Federation for Emergency Medicine (AFEM) International Federation for Emergency Medicine (IFEM) เป็นต้น ที่ให้การสนับสนุนด้านวิชาการแก่ผู้กำหนดนโยบาย กำหนดแนวทางและเครื่องมือ สร้างเครือข่ายที่นอกเหนือกระทรวงสาธารณสุข ส่วน Dr.Teri Reynolds จาก WHO HQ ได้เสนอวิดีโอของ WHO เกี่ยวกับองค์ประกอบของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน คือ system activation, care at scene, transfer and transport care, hand over and triage, emergency care unit, deposition จุดที่ต้องพัฒนาในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน คือ นโยบาย แนวทาง การพัฒนาบุคลากรและการรับรองคุณภาพ การสร้างระบบ Pre-hospital care ระบบข้อมูล

ส่วน Panelist ได้ตอบคำถามในประเด็นที่ต่างกัน โดยตัวแทนจากประเทศต่างๆ ได้พูดถึงการดำเนินการด้านระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศของตน เช่น Senator Lizzy Nkosi จากประเทศ eSwatini ได้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการสอนทักษะด้านการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินให้กับบุคลากรทางการแพทย์ทุกกลุ่ม ตัวแทนจากประเทศอิหร่าน ได้กล่าวถึงการสร้างการเข้าถึงระบบ การกำหนดแนวทาง รวมถึงการกระตุ้นให้ประชาชนเห็นความสำคัญและมีทักษะในเรื่องดังกล่าว Dr.Kasemuk Yothasamutr จากประเทศไทย ได้กล่าวถึงระบบข้อมูลในประเทศไทยที่เน้นเรื่องระบบการส่งต่อและการรับมือภัยพิบัติ ทำให้สามารถประเมินคุณภาพการให้บริการ จัดสรรบุคลากรและเตรียมรับมือภัยพิบัติได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ ยังสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานที่นอกเหนือด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดผลสำเร็จในการดำเนินการ เช่น ตำรวจ กระทรวงคมนาคม เป็นต้น สุดท้ายนี้ Panelist ได้กล่าวถึงปัจจัยความสำเร็จในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพ คือ การสร้าง local champion และนำเสนอผ่านการ publication เพื่อแลกเปลี่ยนองค์ความรู้

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปรายหรือถามจากที่ประชุม

- เราจะสามารถเชื่อมโยงงานด้านระบบการแพทย์ฉุกเฉินกับการดูแลผู้ป่วยด้านอื่นได้อย่างไร
- WHO tool for emergency care จะ implement ได้อย่างไร
- ประเทศซาอุดีอาระเบีย กล่าวถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศของตน ส่วนใหม่มุ่งเน้นไปที่ระบบฐานข้อมูล ความโปร่งใสของการจัดสรรทรัพยากร กำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยและสร้างความตระหนักในประชาชน

เนื่องจากเวลาไม่เพียงพอ ผู้พูดจึงไม่ได้ตอบคำถามเหล่านี้ แต่เป็นประเด็นที่น่าสนใจ

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้

- ระบบการแพทย์ฉุกเฉินเป็นประเด็นที่ควรให้ความสำคัญ และบูรณาการร่วมกับการดูแลด้านอื่นๆ เพื่อให้เกิดการเข้าถึงระบบสุขภาพที่มีคุณภาพ
- ควรพัฒนาระบบข้อมูลให้มีประสิทธิภาพ เพราะสามารถใช้ติดตามการดำเนินงาน กำหนดนโยบาย จัดสรรทรัพยากรและเตรียมรับมือกับเหตุการณ์ฉุกเฉินได้ทันทั่วทั้ง
- การสร้างแนวทางเป็นสิ่งสำคัญ แต่สิ่งที่สำคัญกว่าคือการนำแนวทางมาปฏิบัติ
- ควรให้ความสำคัญกับ frontline health workers เนื่องจากเป็นผู้ปฏิบัติงานโดยตรง
- การสร้างความตระหนักและทักษะในการช่วยชีวิตเบื้องต้นและการปฐมพยาบาลในประชาชนเป็นสิ่งสำคัญ

ประเทศไทยมีนโยบายให้เข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้ทุกสถานบริการโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ยังมีจุดที่ต้องพัฒนาในเรื่องของ Pre-hospital care และการสร้างความตระหนักและทักษะในการช่วยชีวิตเบื้องต้นและการปฐมพยาบาลในประชาชน

Side Event Boosting community-led responses to reaching the most marginalized communities: from local communities, to primary health care to universal health coverage

ผู้จัด Global Network of People Living with HIV (GNP+) และ Medicus Mundi International

วันที่/เวลา วันพฤหัสบดี ที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๖๒ ๑๙:๐๐-๑๙:๕๐ น.

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. ทีมแพทย์หญิงวรมน อัครสุต กรมอนามัย
๒. นางสาวณัฐ มธรุพจน์ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

- ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขโดยเฉพาะบริเวณชายขอบ สามารถแก้ไขได้โดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการเสริมสร้างระบบสุขภาพ ชุมชนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาระบบสุขภาพ เพิ่มการลงทุนเรื่องสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care) และอบรมเพิ่มความรู้ให้กับ community health workers ในด้านสุขภาพ เช่น วัคซีน และการวางแผนครอบครัว
- อาสาสมัครและเยาวชนในชุมชน เป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่ช่วยสร้างระบบสุขภาพให้เข้มแข็งได้ และสามารถเข้าถึงความต้องการของประชากรกลุ่มเปราะบางและคนชายขอบได้ดี เพราะสามารถสื่อสารกับคนกลุ่มนี้ให้เข้าใจได้ง่ายกว่าบุคลากรสาธารณสุข เพราะอยู่ในวัฒนธรรมเดียวกัน
- ตัวอย่างโครงการที่เกิดจากความร่วมมือในชุมชน เช่น Frontline aids ที่ดูแลผู้ติดเชื้อ HIV และ Hands off ซึ่งสนับสนุนมาตรการลดความรุนแรงในกลุ่มผู้ชายบริการทางเพศ (sex worker)
- หลายประเทศในแอฟริกา โดยเฉพาะยูกันดา มีจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอในการดูแลประชาชน ดังนั้น community health worker จึงเป็นช่องทางที่เข้ามาช่วยงานสาธารณสุข แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นคือ การบริหารจัดการในปัจจุบันยังเป็นการแยกส่วนระหว่างภาครัฐกับ community health workers อยู่ รัฐบาลไม่มีข้อมูลจำนวน community health workers ที่ชัดเจน จึงไม่สามารถจัดการอบรมให้ครอบคลุมหรือทำงานร่วมกันได้ ดังนั้น รัฐบาลประเทศเหล่านี้ควร mapping จำนวน community health workers และจัดทำฐานข้อมูล หรือบัญชีรายชื่อ (national account) ของ community health workers
- การเข้าถึง (reach out) ชุมชน รวมไปถึงประชากรกลุ่มเปราะบางและคนชายขอบ หมายถึงการเข้าไปทำงานในพื้นที่ ฟังเสียงและเพิ่มศักยภาพให้กับชุมชน ไม่ใช่ตั้งอยู่ส่วนกลางและเรียกพวกเขาเข้ามาประชุม
- การมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นมี ๓ ระดับ คือเข้ามาเกี่ยวข้อง (involvement) เข้าร่วมดำเนินงาน (engagement) และเข้าร่วมเป็นเจ้าของ (ownership) ซึ่งการทำงานกับชุมชน เราคาดหวังว่าเขาจะเข้าร่วมเป็นเจ้าของในกิจกรรมต่าง ๆ

- การพัฒนา UHC นั้น ควรพัฒนาต่อยอดจากระบบสุขภาพที่มีอยู่เดิม มากกว่าสร้างทุกอย่างขึ้นมาใหม่ และต้องครอบคลุมประชากรกลุ่มเปราะบางและคนชายขอบ เช่น ผู้อพยพ LGBT ชายรักชาย ผู้ขายบริการทางเพศ (sex workers) ผู้ติดยา ผู้ต้องหา

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

ระบบสาธารณสุขไม่ใช่แค่การให้บริการรักษาแก่ประชาชน แต่ยังต้องคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ด้วย ดังนั้นประชากรทุกกลุ่มจึงควรได้รับการดูแลอย่างเท่าเทียม

หลักประกันสุขภาพของกลุ่มประชากรกลุ่มเปราะบางและชายขอบควรรวมอยู่ใน UHC โดยทุกคนควรได้รับการดูแลตั้งแต่ระดับสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care)

ควรขยายโครงการที่เป็นความร่วมมือในชุมชนที่ประสบความสำเร็จไปยังชุมชนอื่น ๆ ที่ยังมีความต้องการอยู่มาก โดย WHO ควรสนับสนุนการลงทุนและจัดทำคู่มือแนวทางสนับสนุนทางด้านวิชาการ ในการดูแลประชากรบริเวณชายขอบ

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

องค์การอนามัยโลกควรสนับสนุนรัฐบาลให้มีความสำคัญในการพัฒนา community health workers อาสาสมัคร และเยาวชนในชุมชน เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสาธารณสุขมูลฐาน

Side Event How do we get to ๕๐/๕๐: Towards feminist global health organizations

ผู้จัด Permanent Mission of Canada

วันที่/เวลา ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๖๒ ๑๒:๓๐-๑๓:๔๕

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ โตสิงห์ ประชาสัมพันธ์ สภาการพยาบาล
๒. รองศาสตราจารย์ ดร.สุปรีดา มั่นคง สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ

เนื้อหาสำคัญในการประชุม:

ความนำ ความเท่าเทียมและความเสมอภาคทางเพศเป็นเป้าหมายหนึ่งตาม SDGs ๕ โดยที่มีจุดเน้นของความเสมอภาค ความเท่าเทียม และความเป็นธรรมในสตรี ด้วยความเป็นจริงก่อน ปี ค.ศ. ๒๐๑๕ เมื่อมีการสำรวจข้อมูลทั่วโลก พบว่า สองในสามของประเทศที่กำลังพัฒนาเด็กผู้หญิงยังขาดโอกาสในการเข้าถึงการศึกษาระดับต้นเมื่อเทียบกับเด็กเพศชาย หลักฐานจากภูมิภาคเอเชียใต้พบว่า เมื่อเปรียบเทียบระหว่างปี ค.ศ. ๑๙๙๐ กับ ปี ค.ศ. ๒๐๑๒ เด็กหญิง ๗๔ คน ได้มีโอกาสเรียนการศึกษาระดับต้นเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กชาย จำนวน ๑๐๐ คน ตัวเลขดังกล่าวสะท้อนว่า อัตราการเข้าถึงการศึกษาของเด็กเพศหญิงยังไม่ได้มีพัฒนาการขึ้น แม้ว่าจะมีความพยายามทำตามเป้าหมายของ MDGs มา ๑๒ ปีแล้ว เช่นเดียวกับใน sub-Saharan Africa, Oceania และ Western Asia ที่เด็กเพศหญิงยังคงมีอุปสรรคในการเข้าถึงการศึกษาทั้งในระดับปฐมและมัธยมศึกษา เมื่อพิจารณา ด้านการได้รับค่าตอบแทนในภาคการเกษตร พบว่า ใน Northern Africa สตรีได้ค่าตอบแทนน้อยกว่าบุรุษถึง หนึ่งในห้าส่วน นอกจากนี้ ประเด็นที่มีความสำคัญและได้รับความสนใจจากทุกประเทศทั่วโลกมากที่สุดคือ การมีส่วนร่วมด้านการกำหนดนโยบายระดับสูงของประเทศ การปฏิบัติงานในรัฐสภาและการทำงานด้านการเมืองการปกครอง

สัดส่วนของสตรีในเกือบทุกประเทศทั่วโลกยังมีจำนวนต่ำกว่าร้อยละ ๓๐ มีเพียง ๔๖ ทั่วโลกเท่านั้น ที่ สตรีได้มี โอกาสทำงานในระดับผู้กำหนดนโยบายในรัฐสภา มากกว่าร้อยละ ๓๐ SDGs ๕

ประเด็นสำคัญที่ระบุไว้ใน SDGs ด้วยเหตุดังกล่าวสหประชาชาติจึงได้กำหนด ยุติการเลือกปฏิบัติต่อสตรีและ เด็กหญิงทุกรูปแบบในทุก ๆ กรณี โดยผลักดันกรอบแนวคิดในการส่งเสริม ผลักดันและติดตามในประเด็นการได้รับความเท่าเทียมและการเลือกปฏิบัติทางเพศ โดยกำหนดเป้าหมายย่อย ๆ คือ

๑. ยุติการกระทำรุนแรงในทุกรูปแบบต่อสตรี เด็กหญิง ซึ่งรวมถึงการค้ามนุษย์ เรื่องเพศ และเรื่องอื่นๆ ที่ ก่อให้เกิดความรุนแรง

๒. ยุติการกระทำให้เกิดอันตรายและการกระทำรุนแรงในทุกรูปแบบต่อเด็กและสตรี เช่นการบังคับให้ แต่งงาน การขลิบอวัยวะเพศหญิง (female genital mutilation)

๓. ให้คุณค่ากับงานและความรับผิดชอบของสตรีในงานที่กระทำโดยไม่เคยได้รับค่าตอบแทน โดยการ ผลักดันให้สังคมยอมรับว่า งานในลักษณะเช่นนี้เป็นงานด้านการบริการสังคม พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและ นโยบายปกป้องทางสังคมรวมถึงการส่งเสริมให้บุคคลอื่น ๆ ทั้งในระดับครอบครัวและสังคมร่วมกันรับผิดชอบ ทั้งนี้ ตามความเหมาะสมของบริษัทสังคมนั้น ๆ

๔. ทำให้เกิดความมั่นใจว่าสตรีได้มีส่วนร่วม และได้รับโอกาสอย่างเท่าเทียมทางด้านการเป็นผู้นำ การ กำหนดนโยบายระดับสูง และการเข้าสู่เส้นทางการเมือง ซึ่งในข้อนี้ วัตถุประสงค์ของสตรีที่ได้รับโอกาส ปฏิบัติงานในรัฐสภา และการเมืองระดับท้องถิ่น และสัดส่วนของสตรีที่ทำงานในตำแหน่งบริหาร

๕. จัดการปฏิรูปนโยบาย เพื่อเปิดโอกาสให้สตรีมีสิทธิเท่าเทียมในการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรทางเศรษฐกิจ สามารถถือครองที่ดิน ทรัพย์สินสมบัติ และแหล่งเงินทุนเพื่อสร้างความเข้มแข็งทางเศรษฐกิจได้

การกำหนดนโยบาย Global health ๕๐/๕๐

แม้ว่า สหประชาชาติ ได้กำหนดเป้าหมายใน SDGs ดังกล่าวข้างต้น แต่เมื่อ ผ่านมา ๔ ปี แล้วยังคงพบว่า ในหลายภูมิภาคทั่วโลก สตรียังไม่ได้รับโอกาสต่าง ๆ ที่เท่าเทียม และยังคงมีการเลือกปฏิบัติ กำหนดกฎระเบียบที่ กีดกันสตรีให้เข้าสู่ตำแหน่งบริหารสูงสุดในองค์กร หรือเข้าสู่วงการบริหารระดับสูง เช่นการดำรงตำแหน่ง วุฒิสมาชิก หรือดำรงตำแหน่งระดับสูงทางการเมือง กลุ่มสตรีนิยม (feminist) และ Center for Gender and Global Health at University College London ในประเทศอังกฤษจึงได้ริเริ่มนโยบาย Global health ๕๐/๕๐ ใน ปี ค.ศ. ๒๐๑๗ และให้ UNAIDS ประกาศเป็นแผนกลยุทธ์ ๓ ด้าน คือ

๑. ให้วิเคราะห์นโยบายและทำการศึกษาวิจัย เพื่อหาข้อมูลด้านนี้ตามตัวชี้วัดที่ระบุใน SDGs และให้ รายงานผลทุกปี ภายใต้ชื่อ Global health ๕๐/๕๐

๒. สร้างความเข้มแข็งให้กับนโยบาย GH ๕๐/๕๐ เพื่อให้มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้เกิดความเท่า เทียมโดยใช้หลักฐานจากการวิจัยเพื่อการต่อรอง

๓. ประกาศและเฉลิมฉลองความสำเร็จของ GH ๕๐/๕๐ ด้วยการสื่อสารให้ประชาคมโลกได้รับรู้ว่า เกิด การเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง ทั้งนี้เพื่อเป็น การ empower สตรีทั่วโลก และสร้างความตระหนักให้ประชาคมโลก ตระหนักถึงความสำคัญของนโยบาย ๕๐/๕๐

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

๑. การนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติ ในบางประเทศหรือบางบริบทจะเกิดอุปสรรคด้านข้อกฎหมายที่ยังไม่ได้แก้ไข เช่น การลาหลังการคลอดบุตรของสตรี การได้รับค่าตอบแทนการจ้างงานที่ลดลงของสตรีภายหลังที่ต้องปรับเปลี่ยนบทบาทในหน้าที่การงานหลังการคลอด และการเลี้ยงดูบุตร

๒. ทางออกหนึ่งที่ประสบความสำเร็จคือ การพยายามทำให้เกิดความสมดุลระหว่างสตรีและบุรุษ ในองค์กร เพื่อให้เกิดสัดส่วน ๕๐/๕๐ ให้ได้ เช่น ในแผนกใดมีรองหัวหน้าเป็นผู้ชาย จะต้องเป็นผู้หญิงเป็นหัวหน้า และการกระทำเช่นนี้ ทำให้เกิดผลสำเร็จได้อย่างรวดเร็ว

๓. ใช้ประโยชน์จากสื่อสารมวลชน เพื่อขยายนโยบายนี้ให้สาธารณชนรับรู้ และสร้างความรู้สึกมีส่วนร่วม และความตระหนักให้กับสตรีทุกคน

๔. พบว่าปัญหาสำคัญที่ทำให้ นโยบาย ๕๐/๕๐ ยังไม่ถึงเป้าหมาย คือ การให้คำจำกัดความของคำว่า gender ยังมีความแตกต่าง

๕. ปัจจัยที่ทำให้วาระนี้ประสบความสำเร็จคือ การเฝ้าระวังและเก็บข้อมูลอย่างถูกต้อง รายงานผล และนำมาปรับปรุงแก้ไขวิธีการตามผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้มา ขณะนี้ได้มีการพัฒนา ฐานข้อมูล sex disaggregated monitoring ที่ให้ผู้สนใจสามารถเฝ้าระวังและติดตามได้ ใน website GH ๕๐/๕๐ และมีการแปลเป็น ๖ ภาษาแล้ว

๖. ทำให้เพศชายเห็นความสำคัญเรื่อง ๕๐/๕๐ ในทุกระดับและทุกวงการ

๗. เริ่มต้นทำตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชน และขยายผลสู่กว้างในสังคม

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

กระทรวงสาธารณสุขและสภาและองค์กรวิชาชีพ

๑. ร่วมกันทำงานวิจัยเพื่อสำรวจข้อมูล โดยใช้แนวคิดจาก data base ใน website GH ๕๐/๕๐ เพื่อได้วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น

๒. กำหนดแผนเชิงปฏิบัติการร่วมกัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ตาม SDGs ๕ ภายในปี ค.ศ. ๒๐๓๐

๓. สอดแทรกแนวคิด ๕๐/๕๐ ในองค์กรสุขภาพทุกระดับ เพื่อสร้างวัฒนธรรม ๕๐/๕๐ ให้กับเยาวชนและคนทุกกลุ่มอายุ

Side Event on Leaving no one behind? Tracking “Health for All” from rhetoric to reality.”

ผู้จัด : Union for International Cancer Control Supported by Childhood Cancer International, International Union Against TB and Lung Disease (The Union), Medicines Patent Pool, RAD-AID International, World Cancer Research Fund International, World Obesity Federation, World Stroke Organization, International Association for Hospice and Palliative Care Inc., Worldwide Hospice and Palliative Care Alliance

วันที่/เวลา : ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๖๒ เวลา ๑๘.๐๐ - ๑๘.๕๐ น ณ ห้อง Room IX

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

- | | |
|-------------------------------|--|
| ๑. นางสาวโอรินา ชื่อสัตยวงค์ | กองการต่างประเทศ |
| ๒. นางสาวจินตนา จันทรโคตรแก้ว | สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ |

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

การประชุมมีวัตถุประสงค์เพื่อแลกเปลี่ยนระบบฐานข้อมูลด้านสาธารณสุขเพื่อติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานนโยบายและมาตรการด้านสาธารณสุขโดยไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง

ระบบฐานข้อมูลมีอยู่ ๓ ฐานข้อมูลหลักๆ ประกอบด้วย ๑) ฐานข้อมูลการเกิด การตาย จากทะเบียนราษฎร ๒) ข้อมูลที่มีการจัดเก็บเป็นประจำจากหน่วยงานที่รับผิดชอบ เช่น จากเวชระเบียนจากสาธารณสุขและหน่วยงานต่างๆ และ ๓) ข้อมูลจากการสำรวจประชากร โดยได้มีผู้ร่วมอภิปราย (Speaker) แลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น ดังนี้ :

- Dr. Romain Santon จาก Vital Strategies ได้แลกเปลี่ยนเรื่องฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร ซึ่งมีความครอบคลุมในเชิงประชากรและมีความต่อเนื่อง เนื่องจากทุกคนต้องจดทะเบียนการเกิดและการตายและสาเหตุการตาย
- Dr. Marion Piñeros จาก International Agency for Research on Cancer ได้แนะนำเครือข่ายฐานข้อมูลเรื่องโรคมะเร็งที่มีการพัฒนาอย่างเป็นระบบทั้งในประเทศพัฒนาและประเทศกำลังพัฒนา โดยเครือข่ายดังกล่าวมีการพัฒนาฐานข้อมูลร่วมกันและพัฒนาอย่างต่อเนื่องทำให้ข้อมูลที่ได้มีคุณภาพ
- Dr. Peter Ghys UNAIDS ได้ชี้ให้เห็นตัวอย่างการพัฒนาฐานข้อมูลที่เป็นระบบและมีคุณภาพ เนื่องจากขับเคลื่อนเรื่องโรคเอดส์มีการพัฒนามายาวนาน ทำให้การพัฒนาฐานข้อมูลเพื่อติดตามมีความเข้มแข็ง
- Dr. Tazeem Bhatia Public Health England ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์จากสหราชอาณาจักร ที่มีการพัฒนาฐานข้อมูลที่มีความครอบคลุมทั้งปัจจัยด้านสุขภาพและสังคม ทั้งข้อมูลจากระบบปฐมภูมิ ข้อมูลเวชระเบียน ข้อมูลจากชุมชน และการสำรวจประชากร จากข้อมูลดังกล่าว ทำให้เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงนโยบายทำให้สามารถใช้ประเมินผลการดำเนินมาตรการได้ เช่น เมื่อมีการขึ้นภาษีเครื่องดื่มรสหวานก็สามารถใช้ฐานข้อมูลที่มีอยู่ประเมินผลกระทบได้

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

- การสร้างความตระหนักจากผู้กำหนดนโยบายในการพัฒนาฐานข้อมูลเป็นไปได้ยาก
- การสร้างฐานข้อมูลเพื่อติดตามปัจจัยทางสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ ทำให้สามารถประเมินผลการดำเนินมาตรการทั้งด้านสุขภาพและสังคม
- ความท้าทายในการสร้างคุณภาพของข้อมูล

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

การพัฒนาฐานข้อมูลให้มีความครอบคลุมเชิงประเด็นทั้งปัจจัยด้านสุขภาพและสังคมและคำนึงถึงคุณภาพของข้อมูล

Side Event Air pollution, Climate Change, Oceans and Health

ผู้จัด ชิลี ฟิจิ มัลดีฟส์ แอฟริกาใต้ มอริเชียส และนอร์เวย์

สถานที่ Room ๗ Palais des Nations วันที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๖๒ เวลา ๑๘.๐๐-๑๙.๓๐ น.

ผู้รายงาน

๑. นางสาวพินิตา เจริญสุข กรมอนามัย
๒. นางสาวมยุรี วิโนทัย กองการต่างประเทศ

เนื้อหาสำคัญในการประชุม

- มลพิษอากาศ และ Climate Change เป็นปัญหาส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ปัญหามลพิษอากาศเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยการตายร้อยละ ๒๕ ของสาเหตุทั้งหมด โดยมีการเสียชีวิตจากมลพิษอากาศในบรรยากาศ ๔.๒ ล้านคน เสียชีวิตจากมลพิษอากาศในครัวเรือน ๓.๘ ล้านคน รวมเป็น ๗ ล้านคน โดยก่อให้เกิดโรคมะเร็งปอด หัวใจ หอบหืด เป็นต้น
- ๙๑% ของประชากรโลกหายใจเอามลพิษอากาศเข้าไป และคุณภาพอากาศดีขึ้นในบางประเทศและเลวร้ายลงในหลายประเทศ มากกว่า ๙๐% ของเด็กในโลกหายใจเอาอากาศพิษเข้าไป เช่น ปากีสถาน อังกฤษ
- มากกว่าสามล้านล้านคนใช้เชื้อเพลิงแข็งในครัวเรือน จากรายงาน IPCC พบแหล่งมลพิษอากาศของโลก ร้อยละ ๒๕ เกิดจากการคมนาคมขนส่ง รองลงมาคือการใช้เชื้อเพลิงหุงต้มร้อยละ ๒๐ และอุตสาหกรรมร้อยละ ๑๕
- Dr. Tedross กล่าวว่า ประเด็น Climate Change เกี่ยวข้องกับหลายๆ Declaration ซึ่ง WHO จะดำเนินการร่วมกับประเทศสมาชิก UN และหุ้นส่วนอื่นๆ ในการจัดการกับปัญหา Climate Change ทั้งนี้ทั่วโลกจำเป็นต้องตระหนักผลกระทบจาก air pollution ที่มีผลต่อชีวิตและสุขภาพของคนนับล้านคน
- จะมีการจัดการประชุม Climate Action Summit ในวันที่ ๒๓ กันยายน ๒๕๖๒ ที่นิวยอร์ก ในระหว่างการประชุม UNGA ที่นิวยอร์ก ซึ่งเป็นเวทีทางการเมือง เพื่อขับเคลื่อนประเด็น Climate Change ให้สู่การปฏิบัติอย่างแท้จริง
- สิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับ การมีคุณภาพอากาศที่ดี ให้ทุกคนได้รับบริการสุขภาพที่เหมาะสม และมีข้อมูลที่เพียงพอ ทั้งนี้ การป้องกันควรเป็นความสำคัญอันดับแรก ดูแลคนที่ได้รับผลกระทบจากสิ่งแวดล้อม การปฏิบัติที่เท่าเทียม สร้างการมีส่วนร่วม
- มัลดีฟส์เป็นประเทศหมู่เกาะขนาดเล็ก ซึ่งเป็นประเทศเสี่ยงที่ได้รับต่อผลกระทบจาก Climate Change ใช้เลือดออกเป็นปัญหามากในประเทศ การเกิดพายุมรสุม ทำให้ปลาตาย เนื่องจากปะการังมีความเป็นพิษ ส่งผลกระทบต่อด้านโภชนาการ
- ควรมีการพัฒนาศักยภาพและสร้างความเข้มแข็งให้บุคลากรด้านสาธารณสุข สร้างความเข้มแข็งขององค์ความรู้ระดับชาติ และค้นคว้าวิจัย ส่งเสริมให้คนมีสุขภาพดี โดยเฉพาะเด็ก ผู้หญิง ผู้สูงอายุ คนทำงานกลางแจ้ง ลดคนกลุ่มเสี่ยงให้น้อยลง และสร้างศักยภาพในการปรับตัวให้กลุ่มเสี่ยง

ข้อเสนอแนะจากการประชุม

การดำเนินการเรื่อง Climate Change ไม่สามารถดำเนินการได้โดยประเทศใดประเทศหนึ่งตามลำพัง ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมซึ่งกันและกัน และการดำเนินการที่สำคัญควรเริ่มตั้งแต่การป้องกัน เพราะเมื่อเกิดปัญหาแล้วจะต้องใช้งบประมาณเป็นจำนวนมาก

Side Event Effective implementation of home-based records to improve maternal, newborn and child health towards achievement of UHC: leaving no one behind

ผู้จัด ประเทศอินโดนีเซีย เป็นสปอนเซอร์ และประเทศอัฟกานิสถาน เคนย่า สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว เนเธอร์แลนด์ ฟิลิปปินส์ ญี่ปุ่น พม่า ฝรั่งเศส และซิมบับเว เป็นโคสปอนเซอร์

วันที่/เวลา ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๖๒ เวลา ๑๒.๓๐ - ๑๔.๐๐ น

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. ดร. อีรพร สติรอังกูร กองการพยาบาล
๒. แพทย์หญิงปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

เนื้อหาสำคัญในการประชุม

- WHO ได้จัดทำ guideline “WHO Recommendations on Home – based Records for Maternal, Newborn and Child Health” (MNCH) ในปี ๒๐๑๘ สำหรับประเทศต่างๆเป็นแนวทางการพัฒนางานด้านการบันทึกข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ มารดา ทารก และเด็กเล็ก เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล และให้คนในครอบครัวสามารถให้การดูแลได้ เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลแม่และเด็กที่บ้าน
- Home – based Records หรือ สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก เป็นคู่มือที่มีข้อมูลด้านสุขภาพที่สำคัญ เช่น พัฒนาการเด็ก การได้รับวัคซีนของเด็ก การดูแลระหว่างตั้งครรภ์ และหลังคลอดของมารดา เป็นต้น
- วัตถุประสงค์ของการประชุมนี้เพื่อให้ประเทศสมาชิกที่ใช้ guideline ของ WHO เล่าถึงการพัฒนาสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก การผลักดันให้ใช้ และประเมินผลการใช้สมุดบันทึกนี้ในประเทศของตน
- อภิปรายโดยผู้แทนกระทรวงสาธารณสุขของประเทศอินโดนีเซีย อัฟกานิสถาน เคนย่า สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ฟิลิปปินส์ พม่า และซิมบับเว สรุปได้ว่าทุกประเทศได้พัฒนาสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กอย่างต่อเนื่อง และตามแนวทางของ WHO โดยล่าสุดพัฒนาด้วยการเพิ่มบันทึกที่สอดคล้องกับบริบทของประเทศ เช่น การเจริญเติบโตและพัฒนาการไม่เป็นไปตามวัย การถูกละเมิดทางเพศและความรุนแรงในครอบครัว เป็นต้น สำหรับการผลักดันให้ใช้สมุดบันทึกนี้นั้น ทุกประเทศกำหนดเป็นนโยบาย มีทิศทางการนำสู่การปฏิบัติ และตัวชี้วัดความสำเร็จที่ชัดเจน บุคลากรที่ใช้สมุดบันทึกนี้เป็นพยาบาล ผดุงครรภ์ และ community health worker ซึ่งต้องมีการให้ความรู้ ความเข้าใจที่เป็นระบบแก่บุคลากรกลุ่มนี้ ผลลัพธ์ที่ได้คือมีการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กมากขึ้น บุคลากรสาธารณสุขสื่อสาร ให้ความรู้แก่ผู้ดูแลหญิงตั้งครรภ์ มารดา ทารก และเด็กเล็กในเปอร์เซ็นต์ที่เพิ่มขึ้นเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพแม่และเด็กที่ชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานบริการสุขภาพภาครัฐ ซึ่งยังต้องผลักดันให้มีการใช้สมุดบันทึกสุขภาพนี้เพิ่มขึ้นในสถานบริการภาคเอกชน

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

ประโยชน์ของการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการ และมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชน อีกทั้งเป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนาระบบข้อมูลด้านสุขภาพของประเทศ

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

ทุกประเทศควรประเมินผลการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กตาม guideline ของ WHO

Side Meeting on “catalyzing innovation and progress through self-care intervention: WHO normative guidance development to advance the ๒๐๓๐ Sustainable Development Goals”

ผู้จัด Ministry of Health of Bangladesh, Ministry of Health and Social Services of Namibia and WHO RHR/HRP

วันที่/เวลา วันพุธที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๖๒ เวลา ๑๘:๐๐-๑๙:๓๐ น.

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. ดร. แพทย์หญิงสาวิตรี วิษณุโยธิน กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
๒. นางสาววรรณชนก บุญชู กรมอนามัย

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

- WHO กำหนดความหมายของการดูแลตนเอง (Self-care) คือความสามารถของบุคคล ครอบครัวและชุมชน ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ดำรงซึ่งสุขภาพและจัดการความเจ็บป่วย ทุพพลภาพโดยมีหรือไม่มี การสนับสนุนจากผู้ให้บริการด้านสุขภาพ
- การดูแลตนเองเป็นหลักสำคัญในบริการปฐมภูมิซึ่งเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์ด้านชุมชนในการขับเคลื่อน หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อให้ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วในปัจจุบัน ดังนั้น WHO จึงพัฒนา โปรแกรม และแนวทางในการดูแลตนเองเพื่อกระตุ้นให้เกิดความตระหนักและความร่วมมือในการดูแลตนเอง อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิผล โปรแกรมการดูแลตนเองต้องเชื่อมต่อกับระบบสุขภาพเพื่อหนุนเสริมซึ่งกัน และกัน การดูแลตนเองมีส่วนสำคัญยิ่งต่อสุขอนามัยทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์รวมถึงสิทธิขั้นพื้นฐาน เนื่องจากการถูกตีตราและความลำบากต่างๆมักส่งผลต่อการเข้าถึงข้อมูลและบริการของประชาชน
- H.E. Dr. Kalumbi Shangula รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการสังคม ประเทศนามิเบีย กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์เกี่ยวกับการดูแลตนเองในประเทศที่ส่งผลให้เพิ่มการเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการ เข้าถึงบริการ สามารถควบคุมตนเองได้ของประชาชนโดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับสตรีและเด็กสาว โปรแกรมการ ดูแลตนเองตอบสนองต่อความจำเป็น ขยับฐานจากการดูแลรักษามุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ
- Dr.Nadia แทนรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขของประเทศโมร็อกโค กล่าวว่า การที่ WHO นำหลักการดูแล ตนเองมาใช้ในอนามัยเจริญพันธุ์โดยการสนับสนุนแนวทางเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองในประเด็นต่างๆเช่น วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้นนั้น รัฐบาลถือเป็นนโยบายระดับชาติและให้ คำมั่นในการสนับสนุนโปรแกรมการดูแลตนเองของ WHO ในปี ๒๐๒๐
- Dr. Anders Nordstrom กระทรวงต่างประเทศ ประเทศสวีเดน กล่าวว่า การดูแลตนเองไม่ใช่เรื่องใหม่เกิดได้ ทุกที่แต่สังคมที่เปลี่ยนแปลงและแตกต่างออกไปเป็นบริบทใหม่ที่ต้องให้ความสำคัญเช่น การดูแลตนเองผ่าน การเข้าถึงข้อมูลจากสื่อออนไลน์ การดูแลตนเองคือการเสริมพลังให้คนและควรให้มีทางเลือกที่เหมาะสมกับ บุคคลนั้นมากกว่าหนึ่งทางเลือก การที่จะดูแลตนเองได้ดีนั้นมีสามองค์ประกอบที่สำคัญคือมีองค์ความรู้และ หรือความฉลาดทางสุขภาพเพียงพอหรือไม่ มีทรัพยากรเพียงพอที่จะสนับสนุนการเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการ บริการที่เหมาะสม มีกฎหมายและสวัสดิการสนับสนุนแนวทางการดูแลตนเอง
- Hon. Mr. Christian Lohr สมาชิกรัฐสภาประเทศสวิสเซอร์แลนด์ กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเองเป็นหลัก สำคัญในการขับเคลื่อนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพิ่มความเท่าเทียมและการเข้าถึงบริการของกลุ่มที่

เพราะบาง เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาโดยเน้นการเสริมพลังเพื่อให้บุคคลตัดสินใจ รับผิดชอบต่อคุณภาพโดยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

- Dr. Charlotte O’Leary สมาชิกนักศึกษานานาชาติ กล่าวว่า การสื่อสารและการเสริมพลังจากบุคลากรทางการแพทย์สำคัญต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย โลกปัจจุบันขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้นการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ให้สามารถขยายการดูแลตนเองไปสู่ผู้ป่วยได้จึงสำคัญโดยให้สามารถเพิ่มความฉลาดทางสุขภาพ การเป็นหุ้นส่วนสุขภาพ การสื่อสารด้วยความเข้าใจและสามารถทำงานเป็นทีมและบูรณาการ นอกจากนี้ขอให้สนับสนุนวัยรุ่นในการมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวทางการดูแลตนเอง
- Dr. Sameera M. Al Tuwaijri ผู้นำโลกด้านประชากรและการพัฒนา สุขภาพ โภชนาการ และการฝึกปฏิบัติด้านประชากร ธนาकारโลก ขอให้ตระหนักว่าการดูแลตนเองเป็นเพียงหนึ่งในการดูแลสุขภาพ ควรส่งเสริมหลักการนี้เพื่อให้สามารถดูแลสมาชิกครอบครัวได้ ส่งเสริมให้สามารถสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

ไม่มี

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

การพัฒนาที่ยั่งยืนต้องดำเนินการด้านการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้นกว่าเดิม โดยการดูแลสุขภาพตนเองเป็นยุทธศาสตร์สำคัญที่ต้องเน้นเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สามารถดำเนินการได้ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ซึ่งส่งผลกระทบต่อสถานะเศรษฐกิจเช่นการดูแลตนเองในวัยปฏิบัติหน้าที่ถูกหลักและไม่ถูกหลัก ดังนั้นการดูแลตนเองมิใช่เพียงการดูแลในระดับบุคคลเท่านั้น มิใช่เพียงการดูแลโดยพึ่งเฉพาะเทคโนโลยีเท่านั้น มิใช่แค่การรับข้อมูลข่าวสารเท่านั้นแต่ต้องเป็นข้อมูลที่ยึดหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนั้นประเทศควรสนับสนุนและส่งเสริมการดูแลตนเอง

Technical briefing: Promoting local production of medicines and other health technologies: official launch of the interagency statement

ผู้จัด WHO วันที่/เวลา ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๒

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. นางสิตานันท์ พูนผลทรัพย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
๒. นางสาวชฎาธร อินโย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message) (โดยอาจารย์ชื้อ speaker ด้วย)

- การประกาศคำแถลงอย่างเป็นทางการของหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการร่วมมือกันเพื่อส่งเสริมการผลิต ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์และเทคโนโลยีทางสุขภาพอื่น ผู้ดำเนินการบรรยายสรุปคือ Dr. Mariângela Simão, Assistant Director-General, WHO กล่าวถึงความจำเป็นในการให้คำมั่นจากรัฐบาล และภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในทุกระดับเพื่อสนับสนุนให้เกิดการผลิตภายในประเทศช่วยเพิ่มการเข้าถึงยา คำแถลงนี้

คือการประการความร่วมมือระหว่าง ๖ ฝ่าย ได้แก่ WHO, UNIDO, UNCTAD, UNAIDS, UNICEF และการประชุมแบ่งออกเป็น ๓ ช่วง คือ Opening, Panel และ Question and Answer

- Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus Director General, WHO
การเข้าถึงยาเป็นส่วนหนึ่งในเป้าหมายที่ยั่งยืน การผลิตในประเทศสมาชิกโดยเฉพาะกลุ่ม LMIC นอกจากจะช่วยเพิ่มการเข้าถึงยาแล้วยังช่วยให้เกิดการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจและการสร้างงานส่วนประกอบสำคัญที่จะทำให้เกิดได้ประกอบด้วย ๑) แผนการดำเนินงานโดยรัฐ ๒) หน่วยงานกำกับดูแลที่เข้มแข็ง และ ๓) ความสามารถในการผลิตของบริษัทในประเทศ ซึ่งต้องการการดำเนินการแบบองค์รวม การทำงานในด้านอื่นๆ จำเป็นแต่อาจไม่อยู่ในหน้าที่ของ WHO ดังนั้นจึงมีการสร้างความร่วมมือระหว่างกันขึ้นและประกาศในวันนี้เพื่อให้เกิดความร่วมมือที่เป็นรูปธรรม
- Dr. Bernardo Caizadilla Sermento, Department of Trade Investment and Innovation, UNIDO การดำเนินงานต้องดำเนินการเพื่อให้ผลไปสู่ประชาชน ให้ประชาชนเป็นหลัก ปัญหาสำคัญทางสุขภาพคือการเจ็บป่วย ทำให้เกิดการตาย เนื่องมาจากความยากจนและไม่สามารถเข้าถึงยารักษาโรคได้ ความเปลี่ยนแปลงในด้านทิศทางของโรค ยารักษาโรคเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยแก้ไขปัญหาคือ การผลิตในประเทศช่วยลดราคา เพิ่มงาน และสร้างโอกาสทางเศรษฐกิจ การพัฒนาอุตสาหกรรมในประเทศช่วยสร้างโอกาสทางเศรษฐกิจ UNIDO สนับสนุนรัฐเพื่อการผลิตมาตั้งแต่ปี ๒๐๐๖ และจะดำเนินการแบบประสานความร่วมมือต่อเนื่องไป
- Dr. Jane Zhan, Senior Director of Investing Enterprise, UNCTAD เป้าหมายทางสุขภาพคือ Goal ๓ ของ SDGs UNCTAD ร่วมมือกับ WHO ในการจัดทำ General Programme of Work on Public Health Innovation and IP เพื่อการเข้าถึงยา ประเด็นสำคัญคือการเพิ่มแหล่งผลิตภายในประเทศ และการยกระดับมาตรฐานด้านคุณภาพ การพัฒนาเทคโนโลยี ซึ่งต้องได้รับการสนับสนุนจากนโยบายของประเทศ สิ่งที่ต้องการสนับสนุนคือ ๑) Promote reliable legal framework ๒) Coherence of domestic policy on trade and health ๓) High quality and affordable medicine to meet public health need ๔) WHO Standard ๕) การลงทุนอย่างเหมาะสมใน Know-how transfer และ Technology transfer นอกจากนี้การควบคุมราคาต้องดำเนินการอย่างเหมาะสมบนพื้นฐานของผู้ป่วย โดยไม่ก่อให้เกิดอุปสรรคในการพัฒนาเศรษฐกิจ
- Dr. Shannon Hader, Deputy Director Executives, UNAIDS ในปัจจุบันมีผู้ป่วยโรค AIDs กว่า ๒๒ ล้านคนที่ต้องการได้รับยา ซึ่งการผลิตยาในประเทศมีส่วนช่วยในการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนยาแม้ประเทศ LMIC จะเพิ่มการผลิต Local Production แต่ยารักษา AIDs ต้องการเทคโนโลยีใหม่และต้องการแหล่งอุปทานใหม่ ปัจจุบันมีการริเริ่มความร่วมมือระหว่างประเทศในการสนับสนุนการเข้าถึงยารักษา AIDs เช่นความร่วมมือจีนและแอฟริกา นอกจากนี้ประเด็นราคายาก็มีส่วนสำคัญที่จะช่วยเพิ่มการเข้าถึงยาได้ การสนับสนุนความร่วมมือจะต้องมีอย่างต่อเนื่องต่อไป
- Dr. Stefan Swartling Peterson, Chief of Health Section, UNICEF การผลิตในประเทศช่วยพัฒนาเศรษฐกิจ ทำให้ราคายาลดลง ซึ่งส่งผลให้ระบบสุขภาพพื้นฐาน (Primary Health Care) แข็งแรง สิ่งที่ต้องพัฒนาเพื่อส่งเสริมการผลิตในประเทศประกอบด้วย ๑) การพัฒนาด้านตลาดทั้งในส่วนภูมิภาค และในประเทศ ๒) การปรับตัวด้านการผลิตเพื่อให้เหมาะสมกับความต้องการภายในประเทศ ๓) การเพิ่ม Supply Chain ทั้งในส่วน Local product และ Local ingredient UNICEF ดำเนินการแก้ไขปัญหาการ

ขาดสารอาหารในเด็กโดยการพัฒนาผลิตภัณฑ์ Ready-to-Use Therapeutic Food (RUTF) และยินดีจะร่วมมือเพื่อสนับสนุนการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยา

- Dr. Phillipe Francis, Head of Sourcing and Supply Chain Department, Global Fund การแก้ไขปัญหาทางสุขภาพจะต้องมีผลิตภัณฑ์และราคาที่เหมาะสมและต้องการการลงทุนสูงในการแก้ไขปัญหา การสนับสนุนจากผู้ผลิตในประเทศจะช่วยแก้ปัญหาได้ แต่ประเด็นปัญหาสำคัญที่ต้องแก้ไขคือทำอย่างไรจึงจะมีคุณภาพและมีมาตรฐานเพียงพอที่จะส่งออกได้ ยินดีที่จะร่วมมือดำเนินการ
- Dr. Matshidiso Moeti, Regional Director, AFRO (ไม่ได้มาเข้าร่วมให้ผู้อื่นอ่าน Statement แทน) ประเทศใน African Region มีการนำเข้าถึง ๙๐% และความสามารถในการผลิตของประเทศสมาชิกมีความแตกต่างกันมา แม้ประเทศที่สามารถผลิตได้ก็ยังคงต้องการความช่วยเหลืออยู่ การพัฒนาเพื่อให้อายุยืนยาวเท่าเทียมในทุกด้านเพื่อสนับสนุนการผลิตเป็นสิ่งที่ต้องการ

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

การอภิปรายประกอบด้วย ๖ ประเทศประกอบด้วย Bangladesh, Brazil, China, Pakistan และ Ethiopia โดยมีรายละเอียดการแลกเปลี่ยนข้อมูลดังนี้

- ประเทศ Bangladesh อธิบายถึงการดำเนินงานภายในประเทศเรื่องการเข้าถึงยาเพื่อการบรรลุเป้าหมายที่ยั่งยืน โดยการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจนของรัฐบาลปัจจุบันเป็นประเทศที่มีราคาขายถูกที่สุด มีบริษัทมากถึง ๓๐๐ บริษัทโดยส่งออกทั้งยาสามัญที่จำเป็นและวัคซีน สิ่งที่ทำให้ประสบผลสำเร็จประกอบด้วย นโยบายที่มีประสิทธิภาพ การให้ค้ำประกันในการดำเนินงานของรัฐบาล กำลังคนเพื่อทำงาน และการประเมินโดย International Accreditation
- ประเทศ Brazil (Dr. Nisia Trindade Lima) กล่าวถึงการดำเนินงานในประเทศ ในการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนยารักษา AIDs และ Vaccine โดยต้องการความร่วมมือจากทุกฝ่าย ปัจจัยสำคัญที่จะสามารถทำให้บรรลุเป้าหมายได้คือทัศนคติทางการเมือง และการให้ค้ำประกันจากรัฐ
- ประเทศ China ความหลากหลายของตลาดในประเทศจีนทำให้สามารถตอบสนองต่ออุปสงค์ได้ การพัฒนาการวิจัยและพัฒนา การพิจารณาทะเบียนที่มีประสิทธิภาพและรวดเร็ว รวมไปถึงการควบคุมราคา เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาได้อย่างเหมาะสม การสนับสนุน Local Production ใช้นโยบาย Belt Road การร่วมมือกับ Brazil เพื่อสนับสนุนการเข้าถึงยา และการร่วมมือกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง
- ประเทศ Ethiopia ปัญหาใน African Region พบมากจนต้องมี Business plan ในกลุ่มประเทศเพื่อแก้ไขปัญหา นอกจาก Ethiopia ยังพยายามผลักดันประเด็นภายในประเทศโดยจัดทำ National Plan of Action เพื่อพัฒนา Local Manufacturer
- ประเทศ Pakistan มีบริษัทเอกชน ๔๐๐ บริษัทและมีการเจริญเติบโตทางการตลาดสูง รัฐบาลลงทุนสร้าง Local, Multi-incentive เพื่อนำไปสู่ International Standard นอกจากนี้ยังต้องควบคุมเพื่อป้องกันปัญหายาแพง การกำกับดูแลและการบังคับใช้กฎหมายเป็นเรื่องสำคัญทั้งต่อระยะเวลาของการอนุมัติ ส่งผลกระทบต่อปัญหาปลอม

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- การพัฒนาอุตสาหกรรมในประเทศเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องส่งเสริมเพื่อการเข้าถึงยา และเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้ระบบสุขภาพยั่งยืน หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาอุตสาหกรรม ทั้งในส่วนของกระทรวงพาณิชย์ และกระทรวงสาธารณสุข ควรร่วมมือการดำเนินนโยบายที่มีความสอดคล้องเพื่อสนับสนุนการพัฒนาอุตสาหกรรมยาในประเทศ

Technical briefing: Green, sustainable climate-resilient health care facilities

วันที่ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๒ เวลา ๑๒.๓๐ - ๑๔.๐๐ น.

ผู้รายงาน

๑. นางสาวพนิศา เจริญสุข กรมอนามัย
๒. นางสาวมยุรี วิโนทัย กองการต่างประเทศ
๓. ดร.กุลจิรา อุดมอักษร มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เนื้อหาสำคัญในการประชุม

- ภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกมีความอ่อนไหวต่อพายุมาก เนื่องจากมีหมู่เกาะขนาดเล็กจำนวนมาก และได้จัดทำแผนปฏิบัติการเกี่ยวกับเรื่องนี้ และพบว่าภาคส่วนสาธารณสุขมีส่วนสำคัญเป็นอันมากในการดำเนินงานเรื่อง carbon foot print
- กรอบแนวคิด Health Care Facility มีสามส่วนได้แก่ (๑) UHC (เช่น Health care financing, treatment packages, workforce protection), (๒) Healthier Populations (เช่น Environmental and social determinants and risks) และ (๓) Emergencies (Outbreak, disaster preparedness & response)
- หลายประเทศในโลกโรงพยาบาลไม่มีน้ำใช้ การสุขาภิบาลและสุขลักษณะไม่ดี โดยหนึ่งในสี่ขาดน้ำขั้นพื้นฐาน หนึ่งในห้าไม่มีการสุขาภิบาล สองในห้าขาดการล้างมือที่โรงพยาบาล สองในห้าขาดระบบการจัดการสิ่งปฏิกูลในโรงพยาบาล เพียงแค่ ๓๗ เปอร์เซ็นต์ในโรงพยาบาลที่มีการจัดการที่ดี มีเพียงครึ่งหนึ่งของห้องคลอดในโรงพยาบาลใน ๖ ประเทศที่มีการบริการน้ำสะอาดและการสุขาภิบาล ขาดไฟฟ้าใช้ในประเทศอินเดีย และทวีปแอฟริกา
- การเกิดพายุอันเป็นผลพวงจาก Climate Change ทำให้โรงพยาบาลหลายแห่งน้ำท่วม องค์การอนามัยโลกได้ทำคู่มือแนวทางจำนวนมากเกี่ยวกับเรื่องนี้ เช่น Hospital safety guideline เพื่อสนับสนุนประเทศสมาชิก
- ผลกระทบจากรังสี ชยะประเภทรังสีในโรงพยาบาลต้องได้รับการจัดการ
- โอกาสทางเมืองของกรอบระดับโลกเกี่ยวกับสุขภาพและพลังงาน (Health and Energy Platform) ได้แก่ โอกาสในการสนับสนุนไฟฟ้าพลังงานแสงอาทิตย์ การประหยัดน้ำ มีการทำ Air Quality Guideline ในการประชุม UNGA Summit on Climate มีการร่วมมือหลายภาคส่วน
- ประเทศหมู่เกาะขนาดเล็ก เช่น มัลดีฟส์ ได้รับผลกระทบอย่างรุนแรงจากเฮอริเคน ผลต่อความเสียหายของโรงพยาบาลและกลุ่มเสี่ยง ภาคสาธารณสุขมีการรองรับโดยการทำให้ Smart HCF เช่น การประหยัดพลังงาน ประหยัดน้ำ และมีหลายประเทศขาดไฟฟ้าใช้ ซึ่งต้องการสร้างความร่วมมืออย่างจริงจังระหว่างภาคสาธารณสุขกับภาคพลังงาน โดยเฉพาะการใช้เชื้อเพลิงสะอาดในการหุงต้ม

- ประเทศเปรูได้ตกลงที่จะดำเนินการด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดพันธะทางการเมือง โดยจะมีการจัดประชุม UNSG climate summit ในวันที่ ๒๓ กันยายน ๒๕๖๒ และเสนอเกี่ยวกับการลดความไม่เท่าเทียม ส่งเสริมพัฒนาสุขภาพของประชาชน การมีนโยบายคุณภาพอากาศ นโยบาย Climate Change ต้องการนำสู่การปฏิบัติ โดยเฉพาะเรื่องพลังงาน การคมนาคมขนส่ง การแลกเปลี่ยน best practice โดยการสนับสนุนของกลไก UN การลงทุนใน HCF เกี่ยวกับโรคติดต่อมาโดยแมลง และโรคที่เกี่ยวกับ climate change การทำ National adaptation plan
- Health Care without Harm เสนอว่า ระบบสุขภาพมีส่วนในการก่อเกิดปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อมของเสียจากโรงพยาบาล เช่น ขยะติดเชื้อ พลาสติก ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ ทั่วโลกมีของเสียจากโรงพยาบาลถึงร้อยละ ๑๐ การดำเนินงาน Health care ต้องไปด้วยกันกับ Paris Agreement ระบบสุขภาพในศตวรรษที่ ๒๑ ต้องเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม (Green) มีความยั่งยืน (Sustainable) และ SMART องค์กรภาคเอกชนได้พัฒนาเว็บไซต์ greenhospitals.net เพื่อให้แนวทางในการจัดการของเสียโรงพยาบาล และเสนอบทบาทของโรงพยาบาลต่อการดูแลสิ่งแวดล้อมเช่น ลดการใช้ปรอทในรพ. ลดการใช้พลาสติก เสนอกลยุทธ์สามเสาหลักในการจัดการ ได้แก่ ๑. mitigation ๒. leadership ๓. resilient เสนอแนวคิด climate in all policy
- ต้องสร้างความเข้มแข็งและสร้างความร่วมมือในกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงพลังงาน ในการเชื่อมโยงงานโรงพยาบาลและการใช้พลังงานสะอาด

ข้อเสนอแนะจากการประชุม

- ประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญในการสร้างความเข้มแข็งในภาคสาธารณสุข คืองบประมาณตรงไปยังประเทศที่มีผลกระทบ การจัดการประเด็น climate change คำนึงถึงการรองรับโรคติดต่อมาโดยแมลง และโรคที่เกี่ยวข้อง การดูแลและสุขภาพผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข
- สนับสนุนให้แพทย์ พยาบาลในการให้ความรู้ประชาชนเกี่ยวกับ climate change
- รณรงค์ลดการใช้พลาสติก เช่น การใช้ขวดน้ำแทนแก้วพลาสติก
- กรณีคุณภาพอากาศเรื้อรัง ประชาชนต้องมีการพัฒนาศักยภาพและความรอบรู้ในการรองรับภาวะฉุกเฉิน

Side Event Disease Prevention: The role of primary healthcare in achieving sustainable universal health coverage

ผู้จัด Kingdom of Bahrain วันที่ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๒ เวลา ๑๘.๐๐-๑๙.๓๐ น.

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. นายภาณุวัฒน์ นราอาจ กรมควบคุมโรค
๒. แพทย์หญิงสาวิตรี วิษณุโยธิน กองยุทธศาสตร์และแผนงาน

เนื้อหาสำคัญในการประชุม

เป็นการนำเสนอการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคในบริการระดับปฐมภูมิของประเทศบาห์เรน แอสโธเนีย โอมาน และตุรกี โดยประเด็นที่สำคัญมีดังนี้

๑. กระบวนการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของประเทศดังกล่าว เริ่มต้นจากเพิ่ม Universal Health Coverage ให้กับประชาชนในประเทศ เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้ตามความต้องการ พัฒนาคุณภาพของการบริการต่างๆ ให้มีมาตรฐานและปลอดภัย และการสร้างความมั่นคงทางการเงินของระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ
๒. ทุกประเทศให้ความสำคัญกับการระดมทุน และระดมทุนในบริการระดับปฐมภูมิ อย่างน้อยร้อยละ ๓๐ ของค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพทั้งหมด เพื่อให้การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดย Service package ของบริการสาธารณสุขมูลฐานของประเทศดังกล่าวจะครอบคลุม การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต
๓. สำหรับประเทศบาห์เรน มี The national social health insurance program โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง โดยมุ่งประเด็นการดำเนินงานไปที่การป้องกันโรค มอบอำนาจการดำเนินงานให้พื้นที่และชุมชน พัฒนามาตรฐานและคุณภาพ ระบบการเงินทางด้านสุขภาพมั่นคง และการสร้างทางเลือกทางด้านสุขภาพให้แก่ประชาชน
๔. ทุกประเทศพัฒนาทีมดูแลสุขภาพประชาชน ที่สามารถเข้าถึงประชาชนในพื้นที่และดูแลอย่างเป็นองค์รวม โดยมีพยาบาลชุมชนเป็นแกนหลัก เน้นการขึ้นทะเบียนทีมแพทย์ และจัดบริการในชุมชนโดยพยาบาล รวมถึงการจัดบริการให้ครอบคลุมโดยทีมสหวิชาชีพ

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

การป้องกันควบคุมโรค และการส่งเสริมสุขภาพเป็นพื้นฐานของการบรรลุระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของประเทศ ดังนั้นการให้ประชาชนมีระบบหลักประกันทางด้านสุขภาพจึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญและจำเป็น ที่ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้ ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพที่แข็งแรง และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

๑. สนับสนุนให้ประชาชนในประเทศมีประกันสุขภาพพื้นฐาน เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น และลดภาระทางการเงินของประชาชนเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ
๒. บริการสุขภาพต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น ควรพิจารณาจากความต้องการของประชาชนเป็นหลัก โดยอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ รวมทั้งการเข้าใจบริบทของพื้นที่ในการจัดบริการรูปแบบต่างๆ ทั้งนี้ต้องมีการติดตามและประเมินผลในด้านความครอบคลุม ประสิทธิภาพและประสิทธิผล

Side Event on Collaborating to Drive Progress on Climate Change and Health

ผู้จัด : องค์การอนามัยโลกร่วมกับ the Global Climate & Health Alliance

วันที่/เวลา : วันศุกร์ที่ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๒ เวลา ๑๘.๐๐ – ๑๘.๕๐ น. ณ ห้อง Room IX

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. นางสาวโอรินา ซือสตัยวงค์ กองการต่างประเทศ
๒. นางสาวมิลินทร์ สาครสินธุ์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

การประชุมมีวัตถุประสงค์เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลและเสริมสร้างความเข้มแข็งความร่วมมือระหว่างองค์การอนามัยโลกและองค์กรที่ไม่แสวงหากำไรในการขับเคลื่อนความก้าวหน้าในเรื่องการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ เพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของประชาชน โดยที่ประชุมได้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลดังนี้ :

- เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศเป็นปัญหาสำคัญและส่งผลกระทบต่อสุขภาพ กลุ่มพันธมิตรสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและสิ่งแวดล้อมรกับองค์การอนามัยโลกจึงได้รวมตัวกันขึ้นมา และได้ตั้งกลุ่มคณะทำงาน WHO Civil Society Working Group on Climate Change and โดยมีเป้าหมายที่สำคัญ คือ การให้มีการมีส่วนร่วมมากยิ่งขึ้นของภาคประชาสังคมด้านสุขภาพในการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ การสื่อสารระหว่างภาคประชาสังคมและองค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ
- Global Climate and Health Alliance เป็นการรวมตัวกันของกลุ่มพันธมิตรขององค์กรที่ไม่แสวงหากำไรทางด้านสุขภาพ องค์กรวิชาชีพด้านสุขภาพ และพันธมิตรด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมจากทั่วโลก โดยมีวิสัยทัศน์ที่สำคัญคือ ลดผลกระทบต่อสุขภาพจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่เพิ่มขึ้น และมีแผนในการทำงานร่วมกับทั่วโลกทั้งในระดับประเทศและภูมิภาค
- รมรณรงค์ให้มีการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนและทุกวัยในการขับเคลื่อนผลกระทบต่อสุขภาพจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ เช่น การส่งเสริมการออกกำลังกาย การใช้ก๊าซเรือนกระจกเพื่อลดโลกร้อน การลดพลังงานน้ำมัน การใช้รถสาธารณะ
- บทบาทของภาคสาธารณสุข โดยเฉพาะองค์การอนามัยโลกต่อประเด็นด้านการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ คือ การเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพ และการให้ข้อมูลที่มีผลวิจัยรองรับต่อสาธารณะ เพื่อสะท้อนให้เห็นผลเสียของการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ที่กระทบต่อสังคมในหลายมิติ ทั้งระยะสั้นและยาว ทั้งในระดับประเทศ และนานาชาติ

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

เร่งรัดให้มีการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมเพื่อร่วมกันให้ความสำคัญและตระหนักกับปัญหาของการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น โรคปอด โรคมะเร็ง เป็นต้น

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

ขอความร่วมมือจากทุกภาคส่วนให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

Side event on Towards the 6th replenishment, scaling up the fight against HIV/AIDS, Malaria and TB

ผู้จัด: Eswatini และ Zimbabwe

สถานที่: Salle ๗, Palais des nations, วันที่ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๒ เวลา ๑๒.๓๐ - ๑๔.๐๐

ผู้รายงาน

๑. นายวัฒนา มะสังหลง กรมควบคุมโรค
๒. นายแพทย์พิสุทธิ ชื่นจงกลกุล กองการต่างประเทศ

เนื้อหาสำคัญในการประชุม

- ที่ประชุมเห็นว่าจำเป็นต้องพยายามดำเนินการเพื่อกวาดล้างโรคเอดส์ มาลาเรีย และวัณโรค รวมถึงค้นหา ช่องว่างและปัญหาการดำเนินงานเพื่อที่จะดำเนินการให้สัมฤทธิ์ผลมากยิ่งขึ้นไปในอนาคต
- ซิมบับเวพยายามยกระดับการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาโรคเอดส์ มาลาเรีย และวัณโรค โดยที่การ ดำเนินงานเพื่อรับมือกับปัญหาดังกล่าวของประเทศนั้นคืบหน้าเป็นอย่างมากจำนวนเคสผู้ป่วยจากทั้งสาม โรคลดลงอย่างต่อเนื่องระหว่างช่วงปี ๒๕๕๓ - ๒๕๖๑ ทั้งนี้ ซิมบับเวได้ตั้งเป้าหมายที่จะยุติปัญหาโรค เอดส์ มาลาเรีย และวัณโรค ภายในปี ๒๕๗๓
- ในปี ๒๕๕๒ นั้น ประเทศซิมบับเวได้รับการสนับสนุนเงินทุนจากกองทุนโลก (Global Fund) จำนวน ๑.๗ พันล้านเหรียญสหรัฐฯ เพื่อดำเนินการแก้ปัญหาโรคเอดส์ มาลาเรีย และวัณโรค
- จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาระบบสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) และศักยภาพของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อเชื่อมโยงการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังโรคให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
- การรักษาศักยภาพการดำเนินงานแก้ปัญหาโรสดังกล่าวทั้งสามนั้นเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง จำเป็นต้อง วางแผนให้มีเงินทุนสนับสนุนการดำเนินงานที่ยั่งยืน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดำเนินการด้านวัณโรค ทั้งการ ค้นหาเคสผู้ป่วยใหม่ การวินิจฉัยวัณโรค การลงทุนด้านเครื่องเอกซเรย์ ประสิทธิภาพของห้องปฏิบัติการ รวมถึงตัวยารักษาโรค
- เรียกร้องให้กองทุนโลก (ผู้สนับสนุนหลัก) ดำเนินการสนับสนุนการแก้ปัญหาโรคเอดส์ มาลาเรีย และวัณ โรคที่ประเทศต่างๆอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ นอกจากการสนับสนุนจากกองทุนโลกแล้ว ประเทศต่างๆควร จัดสรรงบประมาณภายในประเทศเพื่อดำเนินงานแก้ปัญหาโรคเอดส์ มาลาเรีย และวัณโรคด้วยเช่นกัน
- ประเทศเนเธอร์แลนด์ยังคงประสบปัญหาพบเคสผู้ป่วยโรคเอดส์ใหม่ในกลุ่มวัยรุ่น และประชากรกลุ่มเสี่ยง ดังนั้น ประเทศจำเป็นต้องยกระดับการดำเนินงานในเรื่องดังกล่าวมากยิ่งขึ้น
- ที่ประชุมเล็งเห็นว่าวัณโรคคือยานั้นเป็นปัญหาสำคัญและเป็นเรื่องที่ซับซ้อนสำหรับการดำเนินงานแก้ไข
- ในการยกระดับการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคทั้งสามนั้น แต่ละประเทศจำเป็นต้องเข้าใจบริบทและมี นโยบายการสนับสนุนเงินทุนที่ดี
- ประธานกลุ่มประเทศ G๗ นั้นตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาความไม่เท่าเทียมกันของการเข้าถึง บริการทางด้านสุขภาพ
- กองทุนโลกเน้นย้ำถึงเจตน์จำนงค์ในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ มาลาเรีย และวัณโรค พร้อมทั้ง ส่งเสริมความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพ นอกจากนี้กองทุนโลกยังดำเนินงานให้คำแนะนำแก่ ประเทศต่างๆเพื่อพัฒนาการจัดสรรงบประมาณดำเนินงานด้านสุขภาพให้มีความมั่นคงและยั่งยืนในอนาคต

- ประเทศแควมารุนกล่าวชื่นชมการสนับสนุนของกองทุนโลก และ PEPFAR โดยแจ้งว่าทั้งสองหน่วยงานนั้นมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการดำเนินงานกวาดล้างโรคเอดส์ในประเทศแควมารุน
- อธิบติองค์การอนามัยโลกกล่าวว่ากองทุนโลกนั้นเป็นภาคีเครือข่ายที่สำคัญเป็นอย่างยิ่ง ดังจะเห็นได้ว่าในปัจจุบันนั้นการดำเนินงานจัดการปัญหาโรคเอดส์ วัณโรคและมาลาเรียของประเทศทั่วโลกนั้นมีการพัฒนาและประสบความสำเร็จมากยิ่งขึ้นเป็นอย่างมาก

ประเด็นสำคัญที่ถูกละเลย

- (ไม่มี)

ข้อเสนอแนะจากการประชุม

- เรียกร้องให้ผู้สนับสนุนเงินทุน (Donors) ส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนเพื่อบรรลุเป้าหมายการยุติโรคเอดส์ วัณโรค และมาลาเรียภายในปี ๒๕๗๓ และเพื่อรักษามาตรฐานการดำเนินการดังกล่าวให้คงประสิทธิภาพยั่งยืน
- สหรัฐอเมริกาเรียกร้องให้ประเทศสมาชิกและภาคประชาสังคมรักษาเจตจำนงในการดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ มาลาเรีย และวัณโรคไว้ เพราะ ผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานนั้นจะช่วยดึงดูดแหล่งเงินทุนสนับสนุน
- สนับสนุนให้มีการส่งเสริมการบริการสุขภาพ การเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชน และการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน

Side Event Let's get real: adolescents' sexual and reproductive health and rights and well-being.

ผู้จัด the delegations of Mozambique, Portugal, Slovenia and Uruguay.

วันที่/เวลา ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๒ ๑๒:๓๐-๑๔:๐๐

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ โตสิงห์ สภาการพยาบาล
๒. นางสาว อรณา จันทศิริ นักวิจัย สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

เนื้อหาสำคัญในการประชุม

วัยรุ่นถือเป็นประชากรส่วนใหญ่ของประชาคมโลก เพราะเป็นช่วงรอยต่อ ระหว่าง วัยเด็กกับวัยผู้ใหญ่ สุขภาพของวัยรุ่นจึงถือว่าเป็นประเด็นสำคัญที่ประเทศสมาชิกทั่วโลกต้องให้ความสำคัญ และถือเป็นศูนย์กลางในการบริหารจัดการอย่างเต็มรูปแบบ ครบวงจร และครอบคลุมในทุกมิติ

ปัญหาสำคัญที่วัยรุ่นเผชิญ คือ เรื่องเกี่ยวโยงกับ อนามัยเจริญพันธุ์ และด้วยเรื่องนี้มีผลให้เชื่อมโยงไปถึงปัญหาสุขภาพในประเด็นต่าง ๆ ได้แก่ ปัญหาการตั้งครรภ์โดยไม่มีความพร้อม การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศ โรคเอดส์ การพยายามทำแท้ง และปัญหาอันไม่พึงประสงค์จากการทำแท้ง ปัญหาการเกิดความเครียดซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาสุขภาพจิต และภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายหากไม่ได้รับการดูแลที่ดีตั้งแต่เบื้องต้น หรือหากมีการตั้งครรภ์จนกระทั่งมีการคลอดบุตร จะพบปัญหาอีกรูปแบบหนึ่งคือ ทารกมีน้ำหนักตัวต่ำกว่ามาตรฐาน เกิด

ภาวะแทรกซ้อนที่นำไปสู่ความพิการหลังคลอด เกิดความยากลำบากในการเลี้ยงดู ทารกที่เกิดมาอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ขัดขวางการเจริญเติบโตและพัฒนาการทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และสุขภาพจิต นอกจากนี้ วัยรุ่นหญิงยังเป็นเหยื่อของการถูกระงับการรุนแรงและการคุกคามทางเพศ วัยรุ่นทั้งเพศหญิงและชายมีอัตราการสูบบุหรี่และใช้ alcohol มากขึ้น ซึ่งทำให้เกิดปัญหาการใช้สารเสพติดและกลายเป็นปัญหาสังคมในเวลาต่อมา นอกจากนี้ผลงานวิจัยของ นักวิชาการประจำ WHO ที่ทำงานด้านวัยรุ่น ยังพบว่า ปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ปัญหาสุขภาพของวัยรุ่น ทวีความรุนแรงขึ้น คือ การขาดความรู้ทางสุขภาพ (health literacy) ซึ่งมีเหตุมาจาก การเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่ถูกต้อง การปรึกษากันเองระหว่างกลุ่มเพื่อนที่มีอิทธิพลต่อความคิดและความเชื่อของวัยรุ่น และช่องว่างหรือการใช้ภาษาและช่องทางสื่อสารที่ไม่ตรงกันระหว่างบุคลากรทางสุขภาพและวัยรุ่น

การจัดบริการสุขภาพเพื่อให้เกิดความครอบคลุมประชาชนวัยรุ่น จึงต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน นับตั้งแต่ สถานศึกษา หลักสูตรการเรียนการสอนสำหรับวัยรุ่นในทุกช่วงวัย การทำงานในพื้นที่กับชุมชนตามบริบทของสังคมและชุมชนนั้น ๆ การปฏิรูปลักษณะแวดล้อมให้เป็นมิตรและส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่น การส่งเสริมให้ผู้ปกครอง ครู บุคลากรสุขภาพและคนในชุมชนเข้าใจ ยอมรับ และส่งเสริมให้วัยรุ่นได้มีส่วนร่วมรับผิดชอบในการออกแบบวิธีการส่งเสริมและดูแลตนเองด้านสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมกับวัยรุ่นทุกช่วงวัย จะช่วยให้วัยรุ่นเกิดความตระหนักในสิทธิของตนเองด้านสุขภาพ รับรู้ว่าคุณเองได้รับการยอมรับ และสามารถบรรลุเป้าหมายทางสุขภาพตามเป้าหมายของ SDGs ได้

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

WHO DG, Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus กล่าวว่า วัยรุ่นเป็นกลุ่มประชากรที่มีจำนวนมากที่สุดของพลเมืองโลก การดูแลให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดี และเข้าถึงบริการสุขภาพ จึงถือว่าเป็น พันธกิจและความรับผิดชอบของทุกฝ่าย WHO จะสนับสนุนทุกวิถีทางเพื่อ ป้องกันและลดการกระทำรุนแรงต่อสตรีวัยรุ่นทุกรูปแบบ เช่นการปฏิบัติตามความเชื่อเรื่องการขลิบอวัยวะเด็กเพศหญิง การกีดกันทางเพศ หรือการทำให้วัยรุ่นเกิด stigma ในรูปแบบต่าง ๆ ในขณะเดียวกัน WHO ขอให้ประเทศสมาชิกร่วมแรงร่วมใจ นำ นโยบายและกรอบแนวคิด ที่ WHO ได้เสนอแนะไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม พัฒนาให้วัยรุ่นได้รับสิทธิในการได้รับบริการสุขภาพที่ครอบคลุมปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ทั้งนี้เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของ SDGs ใน ปี ค.ศ. ๒๐๓๐

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

กระทรวงสาธารณสุขและสภาวิชาชีพสุขภาพ

๑.ควรมีส่วนร่วมอย่างจริงจังกับกระทรวงศึกษาธิการในเรื่องการพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอน เพื่อส่งเสริมให้เยาวชน และวัยรุ่นไทย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะเรื่อง reproductive health

๒.พัฒนาให้บุคลากรที่ทำงานในชุมชนทำงานด้านการให้ข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมแก่เยาวชน และวัยรุ่นไทย

๓.ร่วมกับภาคส่วนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพทั้งกายใจ อารมณ์ สังคม และความเชื่อที่ถูกต้องด้านสุขภาพแก่เยาวชน และวัยรุ่นไทย

Side Event Cross-sectoral collaboration and leadership in the energy-health nexus

ผู้จัด United Nations Foundation

วันที่/เวลา ๒๔ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ เวลา ๑๙.๐๐ – ๑๙.๕๐ น.

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. นางสาวสินีนาดหวังดี สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
๒. ดร.เกศักรหญิงอรทัย วลีวงศ์ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

- การประชุมจัดขึ้นเพื่อนำเสนอถึงความเชื่อมโยงระหว่างพลังงานและสุขภาพ (energy-health nexus) และอภิปรายแนวทางการทำงานอย่างมีส่วนร่วมระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ทั้ง หน่วยงานทางด้านพลังงาน สาธารณสุข และสิ่งแวดล้อม โดยให้ความสำคัญกับสุขภาพประชาชนเป็นสำคัญ
- Ambassador John E. Lange ผู้แทนจาก United Nations Foundation ให้ความเห็นว่าพลังงานเป็นสิ่งจำเป็นของหน่วยบริการทางการแพทย์ การมีไฟฟ้าไม่เพียงพอมีผลกระทบต่อการทำงานของแพทย์ เช่น การผ่าตัดต่างๆ ยาหรือวัคซีนที่จำเป็นต้องเก็บในตู้เย็น การทำคลอด เป็นต้น อีกทั้งยังส่งผลต่อความปลอดภัยของแพทย์ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุข ฯลฯ ที่ต้องปฏิบัติหน้าที่ตอนกลางคืนอีกด้วย
- Dr Maria Neira ผู้แทนองค์การอนามัยโลก กล่าวว่า ปัจจุบันยังมีหลายพื้นที่ในโลกที่ยังไม่มีไฟฟ้าใช้หรือมีไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในแอฟริกา ทำให้การปฏิบัติงานของแพทย์มีความยากลำบาก และมีความเสี่ยงสูงต่อคนไข้ เพราะปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นต้องมีเพื่อการทำงานของแพทย์ คือ สุขอนามัย น้ำสะอาด และไฟฟ้า เพราะฉะนั้นการทำงานระหว่างสองภาคส่วน (energy และ health) จึงมีความสำคัญ
- Mr. Madhusudhan Adhikari ผู้แทนจากกระทรวงพลังงานประเทศเนปาล นำเสนอความเชื่อมโยงระหว่างพลังงานกับสุขภาพในประเด็นต่าง ๆ ในประเทศ เช่น การไม่มีไฟฟ้าส่องสว่างกับปัญหาการถูกรบกวน เทคโนโลยีและไฟฟ้ากับการจัดการบริการการแพทย์ทางไกล (tele medicine) และการที่รัฐให้ทุนอุดหนุนการติดตั้งเตาไฟฟ้าเพื่อสนับสนุนให้ประชาชนเข้าถึงและใช้ไฟฟ้าในการทดแทนใช้ฟืนเป็นเชื้อเพลิงในการประกอบอาหารมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีมีครัวในที่ปกออาศัย ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจากควันไฟในตามมา เช่น โรคทางระบบทางเดินหายใจ
- Dr. Timothy Musila ผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุข ประเทศอูกันดา ให้ข้อมูลสถานการณ์ด้านพลังงานและสุขภาพ เช่น การขาดแคลนพลังงานในหน่วยบริการสุขภาพและในสถานศึกษา ข้อจำกัดของ supply chain เช่น จำนวนผู้ผลิต/จำหน่ายอุปกรณ์เครื่องใช้ไฟฟ้าในการประกอบอาหาร ตลอดจนต้นทุนของการติดตั้งพลังงานสะอาดสูง เช่น Solar panel

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

- เรื่องนี้ไม่เป็นแค่เรื่องพลังงานหรือสุขภาพ แต่อาจกระทบไปถึงเรื่องอื่นๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการนำไปสู่เป้าหมาย SDG ปัญหานี้จึงเป็นปัญหาของทุกคน หากแก้ไขสำเร็จ อาจทำให้หลายภาคส่วน achieve เป้าหมาย SDG ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับตนเองด้วย ดังนั้น จึงต้องมีการทำงานกันแบบบูรณาการเพื่อให้มีพลังงานเพียงพอ หรือมีพลังงานสะอาดมากขึ้นเรื่อย ๆ

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- การแก้ปัญหาดังกล่าว ไม่สามารถทำได้สำเร็จได้ด้วยการทำงานของภาคส่วนเดียว เนื่องจากมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลากหลาย เช่น สังคม วัฒนธรรม พื้นที่ งบประมาณ ฯลฯ จึงต้องมีการสื่อสารและทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานในประเทศและต่างประเทศ

Side Event Towards healthier populations: a new vision

ผู้จัด Division of Healthier Population, World Health Organization

วันจันทร์ที่ ๒๗ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ เวลา ๑๒.๓๐-๑๔.๐๐ น. ห้องประชุม ๑๒

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. นางสาวอรณา จันทรศิริ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๒. นางสาวณนุต มธูรพจน์ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

วัตถุประสงค์ของการประชุมนี้คือเพื่อแนะนำ Division ใหม่ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งเพิ่งจัดตั้งขึ้นหลังการปรับโครงสร้างองค์กร ภายใต้ชื่อ “Healthier populations” เพื่อตอบสนองต่อเป้าหมาย One billion healthier population

ดร.นาโอโกะ ยามาโมโต้ Assistant Director General นำเสนอวิสัยทัศน์และทิศทางการทำงานเพื่อให้ประชากรโลกมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีภายใต้สิ่งแวดล้อมและทางเลือกที่เอื้อต่อสุขภาพ กำหนดพันธกิจเพื่อลดความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพและการเจ็บป่วยจากปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่สามารถป้องกันได้ ผ่านการประสานงานร่วมกับภาคส่วนต่างๆ ภายใต้ Division แบ่งเป็น ๔ แผนกและมีหน่วยงานย่อย ดังนี้

๑. การเปลี่ยนแปลงทางสภาพอากาศและสิ่งแวดล้อม: มลพิษทางอากาศ การเปลี่ยนแปลงสภาพอากาศ น้ำและสุขอนามัย สารเคมี รังสี และอาชีวอนามัย
๒. ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ: สวัสดิการสังคมและความเป็นอยู่ ความรุนแรง ความปลอดภัยทางท้องถนนและการป้องกันการบาดเจ็บ สุขภาวะเด็ก วัยรุ่น และประชากรกลุ่มเปราะบาง
๓. การสร้างเสริมสุขภาพ: ธรรมชาติบำบัด สิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ ความรู้เท่าทันทางสุขภาพ การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การควบคุมการบริโภคยาสูบ และสุขภาวะผู้สูงอายุ
๔. โภชนาการและอาหารปลอดภัย: โภชนาการเพื่อสุขภาพ นโยบายด้านอาหาร และการประเมินอาหารปลอดภัย

ผู้ร่วมอภิปรายนำเสนอประเด็นท้าทายต่อการจัดการกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ ว่าต้องเน้นนโยบายและความมุ่งมั่นของผู้นำ ให้ความสำคัญต่อการทำงานขยายขอบเขตนิยามสุขภาพให้กว้างกว่าสุขภาพทางกายเพียงอย่างเดียวแต่ต้องรวมความเป็นอยู่ที่ดี และสร้างการมีส่วนร่วมจากประชาชน ตัวอย่างจากประเทศสมาชิกเสนอว่าต้องสร้างความเข้มแข็งของระบบสาธารณสุข กำหนดให้สุขภาพเป็นวาระระดับชาติผ่านความร่วมมือ สนับสนุนโครงสร้างที่มีความยั่งยืนทางการเงิน มีการหยิบยกตัวอย่างจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ประเทศไทย

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

ที่ประชุมเปิดให้ผู้เข้าร่วมซักถามและแสดงความคิดเห็น ทุกท่านชื่นชมและเห็นชอบตรงกันถึงความสำคัญของการมี Division แสดงความเห็นว่หัวใจของการทำงานด้านนี้คือการประสานการทำงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ และกล่าวถึงความสำคัญของประเด็นย่อย ได้แก่ มลพิษทางอากาศ สุขภาวะผู้สูงอายุ สุขภาพจิต สุขภาพผู้หญิงและวัยรุ่น การรู้เท่าทันทางสุขภาพ การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และปัจจัยสังคม และสิ่งแวดล้อมกำหนดสุขภาพ

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพและการควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อ (เช่น กรมอนามัย กรมควบคุมโรค สำนักงานกองทุนสนับสนุนสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ) เสริมความเข้มแข็งของการประสานระหว่างภาคส่วนต่างๆ เพื่อจัดการต่อปัจจัยสังคมและสิ่งแวดล้อมกำหนดสุขภาพ โดยเฉพาะในประเด็นที่ต้องร่วมกันกับนอกภาคสุขภาพ ได้แก่ จัดการปัญหามลพิษทางอากาศ การติดตามการแทรกแซงของอุตสาหกรรมต่อทางเลือกทางสุขภาพประชากร

Side Event : building resilience and strengthening global health security on crisis affected setting through investing in community health workers

ผู้จัด: Amref health Africa และ International Rescue Committee

สถานที่: Salle ๙, Palais des nations, วันที่ ๒๗ พฤษภาคม ๒๕๖๒ เวลา ๑๘.๐๐ - ๑๘.๕๐ น.

ผู้รายงาน

๑. นายวัฒนา มะสังหลง กรมควบคุมโรค

๒. ผศ.ดร.กุลจิรา อุดมอักษร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เนื้อหาสำคัญในการประชุม

- ประเทศมาลีพยายามเรียนรู้ประสบการณ์และการดำเนินงานเรื่องการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และการสร้างศักยภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนจากประเทศอื่นๆ เพื่อนำมาปรับใช้และทำให้แน่ใจว่าประชาชนในประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล สามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้
- การเสริมสร้างศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนนั้นมีความสำคัญเป็นอย่างมาก ยกตัวอย่างกรณีการแพร่ระบาดของเชื้ออีโบล่าในแอฟริกา นั้น คุณภาพระบบสาธารณสุขในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบนั้น จำเป็นต้องได้รับการพัฒนา และจำเป็นต้องลงทุนในเรื่องของการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ต้องให้องค์ความรู้แก่กลุ่มคนเหล่านั้น พร้อมทั้งมีหัวหน้าที่มีความเชี่ยวชาญคอยกำกับดูแลด้วยอีกทาง
- ที่ประชุมได้กล่าวถึงการพัฒนาลักสูตรเพื่อให้องค์ความรู้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนสำหรับเตรียมความพร้อมรับมือกับสถานการณ์วิกฤตภัยต่างๆ โดยลักสูตรดังกล่าวสามารถเรียนรู้ได้ผ่านทางระบบออนไลน์และ Podcast มีความพยายามพัฒนาลักสูตรให้เป็นสากลตามมาตรฐานคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ในกรณีของกลุ่มประเทศที่เปราะบางหรือตกอยู่ในวิกฤตภัยร้ายต่างๆ นั้น สามารถเรียนรู้ข้อมูลการรับมือจากลักสูตรดังกล่าวได้เช่นกัน เนื่องจากตัวลักสูตรนั้นมีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงตามบริบทและสภาพแวดล้อมของพื้นที่ที่เกิดวิกฤตอยู่เสมอเพราะ มีทีมงานและภาคีเครือข่ายมากมาย ช่วยเก็บข้อมูลในพื้นที่ต่างๆ ทั่วโลก

- ในยุคของโลกดิจิทัลนี้องค์ความรู้ทางด้านสาธารณสุขสามารถเข้าถึงและเผยแพร่ไปยังชุมชนต่างๆทั่วโลกได้อย่างรวดเร็ว
- การเตรียมความพร้อมรับมือและศักยภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนนั้นมีความสำคัญเป็นอย่างมาก มีบทบาทสำคัญในการแจ้งข้อมูลข่าวสารและองค์ความรู้ต่อประชาชนในพื้นที่เพื่อเตรียมการรับมือและตอบโต้กับภัยวิกฤตต่างๆที่จะเข้ามา

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย

- ผู้แทนจากประเทศกานาเน้นย้ำว่า จำเป็นต้องทำให้แน่ใจว่าเด็กและเยาวชนในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากภัยวิกฤตสามารถเข้าถึงข้อมูลการรับมือต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ ข้อมูลต่างๆสามารถสอดแทรกเข้าไปอยู่ในหนังสือเรียนได้หรือไม่ หรือมีการประชาสัมพันธ์ข้อมูลองค์ความรู้ต่างๆผ่านทางโทรทัศน์หรือไม่
- ผู้แทนจากประเทศเอธิโอเปียเน้นย้ำในเรื่องของประชากรอพยพและประชากรต่างด้าวที่ไหลทะลักเข้ามาในประเทศผู้รับ โดยประเทศผู้รับจำเป็นต้องมีการให้องค์ความรู้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนและพัฒนาศักยภาพในกลุ่มคนเหล่านี้ มิเช่นนั้นประเทศผู้รับจะประสบกับความยากลำบากในการรับมือและให้ความช่วยเหลือทางด้านสาธารณสุขกับประชากรอพยพ
- ที่ประชุมเน้นย้ำถึงมาตรการทางด้านสาธารณสุขเพื่อรับมือกับปัญหาความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขขณะเข้าไปช่วยเหลือชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากความรุนแรงหรือภัยสงคราม มีความจำเป็นต้องมีมาตรการเพื่อรักษาความปลอดภัยให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเหล่านั้น ทั้งนี้ การสนับสนุนให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือในการแก้ปัญหานี้มีความสำคัญอย่างยิ่งเช่นกัน

ข้อเสนอแนะจากการประชุม

- สนับสนุนให้แต่ละประเทศมีการลงทุนในการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนและส่งเสริมให้มีการพัฒนาระบบสาธารณสุขมูลฐานในประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประเทศที่ได้รับผลกระทบจากภัยภาวะวิกฤต
- สนับสนุนให้แต่ละประเทศผลักดันนโยบายให้มาสู่การปฏิบัติจริง
- รัฐบาลของแต่ละประเทศจำเป็นต้องมีแผนที่จะพัฒนาระบบสาธารณสุขมูลฐานในประเทศ
- ส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และประสบการณ์ด้านการเตรียมความพร้อมสำหรับรับมือกับภัยวิกฤตต่างๆระหว่างกัน

รายนามผู้แทนไทยเข้าร่วมการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๗๒

๑. ศาสตราจารย์คลินิก เกียรติคุณ นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
๒. นายแพทย์สุระ วิเศษศักดิ์
ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขต ๔

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๓. นายแพทย์สุขุม กาญจนพิมาย
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๔. นายแพทย์ศุภกิจ ศิริลักษณ์
รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๕. นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ
ที่ปรึกษาสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านต่างประเทศ
๖. นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร
ที่ปรึกษาสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านต่างประเทศ

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน

๗. แพทย์หญิงสาวิตรี วิษณุโยธิน
รองผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน

กองการต่างประเทศ

๘. นายแพทย์พิสุทธ์ ชื่นจงกลกุล
นายแพทย์ชำนาญการ
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ จังหวัดนครสวรรค์ กรมควบคุมโรค
ปฏิบัติราชการกองการต่างประเทศ
๙. นางศรินาถ เทียนทอง
นักวิเคราะห์นโยบายและแผนเชี่ยวชาญ
๑๐. นางสาวมยุรี วิโนทัย
นักวิเทศสัมพันธ์ชำนาญการ
๑๑. นางสาวโอริสา ชื้อสัตยวงค์
นักวิเทศสัมพันธ์ชำนาญการ
๑๒. นายบรรลุ ศุภอักษร
นักวิเทศสัมพันธ์ปฏิบัติการ

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

๑๓. ดร. เกสัชกรหญิงวลัยพร พัชรนฤมล
ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

๑๔. ดร. ทันทแพทย์หญิงวริศา พานิชเกรียงไกร
 ทันทแพทย์ชำนาญการ
๑๕. แพทย์หญิงหทัยรัตน์ โกษีย์ภรณ์
 นายแพทย์ชำนาญการ
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน
 ปฏิบัติราชการสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๑๖. เกสัชกรหญิงอรทัย วลีวงศ์
 เกสัชกรปฏิบัติการ
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย
 ปฏิบัติราชการสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๑๗. นางสาวอรณา จันทศิริ
 นักวิจัยฝึกหัด

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)

๑๘. นางสาววรรณฤดี อิศรานุกวัฒน์ชัย
 นักวิจัยอาวุโส

กองการพยาบาล

๑๙. ดร. ชีรพร สติธรังกูร
 ผู้อำนวยการสำนักการพยาบาล

กรมควบคุมโรค

๒๐. นายภาณุวัฒน์ นราอาจ
 นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๑ จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรมการแพทย์

๒๑. นายแพทย์ณรงค์ อภิกุลวณิช
 รองอธิบดีกรมการแพทย์
๒๒. แพทย์หญิงภัทรา อังสุวรรณ
 ผู้อำนวยการสถาบันพยาธิวิทยา
๒๓. นายแพทย์เกษมสุข โยธาสมุทร
 นายแพทย์ปฏิบัติการ
 โรงพยาบาลเลิดสิน

กรมอนามัย

๒๔. แพทย์หญิงพรรณพิมล วิปุลากร
อธิบดีกรมอนามัย
๒๕. นางสาวพนิศา เจริญสุข
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ
๒๖. นางสาววรรณชนก บุญชู
นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการ
สำนักโภชนาการ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

๒๗. นายแพทย์ภานุวัฒน์ ปานเกตุ
รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
๒๘. นายชาติชาย สุวรรณนิตย์
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านพัฒนาสุขภาพประชาชน)
กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

๒๙. นายแพทย์ธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์
เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา
๓๐. เกสัชกรหญิงสิตานันท์ พูนผลทรัพย์
เกสัชกรชำนาญการ
กองแผนงานและวิชาการ
๓๑. เกสัชกรหญิงชฎาธร อินไย
เกสัชกรปฏิบัติการ
กองแผนงานและวิชาการ

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

๓๒. นางสาวณนุต มธูรพจน์
หัวหน้ากลุ่มงานความร่วมมือระหว่างประเทศ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

๓๓. นายแพทย์ชาติรี บานชื่น
ประธานกรรมการ
คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

๓๔. นายแพทย์ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา
กรรมการ
คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๓๕. นายแพทย์ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๓๖. นายแพทย์จเด็จ ธรรมธัชอารี
รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๓๗. นางกาญจนา ศรีชมภู
หัวหน้ากลุ่มงาน
สำนักบริหารแผนและงบประมาณ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

๓๘. นางสาวมิลินทร์ สาครสินธุ์
นักวิทยาศาสตร์
สำนักพัฒนาภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์
๓๙. นางสาวสินีนาด หวังดี
นักวิทยาศาสตร์อาวุโส
สำนักพัฒนาภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์

สถาบันวัคซีนแห่งชาติ (สวส.)

๔๐. นายแพทย์นคร เปรมศรี
ผู้อำนวยการสถาบันวัคซีนแห่งชาติ
๔๑. นายวรวิช บุญยาพิษฐาน
นักวิชาการวัคซีนปฏิบัติการ

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.)

๔๒. แพทย์หญิงปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ
รองผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

มูลนิธิพัฒนาการศึกษาบุคลากรสุขภาพแห่งชาติ

๔๓. ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวนิดา ชื่นกองแก้ว
เลขาธิการมูลนิธิพัฒนาการศึกษาบุคลากรสุขภาพแห่งชาติ

มหาวิทยาลัยมหิดล

๔๔. ศาสตราจารย์ นายแพทย์บรรจง มไหสวริยะ
 รักษาการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล
 กรรมการคณะกรรมการจัดประชุมวิชาการนานาชาติประจำปี
 รางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล
๔๕. ศาสตราจารย์ ดร. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา
 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม
 กรรมการและเลขานุการร่วม
 คณะกรรมการจัดประชุมวิชาการนานาชาติประจำปี
 รางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล

สภาการพยาบาล

๔๖. รองศาสตราจารย์ ดร. ทศนา บุญทอง
 นายกสภาการพยาบาล
๔๗. รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ โตสิงห์
 ประธานสัมพันธ์สภาการพยาบาล

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ

๔๘. รองศาสตราจารย์สุปราณี เสนาดีสัย
 นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ
๔๙. รองศาสตราจารย์ ดร. สุปรีดา มั่นคง
 ประธานคณะกรรมการวิเทศสัมพันธ์

โครงการพัฒนาศักยภาพนักวิชาการด้านสุขภาพโลก

๕๐. แพทย์หญิงอรรธยา ลีวัฒนายิ่งยง
 นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
 สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค
๕๑. ทันตแพทย์หญิงวรมน อัครสุด
 ทันตแพทย์ชำนาญการ
 สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย
๕๒. เกษัชกรหญิงกุลจิรา อุดมอักษร
 อาจารย์ประจำภาควิชาเภสัชศาสตร์
 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

๕๓. นายวัฒนา มะสังหลง

นักวิเทศสัมพันธ์ปฏิบัติการ

สำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศ กรมควบคุมโรค

๕๔. นางสาวจินตนา จันทร์โคตรแก้ว

นักวิจัย

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

กระทรวงการต่างประเทศ

๕๕. นายเสข วรรณเมธี

เอกอัครราชทูตผู้แทนถาวรไทยประจำสหประชาชาติ ณ นครเจนีวา

๕๖. นายผ่านพบ ปลั่งประยูร

เอกอัครราชทูต รองผู้แทนถาวรไทยประจำสหประชาชาติ ณ นครเจนีวา

๕๗. นางกัญญารัตน์ เวชชาชีวะ

อัครราชทูตที่ปรึกษา

คณะผู้แทนถาวรไทยประจำสหประชาชาติ ณ นครเจนีวา

๕๘. นายฐิติรัฐ ว่องแก้ว

เลขานุการเอก

คณะผู้แทนถาวรไทยประจำสหประชาชาติ ณ นครเจนีวา

.....