



สรุปผลการประชุม

สมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๙

วันที่ ๒๓ - ๒๘ พฤษภาคม ๒๕๕๙

ณ Palais des Nations  
นครเจนีวา สมาพันธรัฐสวิส

## สารบัญ

### ๑) สรุปผลการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๙

Agenda 11.1: Overview of Reform Implementation.....	๖
Agenda 11.2: Member State consultative process on governance reform.....	๙
Agenda 11.3: Framework of Engagement with Non-State Actors.....	๑๑
Agenda 12.1: Maternal, infant and young child nutrition.....	๑๓
Agenda 12.2: Report of the Commission on Ending Childhood Obesity.....	๑๗
Agenda 12.3: Draft global plan of action on violence.....	๒๐
Agenda 12.4: Prevention and control of noncommunicable diseases: responses to specific assignments in preparation for the third High-level Meeting of the United Nations General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases in 2018.....	๒๓
Agenda 12.5: Strengthening synergies between the World Health Assembly and the Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control.....	๒๖
Agenda 12.6: Public health dimension of the world drug problem including in the context of the Special Session of the United Nations General Assembly on the World Drug Problem to be held in 2016.....	๒๘
Agenda 12.7: Addressing the challenges of the United Nations Decade of Action for Road Safety (2011-2020): outcome of the Second Global High-level Conference on Road Safety – Time for Results.....	๓๒
Agenda 13.1: Monitoring of the achievement of the health-related Millennium Development Goals.....	๓๔
Agenda 13.2: Health in the 2030 Agenda for Sustainable Development.....	๓๔
Agenda 13.3: Operational plan to take forward the Global Strategy on Women’s, Children’s and Adolescents’ Health.....	๓๗
Agenda 13.4: Multisectoral action for a life course approach to healthy ageing: draft global strategy and plan of action on ageing and health.....	๓๙
Agenda 13.5: Health and the environment: draft roadmap for an enhanced global response to the adverse health effects of air pollution.....	๔๒
Agenda 13.6: Role of the health sector in the sound management of chemicals	
Agenda 14.1: Implementation of the International Health Regulations (2005)	
- Report of the Review Committee on the Role of the International Health Regulations (2005) in the Ebola Outbreak and Response.....	๔๘
- Annual report on the implementation of the International Health Regulations (2005).....	๕๑

Agenda 14.2: Pandemic influenza preparedness: sharing of influenza viruses and access to vaccines and other benefits.....	၆၈
Agenda 14.3: Smallpox eradication: destruction of variola virus stocks.....	၆၁
Agenda 14.4: Global action plan on antimicrobial resistance.....	၆၄
Agenda 14.5: Poliomyelitis.....	၁၀
Agenda 14.6: WHO response in severe, large-scale emergencies.....	၆၉
Agenda 14.7: Promoting the health of migrants.....	၁၆
Agenda 14.8: 2014 Ebola virus disease outbreak	
- Options for strengthening information-sharing on diagnostic, preventive and therapeutic products and for enhancing WHO's capacity to Facilitate access to these products, including the establishment of a global database, starting with haemorrhagic fevers.....	၆၉
Agenda 14.9: Reform of WHO's work in health emergency management.....	၁၁
Agenda 15.1: Draft global health sector strategies	
- HIV, 2016–2021	
- Viral hepatitis, 2016–2021	
- Sexually transmitted infections, 2016–2021.....	၁၄
Agenda 15.2: Global vaccine action plan.....	၇၉
Agenda 15.3: Mycetoma.....	၇၆
Agenda 16.1: Health workforce and services	
- Draft Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030	
- Framework on integrated people-centred health services.....	၇၇
Agenda 16.2: Follow-up to the report of the Consultative Expert Working Group on Research and Development: Financing and Coordination-Planning for an open-ended meeting of Member States to discuss progress.....	၈၀
Agenda 16.3: Substandard/spurious/false-labelled/falsified/counterfeit medical products.....	၈၈
Agenda 16.4: Addressing the global shortages of medicines, and the safety and accessibility of children's medication.....	၈၁
Agenda 17: Progress reports.....	၈၄
Agenda 20.1: WHO programmatic and financial report for 2014-2015 including audited financial statement for 2015.....	၉၀၀
Agenda 20.2: Financing of Programme budget 2016–2017	
- Strategic budget space allocation.....	၉၀၈
Agenda 20.3: 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.....	၉၀၇
Agenda 20.5: Scale of assessments for 2017.....	၉၀၈
Agenda 21.1: Report of the External Auditor.....	၉၁၁

Agenda 21.2: Report of the Internal Auditor.....๑๑๔

Agenda 22.1: Human resources: annual report.....๑๑๖

Agenda 22.2: Report of the International Civil Services Commission.....๑๑๙

Agenda 22.3: Amendments to the Staff Regulations and Staff Rules.....๑๒๐

Agenda 22.4: Appointment of representatives of the WHO staff Pension Committee.....๑๒๒

Agenda 23.1: Real estate: update on the Geneva buildings renovation strategy.....๑๒๔

Agenda 23.2: Process for the election of the Director-General of the World Health Organization.....๑๒๖

Agenda 24: Collaboration within the United Nations system and with other intergovernmental organizations.....๑๒๘

**๒) สรุปการประชุม Side Meetings**

2.1 Cervical cancer: an NCD we can overcome.....๑๓๑

2.2 Ministerial panel on Dementia (Alzheimer’s and other related diseases).....๑๓๒

2.3 The role of Global Health Security Agenda (GHSA) in Supporting Countries’ Capacity to Implement International Health Regulations (2005).....๑๓๔

2.4 Access to Medicine and Trade Agreements.....๑๓๕

2.5 Accelerating national progress on tackling child obesity and child under-nutrition in a sustainable way.....๑๓๖

2.6 Technical Briefings: Health in the 2030 Agenda for Sustainable Development: intersectoral action.....๑๓๘

2.7 “Addressing health workforce deficits, stimulating employment and inclusive economic growth”: Ministerial Roundtable: High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth.....๑๓๙

2.8 Climate change and health: taking stock, forging solutions.....๑๔๑

2.9 Assistive technology for all.....๑๔๒

2.10 Achieving affordable access to health technologies.....๑๔๓

2.11 Implementation of successful, cost-effective, evidence-based non communicable diseases (NCDs) interventions – how the United Nations Inter-agency Taskforce Can help countries accelerate the prevention and control of NCDs by 2030.....๑๔๕

2.12 Technical briefings: Survive, Thrive, Transform: implementing the Global Strategy for Women’s, Children’s and Adolescents’ Health.....๑๔๖

2.13 Science, State& Social: An Integrated Global Initiative to Reduce Snakebite Death and Disability.....๑๔๗

2.14 Addressing the global challenge of medication safety for improving patient safety and quality of care.....๑๔๙

2.15 Toward Achieving the Physical Activity Target 2025 (10x25): Are We Walking the Talk?.....๑๕๐

2.16	Working together to advance the global adolescent health agenda.....	๑๕๔
2.17	The critical role of infection prevention and control in strengthening health systems and achieving quality universal health coverage (UHC).....	๑๕๕
2.18	WHA Working Dinner: HIV Drug Resistance (HIVDR) Global Action Plan (2016-2020)....	๑๕๖
2.19	Global action in antibiotic research and innovation.....	๑๕๗
2.20	Alcohol Marketing in the Digital World.....	๑๕๘
2.21	Parliaments as key actors in ensuring access to health for all.....	๑๕๙
2.22	Ending Childhood Obesity: Securing the future for our children.....	๑๖๐
2.23	Technical Briefing on Migration and Health.....	๑๖๑
2.24	Progress towards universal health coverage (UHC) and sustainable development....	๑๖๓
2.25	Healthy Aging: Innovative approaches to promote health across the life-course.....	๑๖๔
2.26	Service, measurement, accountability and response for attainment of health sustainable development goals (SDGs): leveraging benefits of space science, geospatial data and eHealth.....	๑๖๕
2.27	G7 activities for Health System Strengthening and Universal Health Coverage.....	๑๖๖
2.28	Reducing 7 million deaths annually from Air Pollution; Implementing WHA68.8 (2015) through Actions at Country, City and Household level.....	๑๖๗
2.29	Dengue: reframing the dialogue.....	๑๖๘

#### ภาคผนวก

ข้อมติสมัชชานามัยโลก สมัยที่ ๖๙.....	๑๗๒
รายนามผู้แทนไทยเข้าประชุมสมัชชานามัยโลก สมัยที่ ๖๙.....	๑๗๔

## สรุปผลการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๙

วันที่ ๒๓-๒๘ พฤษภาคม ๒๕๕๘

ณ Palais des Nations นครเจนีวา สมาพันธรัฐสวิส

.....

การประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๙ (World Health Assembly : WHA69th) จัดขึ้นระหว่างวันที่ ๒๓ – ๒๘ พฤษภาคม ๒๕๕๘ ณ Palais des Nations นครเจนีวาสมาพันธรัฐสวิส โดยมี H.E. Dr. Ahmed Mohammed Obaid AlSaidi รัฐมนตรีสาธารณสุขของโอมาน เป็นประธานการประชุมและมีผู้เข้าร่วมการประชุมประมาณ ๒,๐๐๐ คน ประกอบด้วยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และข้าราชการระดับสูงจากประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลกรวม ๑๙๔ ประเทศสำหรับประเทศไทยมีศาสตราจารย์คลินิก เกียรติคุณ นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นหัวหน้าคณะผู้แทนไทยโดยหัวข้อหลักของการประชุมปีนี้คือ “การเปลี่ยนแปลงของโลกสู่วาระการพัฒนาที่ยั่งยืนภายในปี ค.ศ. ๒๐๓๐” (Transforming our World : the 2030 Agenda for Sustainable Development) และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้ร่วมกล่าวถ้อยแถลงซึ่งเน้นปัจจัยสำคัญ ๔ ประการที่ผลักดันให้เกิดผลสำเร็จต่อวาระการพัฒนาที่ยั่งยืน ค.ศ. ๒๐๓๐ คือ การให้ความสำคัญต่อกลุ่มผู้ด้อยโอกาส การมีผู้นำที่เป็นแบบอย่างที่ดีจริงใจ การกำหนดนโยบายอยู่บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ และการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ประชาสังคม รัฐ และทุกภาคส่วนในสังคม (ประชารัฐ) และย้ำถึงความสำคัญในการนำทฤษฎี "เศรษฐกิจพอเพียง" มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจ

สำหรับรายละเอียดสรุปการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๙ แยกตามแต่ละวาระการประชุมมีดังนี้:

### Agenda 11.1 Overview of Reform Implementation

#### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นายบรรลุ ศุภอักษร สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ
๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. แพทย์หญิงภัทรวลัย ตลิ่งจิตร คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
๓. พ.ต.ต. หญิงสุรีย์วัลย์ ไทยประยูร สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ
๔. ดร. เกสัชกรหญิงวัลย์พร พัชรนฤมล สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

#### สาระสำคัญของวาระ

- รายงานฉบับนี้เป็นรายงานสรุปความก้าวหน้าของการปฏิรูปองค์การอนามัยโลก ทั้ง ๓ ด้าน คือ ด้าน programmes and priority-setting ด้าน governance และด้าน management ซึ่งสืบเนื่องจากการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๘ รวมถึงการปฏิรูปการทำงานของ WHO ในด้าน outbreaks and health emergencies
- จากการระบาดของไวรัสอีโบล่าในแอฟริกาตะวันตกซึ่งกระทบต่อการปฏิรูปของ WHO สืบเนื่องจากการจัดการกับเรื่องดังกล่าวเป็นไปอย่างล่าช้า จึงมีการเรียกร้องให้ WHO เร่งในการปฏิรูป รวมทั้งขอให้เพิ่มการปฏิรูปด้าน outbreaks and health emergencies เพิ่มเติม

## Programmatic reform

- เป็นด้านที่มีความคืบหน้าของการปฏิรูปมากที่สุด (มากกว่า 80% ของแผนกิจกรรมการปฏิรูปด้านนี้) รวมทั้งได้มีการจัดทำตัวชี้วัดสำหรับการปฏิรูปด้านนี้เพื่อสำหรับติดตามความก้าวหน้า
- WHO ได้มุ่งเน้นในการปฏิรูป Programmatic priorities และสนับสนุนงบประมาณให้เพียงพอ โดยในปีงบประมาณ ๒๐๑๖-๒๐๑๗ ทั้งสามระดับของ WHO (Headquarter, Regional Office and Country Office) จะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนมากขึ้น และกำหนดให้ country office ร่วมกับประเทศสมาชิกในการกำหนด 10 priority areas และจะจัดสรรให้งบประมาณ 80% จากทั้งหมดของ country office

## Management Reform

จากการระบาดของไวรัสอีโบล่าแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการปฏิรูปในด้าน Human resources, information management and strategic communications

### Human resources

ได้มีการรายงานการปฏิรูปด้าน Human resources บนพื้นฐานของยุทธศาสตร์ทรัพยากรมนุษย์เพื่อให้แน่ใจว่าจำนวนเจ้าหน้าที่เหมาะสมกับองค์กรทั้งสามระดับ แต่มีบางภูมิภาคพิจารณาจากคุณสมบัติของเจ้าหน้าที่ให้เหมาะสมกับ programmatic priorities

### Information Management

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

### Communication

จากบทเรียนของการระบาดของไวรัสอีโบล่า การดำเนินการในด้านการสื่อสารจะเน้นด้าน risk and emergency communication และด้าน global and social media presence

## The way forward in reform implementation

- ต้องมีการดำเนินการอย่างเร่งด่วนในด้าน governance, human sources, accountability and information management
- เพื่อให้คงการปฏิรูปองค์การตามแนวทางเดิม จะต้องมีการเรียนรู้องค์การผ่านกลไกภายในในรูปแบบต่างๆ เช่น Global Policy Group, category networks, programme area networks และนำข้อเสนอแนะและบทเรียนที่ได้รับจากการประเมินผล การตรวจสอบ และการประเมินสมรรถนะ มาแบ่งปันในกลไกนี้
- การปฏิรูปการทำงานของ WHO ในด้าน outbreaks and health emergencies จะสามารถจัดการกับประเด็นเฉพาะในหลายด้าน เช่น Human resources, Information management and communication และจะส่งผลต่อการสร้างความเข้มแข็งในกระบวนการจัดการขององค์กร โดยเฉพาะในระดับประเทศ

## บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศสมาชิกรับทราบรายงาน Overview of Reform Implementation ในการปฏิรูปองค์การอนามัยโลก รวมทั้งได้แสดงความเห็นในประเด็นความล่าช้าของการปฏิรูปด้าน governance ขององค์การอนามัยโลกโดยขอให้มีการเร่งการดำเนินการปฏิรูปในด้านต่างๆ ให้สำเร็จโดยเร็ว รวมทั้งในการปฏิรูปในด้าน Human resource

### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (แบบ intervention ตอนท้าย)

ประเทศไทยรับทราบรายงาน Overview of Reform Implementation ในการปฏิรูปองค์การอนามัยโลก ประเทศไทยมีท่าทีที่สอดคล้องกับประเทศอื่นๆ คือ ความกังวลในความล่าช้าต่อ Governance Reform และได้แสดงความห่วงกังวลประเด็น WHO health emergency management ในด้านงบประมาณที่ใช้ในการปฏิรูปในด้านนี้ซึ่งจะมาจากเงิน VC จำนวน ๑๖๐ ล้านดอลลาร์สหรัฐ และยังไม่มีความชัดเจน

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับทราบรายงานภาพรวมการดำเนินงานการปฏิรูปองค์การอนามัยโลก ในเอกสาร A69/4

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

#### การทำงานในระดับประเทศ

ติดตามความก้าวหน้าของการปฏิรูปองค์การอนามัยโลก และหารือผู้ที่เกี่ยวข้องรวมทั้งให้ข้อคิดเห็นต่อการปฏิรูป

#### การทำงานในระดับนานาชาติ

ประสานงานกับประเทศสมาชิก SEARO และคณะผู้แทนถาวรไทยฯ ในการหารือและจัดทำข้อเสนอแนะในประเด็นการปฏิรูปองค์การอนามัยโลกต่อไป

#### **Intervention on agenda 11.1 Overview of Reform Implementation**

Read by Mr. Banlu Supaaksorn (23/May/2016)

Thank you Chair,

Thailand thanks the Secretariat for the Report. We noted the efforts of WHO secretariat on its Reform and share our concern with other Member States on the uneven and slow progress of the overall reform implementation In particular governance reform, that only fifteen recommendations was made for which they will be endorsed by WHA resolution. Our key concern is on a slow progress of governance reform and also the accountability of the Organization, clearly addressed in the Report of the Independent Expert Oversight Advisory Committee. The accountability reform truly needs a significant attention and urgent actions for improvement.

Nevertheless, we saw a progress of WHO health emergency management reform and the development of the Health Emergencies Programme. Despite this expensive new program, we look forwards to a maximum efficiency and performance in responses to emergencies and crisis. There is no clear indications if the shortfall of US\$ 160 million will be met by voluntary contributions.

We urge WHO to conclude long process of the reform and accelerate the implementation of governance reform.

Thank you chair.



## Agenda 11.2 Member State consultative process on governance reform

### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นายบรรลุ ศุภอักษร สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ
๒. นางสาวพัชรา อุบลสวัสดิ์ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๓. พ.ต.ต. หญิงสุรีย์วัลย์ ไทยประยูร สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ
๔. ดร. เกสัชกรหญิงวัลย์พร พัทธนฤมล สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

### สาระสำคัญของวาระ

- จากที่ประชุม EB136 มีข้อตัดสินใจให้ตั้งกระบวนการหารือกับประเทศสมาชิกเพื่อเร่งการปฏิรูปการอภิบาลองค์การอนามัยโลกให้เร็วขึ้น
- มีการตั้งคณะทำงาน Working Group on Governance Reform ประกอบด้วยผู้แทนประเทศสมาชิกจากทั้ง ๖ ภูมิภาคๆ ละ ๒ ประเทศ โดยไทยและอินเดียเป็นผู้แทนของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และได้มีการหารือ ๒ ครั้ง เมื่อวันที่ ๒๖-๒๗ มีนาคม และ ๒๑-๒๔ กันยายน ๒๕๕๘ โดยไทยรับที่จะวิเคราะห์และเสนอแนะใน ส่วน Long term planning of the agenda และ Handling of additional, supplementary or urgent items
- กำหนดให้จัดการประชุมระหว่างประเทศสมาชิกสองครั้ง เมื่อวันที่ ๑๓ พฤษภาคม และ ๑๐-๑๑ ธันวาคม ๒๕๕๘ เพื่อหารือวิธีการปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบการอภิบาลขององค์การอนามัยโลกและการปรับปรุงความสอดคล้องของการทำงานขององค์การอนามัยโลกทั้งสามระดับ
- คณะทำงานได้หารือและมีข้อเสนอแนะทั้งสิ้น ๓๘ ข้อเสนอแนะ และนำเสนอต่อที่ประชุมระหว่างประเทศสมาชิกครั้งที่ 2 ในเดือนธันวาคม 2558
- ที่ประชุมได้อภิปรายอย่างกว้างขวางและได้รับข้อเสนอตั้งกล่าวเหลือ ๒๒ ข้อเสนอแนะ และด้วยเวลาที่จำกัด ประธานคณะทำงานได้ปรับปรุงข้อเสนอแนะ (เป็น Second revision) เพื่อสามารถนำเสนอต่อที่ประชุม EB138 โดยพิจารณาข้อเสนอแนะว่า ข้อเสนอแนะใดควรได้รับการเห็นชอบที่ WHA69 และข้อเสนอแนะใดควรมีการหารือเพิ่มเติม และเสนอให้ WHA70 พิจารณา
- ที่ประชุม PBAC ครั้งที่ ๒๓ (จัดระหว่างวันที่ ๒๑-๒๒ มกราคม ๒๕๕๙) เสนอให้ที่ประชุม EB138 พิจารณาให้จัด Drafting Group เพื่อหารือข้อเสนอตั้งกล่าว หากประเด็นใดที่ยังไม่สามารถตกลงกันได้ให้หารือต่อที่ประชุม Regional Committee หรืออาจพิจารณาตั้ง open-ended meeting of Member States และเสนอรายงานการประชุมต่อ WHA69
- ประธานการประชุม EB138 ขอให้ประเทศสมาชิกหารือกรอบถึงกระบวนการ (Process) ในการดำเนินงานหาข้อสรุปต่อข้อเสนอแนะของคณะทำงาน ๒๒ ข้อ ซึ่งผู้แทนประเทศฟิลิปปินส์ทำหน้าที่เป็นประธาน
- ที่ประชุม EB138 ได้มีข้อตัดสินใจ EB138(1) ให้มีการประชุม Open-ended intergovernmental meeting on governance reform (ซึ่งจัด ๒๘-๒๙ เมษายน ๒๕๕๙) เพื่ออภิปราย ทบทวน และแก้ไข ข้อเสนอแนะของคณะทำงานและนำผลการประชุมให้ WHA69 พิจารณา
- จากที่ประชุม Open-ended intergovernmental meeting on governance reform เมื่อระหว่างวันที่ ๒๘-๒๙ เมษายน ๒๕๕๙ ได้มีการร่างข้อตัดสินใจโดยพิจารณาจากข้อเสนอแนะทั้ง ๒๒ ข้อ โดยเหลือข้อเสนอแนะ ๑๕ ข้อ เสนอต่อที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๙ พิจารณาให้การรับรองข้อตัดสินใจ ดังมีสาระสำคัญตามเอกสาร A69/5

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศต่างๆ สนับสนุนร่างข้อตัดสินใจที่ได้จากการประชุม Open-ended Intergovernmental meeting on governance reform รวมทั้งได้ให้ข้อคิดเห็นว่าความล่าช้าของการปฏิรูปด้าน governance ไม่ได้มาจากองค์การอนามัยโลกโดยที่เดียวแต่เป็นผลจากความล่าช้าของประเทศสมาชิกเองด้วย

### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (แบบ intervention ตอนท้าย)

แสดงความชื่นชมต่อประธานและประธานร่วมของการประชุม Open-ended Intergovernmental meeting on governance reform ในการดำเนินการให้ได้มาถึงข้อเสนอแนะด้าน governance reform รวมทั้งให้การสนับสนุนร่างข้อตัดสินใจ ในเอกสาร A69/5

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับให้การรับรองข้อตัดสินใจ ในเอกสาร A69/5

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

#### การทำงานในระดับประเทศ

ติดตามความก้าวหน้าของการปฏิรูปองค์การอนามัยโลกในด้าน governance ตามข้อตัดสินใจ และหารือผู้ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งให้ข้อคิดเห็นต่อการปฏิรูปต่อไป

#### การทำงานในระดับนานาชาติ

ประสานงานกับประเทศสมาชิก SEARO และคณะผู้แทนถาวรไทยฯ ในการติดตามการดำเนินการตามข้อเสนอแนะในประเด็นการปฏิรูปองค์การอนามัยโลกต่อไป

#### **Intervention on agenda 11.2 Member State consultative process on governance reform**

Read by Mr. Banlu Supaaksorn (23/May/2016)

Thank you chair,

Thailand Delegation commends the chairs and co-chair of the Open-ended Intergovernmental meeting on governance reform for their hard working in reaching consensus on a number of Recommendations on governance reform.

Having considered the proposed Recommendations by the Open-ended Intergovernmental Meeting on Governance Reform, there are a number of requests to the DG for her further actions and to report to subsequent WHA. As highlighted by many Member States, Thailand considers this an unfinished and active agenda as part of the overall WHO reform.

In conclusion, Thailand fully supports the draft Decision proposed in document A69/5

Thank you Chair

### Agenda 11.3 Framework of Engagement with Non-State Actors (FENSA)

#### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นางสาวธนาภา ล้อทอง สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
๒. นายบรรลุ ศุภอักษร สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ
๓. พ.ต.ต. หญิงสุรีย์วัลย์ ไทยประยูร สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ
๔. ดร. เกสัชกรหญิงวัลย์พร พัทธนถมุล สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

#### สาระสำคัญของวาระ

- จากที่ประชุม EB134 คณะเลขานุการองค์การอนามัยโลกได้นำเสนอ ร่างกรอบการทำงานร่วมกันระหว่างองค์การอนามัยโลกและหน่วยงานหรือบุคคลที่ไม่ใช่ภาครัฐ (Framework of Engagement with Non-state actors : FENSA) เพื่อส่งเสริมการทำงานขององค์การอนามัยโลกให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะบทบาทในการเป็นผู้กำหนดนโยบายสุขภาพโลกและผู้ประสานนโยบายกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- ประเทศสมาชิกได้มีการเจรจากรอบความร่วมมือตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๗ (ตั้งแต่ที่ประชุม EB134 ที่ประชุม WHA67 ที่ประชุม EB136 ที่การประชุม Open Ended Working Group Meeting (OEIGM) เดือนมีนาคมถึงเดือนพฤษภาคม ๒๕๕๘ ที่ประชุม WHA68 ที่ประชุม EB138 และ OEIGM พฤษภาคม ๒๕๕๙) รวมดำเนินการร่างกรอบความร่วมมือมากกว่า ๒ ปี และได้มีข้อมติให้ดำเนินการเกี่ยวกับร่าง FENSA ให้เสร็จสิ้นในที่ประชุม WHA69 โดยวาระนี้เปิดอภิปรายในวันที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๕๙ ในวาระของการประชุม Committee A และมีการประชุมกลุ่มย่อย (Drafting group) อย่างต่อเนื่อง เพื่อหาข้อสรุปในส่วนที่ยังเห็นต่างกัน จนได้มาซึ่งกรอบความร่วมมือและ Draft resolution นำเสนอเพื่อรับมติในวันที่ ๒๘ พฤษภาคม ๒๕๕๙
- กรอบความร่วมมือสามารถแยกออกเป็นเอกสารหลักๆ ดังนี้
  - ๑) Overarching framework of engagement with Non-State Actors ระบุหลักการและเหตุผล ขอบเขตการทำงานร่วมกัน (Type of interaction) กับ Non-state actors (NSA) พร้อมทั้งการจัดการผลประโยชน์ทับซ้อน และการจัดการความเสี่ยง (Due diligent and risk management) ความโปร่งใส การขึ้นทะเบียน การทำงานร่วมกันอย่างเป็นทางการ (Official Relations) การควบคุมดูแล (Oversight of Engagement) รวมทั้งการติดตามและประเมินผล
  - ๒) WHO policy and operational procedure on engagement กับ ๔ กลุ่ม ได้แก่ องค์การพัฒนาเอกชน (Non-governmental organizations) องค์การเอกชน (Private sector entities) องค์การการกุศล (Philanthropic foundations) และสถาบันการศึกษา (Academic institutions) ระบุแนวทางนโยบายการทำงานและแนวทางปฏิบัติกับ actors แต่ละกลุ่มไว้อย่างละเอียด
- ข้อมติ Resolution ที่สำคัญ คือ
  - ให้ดำเนินการใช้ (adopt) Framework of engagement with non-State actors และเรียกร้องให้ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลกดำเนินการนำไปใช้ (Implement) ในทุกระดับขององค์กร ดำเนินการขึ้นทะเบียน NSA ติดตาม วัตถุประสงค์ จัดทำรายงานการดำเนินการ และการประเมินผล ต่อที่ประชุม EB PBAC และ WHA ที่เกี่ยวข้อง

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศสมาชิกสนับสนุนร่างข้อมติ Framework of engagement with non-State actors และแสดงความชื่นชมและขอบคุณประเทศอาร์เจนตินาในฐานะประธานคณะทำงานและฝ่าย secretariat of WHO ในความพยายามในการบรรลุเห็นชอบข้อมติร่วมกันเกี่ยวกับ Framework ดังกล่าว

### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยสนับสนุนร่างข้อมติ Resolution และ Framework of engagement with non-State actors และแสดงความชื่นชมประเทศอาร์เจนตินาในความพยายามหาข้อสรุปร่วมกันเพื่อให้ได้มาถึง Framework ดังกล่าว

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

#### การทำงานในระดับประเทศ

ทางสำนักงานการสาธารณสุขระหว่างประเทศ ติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินการและรายงานขององค์การอนามัยโลก ในการปฏิบัติตามกรอบความร่วมมือการทำงานร่วมกับ NSA เพื่อดูผลที่อาจเกี่ยวข้องกับการดำเนินการร่วมมือขององค์การอนามัยโลกกับ NSA ในประเทศไทย

#### การทำงานในระดับนานาชาติ

ทางสำนักงานการสาธารณสุขระหว่างประเทศ ติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินการและรายงานขององค์การอนามัยโลก ในการปฏิบัติตามกรอบความร่วมมือการทำงานร่วมกับ NSA ผ่าน กลไกการทำงาน การประชุม EB PBAC และ การประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลก เพื่อให้เกิดการการประยุกต์ใช้ อย่างมีประสิทธิภาพ

#### **Intervention on Agenda 11.3 Framework of engagement with non-State actors**

Read by Mr. Banlu Supaaksorn (28/May/2016)

Thank you Chair,

Thailand welcomes the draft FENSA, we appreciate the Chairmanship of Argentina, member states on the tremendous efforts to finalize the framework for engagement with non-State actors and thanks the Secretariat for their excellent support given to the consultative process. The long drafting and negotiation process is not only reflected on the important of the Framework itself, but also reflected the 'Geneva spirits' in supporting this Framework to exist.

We congratulate the success of the conclusion of the FENSA and trust that this Framework will contribute to positive collaboration between WHO and Non-state actors and global health development.

In this connection, Thailand fully supports the adoption of the Framework of engagement of Non-state Actors resolution. Thank you Chair.

## Agenda 12.1 Maternal, infant and young child nutrition

### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. ดร. สิ้นศักดิ์ชื่นมณี อุ่นพรมมี กรมอนามัย
๒. นายแพทย์รัฐดิกร โตโพธิ์ไทย กรมอนามัย

### สาระสำคัญของวาระ

๑. รายงานเอกสารหลักของวาระนี้ (A69/7) นำเสนอความก้าวหน้าของการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ Comprehensive Implementation Plan on Maternal, Infant and Young Child Nutrition ซึ่งมุ่งลดปัญหาโภชนาการในมารดา ทารก และเด็กเล็ก ผ่านมาตรการหลัก ๕ มาตรการ ได้แก่ ๑) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนนโยบายด้านอาหารและโภชนาการอย่างครอบคลุม ๒) การดำเนินการด้านสุขภาพที่จำเป็นและมีผลกระทบต่อแผนโภชนาการระดับประเทศ ๓) การกระตุ้นให้มีการพัฒนานโยบายและโปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการจากภาคส่วนอื่นที่นอกเหนือจากสุขภาพ ๔) การสนับสนุนทรัพยากรบุคคลและการสนับสนุนด้านการเงินสำหรับการดำเนินงานด้านโภชนาการ และ ๕) การบันทึกและประเมินผลการดำเนินการตามนโยบายและโปรแกรมหักล้างข้างต้น
๒. รายงาน A๖๙/๗ กล่าวถึงความก้าวหน้าในการดำเนินการตามหลักเกณฑ์สากลว่าด้วยการตลาดอาหารทดแทนนมแม่ (International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes) ตาม Resolution WHA๓๔.๒๒ ในปี ค.ศ. ๑๙๘๑ โดยมี ๑๓๖ ประเทศจาก ๑๙๔ ประเทศสมาชิก ที่รายงานว่ามีกลไกทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องภายในประเทศ ในจำนวนนี้ ๓๙ ประเทศมีกลไกทางกฎหมายที่รอบด้านและสอดคล้องกับ Code ประเทศสมาชิกจำนวน ๓๒ ประเทศ มีกฎหมายที่มีหลายมาตรา ในขณะที่ประเทศสมาชิก ๖๕ ประเทศ มีกลไกทางกฎหมายที่มีมาตราที่เกี่ยวข้องบ้าง ส่วนประเทศที่ยังไม่มีกลไกหรือกฎหมายใด ๆ มีทั้งหมด ๖๕ ประเทศ
๓. การร่าง Guidance on ending the inappropriate promotion of foods for infants ตาม Resolution: WHA๖๓.๒๓ (เดือนพฤษภาคม ๒๐๑๓) ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการหลายคณะและเวทีประชุมหลายเวที และนำไปเป็นเอกสารนำเข้าที่สำคัญของ Agenda นี้ (เอกสาร A๖๙/๗ Add.๑ วันที่ ๑๓ May ๒๐๑๖) โดยสาระสำคัญของ Guidance ฉบับนี้ประกอบด้วยคำแนะนำ (Recommendations) ทั้งหมด ๗ ข้อ โดยสรุปดังนี้:
  - ๑) สนับสนุนการให้อาหารเสริมที่มีคุณค่าทางอาหารสูง ที่ได้รับการเตรียมจากบ้าน ด้วยวัตถุดิบที่หาได้จากท้องถิ่น ในทารกและเด็กเล็กตั้งแต่อายุ ๖-๒๔ เดือน
  - ๒) ไม่ควรสนับสนุนอาหารที่ทดแทนนมแม่ (Breast-milk substitute – BMS) ที่มีเป้าหมายเพื่อใช้เลี้ยงทารกและเด็กเล็กจนถึงอายุ ๓ ปี อาหารดังกล่าวรวมถึง นมสูตรต่อเนื่อง (Follow-up formula) และนมสำหรับเด็กโต (Growing-up milk) ด้วย
  - ๓) สนับสนุนอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กที่ไม่ใช่อาหารที่ทดแทนนมแม่ ที่สอดคล้องกับมาตรฐานด้านส่วนประกอบ ความปลอดภัย คุณภาพ และปริมาณสารอาหาร ในระดับประเทศ ภูมิภาค และระดับนานาชาติ
  - ๔) ข้อความที่สื่อสารในอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กควรประกอบด้วยข้อความที่ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จนเด็กมีอายุ ๒ ปี หรือนานกว่านั้น ไม่ควรเริ่มอาหารอื่นนอกจากนมแม่ก่อนเด็กอายุ ๖ เดือน ไม่สื่อสารด้วยวิธีใด ๆ (รูปภาพหรือข้อความ) ที่เป็นการขัดขวางการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หรืออาหารที่ทดแทนนมแม่สามารถเทียบเท่าหรือดีกว่านมแม่ และไม่สนับสนุนการเลี้ยงด้วยขวดนม

- ๕) ห้ามไม่ให้มีการโฆษณาร่วม (Cross-promotion) อาหารที่ทดแทนนมแม่ โดยใช้ออกแบบบรรจุภัณฑ์ ป้ายสินค้า และวัสดุที่ใช้แบบเดียวกันกับอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กชนิดอื่น แม้จะเป็นการเปลี่ยนสี การออกแบบ ชื่อ สโลแกน สัญลักษณ์น้ำโชค ฯลฯ ก็นับเป็นการโฆษณาร่วมเช่นกัน
- ๖) บริษัทผู้ผลิตหรือจำหน่ายอาหารที่ทดแทนนมแม่ ไม่ควรสร้างประเด็นขัดแย้ง โดยการจัดหาตัวอย่างผลิตภัณฑ์ หรือส่วนลด ให้แก่บุคลากรสุขภาพและสถานบริการทางการแพทย์ เพื่อแจกจ่ายแก่ผู้มารับบริการ พฤติกรรมนี้รวมถึงการบริจาคเงินหรืออุปกรณ์แก่สถานบริการ ให้ของขวัญ ของรางวัลแก่บุคลากร และการเป็นผู้สนับสนุนการประชุมทางวิชาชีพและวิชาการ เป็นต้น ในทางกลับกัน บุคลากรสุขภาพและสถานบริการทางการแพทย์ก็ไม่ควรรับของขวัญ ของรางวัล การบริจาค ในรูปแบบต่าง ๆ จากบริษัทผู้ผลิตหรือจำหน่ายอาหารที่ทดแทนนมแม่เช่นกัน
- ๗) ควรให้ความสำคัญกับการควบคุมคุณภาพอาหารให้ปราศจากไขมันอิ่มตัว (saturated fat) ไขมันทรานส์ (trans-fat) น้ำตาล และเกลือ และดูแลให้ทารกและเด็กเล็กได้รับอาหารที่เหมาะสมกับช่วงวัยของตนเองที่สุด
๔. เนื้อหาสาระของ United Nations Decade of Action on Nutrition (๒๐๑๖-๒๐๒๕) (เอกสาร Ab๙/๗ Add.๒) ประกอบด้วยบทบาหน้าที่ของ FAO และ WHO ในการดำเนินการ decade of action on nutrition โดยมีกำหนดเริ่มกิจกรรมใน July ๒๐๑๖ และให้รายงานผลการดำเนินการทุก ๒ ปี
๕. เนื้อหาสำคัญของ Draft resolution ฉบับที่ ๑ – Maternal, infant and young child nutrition: Decade of Action on Nutrition เป็นการย้ำเตือนการดำเนินการมาตรฐานอย่างครอบคลุม ในด้านโภชนาการ ในระหว่างปี ๒๐๑๖-๒๐๒๕ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการพัฒนาอย่างยั่งยืน เป้าหมายที่ ๒ ซึ่งมุ่งยุติความหิว เข้าถึงความมั่นคงทางอาหาร และเพิ่มคุณภาพด้านโภชนาการ
๖. เนื้อหาสำคัญของ Draft resolution ฉบับที่ ๒ – Maternal, infant and young child nutrition: Ending inappropriate promotion of foods for infants and young children คือ การตอบรับ Technical guidance on ending the inappropriate promotion of foods for infants and young children ด้วยความชื่นชม และกระตุ้นเตือนให้ประเทศสมาชิกได้มีการดำเนินการเหล่านี้ ตามบริบทของแต่ละประเทศ
- ๑) ดำเนินมาตรการที่จำเป็นทุกประการเพื่อยุติการส่งเสริมอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการดำเนินการตามคำแนะนำใน Guidance ที่สอดคล้องกับกฎหมายและนโยบายที่มีอยู่ ทั้งในระดับประเทศและระดับภูมิภาค
- ๒) วางระบบการเฝ้าระวังและประเมินผล การดำเนินการมาตรฐานที่แนะนำใน Guidance
- ๓) สนับสนุนนโยบาย และสิ่งแวดล้อมทางสังคมและเศรษฐกิจ เพื่อให้ผู้ปกครองและผู้ให้การเลี้ยงดูทุกคนสามารถตัดสินใจโดยอาศัยความรู้รอบด้าน ทั้งนี้ โดยการเพิ่มพูนความฉลาดทางสุขภาพและทางโภชนาการ และ
- ๔) ดำเนินมาตรการตาม the International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes และ WHO set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children.

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่น ๆ

๑. Draft resolution ฉบับที่ ๑: Maternal, infant and young child nutrition: Decade of Action on Nutrition ได้รับการสนับสนุนโดยประเทศสมาชิกส่วนใหญ่ที่เข้าร่วม Drafting group
๒. Draft Resolution ฉบับที่ ๒: Maternal, infant and young child nutrition: Ending inappropriate promotion of foods for infants and young children มีประเทศที่ให้การสนับสนุนแตกออกเป็น ๓กลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่
  - ๑) กลุ่มประเทศที่สนับสนุนเนื้อหาเดิมของ Draft resolution ได้แก่ ประเทศอินเดีย นิการากัว เม็กซิโก โคลอมเบีย เนปาล โบลิเวีย ฟินแลนด์ นอร์เวย์ สมาพันธรัฐสวิส ปานามา ซิมบับเว แคนาดา บังคลาเทศ ไฮติ อินโดนีเซีย เอกวาดอร์ บอตสวานา ชาด และจาไมกา
  - ๒) กลุ่มประเทศที่เห็นว่าควรมีการเปลี่ยนแปลงข้อความหรือเพิ่มเติมสาระสำคัญเพื่อแสดงให้เห็นว่า Guidance ที่ผู้เชี่ยวชาญและองค์การอนามัยโลกเป็นผู้เขียนขึ้น มีข้อจำกัด และควรใช้มาตรฐานนานาชาติ ซึ่งกลุ่มประเทศเหล่านี้เห็นว่ามีความเป็นสากล เช่น Codex Alimentarius ซึ่งเป็นมาตรฐานด้านคุณภาพและความปลอดภัยของอาหารและโภชนาการ ที่องค์การอนามัยโลกและ Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO) เป็นผู้กำหนดขึ้น ประเทศที่ให้การสนับสนุนแนวคิดนี้ประกอบด้วยประเทศสหรัฐอเมริกา สหภาพยุโรป (European Union – EU) ๒๘ ประเทศ นิวซีแลนด์ เครือจักรภพอังกฤษ แคนาดา ออสเตรเลีย จีน และคอซตาริกา
  - ๓) ประเทศที่เห็นชอบกับกลุ่มประเทศที่สนับสนุนเนื้อหาเดิมของ Draft resolution แต่เห็นควรให้มีการปรับปรุงข้อความบางประการเพื่อให้เกิดการประนีประนอม ได้แก่ ประเทศญี่ปุ่น เช่น เสนอให้ปรับข้อความใน OP1

จากต้นฉบับ “**Endorses** the technical guidance on ending the inappropriate promotion of foods for infants and young children” ที่ประเทศเอกวาดอร์เป็นผู้ร่าง

ประเทศคอซตาริกา และประเทศสหรัฐอเมริกา เสนอให้ปรับข้อความเป็น “**Takes note of** the technical guidance on ending the inappropriate promotion of foods for infants and young children” ซึ่งจะส่งผลให้มาตรการของแต่ละประเทศตาม Resolution นี้ลดความเข้มแข็งลง

ประเทศญี่ปุ่นเสนอทางเลือกในระดับกลาง โดยเสนอให้ปรับข้อความเป็น “**Welcomes with appreciation** the technical guidance on ending the inappropriate promotion of foods for infants and young children” ซึ่งที่ประชุมให้ความเห็นชอบในที่สุด

๓. นอกจากนี้ ประเทศสมาชิกในกลุ่ม South-east Asian Region (SEAR) จำนวน ๑๑ ประเทศ ได้แก่ ประเทศ บังคลาเทศ ภูฏาน เกาหลีเหนือ อินเดีย อินโดนีเซีย มัลดีฟ เมียนมาร์ เนปาล ศรีลังกา ไทย ติมอร์ เลสเต และบังคลาเทศ ได้รวมตัวกันเป็น Regional One-Voice เพื่อออกเสียงสนับสนุน Draft resolutions ทั้งสอง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Draft Resolution ฉบับที่ ๒: Maternal, infant and young child nutrition: Ending inappropriate promotion of foods for infants and young children

### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยให้การสนับสนุน Resolution ทั้งสอง ได้แก่ Maternal, infant and young child nutrition: Decade of Action on Nutrition (เอกสาร A69/A/CONF./5 Rev.1 ลงวันที่ 26 May 2016) และ Maternal, infant and young child nutrition: Ending inappropriate promotion of foods for infants and young children (เอกสาร A69/A/CONF./7 Rev.1 ลงวันที่ 28 May 2016) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง

ยิ่ง ใน Resolution ที่สองนั้น ประเทศไทยร่วมเป็น Co-sponsor กับประเทศเอกวาดอร์ ปานามา เม็กซิโก เคนยา ซิมบับเว นอร์เวย์ ไนเจอร์ ชาด โมซัมบิก ซูดาน และสมาพันธรัฐสวิส

ในการเข้าร่วม Drafting Group ในวันที่ ๒๔-๒๗ พฤษภาคม ๒๕๕๙ ประเทศไทยได้แสดงจุดยืน และ เป็นผู้นำนานาประเทศในการแสดงความคิดเห็นสนับสนุน Draft Resolution: Maternal, infant and young child nutrition: Ending inappropriate promotion of foods for infants and young children ที่มี เนื้อหาสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียว (Exclusive Breastfeeding) การงดประชาสัมพันธ์ อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การงดประชาสัมพันธ์อาหารสำหรับทารก และเด็กเล็กถึง ๓ ปี ตาม Guidance on ending the inappropriate promotion of foods for infants and young children (เอกสาร A69/7 Add.1 ลงวันที่ 13 May 2016)

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

Draft resolution ฉบับที่ ๑ Maternal, infant and young child nutrition: Decade of Action on Nutrition ได้รับความเห็นชอบจากที่ประชุม Drafting group ในวันที่ 25 May 2016 ส่วน Draft resolution ฉบับที่ ๒ Maternal, infant and young child nutrition: Ending inappropriate promotion of foods for infants and young children ได้รับความเห็นชอบจากที่ประชุม Drafting group ในวันที่ 27 May 2016 และ Draft resolutions ทั้งสอง ได้รับความเห็นชอบในที่ประชุม Committee A และ Plenary ในวันที่ 28 May 2016

### ข้อเสนอต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุมกร/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

#### การทำงานในระดับประเทศ

- นำผลการลงมติของนานาประเทศ ต่อ Draft Resolution ฉบับที่ ๒: Maternal, infant and young child nutrition: Ending inappropriate promotion of foods for infants and young children มาเป็น ข้อมูลสนับสนุน การดำเนินการออกร่างพระราชบัญญัติ ควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารก และเด็กเล็ก และผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง พ.ศ.... ให้ประสบความสำเร็จ
- การดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาโภชนาการทั้งภาวะขาดสารอาหารในบางพื้นที่ และภาวะโภชนาการเกินซึ่ง เป็นปัญหาเร่งด่วนในหลายพื้นที่
- ควรมีการบูรณาการนโยบายและแผนงานด้านโภชนาการร่วมกัน ทั้งภายในกระทรวงสาธารณสุข และ ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับภาคส่วนอื่น ๆ อย่างต่อเนื่อง รวมถึงภาคเอกชน องค์กรที่ไม่แสวงหาผลกำไร เพื่อให้การดำเนินการด้านโภชนาการในกลุ่มมารดา ทารก และเด็กเล็กในประเทศเกิดประสิทธิผล สูงสุด

#### การทำงานในระดับนานาชาติ

- ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลด้านความพยายามในการดำเนินการตาม Rome Declaration on nutrition ผ่านทางเลือกแนวนโยบายภายใต้กรอบการดำเนินการเพื่อพัฒนาภาวะโภชนาการของบุคคล ทั้ง ในภาวะปกติและในภาวะฉุกเฉิน ตามข้อเสนอใน OP 2 (3) ของ Resolution Maternal, infant and young child nutrition: Decade of Action on Nutrition
- ควรติดตามการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตามกรอบการติดตามระดับโลก (Global Monitoring Framework) เรื่องโภชนาการของมารดา ทารก และเด็กเล็ก อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีความพร้อมสำหรับการรายงานในปี ๒๐๑๘



## Intervention on Agenda 12.1 Maternal, infant and young child nutrition

Read by Dr. Sinsakchon Aunprom-me (28/May/2016)

Thank you Chair,

Thailand expresses our appreciations to Madam Director General and the Secretariat of the World Health Organization for the efforts during the drafting process of these 2 resolutions. Our sincere gratitude is going to Ecuador for leading this initiation and chairing the negotiation process. We admire the spirits of the Member States who support the resolutions and provide significant comments in drafting the resolutions for the benefits to all Member States and above all, for the children of the future.

Thailand is not as rich as other countries to be able to afford the formulas. Promoting and implementation for exclusive breastfeeding has been very challenging for us. We have been putting all efforts in order to pass the Milk Code Law. This “Ending inappropriate promotion of foods for infants and young children” resolution will definitely be a tremendous support during the legislative process and beyond.

Finally, with Member States’ supports, we would like to urge the Assembly to adopt the resolutions.

Thank you Chair.

## Agenda 12.2 Report of the Commission on Ending Childhood Obesity

### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

- ๑) นายแพทย์ฐิติกร โตโพธิ์ไทย กรมอนามัย
- ๒) ดร. สิ้นศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี กรมอนามัย

### สาระสำคัญของวาระ

- ทารกและเด็กที่เป็นโรคอ้วนเพิ่มขึ้นทั่วโลกจาก ๓๑ ล้านคน ในปี พ.ศ. ๒๕๓๓ เป็น ๔๒ ล้านคน ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ และคาดการณ์ว่าจะมีเด็กอ้วนเพิ่มขึ้น
- ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกจึงจัดตั้งกรรมาธิการระดับสูงเพื่อยุติโรคอ้วนในเด็ก (Commission on Ending Childhood Obesity) ในปี ๒๕๕๗ (๒๐๑๔) เพื่อสร้างความตระหนักและกำหนดข้อเสนอแนะให้ประเทศสมาชิกในการจัดการปัญหานี้
- คณะกรรมาธิการฯ เสนอรายงานข้อเสนอแนะทางนโยบายเกี่ยวกับมาตรการในการป้องกันและแก้ไขปัญหารโรคอ้วนในเด็ก ต่อสมัชชอนามัยโลกครั้งที่ ๖๙ โดยมีเนื้อหาครอบคลุมประเด็นสำคัญ ได้แก่
  - ๑) ผลกระทบที่ตามมาด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม จากภาวะอ้วนในเด็กและวัยรุ่น

- ๒) ความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพตลอดช่วงชีวิต (*life-course approach*) เริ่มตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ ตั้งครรภ์ ไปจนถึงทารก เด็กเล็ก วัยเรียน และวัยรุ่น ในการป้องกันภาวะอ้วนในเด็กและวัยรุ่น และการจัดการสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม (*obesogenic environment*)
- ๓) มาตรการที่ควรใช้ดำเนินการเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในเด็กและวัยรุ่น เน้น healthy foods และ physical activity ๖ ข้อ ได้แก่ ๑. การดำเนินงานส่งเสริมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ๒. การดำเนินงานส่งเสริมกิจกรรมทางกายและลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง, ๓. สร้างความเข้มแข็งในงานส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ และการฝากครรภ์คุณภาพ เพื่อลดอัตราการเกิดโรคอ้วนในเด็ก, ๔. กำหนดข้อแนะนำ การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ การนอนหลับ และการส่งเสริมกิจกรรมทางกายตั้งแต่วัยแรกเริ่มของวัยเด็ก, ๕. การดำเนินงานโครงการโรงเรียน สถานที่ทำงานส่งเสริมสุขภาพ, ๖. ให้ครอบครัวเป็นหลัก ในการจัดการการดำเนินชีวิตควบคู่น้ำหนักสำหรับเด็ก วัยรุ่นที่กำลังจะเป็นโรคอ้วน

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- ประเทศ Australia, Canada, Colombia, Ecuador, Ghana, Malaysia, Mexico, Monaco, Zambia และประเทศไทย เสนอ Draft resolution ในวาระนี้ โดยมีประเด็นสำคัญ คือ การยินดีต้อนรับ (Welcome) รายงานข้อเสนอแนะทางนโยบายเกี่ยวกับมาตรการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคอ้วนในเด็ก, การขอให้ภาคีองค์กรระหว่างประเทศ องค์กรพัฒนาเอกชน หน่วยงานให้ทุน ภาควิชาการ ภาคเอกชน ทำงานร่วมกันเพื่อนำข้อเสนอแนะนี้ไปสู่การปฏิบัติ, การแนะนำให้ประเทศสมาชิกพัฒนานโยบายระดับประเทศตามข้อเสนอแนะ, และร้องขอเลขาธิการองค์การอนามัยโลกให้ช่วยเหลือประเทศสมาชิกในการพัฒนาแผนปฏิบัติการเพื่อนำข้อเสนอแนะนี้ไปสู่การปฏิบัติ และนำสู่การพิจารณาในการประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก ครั้งที่ ๑๔๐ และสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ ๗๐ ต่อไป
- ทุกประเทศยินดีต้อนรับ (Welcome) รายงานของกรรมาธิการ และ Draft resolution
- หลายประเทศ (Tonga, Panama, US, Germany, Iceland, Sri Lanka on behalf of SEAR countries, Sudan, China, Republic of Korea, Brazil) ได้กล่าวถึงสถานการณ์เด็กอ้วนในประเทศของตนว่าเป็นประเด็นที่หนักอวล
- หลายประเทศ (Ghana on behalf of AFR countries, Japan, Malaysia, Finland, Canada, Suriname) เสนอประเด็นที่มีผลต่อการจัดการปัญหาเด็กอ้วน เช่น ความมุ่งมั่นทางการเมือง, ภาวะนำของภาครัฐ, การทำงานร่วมกับภาคส่วนต่างๆ, การติดตามการดำเนินการ, การกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจน, การจัดการปัจจัยสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม, ฉลากอาหาร, การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดำเนินงานของแต่ละประเทศ
- หลายประเทศ (S.Africa, Malaysia, Sri Lanka on behalf of SEAR countries, Barbados, Jamaica, Mexico, Indonesia, Chinese Taipei) เสนอนโยบายและมาตรการที่ได้ดำเนินการ เช่น การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่, การใช้มาตรการทางภาษีต่อเครื่องดื่มรสหวาน, ยุทธศาสตร์การจัดการภาวะโภชนาการที่ไม่เหมาะสม, โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ, ยุทธศาสตร์ประเทศ, การสื่อสารรณรงค์ไปสู่ชุมชน
- หน่วยงานระหว่างประเทศและองค์กรพัฒนาเอกชน (UNDP, Global Health Cancer, MMI, World Obesity Foundation) ร่วมสนับสนุนรายงาน

### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (แบบ intervention ตอนท้าย)

- ประเทศไทย สนับสนุน SEAR One Voice โดยประเทศศรีลังกา ในนามของ ๑๑ ประเทศ ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และสนับสนุน Draft resolution โดยประเทศไทยมีชื่อเป็น co-sponsor ใน draft resolution นี้ด้วย

- เสนอให้องค์การอนามัยโลก พัฒนาแนวทางการมีกิจกรรมทางกายในหญิงตั้งครรภ์ และเด็กปฐมวัย เพื่อให้ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย ตามแนวทางส่งเสริมสุขภาพตลอดช่วงชีวิต (life-course approach) และสนับสนุนการจัดทำแผนดำเนินการเพื่อจัดการปัญหาเด็กอ้วน
- ประชาสัมพันธ์การประชุมนานาชาติเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (International Congress on Physical Activity and Health) ที่สนับสนุนโดยองค์การอนามัยโลก ในวันที่ ๑๖-๑๙ พฤศจิกายน ๒๕๕๙ ที่กรุงเทพฯ

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

- ที่ประชุมมีมติรับ Draft resolution
- ทิมเลขานุการองค์การอนามัยโลก ตอบข้อเสนอของประเทศไทย ในการพัฒนาแนวทางการมีกิจกรรมทางกายในหญิงตั้งครรภ์ และเด็กปฐมวัย ในปีหน้า

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

#### การทำงานในระดับประเทศ

- กองออกกำลังกาย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ สสส. จัดประชุมนานาชาติเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (International Congress on Physical Activity and Health) วันที่ ๑๖-๑๙ พฤศจิกายน ๒๕๕๙, กรุงเทพฯ
- กองออกกำลังกาย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ผลักดันวาระกิจกรรมทางกายเข้าสู่สมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ ๗๐ พ.ศ. ๒๕๖๐
- สำนักโรคไม่ติดต่อ และศูนย์นโยบายและยุทธศาสตร์โรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ สำนักโภชนาการ สำนักทันตสาธารณสุข สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย, สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, Thai NCD Network, Thai NCD Alliance ร่วมจัดทำแผนดำเนินการเพื่อจัดการปัญหาเด็กอ้วนร่วมกัน โดยนำข้อเสนอแนะของคณะกรรมการไปปรับให้เหมาะสมกับบริบทประเทศ และให้ทุกภาคส่วนนอกสุขภาพมีส่วนร่วม โดยกำหนดเป้าหมาย ตัวชี้วัด ระยะเวลา ผู้รับผิดชอบ ให้ชัดเจน

#### การทำงานในระดับนานาชาติ

- ร่วมดำเนินการจัดการปัญหาเด็กอ้วนกับ WHO SEARO, WHO HQ, ASEAN และการประชุมอื่นๆที่เกี่ยวข้อง
- จัดประชุมนานาชาติเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (International Congress on Physical Activity and Health) วันที่ ๑๖-๑๙ พฤศจิกายน ๒๕๕๙, กรุงเทพฯ
- ผลักดันวาระกิจกรรมทางกายเข้าสู่สมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ ๗๐ พ.ศ. ๒๕๖๐

#### **Intervention on agenda 12.2: Report of the Commission on Ending Childhood Obesity**

Read by Dr. Thitikorn Topothai, Department of Health, Thailand (27/May/2016)

Thank you Mister Chair,

Thailand aligns with the statement made by Sri Lanka on behalf of South East Asia Region and the draft resolution led by Mexico, Malaysia and Zambia.

Thailand strongly supports the concepts of the report on the life-course and obesogenic environment approach focusing on raising physical activity and healthy diets, as well as the six recommendations in the report.

Thailand would like to see the success on ECHO based on life course approach.

However, Chair, the current WHO Global Recommendations on physical does not cover physical activity for pregnant women and children aged 0-5. We would like to request the expansion of the recommendations to cover these two groups. This technical assistance by WHO would benefit Member States on physical activity and sedentary behavior implementation.

Moreover, Thailand is optimistic to see WHO providing technical support to member states in the development of national childhood obesity ending road map that effectively addresses key issues of 6 main strategies and intensified surveillance on obesogenic environments.

Finally, the International Congress on Physical Activity and Health co-sponsored by WHO will be held in Bangkok this year on 16-19 November to be the platform for global physical activity advocacy. And we would like to welcome you all to join this very important conference.

Thank you so much Chair.

### Agenda 12.3 Draft of global plan of action on violence

#### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นายแพทย์ปธานนท์ ขวัญสนิท กรมสุขภาพจิต
๒. นางสาวธนาภา ล้อทอง สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

#### สาระสำคัญของวาระ

วาระนี้เป็นการนำเสนอเพื่อให้ที่ประชุมสมัชชาสุขภาพโลก สมัยที่ ๖๙ รับร่าง resolution EB 138.R3 ที่แนะนำโดยคณะกรรมการบริหารขององค์การอนามัยโลก โดยมีเอกสารหลักคือ เอกสารหมายเลข A69/9 Draft of global plan of action on violence และ resolution EB 138.R3 นำเสนอโดย WHO DG โดยมีหลักสำคัญคือเพิ่มศักยภาพและบทบาทของระบบบริการสุขภาพให้ตระหนักและจัดการปัญหาความรุนแรงให้ดีขึ้นโดยเฉพาะความรุนแรงต่อผู้หญิงและเด็กโดยกรอบของร่างคือการจัดการความรุนแรงระหว่างบุคคลซึ่งจะขับเคลื่อนงานหลักด้วยระบบบริการสุขภาพและมีประสานงานร่วมกันของทุกภาคส่วน (multi-sectoral response) บนพื้นฐานการคำนึงถึงสิทธิมนุษยชนร่างดังกล่าวนำเสนอภาพรวมของปัญหาความรุนแรงต่อผู้หญิงและเด็กทั่วโลกที่ถูกละเลยโดยเฉพาะผลกระทบทั้งด้านสุขภาพกายและจิตระยะยาวและช่องว่างในการดำเนินงานที่ผ่านมาในระดับ ประเทศ, ภูมิภาคและระดับโลกรวมทั้งกลยุทธ์การแก้ไข้ปัญหา

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- ส่วนใหญ่สนับสนุนและรับร่างดังกล่าวไปดำเนินการต่อในระดับประเทศตนเองและกล่าวชื่นชมการปฏิบัติงานของ ทีมเลขานุการในการพัฒนาร่างดังกล่าว
- สวีเดนนำเสนอ intervention ในนามของตัวแทนระหว่างภูมิภาค (cross-regional statement) โดยมี ๖ ประเทศใน ๖ ทวีปประกอบด้วย ประเทศสวีเดน, แคนาดา, นิวซีแลนด์, ออสเตรเลีย, แคมเบียและไทยโดยมีสาระสำคัญ ดังนี้เน้นความสำคัญของระบบบริการสุขภาพ ที่ไม่ควรให้การดูแลเฉพาะ เรื่องการบาดเจ็บเท่านั้นหากแต่ควรเป็นแหล่งให้ข้อมูลและสนับสนุนการประสานงานร่วมกันกับภาคส่วนอื่นด้วยการปรับค่านิยมทางสังคมที่มีส่วนต่อการเกิดความรุนแรงและร้องขอให้ WHO แสดงบทบาทหลักในการกระตุ้นประเทศสมาชิกแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ในการป้องกันความรุนแรงและยังเน้นถึงความรุนแรงทางโดยเฉพาะด้านเพศต่อผู้หญิงและเด็กและผลกระทบที่นำไปสู่การตั้งครมรรวมถึงการเรียกร้องให้การดำเนินงานคำนึงถึงประเด็นสิทธิมนุษยชนของประชากรกลุ่มนี้มากขึ้น
- ประเทศจอร์เจียชี้ประเด็นเรื่องความรุนแรงต่อบุคลากรด้านสุขภาพที่ถูกทะเลาะ, หลายประเทศเสนอแนะการดำเนินงานที่ควรครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงอื่นด้วย ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มชนพื้นเมืองและกลุ่ม HIV/AIDS นอกจากนี้มีบางประเทศชี้ประเด็นปัญหาถูกบังคับแต่งงานในผู้หญิงอายุน้อยและความรุนแรง ที่เกิดขึ้นต่อผู้อพยพ (ตุรกี)
- กลุ่มองค์กรอิสระเน้นเรื่องกาประสานงานร่วมกันของทุกภาคส่วนบนหลักการสิทธิมนุษยชนในระดับกระทรวงโดยเฉพาะกระทรวงด้านสังคมสงเคราะห์, ตำรวจและภาคประชาชนรวมถึงการลดการตีตราทางสังคมของเหยื่อผู้ได้รับความรุนแรงเพื่อให้เกิดการ เข้าถึงระบบบริการสุขภาพมากขึ้น

### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

สนับสนุนและรับร่างดังกล่าวและย้ำความสำคัญของการประสานงานร่วมกันของทุกภาคส่วนบนแนวคิด “health in all policies” และร้องขอ WHO ให้การสนับสนุนองค์ความรู้เพื่อสร้างระบบข้อมูลเรื่องปัญหาความรุนแรงที่มีประสิทธิภาพและย้ำความสำคัญของการดำเนินงานนำร่างนี้ไปปฏิบัติในประเทศผ่านกลไกร่วมกันของการดำเนินงานของ SDGs ด้วยเวทีนโยบายระดับประเทศ

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ทีมเลขานุการสรุปผลกระทบของความรุนแรงโดยเฉพาะต่อผู้หญิงและเด็กทั่วโลกและให้ประเทศสมาชิกตระหนักถึงความร่วมมือแก้ปัญหาและนำร่างแผนการจัดการความรุนแรงระดับโลก (global plan) นี้ไปลงดำเนินการเป็น national action plan ต่อไป โดยไม่มีประเทศสมาชิกใดขอเสนอแก้ไขร่าง

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

#### การทำงานในระดับประเทศ

ยึดหลักการขับเคลื่อนงานหลักด้วยระบบบริการสุขภาพและมีการประสานงานร่วมกันของทุกภาคส่วน โดยมีกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลัก (focal point) และหน่วยงานอื่น ประกอบด้วย กระทรวงพัฒนาความมั่นคงของมนุษย์, กระทรวงศึกษาธิการ, กรมตำรวจ กระทรวงมหาดไทยและหน่วยงานเอกชน ด้านเด็กและสตรีทำงานร่วมกัน

### การทำงานในระดับนานาชาติ

มีการประสานเพื่อแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ระดับนานาชาติเพื่อแก้ไขปัญหาความรุนแรงรวมถึงการสร้างภาคีเครือข่ายการทำงานร่วมกันในระดับนานาชาติเพื่อขับเคลื่อนและกำกับติดตามแผนการจัดการความรุนแรงระดับโลก ได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

#### **Intervention on agenda 12.3 Draft of global plan of action on violence**

Read by Dr. Patanon (27/May/2016)

Thank you Chair,

The challenges from interpersonal violence need a multi-sectoral response, which is currently inadequate. We, therefore would like to emphasize a holistic, integrated and coordinated response across different sectors, in line with the “health in all policies” to address the challenges.

Chair, to track the progress of the Global Plan we do need good and timely information systems, which is still inadequate in many developing countries. WHO, at all level, should provide technical support to fill the gap.

Finally, to achieve global commitment to SDGs targets of 5.2-5.4 by 2030, it is imperative that the implement of this global plan will be enforce along with nationals’ commitment to the SDGs by the highest possible level of political cooperation and active social participation based on adequate evidence.

Thank you chair.

#### **Cross-regional Intervention on agenda 12.3 Draft of global plan of action on violence Read by Sweden (27/May/2016)**

Madame President,

I am proud to deliver this statement on behalf of 6 countries from 6 continents, Canada, New Zealand, Thailand, Uruguay, Zambia and Sweden.

We strongly welcome the new WHO Global Action Plan. It is important to acknowledge the role of the health system to prevent violence, and to identify and provide care for those affected by violence. Health professionals are often the first point of contact for those affected by violence. Their ability to provide quality comprehensive care services, is crucial not only for the care of injuries and rehabilitation but also in offering survivors information on who they can turn to for help such as the Police, Social services, shelters, services to respond to child maltreatment and prosecuting authorities.

We believe that health programs play a critical role in preventing violence and are crucial in tackling violence against women and girls and against children, as well as working with families and communities. Research demonstrates that women, girls and children are victims of all forms of violence which is often caused by sociocultural norms. Thus we need to challenge harmful gender norms, through violence prevention measures including ending child marriages to strengthen the commitment to children in adversity, gender equality, female empowerment, and youth development. We believe that WHO should play a key role in providing opportunities for Member States to exchange information and experience, sharing and to accelerate scaling up successful evidence based violence prevention programs.

The global action plan highlights the need for member states to stand up for all women and girls access to sexual and reproductive health and rights, including contraception and services to reduce un-safe abortion as well as providing options for safe abortion. We are deeply concerned that every year more than half a million women die in pregnancy and childbirth, or from unsafe abortions, all of which disproportionately affect poor women. Investments in these areas are investments in the empowerment of women and girls, in social justice and in human rights.

Finally we would like to thank the secretariat for the report and the global action plan and all member states taking part in the discussions. It is an important document where we want to see strong commitment from all partners at all levels. The Global Action Plan is an important foundation for collaboration and exchange of best practices between member states. Thank you!

#### 12.4 WHA69 Prevention and control of noncommunicable diseases: responses to specific assignments in preparation for the third High-level Meeting of the United Nations General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable diseases in 2018

##### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นายแพทย์ปริญญ์ วาทีสาธกกิจ มหาวิทยาลัยมหิดล
๒. นายแพทย์ฐิติกร โตโพธิ์ไทย กรมอนามัย

##### สาระสำคัญของวาระ

คณะทำงานขององค์การอนามัยโลก ได้นำเสนอรายงานความก้าวหน้าในด้านต่างๆในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับปัญหาโรคไม่ติดต่อ (Non-Communicable Disease, NCD) ตามเอกสารแนบที่ ๑-๗ ที่ประชุม EB ต้องการให้มีการรับรองเอกสารดังกล่าว ข้อสังเกตตามเอกสาร Annex 1 พบว่าความก้าวหน้าในเรื่องของการดำเนินการด้านการป้องกัน NCD มีจำนวนประเทศเพิ่มขึ้นมากมายเป็นที่น่าพอใจ อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อมูลหลายอย่างที่ยังไม่ได้รายงานไว้ ทำให้เกิดความกังวลในการที่จะต้องรายงานข้อมูลให้ครบทุกช่องในอีกสองปีข้างหน้า

เอกสาร Annex 3 ในเรื่องของความก้าวหน้าในการดำเนินการเป้าหมายโรคไม่ติดต่อให้ครบ ๙ เรื่อง ก็พบว่า ในระยะเวลาสี่ปีที่ผ่านมา ไม่สามารถดำเนินการได้ถึงเป้าหมายได้ตามที่คาด ทาง EB ได้ออกความเห็นให้ทุกประเทศพยายามดำเนินการเพื่อให้เข้าถึงเป้าหมายอย่างจริงจังและเข้มข้น โดยให้ดำเนินการตามกรอบ ๔ time bound commitment ในการลด NCD ให้ได้ นอกจากนี้ EB ยังนำเสนอการพิจารณาหลักเกณฑ์ในการเข้ามามีส่วนร่วมขององค์กรอิสระ (non-state actors, NSA) สุดท้ายทาง EB เรียกร้องให้ทาง DG ดำเนินการนำเสนอความก้าวหน้าในเรื่องของเครื่องมือหรือนโยบายในการลด NCD ที่มีประสิทธิภาพและคุ้มค่าในแต่ละจุด ทางที่ประชุมได้รับการเรียกร้องให้ยอมรับข้อเสนอของ EB138.R4 ในการประชุม WHA69 นี้

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศส่วนใหญ่มีท่าทีที่ชื่นชมการดำเนินงานของ WHO ในการสรุปรายงานข้อมูลความก้าวหน้าเรื่อง NCD และนำเสนอความก้าวหน้าและอุปสรรคที่พบในประเทศตนเอง ทั้งนี้ประเทศ Morocco ได้เสนอการแก้ไขข้อความเพิ่มเติม โดยได้รับการสนับสนุนจากประเทศสหรัฐอเมริกา และรัสเซีย สำหรับเรื่องข้อตกลงในการลดการบริโภคสุรา และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประเทศ Botswana ได้นำเสนอให้มีการศึกษาอย่างจริงจัง และนำเรื่องการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เข้าสู่การประชุมสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ ๗๑ ในอีกสองปีข้างหน้า โดยได้รับการสนับสนุนจากประเทศ Congo, Sri Lanka, South Africa และ Senegal ข้อเสนอแนะอื่นๆในที่ประชุมจากทางองค์กรอิสระ ได้ให้ความเห็นคล้ายกับของประเทศไทยคือแสดงความกังวลที่ไม่เห็นความคืบหน้ามากนักในรายงานความคืบหน้า และยังมีข้อมูลอีกหลายอย่างที่ขาดหายไป

### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยขอบคุณคณะทำงานของ WHO ในการดำเนินการนำเสนอความก้าวหน้า ประเทศไทยได้แสดงความเห็นด้วยกับข้อเสนอเรื่องการลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศ Botswana, Congo และ Sri Lanka เนื่องจากแอลกอฮอล์ไม่ได้เป็นปัญหาแค่ NCD แต่ยังเป็นต้นเหตุของปัญหาอุบัติเหตุทางรถยนต์ ความรุนแรงต่อผู้หญิงและเด็ก ความเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการใช้สารเสพติดอื่น จากนั้นได้แสดงความกังวลกับเรื่องข้อมูลที่ขาดหายไปและเรื่องของเป้าหมายของ NCD target ที่ดูแล้วยากที่จะประสบความสำเร็จ ประเทศไทยเสนอทางออก ๓ ข้อ คือ

๑. ให้ WHO ให้ความช่วยเหลือประเทศสมาชิกในการพัฒนาระบบการเก็บข้อมูลในประเทศ ให้มีความน่าเชื่อถือ และมีความครบถ้วน
๒. เสนอให้ WHO พัฒนาระบบเชื่อมโยงความร่วมมือระหว่างทุกภาคีเรื่องการลดปัจจัยเสี่ยงต่อ NCD โดยนำเสนอการจัดการความเสี่ยง NCD แบบองค์รวม (Composite risk approach) ด้วยการสร้างแบบประเมินความเสี่ยงสำหรับ NCD ทุกโรคจะทำให้ภาคีเครือข่ายเกิดการเชื่อมโยงกันมากขึ้น ประชาชนสามารถมองเห็นถึงความเชื่อมโยงกันในการป้องกันโรค NCD แบบบูรณาการและติดตามระดับความเสี่ยงของตนเองได้
๓. ประเทศไทยชื่นชมความเป็นผู้นำในเรื่องการป้องกัน NCD ของ Madam DG Magareth Chan โดยแสดงให้เห็นเป็นตัวอย่าง ประเทศไทยเสนอให้มีผู้นำอีกหลายคน เริ่มการแสดงให้เห็นเป็นตัวอย่าง ทั้งในระดับองค์กรไปจนถึงระดับประเทศ



**สรุปผลลัพท์ของวาระ**

ที่ประชุมมีมติรับ draft resolution ในเอกสาร EB138.R4 ประเทศไทยควรเตรียมการวางแผนนำเรื่อง Control the harmful use of Alcohol เข้าสู่การประชุม EB ครึ่งหน้า ร่วมกับประเทศ Botswana, Congo, Sri Lanka, Senegal และ South Africa

**Intervention on agenda 12.4 Prevention and control of noncommunicable diseases: responses to specific assignments in preparation for the third High-level Meeting of the United Nations General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable diseases in 2018**

Thank you Chair,

Thailand support the draft decision proposed by Botswana, Congo and Sri Lanka, since alcohol is the root cause of NCD, violence, road traffic accident, STI and HIV, and the concurrence use of other abusive substances. We support the resolution EB138.R4 as well.

Regarding NCD, the progress report of the GAP, tells us that the NCD situation is not anywhere get closer to the goals we set. Thailand would like to address 3 key points to keep us on track as followed.

First, many countries have little usable mortality data and weak NCD surveillance. Improving country-level surveillance and monitoring must be a top priority in the fight against NCDs.

Second, to move forward, multi-sectoral platform and new tool such as composite risk index to the overall NCDs are essential for effective collaboration and promotion of total risk approach. We urge WHO to develop overall NCDs composite risk index and multisectoral collaboration for others NCD risk factor.

Last, leading by examples are critical to move an ambitious goal. We express our sincere appreciation on the real ‘walk the talk’ by WHO’s leaders like madam DG 20-20-20 tactic, ADG Chestnov and Madam Poonam. We wish to see more WHO and global health leaders to be the “role model for healthy organization, cities and countries.”

Thank you chair.

## Agenda 12.5 Strengthening synergies between the World Health Assembly and the Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control

### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นายรังสรรค์ มั่นคง สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

๒. ดร. นลินี ศรีพิวง กรมควบคุมโรค

### สาระสำคัญของวาระ

• กรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO Framework Convention on Tobacco Control – FCTC) เป็นสนธิสัญญาทางด้านสุขภาพระดับโลกฉบับแรกภายใต้การสนับสนุนขององค์การอนามัยโลก หลังจากที่ได้รับการลงมติยอมรับกรอบอนุสัญญาโดย สมัชชาสุขภาพขององค์การอนามัยโลกเมื่อเดือนพฤษภาคม ปี ค.ศ. ๒๐๐๓ โดยประเทศไทยเป็นหนึ่งใน ๔๐ ประเทศแรกที่ลงสัตยาบรรณ (ratification) หรือ การยอมรับและการยืนยันอย่างเป็นทางการ ทำให้กรอบอนุสัญญาฯ มีผลจริงตั้งแต่วันที่ ๑๖ กุมภาพันธ์ ปี ค.ศ. ๒๐๐๕ ผลของการมี FCTC คือประเทศต่างได้มีความก้าวหน้าการดำเนินการตามมาตรการต่างๆภายใต้กรอบอนุสัญญาฯ โดย Conference of Parties (หรือ COP) เป็นกลไกอภิบาลหลักของ FCTC ปัจจุบัน ที่มีองค์สมาชิกจำนวน ๑๘๐ ราย) มีสำนักงานเลขาธิการของ FCTC COP ที่ตั้งอยู่ในองค์การอนามัยโลกแต่ทำหน้าที่เป็นอิสระต่อกัน ที่ผ่านมามีความร่วมมืออันดีระหว่างฝ่ายเลขาธิการของสมัชชาอนามัยโลก และ ฝ่ายเลขาธิการของ FCTC COP แต่ยังไม่เป็นไปในเชิงระบบที่ชัดเจน อีกทั้งหลังจากที่มี FCTC แล้ว วาระด้านการควบคุมยาสูบ ที่เสนอเข้าสู่ในสมัชชาอนามัยโลกมักถูกวางอยู่ใต้วาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ อาทิ แอลกอฮอล์ การขาดกิจกรรมทางกาย และ ภาวะโภชนาการที่ไม่ดีต่อสุขภาพ ด้วยเหตุนี้ ฝ่ายเลขาธิการของสมัชชาอนามัยโลก จึงเสนอให้มีการบูรณาการการทำงานที่มีประสิทธิภาพและเป็นระบบมากขึ้น ระหว่าง FCTC COP และ สมัชชาอนามัยโลก โดยขอให้ที่ประชุมเห็นชอบข้อเสนอ ดังต่อไปนี้

(๑) ให้รายงานผลจากการประชุม COP เป็นวาระหลัก ในร่างกำหนดการของสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ถัดจากการประชุม COP ที่จัดขึ้นทุกๆ ๒ ปี และ (๒) ให้กระตุ้น COP รวมข้อมตินโยบายและคำตัดสินที่เกี่ยวข้อง ของสมัชชาอนามัยโลก จัดเป็นวาระหลัก ในแต่ละการประชุมของ COP ด้วย

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศส่วนใหญ่ ในทุกภูมิภาค เห็นด้วยกับการบูรณาการการทำงานที่ควรมีประสิทธิภาพและเป็นระบบมากขึ้น ระหว่าง FCTC COP และ สมัชชาอนามัยโลก แต่มีความกังวลว่าการเสนอข้อมติดังกล่าวโดยฝ่ายเลขานุการของสมัชชาอนามัยโลก นั้นควรกระทำโดยฟังข้อมติจากทาง FCTC COP ก่อน เพราะทั้ง FCTC COP และ สมัชชาอนามัยโลก ต่างเป็น Sovereign Bodies ที่ไม่ขึ้นต่อกัน จึงไม่อาจกำหนดการตัดสินใจของอีกฝ่ายได้โดยมติฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง จึงมีการเสนอปรับข้อมติ (หลังการหารือร่วม ระหว่าง ประเทศนอร์เวย์ เอควาดอ เคนยา ไทย อิรัก บราซิล และ ติมอร์เลสเต ) เป็น (๑) เชิญชวน COP ให้พิจารณาที่จะเชิญ WHA ให้รายงานมตินโยบายและคำตัดสินที่เกี่ยวข้อง ในการประชุม COP (๒) เชิญ COP ให้พิจารณาที่จะรายงานผลจากการประชุม COP เป็นวาระ หลักในกำหนดการของการประชุมสมัชชาอนามัยโลก (๓) ให้วาระเรื่องนี้มีการติดตามในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๗๐ โดยข้อมติใหม่นี้ได้รับการเห็นชอบโดยเอกฉันท์จากสมาชิกสมัชชาอนามัยโลก

### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (แบบ intervention ตอนท้าย)

ประเทศไทยในเบื้องต้นเห็นชอบกับร่างข้อมติที่ฝ่ายเลขาธิการของสมัชชาอนามัยโลกเสนอโดยไม่ขอเปลี่ยนแปลง แต่ต่อมาได้ถูกเชิญเข้าร่วมหารือใน Drafting group เพื่อหาข้อยุติของร่างข้อมติที่แตกต่างกัน ร่วมกับ ประเทศนอร์เวย์ เอกวาดอร์ เคนยา อิรัก บราซิล และ ติมอร์เลสเต จนเกิดการปรับข้อมติ เป็นร่างสุดท้าย ที่ได้รับการรับรองจากทุกประเทศสมาชิก รวมทั้งประเทศไทยเรา

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

เห็นชอบข้อมติ ดังต่อไปนี้ (๑). เชิญชวน COP ให้พิจารณาที่จะเชิญ WHA ให้รายงานมตินโยบายและคำตัดสินที่เกี่ยวข้อง ในการประชุม COP (๒) เชิญ COP ให้พิจารณาที่จะรายงานผลจากการประชุม COP เป็นวาระหลัก ในกำหนดการของการประชุมสมัชชาอนามัยโลก (๓) ให้วาระเรื่องนี้มีารติดตามในการประชุม สมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๗๐

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

#### การทำงานในระดับประเทศ

สำนักงานสาธารณสุขระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข สื่อสารข้อมติไปสู่สำนักควบคุมยาสูบ กรมควบคุมโรค และผู้แทนประเทศไทยใน FCTC COP ตลอดจนหน่วยงานอื่นที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนงานด้านควบคุมยาสูบ อาทิ สสส., ศจย., ASH Thailand เป็นต้น

#### การทำงานในระดับนานาชาติ

- สำนักควบคุมยาสูบ กรมควบคุมโรค และผู้แทนประเทศไทยใน FCTC COP ติดตามการดำเนินการของฝ่ายเลขาธิการ FCTC COP ว่ามีทิศทางสอดคล้องกับการบูรณาการที่มีประสิทธิภาพ กับองค์การอนามัยโลก
- สำนักงานสาธารณสุขระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข และผู้แทนประเทศไทยใน การประชุมสมัชชาอนามัยโลก ติดตามการดำเนินการขององค์การอนามัยโลกว่าเป็นไปตามข้อมติ

#### Intervention on agenda 12.5 Strengthening synergies between the World Health Assembly and the Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control

Read by Mr. Rungsun Munkong (27/05/2016)

Thank you Mr. President,

Thailand appreciates the secretariat's effort in developing the report.

Mr. President, FCTC is a historic achievement born through unprecedented international efforts and collaboration. Thailand is proud to be among the first 40 member states who ratified the Convention and brought it to force in 2005. Since then, many member states, including Thailand, have made considerable progress in tobacco control, often as a result of fulfilling our obligations under the convention.

Moreover, the implementation of the Convention in all countries as appropriate is included in the Sustainable Development Goals, Target 3.a, reflecting the joint commitment among all MSs and all UN agencies on tobacco control.

The tobacco industry every single day engages in seductive marketing tactics, and in each passing hour they scoured the globe for loopholes in national and international legal structures to devise and deploy new line of harmful products to reach their lucrative target populations, prime among those are the children, youth and female populations in developing countries.

Having a substantial agenda item on the FCTC implementation in the Health Assembly every two years immediately following each FCTC Conference of Parties can serve to enhance collaboration and commitment of WHO secretariat, FCTC Secretariat and all Member States against this deadly risk factor.

Therefore, Thai delegation supports the draft resolution without reservations.

Thank you Mr. President.

## Agenda 12.6 Public health dimension of the world drug problem including in the context of the Special Session of the United Nations General Assembly on the World Drug Problem, held in 2016

### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. เกษักรหญิงลีตานันท์ พูนผลทรัพย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
๒. นายแพทย์ปทานนท์ ขวัญสนิท กรมสุขภาพจิต

### สาระสำคัญของวาระ

รายงานผลจากการประชุม the Special Session of the United Nations General Assembly on the World Drug Problem (UNGASS) ที่ได้จัดไปเมื่อเดือนเมษายน ๒๕๕๙ และผลการทบทวนความก้าวหน้าของ “Political Declaration and Plan of Action on International Cooperation towards an Integrated and Balanced Strategy to Counter the World Drug Problem” โดยเน้นบทบาทขององค์การอนามัยโลกและมุมมองทางสาธารณสุขในการต่อสู้กับปัญหา World Drug Problem และการประเมินความสำเร็จและความท้าทายในการต่อสู้กับปัญหาการใช้สิ่งเสพติดภายใต้กรอบของทั้ง ๓ อนุสัญญาของการควบคุมสิ่งเสพติด และผลจากการประชุม UNGASS นั้นได้ ๑ ข้อมติ รวมทั้ง outcome document ที่ชื่อว่า “Our joint commitment to effectively addressing and countering the world drug problem” ซึ่งผู้นำประเทศได้กล่าวถึงความมุ่งมั่นที่จะ “ส่งเสริมสุขภาพ สวัสดิภาพ ความเป็นอยู่ที่ดีของปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมโดยรวม และ ต้องการที่จะสร้างเสริมความเข้มแข็งของความร่วมมือขององค์การภายใต้สหประชาชาติ เช่น UNODC ที่จะดำเนินการในรูปแบบ comprehensive approach ที่เน้นด้านสาธารณสุข ทั้งการป้องกัน การรักษา และการดูแล เศรษฐกิจ สังคม และ มาตรการทางสังคม นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกจะต้อง intensify its normative function ในส่วนของการป้องกัน early intervention การรักษา การดูแล recovery, rehabilitation และ social reintegration โดยมุ่งเน้น drug use disorders associated comorbid health conditions โดยมุ่งเน้นกลุ่มที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ เช่น เด็ก วัยรุ่นและสตรี เนื่องจากการจัดการกับปัญหาเสพติดนั้นเป็น multidimensional และ ต้องการ

ความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ ดังนั้นองค์การอนามัยโลกควรจะต้องมีความพยายามที่จะต้องทำให้เกิด ความสอดคล้องของนโยบายในการจัดการเรื่องนี้กับ public health domain อื่นๆ เช่น เรื่อง โรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และ โรคติดต่ออื่นๆ เป็นต้น นอกจากนี้จะต้องทำให้เกิดการเข้าถึงยาควบคุมที่ใช้ทางการแพทย์โดยจะต้องปฏิบัติตามอนุสนธิสัญญาระหว่างประเทศว่าด้วยการควบคุมยาเสพติดควรมีสอดคล้องระหว่างการเข้าถึงยาและวัตถุประสงค์ ที่มีประโยชน์ทางการแพทย์และขณะเดียวกันต้องป้องกันไม่ให้เกิดการทำไปใช้ในทางที่ผิดหรือลักลอบค้าอย่างผิดกฎหมาย และยังต้องมีการกำกับติดตาม ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ประเมินความสามารถของระบบบริการสุขภาพ รวมถึงงานการสร้างเสริมสุขภาพในส่วนอื่นๆ และการร่วมมือกับ UNODC และองค์กรระหว่างประเทศอื่นๆ ในเรื่องการติดตามการใช้ยา อัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายที่เกิดเกี่ยวข้องกับการใช้ยาในประชากรทุกระดับรวมถึง การให้การสนับสนุนประเทศสมาชิก ทั้งแนวทางและทางด้านเทคนิคเพื่อปรับปรุงระบบของการกำกับติดตามในระดับประเทศ

รายงานผลจากการประชุมองค์ประกอบที่สำคัญด้านสาธารณสุขของนโยบายด้านยาและสารออกฤทธิ์ (drug policy) ไว้ ๔ ด้าน โดยมีสาระสำคัญสรุปได้ ดังนี้

#### ๑. การป้องกันการเข้ายาหรือสารออกฤทธิ์และการลดความเสี่ยง

- การเข้ายาและสารออกฤทธิ์ทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตมากกว่า ๔๐๐,๐๐๐ รายต่อปี คิดเป็น ๐.๕๕% ของภาระโรค และใน outside sub-Saharan Africa ๓๐% ของ HIV infection มาจากการฉีดยาเสพติด และ ยังส่งผลต่อการระบาดของ hepatitis B and hepatitis C
- มาตรการการป้องกันควรเน้นการส่งเสริม health and social wellbeing การป้องกันเยาวชนจากยาเสพติด การป้องกันปัญหาความรุนแรง (traffic and domestic injuries, child abuse, and gender-based, sexual and other violence) การจัดการปัญหาโรคติดต่อ (notably HIV, viral hepatitis and tuberculosis) โรคหรือปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ (notably sexually transmitted infections, unplanned pregnancies and complicated pregnancies) และโรคไม่ติดต่อ (notably cancer, cardiovascular diseases and liver diseases)

#### ๒. การให้การรักษาและการดูแลแก่ผู้ที่ติดยาหรือสารออกฤทธิ์

- การรักษาให้ผลดีที่สุดเมื่อใช้ comprehensive multidisciplinary approach ที่ประกอบด้วยการรักษา ดูแลเชิงบูรณาการทั้งด้านเภสัชวิทยา สังคม และจิตใจ เริ่มจากกระบวนการคัดกรอง การวินิจฉัยเบื้องต้น การให้การรักษาด้านหลักวิชาการ การบำบัดและฟื้นฟู และการกลับคืนสู่สังคม (social reintegration)
- การรักษาโดย opioid substitution therapy สำหรับผู้ติดยาเสพติดพบว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสูง ขณะเดียวกันการให้การสนับสนุนทางสังคมและจิตใจและการเข้าร่วมในกลุ่มบำบัด (therapeutic communities) ช่วยด้านการฟื้นฟูสุขภาพและบทบาททางสังคมได้เป็นอย่างดี และพบว่ายังเข้าร่วมกลุ่ม นานเท่าไรยิ่งทำให้อดยาได้ต่อเนื่องนานขึ้นและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลดลง รวมทั้ง Residential drug-free program ทำให้ผู้ดยาห่างไกลจากสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี
- ค่าใช้จ่ายด้านการบำบัดรักษาเสพติดน้อยกว่าค่าความเสียหายที่เกิดจาก drug-related crime และค่า ดำเนินการในชั้นศาลรวมทั้งผลกระทบต่อสุขภาพ
- การบริการด้านการป้องกันและรักษาผู้ติดยาเสพติดต้องเป็นบริการที่เข้าถึงได้ทั้งในภาครัฐและเอกชน ผู้มี ปัญหาสามารถเข้ารับบริการได้ทุกคน ลดความเสี่ยงทางการเงิน เน้นการป้องกันและฟื้นฟูสมรรถนะเพื่อ กลับสู่สังคม

### ๓. การป้องกันและจัดการอันตรายที่เกิดจากการใช้ยาหรือสารออกฤทธิ์ (harm reduction)

- มาตรการ Harm reduction ใช้เพื่อป้องกัน ลด และบรรเทาอันตรายจากการใช้ยาและสารออกฤทธิ์ที่ส่งผลกระทบต่อตนเองและชุมชน แต่เป็นมาตรการที่มีความอ่อนไหวทางด้านสังคมและการเมือง เนื่องจากเน้นให้ผู้ติดยาสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปลอดภัยขณะที่ไม่ได้บังคับให้หยุดหรือเลิกยา
- WHO, UNAIDS และ United Nations Office on Drugs and Crime ได้ออก technical guidance ซึ่งเป็น comprehensive package of evidence-based harm reduction interventions มีมาตรการสำคัญ เช่น การแจกเข็มฉีดยา และ opioid substitution therapy
- แนะนำให้บรรจุมาตรการ harm reduction ในนโยบายแห่งชาติและดำเนินการเป็น national program

### ๔. การเข้าถึงยาควบคุม (controlled medicines)

- การปฏิบัติตามอนุสนธิสัญญาาระหว่างประเทศว่าด้วยการควบคุมยาเสพติดมีความสอดคล้องระหว่างการเข้าถึงยาและวัตถุประสงค์ที่มีประโยชน์ทางการแพทย์และขณะเดียวกันต้องป้องกันไม่ให้เกิดการทำไปใช้ในทางที่ผิดหรือลักลอบค้าอย่างผิดกฎหมาย
- ปัจจุบันพบว่า opioid substitution therapy ซึ่งสำคัญไม่เฉพาะแต่การบำบัดรักษาการติดยา แต่สำคัญกับผู้ป่วยที่ต้องการ palliative care (WHA67.19 (๒๐๑๔)) และการรักษาด้วยการผ่าตัดและมีการวางยาสลบ(WHA68.15 (๒๐๑๕)) มีการใช้น้อยกว่าที่ควรจะเป็นในหลายประเทศ สาเหตุเกิดจากหลายปัจจัย เช่น ปัญหาการไม่มียา (unavailability) กฎระเบียบที่ไม่เอื้ออำนวย และผู้ขายยา เป็นต้น
- นโยบายการควบคุมยาของประเทศควรให้ความสำคัญต่อ **controlled medicines** โดยเฉพาะที่เป็นยาในบัญชียาหลัก ปรับระดับความเข้มงวดของกฎระเบียบให้เหมาะสม สร้างความเข้าใจและส่งเสริมการใช้ยาอย่างมีความรับผิดชอบ และพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์เริ่มตั้งแต่ในมหาวิทยาลัย และบริหารจัดการให้สามารถเข้าถึงและมียา controlled medicine ที่จำเป็นไว้ใช้

### การติดตามและประเมินผล

ควรมีกลไกการดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพทั้งในระดับประเทศ ภูมิภาค และโลก และครอบคลุมการใช้ยาในทุกช่วงชีวิต ภาระโรคที่เกิดจากการใช้ยาและสารเสพติด อัตราการป่วยและเสียชีวิต อัตราการครอบคลุมและคุณภาพของบริการป้องกัน บำบัดและรักษา มาตรการ Harm reduction ในแต่ละประเภทของสถานบริการเพื่อใช้พัฒนาทางเลือกเชิงนโยบาย การติดตาม drug-attributable mortality and morbidity, including mortality and morbidity due to the use of new synthetic psychoactive substances, รวมทั้งการเสริมสร้างความเข้มแข็งในความร่วมมือขององค์กรภายใต้สหประชาชาติ สถาบันการศึกษา องค์กรระหว่างประเทศ ที่จะสร้างและเก็บข้อมูลที่เชื่อถือได้ และ ทำให้เกิด sustainable data collection การแบ่งปัน และการเผยแพร่ขบวนการและกลไกต่างๆ

กลุ่มประเทศ core group เช่น Argentina, Australia, Colombia, Guatemala, Mexico, Netherlands, Norway, Panama, South Africa, Sweden, Switzerland, United States of America, Uruguay and Zambia ได้มีการเสนอ draft decision เพื่อขอให้ WHO secretariat จัดทำ comprehensive strategy และแผนปฏิบัติการภายใต้บทบาทขององค์การอนามัยโลกเพื่อสร้างความเข้มแข็งในการจัดการ World Drug Problem ในมุมมองของสาธารณสุขโดยปรึกษากับประเทศสมาชิก และองค์กรภายใต้สหประชาชาติที่เกี่ยวข้องโดยผ่านการประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก ครั้งที่ ๑๔๒ (มกราคม ๒๐๑๘) และนำเสนอต่อ WHA และให้มีการรายงานความคืบหน้าของการดำเนินการในปี ๒๐๑๗ ได้มี drafting group เพื่อพิจารณาเนื้อหาที่สามารถ

ดำเนินการได้ ๓ session แต่เนื่องจากการเสนอ draft decision นั้นค่อนข้างกระชั้นจึงทำให้ประเทศสมาชิกบางประเทศ เช่น สหภาพรัฐเซีย คิวบา นิคารากัว จีน ไม่ได้เตรียมท่าทีจากประเทศมาก่อน จึงไม่สามารถ มีมติเป็นเอกฉันท์

### **บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ**

Argentina, Australia, Colombia, Guatemala, Mexico, Netherlands, Norway, Panama, South Africa, Sweden, Switzerland, United States of America, Uruguay Zambia สนับสนุน draft decision

เพื่อ ดำเนินการจัดทำร่างแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการภายใต้ความรับผิดชอบขององค์การอนามัยโลก เพื่อจะจัดการเรื่อง word drug problem ในมุมมองของสาธารณสุข (public health dimension)

รัฐเซีย คิวบา นิคารากัว จีน ให้มีการดำเนิน outcome document ที่ชื่อว่า “Our joint commitment to effectively addressing and countering the world drug problem” และเห็นว่ายังไม่ควรรีบดำเนินการตาม draft decision

สิงคโปร์ และ อินโดนีเซีย สนับสนุน draft decision ก็ต่อเมื่อมีการระบุเรื่องการให้อำนาจแก่ประเทศสมาชิกในการดำเนินการตามบริบทและกฎหมายของประเทศ

### **บทบาทและท่าทีของประเทศไทย**

ประเทศไทยเห็นด้วยที่จะให้ WHO secretariat ที่จะดำเนินการจัดทำร่างแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการภายใต้ความรับผิดชอบขององค์การอนามัยโลกเพื่อจะจัดการเรื่อง word drug problem ในมุมมองของสาธารณสุข (public health dimension) ที่สอดคล้องกับ outcome document ที่ชื่อว่า “Our joint commitment to effectively addressing and countering the world drug problem” โดยจะต้องปรึกษาประเทศสมาชิก และต้องร่วมมือกับ UNODC, the International Narcotics Control Board และองค์กรที่อยู่ภายใต้สหประชาชาติที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งรายงานความคืบหน้าต่อสมัชชาอนามัยโลก

### **สรุปผลลัพธ์ของวาระ**

ที่ประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลก สมัยที่ ๖๙ รับทราบรายงาน และขอให้มีการบรรจุวาระนี้เพื่อพิจารณาในการประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลกครั้งที่ ๑๔๐ ในเดือนมกราคม ปี ๒๐๑๗

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

#### **การทำงานในระดับประเทศ**

ปัญหา Drug Problem มีความซับซ้อนและละเอียดอ่อนอย่างมาก เพราะเกี่ยวข้องกับมิติทางสังคม วัฒนธรรม สุขภาพ กฎหมาย และอื่นๆ และปัจจุบันฐานคิดของผู้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหานี้ (เช่น ผู้กำหนดนโยบาย ผู้บังคับใช้กฎหมาย บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย ผู้ติดยาเสพติด และประชาชนทั่วไป) ยังหลากหลาย การปัญหาอาจเริ่มจากการปรับฐานคิดของการมองปัญหา Drug problem ให้สอดคล้องกันก่อน และบูรณาการการดูแลผู้ป่วย

#### **การทำงานในระดับนานาชาติ**

ติดตามความคืบหน้าการเจรจาของวาระนี้

## Agenda 12.7 Addressing the challenges of the United Nations Decade of Action for Road Safety (2011-2020): outcome of the Second Global High-level Conference on Road Safety—Time for Results

### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นายแพทย์อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์ กรมควบคุมโรค
๒. นายแพทย์นคร เปรมศรี กรมควบคุมโรค

### สาระสำคัญของวาระ

ประเด็นด้านความปลอดภัยทางถนนนั้นถูกหยิบให้เป็นประเด็นสำคัญระดับโลกมาหลายสิบปี โดยในปี ๒๐๐๔ องค์การสหประชาชาติได้กำหนดให้มีการขับเคลื่อนด้านความปลอดภัยทางถนน และประกาศให้เรื่องความปลอดภัยทางถนนเป็นเนื้อหาหลักของวาระอนามัยโลกในปีนั้น พร้อมกับ UN assembly resolution “moving global road safety” และสร้างกลไกการทำงานร่วมกันระหว่างองค์การสหประชาชาติ และองค์การอนามัยโลก

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ภายใต้ชื่อ UN road safety collaboration ซึ่งมีการประชุมอย่างต่อเนื่องในชื่อการประชุม United Nation Global Road Safety Week.

ในปี ๒๐๐๙ องค์การสหประชาชาติได้จัดให้มีการประชุม First global ministerial conference on road safety in Moscow และประกาศเป็น “Moscow Declaration” ซึ่งภายหลังได้มีการพัฒนาเป็นแผนพัฒนา ระยะ ๑๐ ปี ชื่อ Decade of Action for Road Safety 2011 – 2020 โดยกำหนดให้มีเป้าหมายสำคัญ ๒ เป้าหมายคือ

1. Stabilizing and then reducing forecasted level of RTF globally by increasing activities at national, regional and global level
2. increase the proportion of countries with comprehensive legislation on key risk factor from 15% - 50%

ในปี ๒๐๑๕ องค์การสหประชาชาติได้กำหนดเป้าหมาย SDG ขึ้นซึ่งครอบคลุมประเด็นการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุบนท้องถนน และจัดให้มีการประชุม Second global High-level conference on road safety ที่ประเทศบราซิล โดยเนื้อหาการประชุมครอบคลุมทั้งการทบทวนสถานการณ์ตามแผน ๑๐ ปี และการพิจารณาแนวทางเพื่อตอบรับกับเป้าหมาย SDG และประกาศเป็น Brasilia Declaration โดยในปีเดือน ธันวาคม ๒๐๑๕ องค์การอนามัยโลกได้นำ Brasilia Declaration เข้าในที่ประชุม EB138 ซึ่งภายหลังได้ร่าง draft resolution ขึ้น (document A69/A/conf./1) ซึ่งจะถูกนำมา discuss ใน WHA69 อีกประเด็นหนึ่ง

### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (แนว intervention ตอนท้าย)

ประเทศไทยสนับสนุน draft resolution

ประเทศไทยยินดีกับความสำเร็จร่วมกันขององค์การอนามัยโลก และประเทศสมาชิกที่สามารถควบคุมอุบัติการณ์ของการเสียชีวิตบนท้องถนนทั่วโลกให้อยู่ในระดับคงที่ได้ในช่วงกลางของแผน ๑๐ ปี อย่างไรก็ตาม เป้าหมายของแผน ๑๐ ปีนั้น คาดหวังให้สามารถลดอุบัติการณ์ลงด้วย ดังนั้นประเทศจึงขอให้ประเทศสมาชิกเร่งมือในการดำเนินการเพื่อการบรรลุเป้าหมาย ในขณะที่เดียวกัน องค์การอนามัยโลกควรติดตามสถานการณ์อย่างใกล้ชิด และรายงานค่าพยากรณ์ทุกปี



สำหรับเป้าหมาย SDG นั้นมีความแตกต่างจากเป้าหมายแผน ๑๐ ปี โดย SDG ได้ระบุให้ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุบนท้องถนนลง 50% ในปี ค.ศ. ๒๐๒๐ เมื่อเทียบกับปีฐาน ซึ่งประเทศไทยให้ข้อสังเกตว่าเป็นเป้าหมายที่ทะเยอทะยานและท้าทายมาก โดยเฉพาะกับประเทศกำลัง low and middle income มากกว่า 50% ที่สถานการณ์การเสียชีวิตยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

จากหลักฐานทางระบาดวิทยาแสดงให้เห็นว่าแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดอุบัติเหตุ และการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ มาตรการควบคุม drink driving นั้นยังไม่เพียงพอ ประเทศไทยเสนอให้ควรมี supranational tool เพื่อการควบคุมด้วย และเสนอว่าถึงเวลาแล้วที่จะต้องมีการศึกษาทบทวนความจำเป็น ความเป็นไปได้ ของเครื่องมือทางกฎหมายเพื่อป้องกันอันตรายที่เกิดจากการบริโภคแอลกอฮอล์โดยใช้แนวทางต้นแบบจาก FCTC

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ทุกประเทศเห็นด้วยกับ draft decision (document A69/A/conf./1) และสนับสนุนให้ทุกประเทศเร่งดำเนินการ บางประเทศหยิบยกบางประเด็นที่มีอยู่ใน draft เพื่อเน้นความสำคัญ เช่นเรื่องระบบข้อมูล และการเฝ้าระวัง แต่ไม่มีประเทศใดแสดงการสนับสนุนในประเด็นแอลกอฮอล์ในวาระ road safety ที่ประเทศไทย intervene ประเทศจีนเสนอให้มีการเพิ่มการควบคุมความเร็วของ จักรยานไฟฟ้าด้วย แต่ไม่ได้ amend draft decision แต่อย่างใด

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

#### การทำงานในระดับประเทศ

ควรสร้างความเข้มแข็งให้กับองค์กรที่ทำหน้าที่บูรณาการงานด้านความปลอดภัยทางถนน เพื่อให้เกิดภาพความร่วมมือกันทุกหน่วยงานอย่างจริงจัง และควรมีการบังคับใช้กฎหมายที่มีอยู่ให้มีประสิทธิภาพ

#### การทำงานในระดับนานาชาติ

เรื่องการควบคุมแอลกอฮอล์ที่นอกเหนือจาก drink driving ยังต้องการการขับเคลื่อนในระดับ inter-country เนื่องจากการตลาดธุรกิจแอลกอฮอล์ในยุคดิจิทัลนั้น ไร้พรมแดน

ในการประชุม WHA69 นี้ ได้มีความพยายามที่จะขับเคลื่อนประเด็น supranational strategy for alcohol control แต่ยังเป็นแค่การเริ่มต้น ยังไม่มีการร่างเอกสารแต่อย่างใด ดังนั้นบทบาทของประเทศไทยคือการประสานความร่วมมือกับประเทศที่มีแนวร่วมด้านแอลกอฮอล์เดียวกันเพื่อผลักดันให้ WHO มีการศึกษา ทบทวน การสร้าง framework conventional of alcohol control อย่างจริงจัง

**Intervention on agenda 12.7 Addressing the challenges of the United Nations Decade of Action for Road Safety (2011-2020): outcome of the Second Global High-level Conference on Road Safety—Time for Results**

Read by Auttakit (28/May/2016)

Thailand congratulates Member States and WHO for our success of stabilizing the incidence of road traffic death despite a 16% increase in the number of vehicle globally in 2015, the mid way of decade of action. Regarding to global plan for decade of action, the goal is not only stabilization but also reduction of the forecast level of road fatalities by 2020. Therefore, Thailand encourages all member states to accelerate all actions in order to achieve the global goal. Furthermore, we would like to request WHO for close monitoring and figuring out the forecast level annually.

Regarding the SDG target, we have an observation. Reducing the current level of road fatalities worldwide by 50% by 2020 is very ambitious for many developing countries. In order to achieve the SDG target, it requires huge effort of a country within a limited timeline of only five years ahead. Actually, road fatalities have increased in more than half of all low- and middle-income countries.

Evidence shows that average consumption of alcohol in a society has a strong association with RTI and deaths, we emphasize the importance of policies on alcohol consumption control, not only drink driving but also measures to reduce all harms related to alcohol. Alcohol is the only psychoactive substance and leading health risk factor without any supranational tool to control. We reiterate the proposal of Bosawana, Srilanka and Congo in Agenda 12.4, we realize it is the right time to study about the necessity and benefit of legal-binding tool to control alcohol-related harms, in the model of FCTC, which will provide comprehensive strategies and interventions.

#### Agenda 13.1 Monitoring of the achievement of the health-related Millennium Development Goals

#### Agenda 13.2 Health in the 2030 Agenda for Sustainable Development

##### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. แพทย์หญิงมานิตา พรรณวุฒิ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันทพันธ์ ชินล้ำประเสริฐ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ

##### สาระสำคัญของวาระ

- รายงานผลการดำเนินงาน MDG โดยภาพรวมผลการดำเนินงาน MDG สำเร็จ ประเด็นที่บรรลุเป้าหมายคือการดำเนินงานโรคเอดส์ วัณโรคและมาลาเรีย ประเด็นที่ไม่บรรลุเป้าหมายคืออัตราเสียชีวิตมารดาและเด็ก
- วาระ SDG ครั้งนี้มีการพิจารณา Resolution EB138.R5 และ Resolution A69/V/CONF./10Rev.1

##### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- ควรนำประสบการณ์ของการดำเนินงาน MDG มาเป็นบทเรียนในการทำ SDG และเป้าหมายที่ผลการดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมายใน MDG เช่น เรื่องอัตราการตายของมารดาและเด็ก มาปรับเป็นเป้าหมายใน SDG ต่อไป
- ประเทศสมาชิกร้องขอให้เนื้อหาใน SDG มีเรื่องการเงินการคลัง การดำเนินงานแบบองค์รวม พหุภาคี
- ประเทศสมาชิกร้องขอให้ทำข้อตกลงทางการเมืองในเรื่อง SDG และควรทรัพยากรสนับสนุนประเทศให้เพียงพอเพื่อความสำเร็จบรรลุเป้าหมาย SDG
- ประเทศสมาชิกทุกประเทศสนับสนุน Resolution EB138.R5

### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

- การพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยที่ไม่ประสบผลสำเร็จในเป้าหมาย MDG สาเหตุหลักเกิดจากการทำข้อตกลงไม่เหมาะสมและไม่สามารถแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม
- เป้าหมายของ SDG ถูกตั้งไว้ค่อนข้างสูงมาก ต้องใช้ความพยายามมากเป็น ๒ เท่า สร้างความร่วมมือมากเป็น ๓ เท่า การประสานงานระหว่างหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพโดยเฉพาะเรื่องโรคไม่ติดต่อ การบาดเจ็บทางถนน เหล้า สุรา และยาสูบ
- UHC เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จของ SDG ศักยภาพระบบสาธารณสุขโดยเฉพาะการบริการปฐมภูมิเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ระบบ UHC ยั่งยืน
- ประเทศไทยสนับสนุน Resolution EB138.R5 และ Resolution A69/A/CONF./10Rev.1

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

- อนุมัติ Resolution EB138.R5 “Strengthening essential public health function in support of the achievement of universal health coverage” และ Resolution A69/A/CONF./10Rev.1 “Health in the 2030 Agenda for Sustainable Development”
- สรุปประเด็น MDG มีการดำเนินงานทั้งระดับภูมิภาค ประเทศ บางผลงานได้ตามเป้าหมาย บางผลงานไม่ได้ตามเป้าหมาย แต่การดำเนินงาน MDG จะเป็นบทเรียนในการทำ SDG ต่อไป นอกจากนี้ควรให้ความสำคัญกับประเด็น MDG ที่ทำไม่สำเร็จตามเป้าหมายและให้ดำเนินงานต่อไปใน SDG ต่อไป
- สรุปประเด็น SDG เนื้อหาของ SDG ครอบคลุมทุกด้าน และมีเนื้อหาด้านสาธารณสุขในเป้าหมายที่ ๓ ของ SDG ซึ่งมีการเชื่อมการดำเนินงานด้านสาธารณสุขกับด้านอื่นๆ การดำเนินงานเรื่อง SDG ควรจัดการเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) และการเพิ่มศักยภาพระบบสุขภาพ นอกจากนี้เรื่อง SDG ยังต้องการงานวิจัยมาสนับสนุน
- ประเทศสมาชิกขอให้ WHO กำหนดยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการของ SDG

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

#### การทำงานในระดับประเทศ

- มอบหมายให้มีผู้ประสานหลัก (กรมอนามัย กรมการแพทย์และกรมควบคุมโรค) ให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามาทบทวนหรือจัดทำ comprehensive plan และประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน SDG เพื่อรับทราบเป้าหมายด้านสุขภาพ

#### การทำงานในระดับนานาชาติ

- ติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานตาม Resolution และร่วมกำหนดเป้าหมายอย่างชัดเจนและเหมาะสม

**Intervention on agenda 13.1 Monitoring of the achievement of the health-related Millennium Development Goals and 13.2 Health in the 2030 Agenda for Sustainable Development**

Read by Clin. Prof. Emeritus Piyasakol Sakolsatayadorn (24/5/2016)

Thank you chair,

Thailand aligns ourselves with SEAR statement made by Maldives.

Thailand congratulates the secretariat and member states for concerted efforts made in achieving MDGs and to achieve SDGs.

Evidence shows that health systems constraints are the main barriers to access to quality health service among MDG “off-track” countries. Inadequate commitment and implementation capacities to translate commitment into real actions are the root causes of health systems bottlenecks.

Equity and leaving no one behind is the fundamental principle of sustainable development goals. The SDG has set a higher level of ambition than MDG, for which re-double efforts and triple commitment are needed to achieve SDG by 2030. Efforts are required for effective inter-sectoral actions, in particular determinants contributed by non-health sector, such as NCD, road traffic injuries, tobacco and alcohol.

Successful implementation of SDG needs to draw lessons from MDG experiences. The MDG off track countries need to accelerate effective implementation of SDG. And the MDG on track countries need to sustain their gains in the last decades. Global monitoring progress is essential to accelerate SDG implementation in relation to peer countries.

Universal health coverage is one of the main drivers to achieve social inclusion as inspired by the SDG. Health systems capacities, especially at the primary healthcare level, are the foundation for effective implementation of sustainable UHC. In this connection, Thailand would like to sincerely thank the Government of Japan for actively promoting UHC globally as the means to achieve SDGs, especially in the G7 summit next month. Furthermore, we need to make sure that the indicators for measuring propose toward UHC must include indicator on financial protection, especially the out of pocket payment.

As co-sponsored country, Thailand supports two draft resolutions proposed for the SDG agenda.

Thank you chair

### Agenda 13.3 Operational plan to take forward the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health

#### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. แพทย์หญิงภัทราวลัย ตลิ่งจิตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันทพันธ์ ชินกล้าประเสริฐ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ

#### สาระสำคัญของวาระ

UN Secretary-General ออกยุทธศาสตร์ระดับโลก ๒๐๑๖-๒๐๓๐ สำหรับสุขภาพผู้หญิง เด็กและวัยรุ่น (The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health) เมื่อเดือนกันยายน ๒๐๑๕ โดยมีวิสัยทัศน์คือ ภายในปี ๒๐๓๐ ทั่วโลกจะต้องตระหนักถึงเสรีภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ ความเป็นอยู่ที่ดี การได้รับโอกาสทางด้าน สังคมและเศรษฐกิจ การมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในการ สร้างสังคมที่มี ความเจริญรุ่งเรืองและยั่งยืนของ สตรี เด็ก และวัยรุ่นทุกคน โดยแบ่งเป็นสามเป้าหมายหลักได้แก่ Survive (เพื่อป้องกันการเสียชีวิตจากเหตุซึ่งสามารถป้องกันได้), Thrive (ทำให้มีความมีความสุข ความเป็นอยู่ที่ดีตามศักยภาพที่มี) and Transform (ขยายภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อความเป็นอยู่ที่ดี) หลังจากนั้นได้มีกลุ่มประเทศนำโดยอูรุกวัย เคนยา แคนาดา ที่ร่วมกันร่าง Operational plan to take forward the Global Strategy on Women's Children's and Adolescents' Health ซึ่งประกอบด้วย milestone 2016-17 and 2018- 20 แสดงให้เห็นแผนการทำงานที่ชัดเจนยิ่งขึ้น โดยแผนการปฏิบัติการดังกล่าวได้ถูกนำไปพิจารณาในการประชุม EB138 จากนั้นได้มีการร่าง draft resolution เพื่อนำเข้าสู่การพิจารณารับรองในการประชุม WHA69 นี้

#### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่น ๆ

ทุกประเทศเห็นความสำคัญของสตรี เด็กและวัยรุ่นและยินดีสนับสนุนนโยบายระดับโลกในการดูแลสุขภาพสตรี เด็ก และวัยรุ่น แต่หลายประเทศยังมีปัญหาในการปฏิบัติให้ได้ผลลัพธ์ตาม milestone เนื่องจากข้อจำกัดตามบริบทของประเทศ อย่างไรก็ตามประเทศส่วนใหญ่ได้มีการดำเนินโครงการต่าง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ที่ทาง UNGA ได้ออกมาอยู่บ้างแล้ว และไม่มีการขอแก้ไข draft resolution ที่ได้ร่างมา

#### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (แนว intervention ตอนท้าย)

ประเทศไทยเห็นด้วยกับแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวรวมทั้งกรอบแผนการทำงานในห้าปีแรกตามเอกสาร A69/16: Operational plan to take forward the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health และต้องการให้นานาประเทศยอมรับและปฏิบัติตามกรอบแผนปฏิบัติการดังกล่าวซึ่งมีการแนบ milestone 5 ปีแรกในการทำงานอยู่ด้วยและมีความชัดเจนถึงสิ่งที่ต้องทำเป็นขั้นตอน จึงได้ขอแก้ไขเพิ่มเติม Draft resolution A69/A/CONF./2 ดัง intervention ซึ่งแนบอยู่ตอนท้าย

หลังจากทีมผู้แทนไทยได้เจรจากับอูรุกวัยซึ่งเป็นตัวแทนประเทศผู้ร่าง draft resolution ไทยยอมถอน amendment ในการให้ประเทศสมาชิกปฏิบัติตาม milestone ออกไปเนื่องจากหลายประเทศยังไม่พร้อมในการปฏิบัติตาม milestone ดังกล่าว และปรับเปลี่ยนคำให้เหมาะสม โดยยังคงความหมายเดิม ไทยยอมรับและสนับสนุน draft resolution นี้และยินดีร่วมเป็น co- sponsor ในวาระนี้

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับรอง resolution in Document (Draft) A69/72 entitled: Committing to implementation of Global strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health

#### การทำงานในระดับประเทศ

มอบหมายให้มีผู้ประสานหลัก (กรมอนามัย) ให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามาทบทวน Operational plan to take forward the Global strategy for Women's, Children's, and adolescents' health และประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเพื่อรับทราบวางแผนทำงานร่วมกัน

#### การทำงานในระดับนานาชาติ

ติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานตาม Resolution

### **Intervention on Agenda 13.3 Operational plan to take forward the Global Strategy on Women's, Children's and Adolescents' Health**

Intervention by Thai delegation

Read by Dr. Pattarawalai Talungchit 250516

Thank you, Chair

The Thai delegations fully endorse the operational plan of the global strategy and appreciate the core group for their efforts in tabling the draft resolution: Committing to implementation of the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health.

We fully support the global accountability for the Global Strategy which will be consolidated in a unified framework. Accountability requires quality data. In this regard, countries should build their capacity to collect high-quality data and to use for decision making.

We wish to see the UNSG's speedy actions to appoint IAP panel's members through a transparent selection process. We also wish the Secretariat to accelerate the work of the Panel. We are eager to read the panel's initial report around the time of UNGA 2016 and the first full accountability report in 2017.

We appreciate the proposed milestones for the implementation of the global strategy for women's, children's and adolescents' health which clearly set the actions, targets and timeline to accelerate the progress of the framework.

In order to make the draft resolution stronger, we propose two amendments as follow.

After PP6, In the paragraph begin with: INVITE Member states:

subpara (1) to add "*and the milestone 2016-17 and 2018-20 in Annex 2 of the report A69/16*" after the Global Strategy 2016-2030 to be read:

To commit, in accordance with their national plans and priorities, to implementing the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016- 2030), and the milestone 2016-17 and 2018-20 in Annex 2 of the report A69/16...; (and so on)

subpara (2) to delete "*upon their request*" at the end of the subpara. We think it is a typo, no need to invite member states upon their request

Thailand is happy to co- sponsor of this draft resolution with few amendments mentioned.

Thank you, Chair.

### Agenda 13.4 Multisectoral action for a life course approach to healthy ageing: Draft Global Strategy and Plan of Action on Ageing and Health

#### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. รองศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ สภาการพยาบาล
๒. ดร. สิ้นศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี กรมอนามัย
๓. นายแพทย์ธงชน เพิ่มบาศรี กรมการแพทย์

#### สาระสำคัญของวาระ

๑. ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทั้งจำนวนและ Ageing life expectancy.
๒. ในการประชุม EB138 ระหว่างวันที่ ๒๕-๓๐ มกราคม ค.ศ. ๒๐๑๖ มีการรับทราบ ร่างรายงาน เรื่อง Multisectoral action for a life course approach to healthy ageing: draft global strategy and plan of actions on ageing and health
๓. ประเทศญี่ปุ่นเป็นแกนนำจัดทำ Draft resolution: The global strategy and action plan on ageing and health 2016–2020: towards a world in which everyone can live a long and healthy life และเชิญชวนประเทศไทยร่วมเป็น Co-sponsors ร่วมกับประเทศสมาชิกอื่นอีก ๑๕ ประเทศ Draft resolution นี้จึงเสนอโดยประเทศสมาชิก ๑๗ ประเทศ ได้แก่ Argentina, Australia, Colombia, Denmark, Ecuador, Finland, France, Germany, Japan, Luxembourg, Monaco, Netherlands, Norway, Panama, Portugal, Thailand and United States of America.
๔. สาระกล่าวนำของ draft resolution นี้ได้นำเอาข้อมติที่เกี่ยวข้องกับ Healthy ageing ที่สมัชชาอนามัยโลกและ UN General Assembly ได้ลงมติร่วมกันแล้ว อาทิ resolution WHA52.7 (1999) on active ageing; resolution WHA 58.16 (2005) on strengthening active and healthy ageing; United Nations General Assembly resolution 57/167 (2002), the Madrid International Plan of Action on Ageing, 2002; resolution WHA65.3 (2012) on strengthening non-communicable disease policies to promote active ageing; an urgent need to prevent disabilities related to such diseases and to plan for long-term care; resolution WHA67.19 (2014) on strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course นอกจากนี้ยังได้กล่าวถึง the World report on ageing and health ที่นำเสนอ a new paradigm of Healthy Ageing และ a public health framework for action และได้กล่าวถึงการดำเนินงานด้านนี้ ใน WHO regional offices.
๕. ยอมรับ คำนิยาม the concept of Healthy Ageing หมายถึง “ the process of developing and maintaining the functional ability that enables well-being in older age. This functional ability is determined by the intrinsic capacity of the individual, the environments they inhabit and the interaction between them. ..Healthy Ageing is a process that spans the entire life course and that can be relevant to everyone, not just those who are currently free of disease”
๖. Draft resolution นี้ มี 4 operative paragraphs (OPs) โดย OP2 Calls ON partners ประกอบด้วย international, intergovernmental and nongovernmental organizations, as well as self-help

and other relevant organizations เข้ามามีบทบาทร่วมงานกับ Member States และ WHO Secretariat ตามความเหมาะสม

#### **บทบาทและท่าทีของประเทศอื่น ๆ**

๑. มีการจัดทำท่าทีของประเทศสมาชิก SEAR (Regional One Voice) โดยมอบให้ ประเทศ เกาหลีเหนือ (PDR Korea) เป็นผู้ร่างการแสดงท่าทีเสนอ ประเทศสมาชิกและมีการประชุมเพื่อการยอมรับ ROV Intervention. และให้ประเทศเกาหลีเหนือ เป็นผู้นำเสนอใน Assembly
๒. ใน Assembly, ประเทศสมาชิกทั้งสิ้น ๔๑ ประเทศ (รวมทั้ง ประเทศไทย และประเทศ Co-sponsors อื่น ๆ) ได้กล่าวสนับสนุนและยอมรับทั้ง รายงาน Global strategy and plan of actions on ageing and health.2016-2020. และ WHA resolution: The global strategy and action plan on ageing and health 2016–2020: towards a world in which everyone can live a long and healthy life.
๓. Observer: Chinese Taipei และ องค์กรนานาชาติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอีกกว่า ๑๐ องค์กร อาทิ International Red Cross and Red Cross Society; World Dental Federations; International Nurses Council; IPF; WMA/WHPA เป็นต้น ทุกองค์กรที่กล่าวมาเหล่านี้ให้การสนับสนุนทั้งสิ้น

#### **บทบาทและท่าทีของประเทศไทย**

ประเทศไทยเห็นด้วยกับข้อความที่เสนอโดยประเทศเกาหลีเหนือในนามของประเทศสมาชิก SEAR 11 ประเทศ ในสังคมและวัฒนธรรมของเอเซียและไทยนั้นผู้สูงอายุมักได้รับการนับถือว่าเป็นบุคคลที่มีคุณค่าในด้านประสบการณ์และทำคุณประโยชน์มาแล้ว สังคมจึงต้องให้การดูแลผู้สูงอายุให้มีความสุขจากสุขภาพที่ดี ประเทศไทยได้จัดสรรงบประมาณปี ๒๕๑๖ เพิ่มเติมในการดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียงจำนวน หนึ่งแสนคน ใน ๑,๐๐๐ ตำบลทั่วประเทศ โดยให้ อบตเป็นผู้จัดบริการร่วมกับ รพ.สต. และสนับสนุนยอมรับทั้งรายงาน และ draft resolution (ตามเอกสาร Intervention แนบ)

#### **สรุปผลลัพธ์ของวาระ**

ที่ประชุมมีมติรับทั้งรายงาน Global strategy and plan of actions on ageing and health.2016-2020. และ resolution: The global strategy and action plan on ageing and health 2016–2020: towards a world in which everyone can live a long and healthy life

#### **ข้อเสนอต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุงกรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)**

สืบเนื่องจากการที่ Resolution นี้มีการระบุให้มีการรายงานผลการดำเนินงาน (ครึ่งแผน) ตามตัวชี้วัด มาตรฐาน และหลักฐานเชิงประจักษ์ใหม่ๆ ในแต่ละ strategic objective ในการประชุมสมัชชานานาชาติโลกครั้งที่ ๗๑ (WHA71) ปี ๒๐๑๗ ดังนั้น จึงมีข้อเสนอต่อการทำงานในระดับประเทศและระดับนานาชาติ ดังนี้

#### **การทำงานในระดับประเทศ**

๑. กระทรวงสาธารณสุขควรมีบทบาทสำคัญในการพัฒนานโยบายและแนวทางการดูแลผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน โดยกำหนดให้กรมอนามัยและกรมการแพทย์เป็น Focal Point ทำงานประสานกับกรม และกระทรวงอื่น ๆ รวมถึงทุกภาคส่วน เพื่อให้การพัฒนานโยบายการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยเป็นไปอย่างมีส่วนร่วม และเกิดความยั่งยืน



๒. ควรมีการทำงานร่วมกันเป็นเครือข่ายเพื่อให้เกิดความยั่งยืน เช่น อปท. (อบต. และเทศบาลในท้องถิ่น) หน่วยงานด้าน การผลิตและการพัฒนา workforce ด้านผู้สูงอายุ ซึ่งไม่ได้มีเฉพาะบุคลากรสายวิชาชีพ เท่านั้นยังมี ผู้ช่วยเหลือดูแลอีกหลายๆประเภทที่ต้องกำหนดและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะ Family caregiver ถือเป็นผู้ดูแลหลักจะพัฒนาให้สามารถดูแลได้อย่างต่อเนื่องอย่างไร เป็นต้น.
๓. การนำ Global strategy and plan of actions on ageing and health 2016-2020 ไปสู่การปฏิบัติให้เกิดผลเชิงประจักษ์

#### การทำงานในระดับนานาชาติ

ควรแสวงหาการทำงานร่วมและการสนับสนุน จาก WHO, SEARO และ Japan หรือประเทศสมาชิก/องค์กร นานาชาติอื่น ในการพัฒนา health and long-term care systems ที่สามารถให้บริการดูแลที่ เป็น good-quality integrated care รวมทั้งด้าน วิจัยและพัฒนาความรู้

#### **Intervention on Agenda 13.4 Multi-sectoral action for a life course approach to healthy ageing: draft global strategy and plan of action on ageing and health**

Read by Dr. Suchittra Luangamornlert (26 /May/2016)

Thank you Chair.

Thailand aligns ourselves with the statement made by DPR Korea on behalf of South East Asia Region.

Thai delegations highly appreciate and recognize the efforts by the Secretariat for the global strategy and plan of action on aging and health (2016-2020) Rapid demographic transition towards grey society and epidemiological transition towards NCD pose a major challenge to country health and social systems to accommodate these major changes, for which a policy towards healthy ageing is important and this strategy is a timely contribution.

The Asian culture and Thai national wisdom regard and respect the elder citizens as the most value, most experienced citizens and that the whole society and families should care for their health, spiritual and social wellbeing as highlighted in the WHO Constitution.

Ageing policy had followed this concept, by providing not only health service through universal health coverage, but also income, social and spiritual and other supports; using family and community as a central hub of these interventions with effective interlink with health systems.

For frail elderly, additional supports are needed. In fiscal year 2015, additional 600 million Baht was allocated to support 0.1 million frail elderly for home care in 1000 sub-districts. This pilot implemented by Local Governments will be scaled up to the whole country in a few years. At the same time, health workforce has been trained to manage home health care and provide holistic long term care.

Chair, Manpower is a critical element in managing elderly, such as professionals, family care giver, community volunteers, and new type of ageing service providers. Attention should be given to the training of adequate personnel for elderly care.

Thailand fully endorses the global strategy and plan on action on ageing and health contained in the A69/A/Conf/8.

Thank you Chair.

### Agenda 13.5 Health and the environment: Draft road map for an enhanced global response to the adverse health effects of air pollution

#### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นางฉวีรุช อาภาจรัส กรมอนามัย
๒. ดร. นลินี ศรีพวง กรมควบคุมโรค
๓. ดร. คณางค์ คันธมธูรพจน์ มหาวิทยาลัยมหิดล

#### สาระสำคัญของวาระ

- วาระนี้เป็นการเสนอเอกสารเพื่อให้ที่ประชุมพิจารณาให้การรับรอง Roadmap (2016-2019)
- กล่าวถึงความจำเป็นที่ภาคสาธารณสุขต้องมีบทบาทในการดำเนินการเกี่ยวกับผลกระทบของมลพิษอากาศที่มีต่อสุขภาพ โดย refer ถึง resolution WHA68.8 ที่ห่วงใยปัญหาผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษอากาศทั้งในอาคารและนอกอาคาร ที่เป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยและเสียชีวิต โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา ทั้ง ๆ ที่สามารถหลีกเลี่ยงได้
- การแก้ไขปัญหาดังกล่าว จำเป็นที่ภาคสาธารณสุขในทุกระดับ จะต้องทำงานร่วมกับหน่วยงานภาคสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีการกำหนดนโยบายที่คำนึงถึงสุขภาพประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มอ่อนไหว
- กล่าวถึงข้อตกลงระดับโลกที่สนับสนุนการดำเนินงานด้านมลพิษอากาศและสุขภาพ ได้แก่ Paris Agreement on Climate Change ที่รับรองเมื่อปี ๒๕๕๘ และการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs: Goal 3, 7,11) และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง
- Roadmap เสนอแนวทางการดำเนินงาน ๔ ด้าน ได้แก่
  - การขยายฐานความรู้ โดยการส่งเสริมการวิจัย และจัดทำ Evidence และ ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษอากาศ ทำการเผยแพร่ และผลักดันการนำไปพัฒนานโยบาย
  - การติดตามตรวจสอบและการรายงานผล โดยการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบการติดตามตรวจสอบและการรายงานแนวโน้มด้านสุขภาพและมลพิษอากาศ รวมทั้งแหล่งกำเนิดมลพิษอากาศประเภทต่าง ๆ เพื่อวางแนวทางการแก้ไขปัญหาได้ ขณะเดียวกันก็สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการรายงานผลการงานตามเป้าหมาย SDGs ที่เกี่ยวข้องได้ด้วย
  - การยกระดับการนำของหน่วยงานด้านสาธารณสุข ทั้งในระดับโลก ภูมิภาค และระดับประเทศ โดยการประสานการดำเนินงาน

- การเสริมสร้างความเข้มแข็งศักยภาพบุคลากรภาคสาธารณสุข ในการวิเคราะห์และพัฒนานโยบาย เพื่อสนับสนุนการพัฒนายุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการร่วมกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการดำเนินงานตาม WHO Air quality guideline

#### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่น ๆ

- ประเทศส่วนใหญ่ที่สนับสนุน Roadmap ได้แก่ นอร์เวย์ (ROV) มอโรคโค เยอรมันนี ฝรั่งเศส ปานามา ปารากวัย อิรัก รัสเซีย เวียดนาม เนปาล (ROV) อินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์ เม็กซิโก ทานซาเนีย เป็นต้น
- ประเทศจีน ยินดีที่มี roadmap นี้ ซึ่งจะสนับสนุน Global Platform on Air Quality และเสนอให้มีการติดตามและประเมินที่มีประสิทธิภาพ และความร่วมมือกันในการแบ่งปันข้อมูลเรื่อง air pollution
- ประเทศฝรั่งเศส เสนอให้มีการทำงานเสริมพลังกับ UNEP ในเรื่อง Climate Change และมีความยินดีที่จะเป็นประเทศเจ้าภาพ ร่วมกับ WHO จัดการประชุม Second Global Conference on Health and Climate ในเดือนกรกฎาคม ๒๐๑๖ นี้
- ประเทศโครเอเชีย และอีกหลายประเทศ กล่าวถึงปัญหาด้าน evidence and knowledge gaps และต้องการ technical support
- ประเทศอินโดนีเซีย ห่วงกังวลประเด็น Indoor air pollution ที่ทำให้เกิดปัญหา pneumonia
- ประเทศอินเดีย ยินดีและสนับสนุน Roadmap แต่ยังไม่อยู่ในสถานะที่จะรับรอง roadmap และต้องการให้มีการเจรจาและศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพและมลพิษอากาศ
- ประเทศอังกฤษ ให้การสนับสนุนและชื่นชม WHO ที่ได้ดำเนินการและผลักดันประเด็นมลพิษอากาศกับสุขภาพ เสนอว่าให้มีการสนับสนุนทั้งด้านวิชาการและแนวทางดำเนินงานแก่ประเทศสมาชิก สนับสนุนข้อเสนอของประเทศอินเดีย และเสนอให้ใช้คำว่า Welcome แทน Endorse ในเอกสาร Decision
- ประเทศมองโกเลีย ชิลี และคอซตาริกา ขอให้พิจารณาเรื่องศักยภาพของประเทศเล็กๆ ต้องการ financial support และให้ช่วยพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อม และ เทคโนโลยีในการจัดการสิ่งแวดล้อม

#### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (แบบ intervention ตอนท้าย)

- สนับสนุน Roadmap นี้ เนื่องจากช่วยทำประเด็นด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมได้รับความสนใจและสร้างความตระหนักต่อปัญหานี้ในระดับโลก
- ประเทศไทยมีท่าทีสนับสนุนและสอดคล้องในทิศทางเดียวกับ SEAR Countries
- Roadmap นี้ จะเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่ช่วยให้หน่วยงานด้านสาธารณสุขสามารถเป็นผู้นำในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดจากผลกระทบของปัญหามลพิษอากาศ ทั้งในระดับโลก ระดับภูมิภาค และระดับประเทศ โดยประเทศไทยเน้นความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังปัญหามลพิษอากาศที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการป้องกันสุขภาพตนเอง
- การดำเนินงานตาม Roadmap นี้จะสำเร็จได้ จำเป็นต้องมีการประสานความร่วมมืออย่างใกล้ชิดและมีประสิทธิภาพในการพัฒนานโยบาย การดำเนินงาน การติดตามและประเมินผล
- ข้อมูลเชิงประจักษ์และองค์ความรู้เพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบายด้านสุขภาพจากปัญหามลพิษมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งยังมีข้อจำกัดในการดำเนินการ และเป็นปัญหาท้าทาย สำหรับประเทศต่าง ๆ จำนวนไม่น้อย รวมทั้งประเทศไทยเองด้วย

- รับรอง Roadmap โดยมีข้อแก้ไขเอกสาร Decision ตามที่ SEAR Countries เสนอ (เสนอให้ฝ่ายเลขานุการมีการรายงานผลการดำเนินงานตาม Roadmap โดยรายงานความก้าวหน้า ในการประชุม WHA71<sup>st</sup> และรายงานการบรรลุเป้าหมายตาม Roadmap ใน WHA73<sup>rd</sup>)

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุม WHA69 ได้พิจารณา Roadmap และมีข้อตัดสินใจ (Decision) ให้การต้อนรับ Roadmap และให้ฝ่ายเลขานุการมีการรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานตาม Roadmap ในการประชุม WHA71 และรายงานการบรรลุเป้าหมายตาม Roadmap ใน WHA73

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

#### การทำงานในระดับประเทศ

- สนับสนุนให้กระทรวงสาธารณสุข (สป.) และกรมอนามัย ร่วมกันนำกรอบแนวทางตาม Roadmap มาจัดทำเป็นแผนปฏิบัติการในระดับประเทศ หรือผนวกเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของแผนระดับประเทศที่เกี่ยวข้องที่มีอยู่แล้ว (แผนยุทธศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔) เพื่อสร้างความร่วมมือกับกระทรวงที่เกี่ยวข้อง และขับเคลื่อนการนำแผนสู่การปฏิบัติ
- สร้างความร่วมมือทางวิชาการกับหน่วยงานด้านสิ่งแวดล้อมและสถาบันการศึกษา เพื่อพัฒนาระบบฐานข้อมูลเชื่อมโยงด้านสุขภาพและมลพิษอากาศ เพื่อสนับสนุนการพัฒนานโยบายระดับประเทศและกระทรวง อีกทั้งเพื่อสร้างความตระหนักให้กับประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- พัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานด้านสุขภาพและมลพิษอากาศ ตาม Roadmap เพื่อเตรียมการรายงานความก้าวหน้าของประเทศไทย ในการประชุม WHA ครั้งที่ ๗๑ และ ๗๓ ต่อไป

#### การทำงานในระดับนานาชาติ

- เสริมสร้างความร่วมมือกับประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และเอเชียตะวันออก ๑๔ ประเทศภายใต้กรอบความร่วมมือด้านอนามัยและสิ่งแวดล้อม (Regional Forum on Environment and Health) ในการผลักดันการดำเนินงานตาม Roadmap ให้เป็นส่วนหนึ่งของกรอบความร่วมมือดังกล่าว และให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และ best practice ในการประชุมระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้อง
- ผลักดันให้ประเด็นการดำเนินงานตาม Roadmap เป็นประเด็นความร่วมมือของ ASEAN (ภายใต้กลไกที่มีอยู่เดิม)

#### Intervention on agenda 13.5 Health and the environment: Draft road map for an enhanced global response to the adverse health effects of air pollution

Read by Neeranuch Arphacharus (27/May/2016)

Thank you, Chair

Thailand appreciates the secretariat for the comprehensive road map which raises awareness and catches global attentions on the health and environment issues.

We align ourselves with the statement made by Nepal on behalf of SEAR countries.

Thailand fully supports the roadmap. It is a significant tool to fill the gaps which enhances health sector leadership at all levels, from global, regional, and country levels. Thailand emphasizes the importance of the leadership at community level, in particular its role in surveillance.

To implement the road map successfully, it requires close and effective cross collaboration in policy formulation, implementation, monitoring and evaluation. The evidence and knowledge to inform policy and effective implementation is needed to address the health effects from air pollution. However, evidence and knowledge gaps remain major challenge in several countries, including Thailand.

In summary, my delegation endorses the road map. Thailand supports the amendment of Decision 2 of the Conference Paper number 9, as proposed by Nepal\*.

Thank you, chair

(\*decision (2) request the Director-General to report the progress to the 71<sup>st</sup> WHA and the achievement of the road map to the 73<sup>rd</sup> WHA")

### Agenda 13.6 Role of Health Sector in the Sound Management of Chemicals

#### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. ดร. คณางค์ คันธมธูรพจน์ มหาวิทยาลัยมหิดล
๒. ดร. นลินี ศรีพวง กรมควบคุมโรค

#### สาระสำคัญของวาระ

ยอดขายสารเคมีของโลกเพิ่มสูงขึ้นถึง ๒ เท่าระหว่างปี ๒๐๐๐-๒๐๐๙ และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นสูงอีก ๖ เท่าระหว่างปี ๒๐๑๐-๒๐๕๐ ซึ่งการใช้สารเคมีส่งผลกระทบต่ออาการเจ็บป่วยของมนุษย์ ร้อยละ ๒๕ ของภาระโรคมีสาเหตุมาจากปัจจัยสิ่งแวดล้อมรวมถึงการสัมผัสกับสารเคมี ทุกปีมีเด็กในประเทศกำลังพัฒนาจำนวน ๖๐๐,๐๐๐ คน เป็นโรคปัญญาอ่อน (intellectual disability) จากการได้รับสารตะกั่วที่ผสมในสีทาบ้าน นอกจากนี้ ร้อยละ ๙ ของภาระโรคจากมะเร็งปอดมีสาเหตุมาจากการทำงานที่ต้องสัมผัสสารเคมี

อย่างไรก็ตาม ยังขาด evidence base และงานวิจัยที่ใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์พิสูจน์ว่าภาระโรคมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับการรับสารเคมี เนื่องจากมนุษย์มีการสัมผัสสารเคมีหลายอย่างในชีวิตประจำวัน จึงเป็นการยากที่จะสรุปว่าโรคที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากการสัมผัสสารเคมีชนิดใด แต่เริ่มมีงานวิจัยที่บ่งชี้ว่าการสัมผัสสารเคมีมีผลกระทบต่อทารกในครรภ์และสามารถส่งผลถึง generation รุ่นหลังได้ หลายประเทศมีปัญหาเรื่อง การจัดการสารเคมี คือไม่มีกฎข้อบังคับและกรอบนโยบายจัดการสารเคมี และขาดศักยภาพในการประเมิน และป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากสารเคมี (เช่น มีเพียง ๕๙ ประเทศที่ออกกฎหมายห้ามหรือควบคุม ปริมาณตะกั่วในสีทาบ้าน) และมากกว่าครึ่งของ WHO member states ไม่มีศูนย์ข้อมูลพิษวิทยา (poisons information center) โดยเฉพาะประเทศในแอฟริกา เมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก และหมู่เกาะในแปซิฟิก

การประชุม World Summit ที่ Johannesburg ในปี ๒๐๐๒ มีการพูดถึงวาระ ที่จะทำให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนภายในปี ๒๐๓๐ (2030 Agenda for Sustainable Development) ซึ่งมีการตั้งเป้าหมาย เกี่ยวกับการจัดการสารเคมีไว้ใน Target 12.4 by 2020, มีการจัดการสารเคมีที่วงจรชีวิตตาม framework ที่นานาชาติตกลงร่วมกัน เพื่อลดผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ในการจัดประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ ๕๖ (ปี ๒๐๐๔) ประเทศสมาชิกตกลงให้ global health partner มีส่วนร่วมในการกำหนดยุทธศาสตร์ ระดับโลกในการจัดการจัดการสารเคมี ในปี ๒๐๐๖ มีการจัดตั้ง the Strategic Approach to International

Chemicals Management (SAICM) เป็นเวทีระดับโลกในเชิงนโยบาย (global policy framework) เพื่อส่งเสริมการจัดการสารเคมีอย่างปลอดภัย ซึ่งเป็นแผนที่ได้รับการรับรองใน the International Conference on Chemicals Management (ICCM) ครั้งที่ ๑ ในปีเดียวกันนี้ สมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ ๕๙ มีมติให้ประเทศสมาชิกนำประเด็นเรื่องสุขภาพ เข้าไปบูรณาการในการจัดการสารเคมีตามกลยุทธ์ของ SAICM ต่อมาใน WHA ๖๗ (ปี ๒๐๑๔) ประเทศสมาชิกเรียกร้องให้ health sector การทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่น เช่น สิ่งแวดล้อม เกษตร ด้วยแนวทาง “health in all chemical policies” การประชุม ICCM 4 ในปี ๒๐๑๕ พบว่า Health sector ยังมีส่วนร่วมในการดำเนินการตามแนวทางยุทธศาสตร์ SAICM น้อยเมื่อเทียบกับภาคสิ่งแวดล้อม ดังนั้นการประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ ๖๙ จึงมีการเสนอ draft resolution เพื่อกำหนดบทบาทของภาคสาธารณสุขในการทำงานเรื่องการจัดการสารเคมีและให้ประเทศสมาชิกดำเนินการตามกรอบยุทธศาสตร์การจัดการสารเคมี SAICM

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- ประเทศต่างๆมีท่าทีไปในทิศทางเดียวกันทั้งหมด คือสนับสนุนการดำเนินการตามกรอบยุทธศาสตร์ SAICM และต้องการให้ WHO พัฒนา roadmap เรื่องการจัดการสารเคมี โดยมีการดำเนินการครอบคลุมวงจรชีวิตของสารเคมี (Life Cycle) ซึ่งหมายรวมทั้งเรื่องขยะของเสียอันตราย นอกจากนี้ นอกจากการจัดการสารเคมีที่มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมแล้วยังควรมีการดำเนินการเกี่ยวกับพิษวิทยาของสารเคมีที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพที่สัมผัสสารเคมี ทั้งคนงานในสถานประกอบการอุตสาหกรรม เกษตรกร และบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ทำงานสัมผัสสารเคมีในสถานพยาบาล ในส่วนของชนิดของสารเคมีนั้นควรให้ความสนใจต่อพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและพิษสารโลหะหนักโดยเฉพาะสารปรอทอินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรคนิมาตตะ ทั้งนี้การดำเนินการของ WHO ควรมีความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น UNEP เป็นต้น
- African countries และ EU มีการทำ Regional One Voice สนับสนุนการดำเนินการตาม SAICM และเห็นควรให้มีความร่วมมือระหว่างภาคสาธารณสุขและภาคส่วนอื่นๆ โดย ประเทศเนเธอร์แลนด์ และบราซิล ให้ commitment ในการปฏิบัติตามกรอบยุทธศาสตร์การจัดการสารเคมี ประเทศรัสเซียสนับสนุนการจัดการสารเคมีและใช้ข้อมูลที่โปร่งใสในการกำหนดแผนการจัดการ ประเทศ Senegal สนับสนุนการจัดตั้ง poison control center ในทุกประเทศ
- ประเทศ Surinam ยกประเด็นเรื่องข้อจำกัดทางการเงินและต้องการการสนับสนุนทางการเงินและทางเทคนิคจาก WHO ส่วนประเทศ Maldives ขอให้ roadmap ที่กำหนดเป้าหมายที่ต่างกันระหว่างประเทศพัฒนาและประเทศกำลังพัฒนาโดยคำนึงถึงศักยภาพของแต่ละประเทศด้วย

### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

- สนับสนุนการดำเนินงานตามกรอบยุทธศาสตร์ SAICM ซึ่งประเทศไทยมีแผนยุทธศาสตร์การจัดการสารเคมีแห่งชาติฉบับที่ ๔ (พ.ศ. ๒๕๕๕ – ๒๕๖๕) ซึ่งเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และกระทรวงอุตสาหกรรม โดยกำหนดเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์การจัดการสารเคมีแห่งชาติให้สอดคล้องกับ SAICM
- ประเทศไทยสนับสนุนประเด็นการพัฒนาศักยภาพของ health sector ในระดับบุคคล องค์กร และเครือข่ายเพื่อให้ Health Sector สามารถดำเนินการตาม SAICM และสนับสนุนให้ใช้ International Health Regulation 2005 เป็นกลไกในการจัดการสารเคมี นอกจากนี้ ประเทศไทยเชิญชวนให้ประเทศสมาชิกอื่นๆร่วมเป็น co-sponsor และยอมรับ draft resolution ในเอกสาร A69/A/CONF./6

**สรุปผลลัพธ์ของวาระ**

ที่ประชุมมีมติรับ draft resolution ในเอกสาร A69/A/CONF./6 และให้ WHO ทำ roadmap ในการปฏิบัติ ตามกรอบยุทธศาสตร์ SAICM ต่อไป

**Intervention on agenda 13.6 Role of Health Sector in the Sound Management of Chemicals**

Read by Kanang Kantamaturapoj (27/05/2016)

Thank you chair,

Thailand supports the full implementation of Strategic Approach to International Chemicals Management (SAICM). Thai National Coordinating Committee for the Sound Management of Chemicals developed the fourth national strategic plan on chemical management (2012 – 2021), with multi-sectoral cooperation from four line ministries namely the Ministry of Natural Resources and Environment, Ministry of Public Health, Ministry of Agriculture and Cooperatives, , and Ministry of Industry. The implementation of the national strategic plan is going on fairly well.

Thailand entirely agrees that health sector should intensively participate in the process of SAICM. Thailand emphasizes the importance of the WHO DG's support to member states by enhancing capacities at individual, institutional and networking levels and drawing lessons of evidence-based good and non-good practices.

Thailand also fully supports the implementation of International Health Regulation 2005 as one mechanism for the sound management of chemicals as indicated in Operative Paragraph number 2, paragraph number 5.

As co-sponsor to this resolution, Thailand invites more member states to join the co-sponsor, and invite the Assembly to adopt the draft resolution in document A69/A/CONF./6

Thank you chair,

**Agenda 14.1 Implementation of the International Health Regulations (2005)  
Report of the First Meeting of the Review Committee on the Role of the International  
Health Regulations (2005) in the Ebola Outbreak and Response [Document A69/21]**

**ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน**

๑. นายแพทย์อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์ กรมควบคุมโรค
๒. นายแพทย์นคร เปรมศรี กรมควบคุมโรค

**สาระสำคัญของวาระ**

IHR ได้รับการทบทวนและปรับให้ทันสมัยเหมาะสมกับภัยสุขภาพในปัจจุบันโดยฉบับปัจจุบันคือ IHR 2005 โดยเนื้อหาครอบคลุมมิติโรคและภัยสุขภาพมากขึ้น และมีการกำหนด core capacity ที่สำคัญเพื่อการดำเนินการอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพขึ้น อย่างไรก็ตามในช่วงหลายปีที่ผ่านมาได้เกิดภัยสุขภาพขึ้นมากมาย เป็นการทดสอบเครื่องมือ IHR โดยการระบาดใหญ่ที่ผ่านมาเช่น Pandemic H1N1 2009 ที่มีประเทศได้รับผลกระทบจากการระบาดหลายประเทศทั่วโลก และภายหลังการระบาดคณะกรรมการขององค์การอนามัยโลกจะทำการทบทวนการดำเนินงานที่ผ่านมาเพื่อการพัฒนา โดยในการระบาดของ Pandemic H1N1 2009 ได้มีการทบทวนโดย review committee และออกเป็นรายงาน และเช่นกันในปี ๒๐๑๕ ที่ผ่านมามีเกิดการระบาดของ EBOLA ในพื้นที่แอฟริกา และมีผู้เสียชีวิตจำนวนมาก คณะกรรมการทบทวนจึงได้ทบทวนการดำเนินการตาม IHR ในช่วงการระบาดของ EBOLA โดยการประชุมเพื่อทบทวนครั้งแรกจัดขึ้นเมื่อเดือน สิงหาคม ๒๕๕๘ และได้นำเสนอผลการทบทวนในการประชุม Executive board ครั้งที่ ๑๓๘ และมีการประชุมครั้งที่สองในเดือน มีนาคม ๒๕๕๙ ซึ่งมีกำหนดการนำเสนอผลการทบทวนในการประชุม WHA ครั้งที่ ๖๙

**บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ**

ประเทศสมาชิกส่วนใหญ่เห็นด้วยกับข้อเสนอแนะของคณะกรรมการทบทวน และต้องการให้ประเทศสมาชิกดำเนินการตามข้อเสนอแนะนั้น นอกจากนั้นยังเสนอให้ WHO พัฒนาศักยภาพของ secretariat ด้านการติดตามการดำเนินการตามข้อเสนอแนะนั้นๆ และให้ความสำคัญกับการประเมิน โดยเห็นข้อจำกัดของการประเมินตนเอง และสนับสนุน Joint External Evaluation แต่มีบางประเทศที่ยังไม่ยอมรับ JEE คือประเทศอินเดีย เนื่องจากประเทศอินเดียต้องการรายละเอียดของกลไกการประเมินที่มากขึ้น โดยประเด็นที่เรียกร้องความชัดเจน เช่น เป็น Voluntary หรือไม่ ใครเป็นผู้เชี่ยวชาญ ความโปร่งใส การ share information หลายประเทศสนับสนุนให้มีการทำ global action plan สำหรับการพัฒนา IHR โดยให้มี National plan ที่สอดคล้องกับ global action plan ด้วย โดยหลายประเทศมองว่าเรื่องการประเมินเป็นเรื่องที่เร่งด่วนเพื่อที่จะสามารถสร้าง global action plan ได้ทันเวลา และหลายประเทศรวมถึงสหรัฐอเมริกาให้ความสำคัญกับระบบข้อมูลที่ควรมีการแจ้งให้ทันเวลา โดยประเด็นเรื่องเทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนระบบข้อมูลก็เป็นเรื่องที่ต้องพัฒนา

ปาปัวนิวกินี ได้พูดถึงประเทศไทยในแง่การสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านระบาดวิทยาภาคสนาม FETP ซึ่งเป็นการแสดงถึงการให้ความสำคัญด้านการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรของประเทศปาปัวนิวกินี



### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

- ประเทศไทยเห็นด้วยกับกระบวนการ Joint External Evaluation ซึ่งได้ระบุรายละเอียดของกระบวนการในเอกสาร JEE tools หน้าที่ ๒ ซึ่งประเทศไทยเห็นว่าเป็นกระบวนการที่มีความโปร่งใส และเหมาะสม อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังมีความกังวลถึงความเป็นไปได้ในการดำเนินการเนื่องจากประเทศสมาชิกทั่วโลกมีจำนวนมาก ประเทศไทยเสนอให้องค์การอนามัยโลกมีแนวทางการจัดลำดับความสำคัญทั้งการคัดเลือกประเทศ การคัดเลือกประเด็นสำหรับการประเมิน นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกควรชี้แจงให้ชัดว่าใครจะเป็นผู้ประเมิน และต้องใช้ค่าใช้จ่ายเท่าไร และใครจะเป็นผู้สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการประเมิน เพราะหากค่าใช้จ่ายสูง ประเทศกำลังพัฒนาจะไม่สามารถสนับสนุนได้
- ประเทศไทยเรียกร้องให้องค์การอนามัยโลกแสดงบทบาทความเป็นผู้นำในการควบคุมกำกับประเทศสมาชิกให้ดำเนินการตามกรอบ IHR ทั้งในแง่การดำเนินการตาม core capacity และการควบคุมการดำเนินการปิดกั้นการเดินทาง และการค้าระหว่างประเทศอย่างไม่เหมาะสม
- ประเทศไทยเห็นว่าเนื้อหาของ IHR2005 นั้นมีรายละเอียดครอบคลุมที่ดี แต่ปัญหาของการระบาดที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากการไม่ปฏิบัติตาม IHR และการดำเนินการที่ไม่มีประสิทธิภาพ ประเทศไทยเรียกร้องให้มีการสนับสนุนและสร้างความเข้มแข็งให้ประเทศต่างๆตามเกณฑ์ core capacity

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

การบรรลุ core capacity เป็นสิ่งที่ต้องเร่งทำ เพื่อเตรียมพร้อมทั้งกับภัยสุขภาพระลอกถัดไป JEE นั้นจะดำเนินการโดยผู้เชี่ยวชาญระดับภูมิภาค โดยคาดหวังในแต่ละภูมิภาคจัดทำการประชุม และประเมิน และรวบรวมผลการประเมินมาอย่างส่วนกลาง และจะมีการหารืออีกครั้งในที่ประชุม EB ครั้งถัดไปในเดือน มกราคม ๒๐๑๗ และนำเข้าไปในที่ประชุม WHA ครั้งที่ ๗๐ ในปี ๒๐๑๗ ต่อไป

การพัฒนา core capacity ของแต่ละแห่งนั้นสามารถดำเนินการได้ทันที เป็นสิ่งที่ต้องทำ ถึงแม้บางประเทศต้องใช้เวลามากกว่าของกฎหมาย

ส่วนประเทศที่ต้องการข้อมูลชี้แจงรายละเอียดเพิ่มเติม ทาง WHO จะทำทบทวนและสร้างความกระจ่างชัดให้กับประเทศสมาชิกต่อไป

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

#### การทำงานในระดับประเทศ

กรมควบคุมโรค ควรเร่งวางแผนการประเมินตนเอง และการประเมินแบบ JEE

#### การทำงานในระดับนานาชาติ

มีส่วนช่วยในการพัฒนาศักยภาพด้าน IHR ให้กับประเทศเพื่อนบ้านในภูมิภาค SEARO และ ASEAN

Intervention on agenda 14.1 Implementation of the International Health Regulations (2005): Report of the First Meeting of the Review Committee on the Role of the International Health Regulations (2005) in the Ebola Outbreak and Response [Document A69/21]

Read by Dr. Auttakit (25 May 2016)

Thailand aligned with the statement of Indonesia on behalf of South East Asia Region

Having reviewed the annual report, the nature of IHR really requires effective cross sectoral coordination and actions required high level political commitment, at head of state. It also requires strong and capable secretariat of IHR manager, and adequate funding and support. There is a need for WHO to advocate such political commitment at country level.

The yellow fever outbreak in an African country with high case fatality rate, 12.9% as well as a number of countries reporting yellow fever cases associated with the primary outbreak in that country is a classic case of failure in a country and quite high IHR capacity to detect infections and stop secondary infections in other countries. It is disappointing that the annual does not highlight this issue.

Despite IHR is the international binding instrument supporting member states for effective management of health threats and emergencies; Ebola outbreak uncovers the weakness of IHR implementation in a number of countries having limited capacities, where outbreaks had propagated cross countries with a major economic impacts; apart from 11 thousands human death tolls. This event calls for a robust compliance with the regulations and boost implementation capacities.

On the JEE, Thailand had reviewed the process of JEE and felt it is a comprehensive process with internal and external experts collaboration. The JEE will ensure transparency and international accountability on IHR capacities. We welcome and fully support joint external evaluation. However, Thailand requests WHO to prioritize elements in IHR core capacities for assessment, as well as priority countries. It is still unclear who and how much the cost and who will pay for the JEE.

In the review committee report, the measures imposed by some countries, go beyond the temporary recommendations on international travel restriction, such as halting flights, limiting visa, closing borders and barring entry were highlighted as major weakness.

As quoted in paragraph 24 of the report on H1N1, “The most important structural shortcoming of the IHR is the lack of enforceable sanctions. For example, if a country fails to explain why it has adopted more restrictive traffic and trade measures than those recommended by WHO, no legal consequences follow.” Thailand encourages WHO to play stronger leadership role in ensuring adherence to the recommendations on trade and travel restriction.

### Agenda 14.1 Implementation of the International Health Regulations (2005):

- Annual report on the implementation of the international health regulation (2005)

### Agenda 14.6 WHO Response in severe, large-scale emergencies

Agenda 14.8 Options for strengthening information-sharing on diagnostic, preventive and therapeutic products and for enhancing WHO's capacity to facilitate access to these products, including the establishment of a global database, starting with haemorrhagic fevers

#### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

นายแพทย์นคร เปรมศรี กรมควบคุมโรค

#### สาระสำคัญของวาระ

ในที่ประชุมได้รวมการพิจารณาการประชุม ๓ วาระเข้าด้วยกัน ได้แก่ วาระที่ ๑๔.๑ รายงานองค์การอนามัยโลกในส่วนของรายงานประจำปีของการดำเนินงาน IHR (2005) ๑๔.๖ การจัดการและการตอบสนองขององค์การอนามัยโลกต่อภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขที่มีความรุนแรงและมีขนาดใหญ่ และ ๑๔.๘ การสร้างความเข้มแข็งในระบบการแบ่งปันข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยพัฒนาผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการวินิจฉัย การป้องกัน และการรักษา และเพิ่มพูนสมรรถนะขององค์การอนามัยโลกในการประสานจัดการ การเข้าถึงผลิตภัณฑ์ดังกล่าวด้วยการสร้างฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมรับรู้และเข้าถึงได้

ในวาระ ๑๔.๑ เป็นการรายงานสถานการณ์การจัดการโรคระบาดที่เกิดขึ้นในปี ๒๐๑๕ ได้แก่ Ebola, MERS, Poliomyelitis, Yellow fever, Zika Virus รวมถึงการแจ้งถึงเอกสารคู่มือการทำ Joint External Evaluation Tools ที่ประเทศสมาชิกจะสามารถนำไปใช้ในการดำเนินการประเมินระบบ IHR

ในวาระ ๑๔.๖ เป็นการรายงานจำนวนและสรุปเหตุการณ์ฉุกเฉินทั้งในส่วนของการระบาดโรค การอพยพหนีภัยสงครามหรือหนีจากความยากลำบากในการดำรงชีวิต การโจมตีหน่วยงานด้านสุขภาพด้วยอาวุธสงคราม

ในวาระ ๑๔.๘ เป็นการรายงานความก้าวหน้าในการสร้าง global observatory Global Observatory on Health Research and Development อีกทั้งมีการจัดลำดับความสำคัญโรค **severe emerging diseases** ที่มีความจำเป็นในการพัฒนาผลิตภัณฑ์เพื่อรับมือกับการระบาดและสร้าง “Blue Print” to Identify R&D gap and priorities เพื่อให้ทั้งผู้ให้ทุน บริษัทผู้ผลิต และองค์การอนามัยโลก ได้เห็นความก้าวหน้าของงานวิจัยร่วมกัน ลดความซ้ำซ้อนของการวิจัยพัฒนา

(List of Prioritized Severe Emerging Disease; 1. Crimean Congo 2. haemorrhagic fever, 3. Ebola virus disease and Marburg, Lassa fever, 4. MERS and SARS coronavirus diseases, 5. Nipah and Rift Valley fever, **a second list of diseases**; 6. chikungunya, 7. severe fever with thrombocytopenia syndrome, and Zika).

#### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศส่วนใหญ่มีท่าทีที่ชื่นชมการดำเนินงานของ WHO ในการสรุปรายงานข้อมูลความก้าวหน้าทั้ง ๓ วาระ แต่มีความยินดีในกรณีที่องค์การอนามัยโลกได้สร้าง platform ของการวิจัยพัฒนาผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ ช่วยเร่งให้เกิดความสำเร็จได้เร็วขึ้นและขอให้องค์การอนามัยโลกประสานจัดการให้ประเทศกำลังพัฒนา เข้าถึงผลิตภัณฑ์ที่มีประสิทธิภาพและในราคาที่สามารถจัดหาได้ และเห็นด้วยกับการประเมินกรณีที่สถานบริการสุขภาพถูกโจมตีด้วยกำลังทหาร

### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

- ประเทศไทยขอขอบคุณคณะทำงานของ WHO ในการดำเนินการนำเสนอความก้าวหน้าประเทศไทยได้แสดงความกังวลใจว่าการระบาดของโรคไข้เหลือง (Yellow Fever) แสดงให้เห็นถึงความอ่อนแอในระบบการดำเนินงานตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ เนื่องจากเกิดการระบาดไปในหลายประเทศแล้วก่อนจะมีมาตรการจัดการ และเกิดการขาดแคลนวัคซีนไข้เหลืองที่จะนำมาใช้ในการป้องกันควบคุมโรคได้อย่างเหมาะสม การจัดการกับภาวะฉุกเฉินฯ ยังดำเนินการไม่ได้ผลทั้งในเรื่องการรับมือกับโรคอีโบล่า หรือการอพยพย้ายถิ่นของประชากรขนาดใหญ่ แม้ว่าทางองค์การอนามัยโลกได้ออกเอกสารคู่มือการตอบสนองภาวะฉุกเฉิน (Emergencies Response Framework 2013) ซึ่งควรมีการทบทวนเอกสารรวมทั้งสนับสนุนให้ประเทศสมาชิกนำไปใช้
- ในส่วนของวาระ ๑๔.๘ ประเทศไทยได้ให้ความเห็นต่อ List Priority of Severe Emerging Diseases ว่าน่าจะตกอยู่ในกลุ่มโรค Type III ตามกรอบ CEWG ซึ่งควรมีการแยกค่าใช้จ่ายในการวิจัยออกจากราคาของผลิตภัณฑ์ และนอกจากนี้ ผู้แทนไทยขอชื่นชมในความร่วมมือขององค์การอนามัยโลก นักวิทยาศาสตร์ และบริษัทผู้ผลิตวัคซีนจนสามารถพัฒนาวัคซีนอีโบล่า ผ่านเข้าสู่การทดลองในระยะที่ ๓ และมีแนวโน้มว่าจะสามารถพัฒนาไปสู่การขึ้นทะเบียนเพื่อนำมาใช้ในวงกว้างได้

#### Intervention on Agenda 14.1 Implementation of the International Health Regulations (2005):

- Annual report on the implementation of the international health regulation (2005)

#### 14.6 WHO Response in severe, large-scale emergencies

#### 14.8 Options for strengthening information-sharing on diagnostic, preventive and therapeutic products and for enhancing WHO's capacity to facilitate access to these products, including the establishment of a global database, starting with haemorrhagic fevers

Chair, My delegations would like to express our appreciations to the comprehensive report of WHO secretariat report on Annual report of IHR (2005) implementations, WHO response in severe, large-scale emergencies and Ebola Response; Options for strengthening information-sharing on diagnostic, preventive and therapeutic products.

Regarding the annual report on IHR (2005) implementation, The yellow fever outbreak in an African country with high case fatality rate, as well as a number of countries reporting yellow fever cases associated with the primary outbreak in that country is a classic case of failure in IHR capacity to detect infections and stop secondary infections in other countries.

Chair, Response to the emergency should be well prepared. Having reviewed the WHO Emergency Response Framework (ERF 2013), it has elaborated the step of addressing the emergency. However, the lessons learned from Ebola Virus Disease in 2014 and the mass refugees displacement should be taken into account and consider the framework to be revised for the improvement and more proper implementing of the response with including the resources required by this framework. In addition, the framework can also guide the member states to build up our own preparedness and response procedures as well as the domestic resource allocations.

Realizing that there are still be un-answered questions particularly the nature of EVD, we would like to encourage WHO to facilitate scientific community to study more in detail of nature of disease, transmissible potential during asymptomatic or subclinical phase and recovery phase, immunological response along the period of infection and symptom. This will also provide the information for development of effective vaccine, diagnostic and therapeutic products.

We commend the effort of WHO and scientists that are conducting several vaccine trials for EVD which one of the vaccine candidate show the promising efficacy level, this success will save the world from Ebola pandemic threats. Having reviewed the list of prioritized severe emerging diseases, almost all of them should be in the category of “Disease type III” those that are overwhelmingly or exclusively incident in developing countries and respectively fallen into CEWG mandate that all investment on research and development needs to be unlinked from IP protection.

Finally, my delegations would like to request the DG, at her utmost effort, to ensure access to those effective products will be the top priority especially to the potential affected area of outbreak and for the non-affected area where there is limited resource to invest on these global health security measures.

## Agenda 14.2 Pandemic influenza preparedness: sharing of influenza viruses and access to vaccines and other benefits

### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. เกษัชกรหญิงวีรญา รัตนวิภาพงษ์ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)
๒. เกษัชกรหญิง สิตานันท์ พูนผลทรัพย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

### สาระสำคัญของวาระ

- สืบเนื่องจากการประชุมสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ ๖๔ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๔ มีมติสมัชชาสุขภาพโลก WHA64.5 เรื่อง Pandemic Influenza Preparedness Framework (PIP Framework) ที่ใช้เป็นกรอบในการดำเนินงานเพื่อให้เกิดการเตรียมความพร้อมเฝ้าระวังโรคและรับมือการระบาดใหญ่ของเชื้อไข้หวัดใหญ่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นธรรม โดยสาระสำคัญของมติสมัชชาสุขภาพโลก WHA64.5 คือ กระตุ้นให้ประเทศสมาชิกนำ PIP framework ไปดำเนินการ และสนับสนุนให้เกิดการนำไปใช้อย่างกว้าง นอกจากนี้ยังระบุให้ผู้อำนวยการใหญ่ขององค์การอนามัยโลกหารือร่วมกับคณะทำงานที่ปรึกษา (The PIP Advisory Group) ทบทวนการดำเนินงานภายใต้ PIP framework (2016 Review of the PIP Framework) ซึ่งมีระยะเวลาการดำเนินงานถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๙ และรายงานความก้าวหน้าในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ ๖๙
- หลักการของ PIP framework ครอบคลุม ๒ ประเด็นหลักที่สำคัญ คือ ๑) ประเทศต่างๆ ต้องแบ่งปันเชื้อไวรัส เพื่อนำไปผลิตเป็นวัคซีนป้องกันการระบาดของไข้หวัดใหญ่ และ ๒) ประเทศต่างๆ ต้องเข้าถึงวัคซีน

และการรักษาอื่นๆ ที่จำเป็นในการป้องกันการระบาดของเชื้อไข้หวัดใหญ่ ทั้งนี้ ภายใต้ PIP framework ได้มีข้อตกลงร่วมระหว่างประเทศที่แบ่งปันเชื้อไข้หวัดใหญ่และกลุ่มที่นำเชื้อไวรัสไปใช้ประโยชน์ว่า กลุ่มที่นำเชื้อไวรัสไปใช้ประโยชน์ ซึ่งได้แก่ บริษัทผู้ผลิตวัคซีนต่างๆ ต้องสนับสนุนโดย จ่ายเงินเข้ากองทุน (partnership contribution) หรือการผลิตวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ชนิดเข้มข้น เพื่อสำรองไว้สำหรับการแบ่งบรรจุกรณีมีการระบาด (stockpile), ยาฆ่าเชื้อไวรัส และวัสดุทางการแพทย์ที่ใช้ในการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสจากการสัมผัส เช่น หน้ากากอนามัย ถุงมือ และเจลล้างมือ เป็นต้น เพื่อนำมาใช้ดำเนินงานและปรับปรุงระบบการเตรียมความพร้อมและป้องกันการระบาดของเชื้อไข้หวัดใหญ่

- ประเด็นความก้าวหน้าที่ยังขาดงานในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ ๖๙ ได้แก่ Laboratory and surveillance capacity, Global influenza vaccine production capacity, the status of agreements entered into with industry including information on access to vaccines, antivirals and other pandemic material, the financial report on the use of partnership contribution, และ the experience arising from the use of the definition of PIP biological materials รายละเอียดสามารถอ่านได้จากเอกสารเลขที่ A69/22, A69/22 Add.1 และ A69/22 Add.2

#### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศสมาชิกที่แสดงความคิดเห็นทั้งหมดเห็นความสำคัญของ PIP Framework และกระบวนการของ 2016 Review of the PIP Framework โดยรายงานตัวอย่างของกิจกรรมและผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินงานภายใต้ PIP Framework ดังนั้น จึงขอให้องค์การอนามัยโลกยังคงสนับสนุนให้มีการนำ PIP Framework ไปปฏิบัติต่อไป และขยายระบบการเฝ้าระวัง WHO global influenza surveillance and response system (GISRS) ในประเทศต่างๆ อีกทั้ง ยังมีข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานเพื่อเตรียมความพร้อมและป้องกันการระบาดของเชื้อไข้หวัดใหญ่ ดังนี้

- ประเทศต่างๆ เช่น บราซิล, อิหร่าน, ญี่ปุ่น และจีนไทเป เสนอให้ขยายกรอบการดำเนินงานของ PIP framework ครอบคลุมเชื้อไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล
- ประเทศต่างๆ เช่น บราซิลและอิหร่าน สนับสนุนให้มี Global Action Plan (GAP) on influenza vaccine ต่อไป
- ประเทศต่างๆ เช่น เวียดนาม, อิรัก, อียิปต์, อินโดนีเซีย, สวาซิแลนด์ และแอฟริกาใต้ แสดงข้อกังวลเรื่องวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ได้แก่ ศักยภาพและปริมาณในการผลิตวัคซีน, คุณภาพของวัคซีนไข้หวัดใหญ่ และปัญหาความครอบคลุมของวัคซีนไข้หวัดใหญ่ไม่ทั่วถึง เนื่องจากวัคซีนราคาแพง เป็นต้น และขอให้องค์การอนามัยโลกช่วยสนับสนุนให้เกิดกระบวนการเข้าถึงวัคซีนที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และราคาไม่แพง

#### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (เอกสารแนบท้าย)

ประเทศไทยสนับสนุนกระบวนการของ 2016 Review of the PIP Framework และมีประเด็นเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดำเนินงานภายใต้ PIP framework ดังนี้

๑. แนะนำให้ขยายกรอบการดำเนินงานของ PIP framework และข้อตกลงเรื่อง partnership contribution ให้ครอบคลุมทั้งเชื้อไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลและไข้หวัดใหญ่ระบาดใหญ่ โดยขอให้องค์การอนามัยโลกพิจารณาเพิ่มสัดส่วน partnership contribution โดยจำนวนเงินรวมของ partnership contribution

ทั้งหมดควรเป็นสัดส่วนไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ของต้นทุนการบริหารจัดการ (Running cost) ของ WHO's GISRS โดยที่ต้นทุนการบริหารจัดการควรมีการปรับตามค่าเงินของแต่ละปีด้วย

๒. เนื่องจากยังมีกลุ่มหรือหน่วยงานที่ทำวิจัยและพัฒนา (R&D entities) อื่นหลายแห่งที่ใช้ประโยชน์จากการแบ่งปันเชื้อไวรัส ดังนั้น เสนอให้ควรรวมหน่วยงานเหล่านี้ในการมีส่วนร่วมใน partnership contribution
๓. เสนอให้นำเงินส่วนหนึ่งจาก partnership contribution ภายใต้ GAP on influenza vaccine ต่อไป เพื่อสนับสนุนการพัฒนาและการผลิตวัคซีนไขหวัดใหญ่ในประเทศสมาชิกต่อไป

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกได้ให้มติรับรองรายงาน (เอกสาร A69/22 and A69/22 Add.1)

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

#### การทำงานในระดับประเทศ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน PIP framework เช่น กรมควบคุมโรคและองค์การเภสัชกรรม นำ PIP framework ไปปฏิบัติต่อไป โดยอาจนำไปใส่ในแผนยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน

#### การทำงานในระดับนานาชาติ

การมีส่วนร่วมในการทบทวน PIP framework ที่ดำเนินงานโดย PIP Advisory Group โดยการให้ข้อเสนอแนะผ่านทางทีมเลขาขององค์การอนามัยโลกเรื่องการนำ PIP framework ไปปฏิบัติ ประโยชน์ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการดำเนินงานจริง

### **Intervention on agenda 14.2 “Pandemic influenza preparedness: sharing of influenza viruses and access to vaccines and other benefits”**

Read by Waranya Rattanavipapong (25/05/2016)

Thank you, Chair,

Thailand supports the process of the 2016 review of the PIP framework which guides how to maximize the contributions of the framework. Having reviewed the report and related documents, we have a few concerns and suggestions

First, Thailand suggests to extend the framework to cover all biological materials either seasonal or potential pandemic influenza viruses. Hence the benefit sharing will be related to all these biological materials. Thailand suggests the partnership contribution should be increased from the current 50% of the WHO GISRS running cost and it should be adjusted to the real running cost of each year and adjust with inflation.

Second, the sharing of virus to other R&D entities, who make use of and benefit from these biological materials; but these entities are not liable to partnership contributions. Thailand urges WHO Secretariat and the PIP advisory group, to consider extending the partnership contributions to cover these entities.

Third, Global Action Plan (GAP) on Influenza vaccine, launched in 2006, contributes to the strengthening of R&D and production capacities of seasonal influenza Vaccine in developing countries. This is the critical measures to ensure availability of the vaccine, capable to respond to pandemic. Despite GAP is closing down by end 2016, Thailand suggests using partnership contributions to support strengthening production capacities of seasonal flu vaccine in developing countries.

Chair, Thailand continues to commit and support of the PIP Framework.

Thank you, Chair

### Agenda 14.3 Smallpox Eradication: Destruction of Variola Virus Stocks

#### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. ดร. คณางค์ คັນธมธูรพจน์ มหาวิทยาลัยมหิดล
๒. เกสัชกรหญิงวรัญญา รัตนวิภาพงษ์ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

#### สาระสำคัญของวาระ

- การทำลายเชื้อไวรัสโรคฝีดาษที่เก็บไว้ในสหรัฐอเมริกาและสหพันธรัฐรัสเซียมีการถกเถียงมานานและยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนประเด็นที่เห็นต่างสำคัญ คือ ฝ่ายหนึ่งเห็นควรให้มีการรื้อทำลายเนื่องจากกังวลเรื่องอาวุธชีวภาพ (Bioterrorism) อีกฝ่ายหนึ่งอยากเก็บไวรัสไว้เพื่อทำการวิจัยต่อเนื่อง และเพื่อทำวัคซีนในกรณีที่เกิดโรคอุบัติซ้ำ
- มีการจัดประชุมเรื่องความปลอดภัยทางชีวภาพและเชื้อโรคใช้ทรพิษเป็นระยะ การประชุม Independent Advisory Group on Public Health Implications of Synthetic Biology Technology Related to Smallpox วันที่ ๒๙-๓๐ มิถุนายน ๒๐๑๕ มีข้อสรุปว่า ความเสี่ยงที่จะเกิดการอุบัติซ้ำของใช้ทรพิษ (re-emergence of smallpox) เพิ่มขึ้นจากความก้าวหน้าในการถอดรหัส DNA ที่ทำได้ง่ายและไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก สามารถทำได้ในห้องแล็บเล็กๆที่ไม่มีการควบคุมความปลอดภัยเพียงพอ ดังนั้นต้องมีการเตรียมความพร้อมที่จะสามารถ detect และตอบสนองต่อโรคอุบัติซ้ำอย่างรวดเร็ว
- WHO inspection teams ได้ตรวจเยี่ยมที่เก็บไวรัสที่รัสเซียในเดือนธันวาคม ๒๐๑๔ และที่อเมริกาในเดือนพ.ค. ๒๐๑๕ พบว่าทั้งสองแห่งปฏิบัติตามมาตรฐานความปลอดภัย และมีแผนจะตรวจเยี่ยมอีกครั้งในปี ๒๐๑๖-๒๐๑๗
- การประชุมคณะกรรมการ Advisory Committee on Variola Virus Research (ACVVR) meeting ๑๒-๑๓ มกราคม ๒๐๑๖ รายงานสถานภาพงานวิจัยที่ใช้เชื้อไวรัสมีชีวิตร variola ว่าขณะนี้เหลือเพียงงานวิจัยขึ้นเดียวเกี่ยวกับการพัฒนาสารต้านไวรัส (antiviral agent against smallpox) และคาดว่าจะใช้เวลาอีกอย่างน้อย ๓ ปีจึงจะเสร็จสิ้นโครงการ
- ทั้งนี้ประเด็นนี้เป็นประเด็นที่ซับซ้อนยืดเยื้อและเป็นประเด็นทางการเมือง



### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- ประเทศที่ยืนยันให้ทำลาย live variola virus ทันที ได้แก่ ประเทศไทย อิหร่าน อิรัก อียิปต์ และอินโดนีเซีย ประเทศที่ต้องการให้เก็บ live variola virus ต่อไปเพื่อทำการวิจัย ได้แก่ USA รัสเซีย ออสเตรเลีย นอร์เวย์ และญี่ปุ่น ทั้งนี้ USA ได้กล่าวในที่ประชุมว่า WHO inspection team ได้ทำการตรวจสอบสถานที่เก็บไวรัสเป็นประจำและยืนยันว่าการเก็บ live variola virus เป็นไปตามมาตรฐานความปลอดภัย ดังนั้น USA จึงยืนยันให้เก็บไวรัสต่อไปเพื่อประโยชน์ในการทำวิจัย นอกจากนี้มีประเทศที่ไม่ได้แสดงท่าทีให้ทำลายหรือเก็บ live variola virus แต่ต้องการให้มีการกำหนดมาตรการและตรวจสอบความปลอดภัยทางชีวภาพอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ แคนาดา เกาหลี และ African Region
- Secretariat เสนอในเอกสารให้นำประเด็นเรื่อง smallpox เข้าในสมัชชาอนามัยโลกอีกครั้งใน WHA72 เนื่องจากคณะกรรมการ ACVWR ให้คำแนะนำว่างานวิจัยที่ทำอยู่ต้องใช้เวลาอีกอย่างน้อย ๓ ปีจึงจะเสร็จสิ้น อย่างไรก็ตาม มีประเทศต่างๆเห็นต่างจาก secretariat โดยประเทศไทยเสนอให้นำวาระกลับมาในปีหน้า ญี่ปุ่นเสนอให้นำกลับมาในอีก ๕ ปี ส่วนนอร์เวย์ยืนยันตามที่ secretariat เสนอให้นำวาระนี้เข้าใน WHA72 เมื่องานวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว

### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยยืนยันท่าทีเดิมให้ทำลายไวรัสให้เร็วที่สุด และเสนอให้นำประเด็นกลับมาพูดคุยใหม่ใน WHA70 แต่เมื่อจบการอภิปรายรอบแรกแล้วประธานปิดการประชุมโดยไม่เปิดให้มีการอภิปรายว่าจะนำประเด็นเรื่อง smallpox มาหารือใน WHA ตามที่ประเทศไทยเสนอหรือไม่ ประเทศไทยจึงขอให้ที่ประชุมตกลงเรื่องระยะเวลาที่จะนำประเด็นนี้กลับมาพูดคุยในสมัชชาอนามัยโลก โดยประเทศไทยเสนอให้นำ smallpox agenda เข้า WHA70 และได้รับการสนับสนุนจากอิหร่านและอียิปต์ แต่ Margaret Chan ซึ่งอยู่ในที่ประชุมด้วยแสดงความเห็นว่า ACVWR ยังต้องการผู้เชี่ยวชาญ มาร่วมคณะเพิ่มเติมและต้องใช้เวลาเพื่อศึกษาเรื่อง synthesis bio-safety ดังนั้น หากนำประเด็นนี้กลับมาพูดคุยในปีหน้า อาจจะยังไม่มีรายงานความก้าวหน้ามาให้ที่ประชุมตัดสินใจ

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

The assembly noted the report และจะนำประเด็นเรื่อง smallpox eradication เข้าในวาระการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๗๒

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

Read by Kanang Kantamaturapoj (25/05/2016)

Thank you, Chair,

The world is now putting in alert after a number of world shaking outbreaks including H5N1, Ebola and recently Yellow fever. Thailand fully agreed that strengthening public health emergency preparedness and response system, including ensuring vaccine supply, is the first line defense for any emerging disease outbreak and bioterrorism.

Having reviewed the documents, we would like to express our serious concerns in the attempt at dragging the decision on total destruction of Variola viruses, in spite of many decisions here at the WHA, since early 1990s. With the achievement of researches so far, the Thai delegation firmly believe that the threats posted by continue stocking of live Variola virus greatly outweigh the benefit and continued to put the world at risk.

Thus we would like to request the assembly to decide to bring this issue back to be discussed in the WHA 70<sup>th</sup> rather than the WHA 72<sup>nd</sup> as proposed by the secretariat. In so doing we would like to request the secretariat to consider the possibilities of binding the manufacturers of smallpox vaccines to contribute into the stockpiling of global small pox vaccines. The recent outbreaks and inadequate supply of yellow fever vaccines have create threats to global security and global alert on the shortage of potential pandemic vaccine. Thus stockpiling of more smallpox vaccines should be seriously considered. The secretariat should also review the lessons learnt from the PIP framework to see how it can be applied to the case of pandemic smallpox preparedness.

Thailand confirms our position for the timely destruction of live variola virus stocks as soon as possible and puts high hope to see peaceful consensus in WHA 70th.

Thank you, Chair

#### Agenda 14.4 Global Action Plan on Antimicrobial Resistance

##### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. ดร. เกสัชกรหญิงนิธิมา สุ่มประดิษฐ์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
๒. เกสัชกรหญิงสิตานันท์ พูนผลทรัพย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

##### สาระสำคัญของวาระ

เอกสารการประชุมประกอบด้วย ๒ เรื่อง คือ ๑) เอกสารการรายงานความก้าวหน้าของการดำเนินงานของ องค์การอนามัยโลกในเรื่อง AMR ซึ่งสรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้ ประเทศต่างๆ มีความก้าวหน้าในการจัดทำ National Action Plan on AMR องค์การอนามัยโลกและ Drugs for Neglected Diseases initiative (DNDi) ก่อตั้งโครงการ Global Antibiotic Research and Development (GARD) ภายใต้ทุนสนับสนุนจาก เยอรมันนี อังกฤษ เนเธอร์แลนด์ แอฟริกาใต้ และ Médecins Sans Frontières (MSF) เพื่อทำหน้าที่ประสาน และกระตุ้นงานด้านการคิดค้นยาปฏิชีวนะชนิดใหม่ และความก้าวหน้าในการจัดประชุม high level meeting ในการประชุมใหญ่สหประชาชาติ และขอให้ที่ประชุมรับทราบ และ ๒) เอกสาร Options for establishing a global development and stewardship framework to support the development, control, distribution and appropriate use of new antimicrobial medicines, diagnostic tools, vaccines

and other interventions ที่นำเสนอผลการดำเนินงานในการจัดทำร่าง Global development and stewardship framework และขอให้ที่ประชุมพิจารณาให้ความเห็น

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

ประเทศไทยกล่าวในนามของกลุ่มประเทศ SEAR ๑๑ ประเทศ สนับสนุนให้มีการจัดประชุม High-level meeting on AMR ที่ UNGA 2016 และเน้นย้ำเรื่องความสำคัญของ outcome ที่ได้จากการประชุม High-level meeting ต้องนำไปสู่การปฏิบัติ (Actions) และให้ข้อเสนอแนะในการจัดทำร่าง Global development and stewardship framework ใน ๓ ประเด็น คือ การคลี่คลายข้อขัดข้องของ framework การมีกลไกกลางของโลกในการติดตามการดำเนินการในประเทศต่างๆ และการขอให้มีการทบทวนบทบาทของบริษัทยาในทางด้านส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

### **สรุปผลลัพธ์ของวาระ**

ทุกประเทศ (มากกว่า ๔๐ ประเทศที่แสดงความเห็น) เห็นด้วยกับการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial Resistance: AMR) และการขับเคลื่อนประเด็น AMR สู่อำนาจประชุมใหญ่สมัชชาสหประชาชาติ ประเทศส่วนใหญ่มีการรายงานความคืบหน้าของการดำเนินการตาม Global Action Plan แต่ไม่ได้ให้ข้อเสนอแนะต่อร่าง Global Development and Stewardship Framework ตามที่องค์การอนามัยโลกขอมา

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

#### **การทำงานในระดับประเทศ**

- คณะกรรมการประสานและบูรณาการงานการดื้อยาต้านจุลชีพ ดำเนินการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขในการจัดทำ National Action Plan on AMR
- กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายใต้สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เช่น สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ และสำนักตรวจและประเมินผล ประสานและดำเนินงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ภายใต้กระทรวงสาธารณสุขและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข เพื่อปรับการดำเนินงานให้สอดคล้องกับ GAP-AMR และสอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทของประเทศ

#### **การทำงานในระดับนานาชาติ**

ประเทศไทยโดยกระทรวงการต่างประเทศภายใต้ความร่วมมือจากกระทรวงสาธารณสุขกำลังผลักดันประเด็น AMR ในกลุ่ม G77 ซึ่งไทยเป็นประธานเพื่อสนับสนุนวาระ AMR ในการประชุม UNGA

South East Asia Regional One Voice

#### **14.4 Global action plan on antimicrobial resistance**

(Documents: A69/24, A69/24.Add1)

Thank you, Chair.

Thailand speaks on behalf of the 11 member states of the South East Asia Region. We appreciate WHO Secretariat for the comprehensive progress summary and the options for establishing a global and stewardship framework.

2016 is a portal year that AMR will make its mark in a high level meeting at UNGA. SEAR member states support to move the AMR agenda and discussion to the UNGA 2016, as it is multi-sectoral. We expect that the UNGA will come up with the global political commitment at the level of the heads of states. This high level political commitment would lead not only to the sustainable multi-sectoral actions on AMR, but also the sufficient and sustainable resource to tackle the challenges.

The draft global development and stewardship framework provides a good starting point for discussions. We have three comments to advance this draft as follows.

First, to demystify the complexity of framework, we propose to formulate a set of important, yet common scenarios based on the analysis of real situations. The scenarios should take the antibiotic prioritization and the differences of countries' health systems capacity, especially for antibiotic R&D, stewardship, distribution, regulation and access into account. This approach would help in narrowing down options for establishing a global development and stewardship framework while capturing different countries' health systems contexts.

Second, there is a real need for an effective global mechanism and tools to make sure that every member states and all partners really 'walk the talk' on the GAP-AMR. Both this global mechanism and tools and a joint assessment mechanism should be part of the framework.

Third, the role of pharmaceutical companies in the stewardship framework, especially their roles in promoting rational use of antibiotics, needs to be revisited and discussed. Evidence indicates that not only promotion activities but also educational activities provided by pharmaceutical companies such as continued professional development (CPD) and information for the public can influence prescribing behavior as well.

Thank you, Chair.

#### Agenda 14.5 Poliomyelitis

##### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. ดร. นลินี ศรีพวง กรมควบคุมโรค

๒. นายแพทย์กิจจา เรืองไทย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

## สาระสำคัญของวาระ

เนื่องจากโรคโปลิโอเป็นโรคไวรัสเฉียบพลันซึ่งติดต่อกันจากคนสู่คนทางอุจจาระและทางปาก โปลิโอจึงเป็นโรคที่ก่อปัญหาสาธารณสุขที่มีการระบาดในกลุ่มเด็กในหลายประเทศ โรคนี้ที่เกิดจากไวรัส ๓ ชนิด (Virus type 1, Virus type 2 และ Virus type 3) วัคซีนสำหรับป้องกันโรคโปลิโอ มีทั้งแบบชนิด MOPV (Mono oral polio virus) ซึ่งจำแนกเฉพาะชนิดสำหรับ OPV 1, OPV2 และ OPV3 นอกจากนี้ยังมีวัคซีน Trivalent OPV (tOPV) ซึ่งประกอบด้วย OPV ทั้ง ๓ ชนิด และ Bivalent OPV ซึ่งประกอบด้วย OPV1 และ OPV3 วัคซีน OPV นี้ ไวรัสที่ใช้ผลิตวัคซีนนี้เป็นไวรัสที่มีชีวิต การให้ไวรัสที่มีชีวิตนี้จะเกิดผลไม่พึงประสงค์หลัก ๒ ประการ คือ ๑) อาจทำให้เป็นอัมพาต (Paralyse) ในบางราย และ ๒) เชื้อไวรัสที่มีชีวิตนี้เมื่อปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อมจะทำให้เกิดการแพร่เชื้อได้ โดยเฉพาะการทำลายสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการด้วยวิธีการที่ไม่ได้มาตรฐานด้านความปลอดภัยทางชีวภาพ (Biosafety) นอกจากนี้ยังมีการผลิตวัคซีน IPV (Inactivated Poliomyelitis Vaccine) ซึ่งเป็นวัคซีนที่ทำจากเชื้อไวรัสโปลิโอที่ตายแล้ว ซึ่ง IPV นี้มีศักยภาพในการกำจัดโปลิโอ type 2

นับตั้งแต่ปี ค.ศ. ๑๙๘๘ องค์การอนามัยโลก ยูนิเซฟและมูลนิธิโรตารี ได้ร่วมกันผลักดันให้มีการผลิตวัคซีนเพื่อป้องกันโรคโปลิโอและในปี ค.ศ. ๒๐๐๕ องค์การอนามัยโลกได้กำหนดกฎอนามัยระหว่างประเทศ [(International Health Regulations (2005)] เพื่อการจัดการการแพร่ของโรคติดต่อต่างๆ (รวมเชื้อไวรัสโปลิโอ) โรคจากสารเคมีและรังสี จากข้อมูลในปี ค.ศ. ๒๐๑๕ ไม่พบว่ามีกรณีการแพร่ระบาดของโรคโปลิโอในประเทศต่างๆ ยกเว้นประเทศอัฟกานิสถานและปากีสถานที่ยังมีการแพร่ระบาดและมีการแพร่เชื้อโปลิโอไปยังประเทศที่มีพรมแดนติดต่อกับสองประเทศนี้อีกด้วย ปัจจุบัน เมื่อพิจารณาความเสี่ยงต่อการระบาดของโรคโปลิโอ สามารถจำแนกได้ ๒ ประเด็นหลัก ได้แก่ การแพร่ระบาดในสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติ (Wild Polio Virus Transmission) และการเกิดโรคอุบัติใหม่ (reemerging disease) ในประเทศที่กำลังกำจัดโปลิโอหมดสิ้น สาเหตุเกิดจากผู้อพยพข้ามประเทศ ดังนั้น องค์การอนามัยโลกจึงกำหนดกลยุทธ์การกำจัดโปลิโอภายใต้ IHR 2005 ด้วยการลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโปลิโอด้วยการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่และปฏิบัติการกำจัดโปลิโอเต็มรูปแบบในพื้นที่ที่ยังมีการติดเชื้อโปลิโอ

ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๖๑ องค์การอนามัยโลก ได้มีการกำหนด The Polio Eradication and Endgame Strategic Plan 2013-2018 (The End Game Plan) โดยองค์การอนามัยโลก ร่วมกับโรตารี และ UNICEF ดำเนินการเพื่อให้คนทั่วโลกได้มีโอกาสเข้าถึงวัคซีน เพื่อเป้าหมายสูงสุดคือกำจัดโปลิโอให้หมดไปจากโลก โดยกลยุทธ์หลักได้แก่ การให้ภูมิคุ้มกันโรคโปลิโอด้วย IPV อย่างน้อย 1 dose และยกเลิกการให้ OPV โดยยกเลิก type 2-containing OPV ก่อนเป็นลำดับแรก ซึ่งจากการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๖๘ ในปี ค.ศ. ๒๐๑๕ ได้มีมติ (Resolution 68.3) ให้เปลี่ยน (Switching) การให้ tOPV เป็น bOPV โดยกำหนดดำเนินการระหว่าง เดือน ๑๗ เมษายน ๒๕๕๙ ถึงเดือน ๑ พฤษภาคม ๒๕๕๙ ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้รับรองว่าจะมีการผลิตวัคซีนรองรับเพียงพอจาก GAVI alliance และเครือข่าย โดยจะสนับสนุนวัคซีนดังกล่าวโดยเฉพาะ ๑๐ ประเทศ ได้แก่ ประเทศแองโกลา อีฟ ซาด คองโก เอธิโอเปีย อินเดีย ไนจีเรีย ปากีสถาน โซมาเลีย และประเทศซูดาน (ใต้) ทั้งนี้ได้กำหนดเป้าหมายแผนการให้วัคซีนใน ๖ ประเทศ ได้แก่ ประเทศซาด คองโก เอธิโอเปีย อินเดีย ไนจีเรียและปากีสถาน เพื่อลดจำนวนเด็กที่ไม่ได้รับวัคซีนให้ได้ร้อยละ ๒๒

ภายหลังจากการดำเนินการดังกล่าว ในการประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลกสมัยที่ ๑๓๘ เมื่อเดือนมกราคม ๒๕๕๙ ผู้แทนของประเทศต่างๆ ได้กล่าวถึงปัญหาการผลิตวัคซีนไม่เพียงพอรองรับการ “Switching” ตามแผน Endgame ที่กำหนดไว้ และวัคซีนมีราคาแพง ซึ่งมีผลทำให้ Endgame ล่าช้า

กว่ากำหนด รวมทั้งมีข้อกังวลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อไวรัสโปลิโอในสิ่งแวดล้อมจากการทำลายสิ่งส่งตรวจที่ปนเปื้อนเชื้อไวรัสโปลิโอด้วยวิธีที่ไม่ถูกต้องตามหลัก Biosafety อีกด้วย

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ในการประชุมสมัชชาสามัญที่ ๖๙ นี้ ได้มีวาระ 14.5 Poliomyelitis โดยมีผู้แทนจากประเทศต่างๆ ประมาณ ๔๔ ประเทศ (รวมผู้แทนประเทศไทย) ผู้แทนจากหน่วยงานภาคเอกชน OIC, FICR, Rotary, GHC ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกและผู้แทนขององค์การอนามัยโลกที่รับผิดชอบเรื่องโปลิโอให้ความสนใจร่วมอภิปรายและให้ข้อคิดเห็นเพื่อจัดทำมติ จากการอภิปรายมีประเด็นสำคัญ ได้แก่ ผู้แทนจากทุกประเทศและทุกหน่วยงานเห็นด้วยกับ The Polio Eradication and Endgame Strategic Plan 2013-2018 (The End Game Plan) โดยเห็นควรมีการดำเนินการทั้งในด้านการเฝ้าระวังสุขภาพ (Health Surveillance) เพื่อการตรวจวินิจฉัยโรคโปลิโอได้แต่เริ่มแรก และควรมีการจัดทำเรื่อง Biosafety สำหรับควบคุมการทำลายเชื้อโปลิโอ ประเทศอื่นๆนอกเหนือจาก ๖ ประเทศเป้าหมายของการสนับสนุนวัคซีนจาก GAVI ได้มีข้อกังวลตรงกันเกี่ยวกับการผลิตและสนับสนุนวัคซีน IPV และ bOPV ว่ามีราคาแพงและมีจำนวนไม่เพียงพอต่อการดำเนินการ “Switching” จึงร้องขอให้องค์การอนามัยโลกทบทวนข้อมูลในการดำเนินการใหม่

ในส่วนของประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (SEAR Countries) ได้ร่วมจัดทำ Resolution ที่เป็น Regional One Voice ของ ๑๑ ประเทศสมาชิก (รวมประเทศไทย) โดยผู้แทนประเทศภูฏานเป็นหลักในการยื่นข้อเสนอเพื่อจัดทำมติต่อที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกในการแก้ไขปัญหาการผลิตและสนับสนุนวัคซีนให้เพียงพอดังกล่าว

ในส่วนของผู้แทนองค์การอนามัยโลกได้ชี้แจงเรื่องการสนับสนุนวัคซีนว่ามีแผนการดำเนินการสนับสนุนหลักให้กับประเทศที่มีการแพร่ระบาดของฉุกเฉิน (Emergencies Outbreak) และประเทศที่มีการแพร่ระบาดในปัจจุบัน นอกจากนี้ได้มีการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางเทคโนโลยีในการผลิตวัคซีนให้กับประเทศต่างๆเพื่อสามารถผลิตวัคซีนได้เอง ทั้งนี้ขอให้การดำเนินการของทุกประเทศมีการจัดการเรื่อง Health Surveillance เพื่อเป็นการป้องกันการแพร่ระบาดนอกเหนือไปจากการใช้วัคซีนแต่เพียงอย่างเดียว ส่วนงบประมาณในการผลิตวัคซีนอย่างเพียงพอ นั้นคาดว่าจะสามารถรองรับดำเนินการได้แล้วเสร็จในปี ค.ศ. ๒๐๑๗

### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยเห็นด้วยกับ The Polio Eradication and Endgame Strategic Plan 2013-2018 (The End Game Plan) ดังกล่าว และมีข้อกังวลเกี่ยวกับราคาของวัคซีนที่มีราคาสูงและการผลิตวัคซีน IPV และ bOPV ไม่เพียงพอต่อการดำเนินการ “Switching” เช่นเดียวกัน จึงร้องขอให้เป็นบทเรียนสำหรับการกำหนดนโยบายและแผนดำเนินการขององค์การอนามัยโลกที่ต้องปรับปรุงการ ทบทวนข้อมูลที่ละเอียด รอบคอบ มีการหารือร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้ดีกว่าก่อนการประกาศนโยบายใดๆที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพประชาชน

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมมีมติรับทราบ และมีมติให้มีการพิจารณาในการประชุม Committee A ต่อไป อย่างไรก็ตามการประชุมดังกล่าวมีการเลื่อน และไม่มีมติชัดเจน เพียงแต่องค์การอนามัยโลกชี้แจงข้อมูลให้ทราบดังกล่าว

### ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

- ๑) การดำเนินการตามกรอบขององค์อนามัยโลกที่มีเงื่อนไขเวลาการเปลี่ยนแปลงใดๆที่ผลต่อสุขภาพประชาชน ควรพิจารณาถึงความพร้อมของการดำเนินการภายในประเทศด้วย และการป้องกันโรคนั้น ควรพัฒนาและเสริมสร้างระบบเฝ้าระวังสุขภาพ (Health Surveillance) ของประเทศ ซึ่งรวมการคัดกรองความเสี่ยงเริ่มแรก (Early Detection) พร้อมกันไปด้วย นอกเหนือจากการให้วัคซีน
- ๒) การดำเนินการป้องกันโรคติดเชื้อ นอกเหนือจากการป้องกันสำหรับประชาชนกลุ่มเป้าหมายแล้วยังควรนำไปประยุกต์ในการป้องกันควบคุมโรคของผู้ประกอบอาชีพและผู้อพยพข้ามถิ่นอีกด้วย

#### Intervention on Agenda 14.5 : Poliomyelitis

Intervention by Thai Delegation (Dr. Nalinee Sripaung)

Thank you Chair,

Thailand fully commit to the movement in achieving polio end game. We have already, with difficulties, achieved the switching from tOPV to bOPV and accomplished national validation since 13 May 2016.

However, the shortfall of IPV and its high cost are the most strong barriers. We used to pay 1 \$US million on OPV with abundant supply, now we have to pay 6 to 18 \$US millions and have to ask for the privilege from the suppliers to get IPV.

Furthermore, the shortfall of IPV affects “the used to be “reach kids”, who previously have access of tOPV. Now we turn some of them to be “unreached kids” while those unreached still be lack behind.

Chair, when we made the decision in the last WHA, the SAGE and the WHO secretariat ensured that there would be enough supply of IPV for the switch, but the situation turns out differently. This has deteriorated our trust to the technical capacity of the secretariat as well as the SAGE. We do understand the uncertain situation of vaccine supply, but this should be anticipated well in advance.

So far, the evidence has shown that the conduct of SAGE did not engage stakeholders and consultation; this unilateral behavior must be urgently rectified.

Therefore, prior to the global action towards the polio endgame, the inclusiveness and participatory consultation process is crucial. Thailand requests WHO and development partners to engage and consult all stakeholders in particular Member States at initial and every crucial steps in particular decision making which requires political support, effects on national legislation and impacts on huge domestic budget.

Thailand is looking forward to seeing the concrete actions from our request and we will continue our commitment on polio eradication with global communities.

Thank you, Chair

## Agenda 14.7 Promoting the health of migrants

### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

แพทย์หญิงมานิตา พรธณวดี สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

### สาระสำคัญของวาระ

จำนวนประชากรต่างด้าวในประเทศต่างๆ มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ในด้านสุขภาพได้แก่ โรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การดูแลมารดาตั้งครรภ์ การส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการเข้าถึงการรับบริการสาธารณสุขและหลักประกันสุขภาพ ซึ่งปัญหามีมากขึ้นเรื่อยๆ ตามจำนวนประชากรต่างด้าวที่มากขึ้น จึงควรมีการจัดการประชากรต่างด้าวด้านสุขภาพให้แนวทางสอดคล้องกับหลักมนุษยธรรมทั่วโลก

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- การทำให้ประชากรต่างด้าวเข้าถึงบริการสุขภาพหรือทำระบบประกันสุขภาพเป็นเรื่องท้าทาย
- มีตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับประชากรต่างด้าวถูกกำหนดใน SDG แล้ว ซึ่งทำให้เห็นความสำคัญของเรื่องนี้ว่าเป็นปัญหาของโลก และการจัดการประชากรต่างด้าวต้องการความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายทุกมิติ
- เสนอให้ WHO ทำกรอบแนวทางการทำงาน ยุทธศาสตร์ระดับประเทศ นโยบายระดับประเทศในเรื่องนี้เพื่อเป็นแนวทางในการทำงาน
- เสนอให้มีการติดตามความก้าวหน้า และประเมินผลของการดำเนินงานตาม Resolution WHA61.17
- เสนอให้ WHO สนับสนุนศักยภาพด้านกำลังคน การจัดการโรคที่มีภาวะฉุกเฉิน โรคติดต่อ โรคระบาดที่มากับประชากรต่างด้าว

### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

- การทำงานประชากรต่างด้าวควรเป็นการทำงานระหว่างประเทศที่มีอาณาเขตแดนติดต่อกันจะมีประสิทธิภาพมากกว่าทำงานเป็น region ที่แบ่งตาม WHO เช่น กลุ่มประเทศอาเซียน กลุ่มประเทศลุ่มน้ำโขง
- เป้าหมายประชากรในการดำเนินงานเรื่องประชากรต่างด้าวมุ่งเป้าไปที่แรงงานต่างด้าวและผู้ลี้ภัย ซึ่งไม่ค่อยเน้นประชากรในประเทศที่อพยพต่างเมือง ทั้งๆ ที่ประชากรเหล่านี้ก็อยู่ในกลุ่ม migrant ตาม IOM
- เสนอกระบวนทัศน์ใหม่ให้มองแรงงานต่างด้าวเป็นทุนมนุษย์ เพื่อพัฒนาทำประโยชน์ให้กับประเทศปลายทางที่เข้ามาใช้แรงงาน

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

- ประชากรต่างด้าวประกอบด้วย ๔ กลุ่ม ได้แก่ แรงงานต่างด้าว ผู้อพยพลี้ภัย ผู้อพยพภายในประเทศ และอื่นๆ เช่น ผู้ติดตาม
- การพัฒนาสาธารณสุขของประชากรต่างด้าวเน้นสิทธิมนุษยชน สิทธิในการเข้าถึงการบริการสาธารณสุข ซึ่งต้องการการพัฒนาหลักประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าว
- เสนอให้ WHO และองค์กรต่างๆ ใน UN ทำกรอบแนวคิดระดับโลก นโยบายระดับประเทศ ยุทธศาสตร์ระดับประเทศ ตัวชี้วัด เพื่อให้ประเทศสมาชิกนำยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน



## ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

### การทำงานในระดับประเทศ

ประสานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ทำยุทธศาสตร์แรงงานต่างด้าว ๕ ปี ร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค กรมอนามัย สำนักงานอาหารและยา กรมการแพทย์ กระทรวงแรงงาน กระทรวงมหาดไทย และยุทธศาสตร์ที่ทำสอดคล้องกับ global framework ที่ WHO จะพัฒนาในระยะเวลายั่งยืน โดยเฉพาะยุทธศาสตร์เรื่อง reduce financial risk

### การทำงานในระดับนานาชาติ

ประเทศไทยร่วมกับประเทศสมาชิกและ WHO จัดทำกรอบแนวทางการดำเนินงานเรื่องประชากรต่างด้าว เพื่อการ implementation ที่สำเร็จผล

#### **Intervention on Agenda 14.7: Promoting the health of migrants**

Read by Dr. Manita Phanawadee (27/5/2016)

Thank you Chair,

Migration normally occurs without boundaries that often cross WHO regions. Hence, working for health of migrant requires cross regional collaboration.

We would like to draw the attention to The 12<sup>th</sup> ASEAN Summit Declaration in Philippines on protection and prevention of the rights of migrant workers in ASEAN member countries is timely, for which effective translation of the declaration into real practice is important and demonstrated collaborative work across WHO region.

Although the scope of migration include internal and cross border, but the targets in the eight future priorities seems to be narrow as it focuses mostly on migrants and refugees. In some country, there is increasing trend of internal migration for which policy attention is required.

Furthermore, we need a major paradigm shift from looking at migrants as a social burden or source of cheap labor to the host countries, to a new paradigm of seeing them as a human being and precious human capital who contribute to the economy.

Chair, Prince Mahidol Award Conference 2017 will address the issue of social exclusion. Migrant is one of the most vulnerable population; the plight and the solutions for the migrant will be highlighted as one of focus at PMAC.

Thank you chair

## Agenda 14.9 Reform of WHO's work in health emergency management

### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นายแพทย์คณิตสรณ์ สัมฤทธิ์เดชขจร สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๒. ดร. คณางค์ คันธมธูรพจน์ มหาวิทยาลัยมหิดล

### สาระสำคัญของวาระ

แผนการปฏิรูปการบริหารจัดการภัยพิบัติเป็นผลสืบเนื่องจากความล้มเหลวขององค์การอนามัยโลกในการตอบสนองต่อภัยพิบัติได้ทันทั่วทั้งที่ แผนงานออกแบบให้มีการบูรณาการการทำงานของทุกระดับในองค์กร ครอบคลุมการบริหารจัดการความเสี่ยงทุกมิติ มีงบประมาณ พนักงาน กฎระเบียบ แนวทางปฏิบัติ สายบังคับบัญชา และกลไกตรวจสอบภายนอกที่อิสระในการกำกับทิศทางที่ชัดเจน การดำเนินงานแบ่งเป็น ๒ ช่วง ช่วงแรก (ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๐) คือช่วงเปลี่ยนผ่านที่ควรวางแผนงานทำนองเดียวกันเป็นหนึ่งเดียว และจัดหาพนักงานมาประจำสำนักงานกลาง และสำนักงานภูมิภาคเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออกและแอฟริกา กิจกรรมเหล่านี้จะเน้นการใช้เงินที่ ๔๙๔ ล้านดอลลาร์สหรัฐ (ของบประมาณเพิ่มสำหรับการนี้อีก ๑๖๐ ล้านดอลลาร์สหรัฐ) ที่ยังต้องจัดการหาเงินเข้ากองทุนสำรองจ่ายกรณีภัยพิบัติให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้คือ ๑๐๐ ล้านดอลลาร์สหรัฐ ช่วงสอง (ปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๒) คือช่วงขับเคลื่อนแผนงานเต็มรูปแบบ วาระนี้ฝ่ายเลขานุการได้ขอให้ประเทศสมาชิกเห็นชอบแผนงานนี้ สนับสนุนให้องค์การอนามัยโลกทำงานร่วมกับ United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs และขอให้ผู้อำนวยการใหญ่รายงานความก้าวหน้าต่อที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งถัดไป

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ทุกประเทศสนับสนุนแผนงานนี้ เพราะครอบคลุมทุกมิติของการบริหารจัดการ และมีการบริหารจัดการเป็นหนึ่งเดียวระหว่างสำนักงานใหญ่ สำนักงานภูมิภาค และสำนักงานประจำประเทศ ทุกประเทศเห็นชอบต่อการของงบประมาณเพิ่มสำหรับปี ๒๕๕๙-๒๕๖๐ และเห็นพ้องว่าสัดส่วนของงบประมาณควรกระจายตามความสำคัญไปที่ระดับประเทศ ระดับภูมิภาค และสำนักงานใหญ่ อย่างไรก็ตาม หลายประเทศต้องการให้มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้บริหารแผนงานทุกระดับที่ชัดเจนกว่านี้ และมีข้อห่วงกังวลว่างบประมาณจำนวนมากนี้อาจเบียดเบียนแผนงานอื่น ทั้งนี้ สหรัฐอเมริกามีข้อคิดเห็นว่าเหตุฉุกเฉินเป็นเรื่องเกิดขึ้นได้ทุกเมื่อ ทั้งยังส่งผลกระทบต่อทั่วโลกในเวลาอันรวดเร็ว ประเทศสมาชิกจึงควรให้ความสำคัญแก่แผนงานนี้เป็นลำดับแรก แม้ว่าสุดท้ายแล้วการดำเนินงานนี้จะกระทบต่อการดำเนินแผนงานอื่น นอกจากนี้ หลายประเทศยังมีข้อห่วงกังวลเกี่ยวกับความยั่งยืนของการเงินการคลังที่จะใช้ขับเคลื่อนแผนงานในระยะยาว และท้ายสุดจึงให้การสนับสนุนด้านกำลังคน ขณะที่สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย และญี่ปุ่นให้การสนับสนุนด้านการเงิน

### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

วาระนี้ได้มีการตกลงในที่ประชุมประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลกประจำภูมิภาคเอเชียอาคเนย์ ว่าเมียนมาร์เป็นผู้แทนกล่าวท่าทีในนามของ ๑๑ ประเทศสมาชิก เมียนมาร์ชื่นชมการออกแบบแผนงาน และเสนอให้ฝ่ายเลขานุการพิจารณาให้ความสำคัญต่อการสร้างเสริมศักยภาพของประเทศในการจัดการภัยพิบัติด้วยตัวเอง สัดส่วนของการช่วยเหลือทางการเงิน บริหารจัดการ และวิชาการจึงควรพุ่งความสำคัญไปที่สำนักงานประจำประเทศมากที่สุด ขณะที่ประเทศไทยสนับสนุนท่าทีของเมียนมาร์ พร้อมกล่าวเสริมถึงความสำคัญที่องค์การอนามัยโลกต้องร่วมมือกับองค์กรทั้งในและนอกเครือองค์การสหประชาชาติ (ตรงกับท่าทีของสหรัฐอเมริกา, นอร์เวย์, แคนาดา) และย้ำ

เน้นความสำคัญว่าแผนงานนี้จะสำเร็จได้ ต่อเมื่อองค์การอนามัยโลกมีผู้นำที่กล้าและตั้งใจจริงที่จะเปลี่ยนแปลงรูปแบบการทำงานขององค์การอย่างบริบูรณ์และยั่งยืน

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมสนับสนุนแผนงานขององค์การอนามัยโลก การทำงานร่วมกับองค์กรภาคีอื่น และงบประมาณที่ขอเพิ่มสำหรับปี ๒๕๕๙-๒๕๖๐ และรับทราบความตั้งใจของผู้อำนวยการใหญ่ที่จะหารือกับผู้บริจาคทั้งภาครัฐและภาคเอกชนในเดือนมิถุนายนศกนี้ เพื่อแสวงหาความยั่งยืนของการเงินการคลังต่อการบริหารจัดการแผนงานให้บรรลุวัตถุประสงค์และมีประสิทธิภาพ

### ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

#### การทำงานในระดับประเทศ

(สำนักสาธารณสุขระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ)

ประเทศไทยควรเตรียมความพร้อมของบุคลากรทุกระดับในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ตอบสนองต่อภัยพิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ

#### การทำงานในระดับนานาชาติ

- ในฐานะส่วนหนึ่งของประชาคมโลก ประเทศไทยควรร่วมรับผิดชอบต่อความมั่นคงทางสุขภาพของโลก ด้วยการพิจารณาสมทบทุนสำหรับงบประมาณที่ขอเพิ่มนี้ การคำนวณจำนวนเงินขั้นต่ำอาจอาศัยสัดส่วนร้อยละค่าบำรุงที่ประเทศไทยต้องจ่ายแก่องค์การอนามัยโลก นั่นคือ  $0.23\%$  (สำหรับปี ๒๐๑๖-๒๐๑๗)  $\times$  ๑๖๐ (จำนวนเงินที่ขอเพิ่มสำหรับบริหารแผนการนี้) = ๓๘๒,๔๐๐ เหรียญสหรัฐ
- สำหรับการสมทบกองทุนสำรองจ่ายกรณีภัยพิบัติ ซึ่งมีเป้าหมายที่ ๑๐๐ ล้านดอลลาร์จากการบริจาคโดยสมัครใจนั้น ประเทศไทยสามารถพิจารณาสมทบทุนเช่นกัน โดยอาศัยหลักการคำนวณจำนวนเงินขั้นต่ำเช่นเดียวกัน นั่นคือ  $0.23\%$  (สำหรับปี ๒๐๑๖-๒๐๑๗)  $\times$  ๑๐๐ (เป้าหมายของกองทุนสำรองจ่ายฯ) = ๒๓๙,๐๐๐ เหรียญสหรัฐ
- นอกจากนี้ ประเทศไทยควรมีส่วนร่วมในการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายระดับภูมิภาคในการเฝ้าระวังและตอบสนองต่อภัยพิบัติ และในอนาคตที่บุคลากรไทยมีความเข้มแข็งด้านการบริหารจัดการความเสี่ยงและตอบสนองต่อภัยพิบัติแล้ว ประเทศไทยก็สามารถสร้างชื่อเสียงด้านมนุษยธรรมในการเป็นหนึ่งในประเทศที่มีส่วนร่วมในการเสริมสร้างศักยภาพ และ/หรือ ช่วยเหลือฟื้นฟูประเทศที่แสดงความต้องการ

#### Intervention on agenda 14.9 Reform of WHO's work in health emergency management

Read by Dr. Kanitsorn Sumriddetchkajorn (26/May/2016)

Thank you Chair,

Thailand aligns with the statements expressed by Myanmar on behalf of the eleven Member States of the South East Asian Region.

In addition to which, Thailand would like to emphasize what the delegates of USA, Norway and Canada have stated, which is the necessity of WHO to collaborate closely, not only with the United Nations agencies, but with all partners in the global health system.

Most importantly, successful implementation of this program will not be at all possible without a strong and committed leadership that can steer all three levels of the Organization towards a profound and enduring systemic change. The health emergency management reform, which Thailand fully endorses, could be an excellent opportunity to effect this change.

Thank you.

#### Agenda 15.1 Draft global health sector strategies on HIV, Viral Hepatitis and STIs, 2016–2021

##### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นายแพทย์ปทานนนท์ ขวัญสุนิทธิ กรมสุขภาพจิต
๒. นายแพทย์ปริญญา วาทีสารกิจ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
๓. ดร. นลินี ศรีพิวง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กรมควบคุมโรค

##### สาระสำคัญของวาระ

ที่มาของวาระนี้มาจากผลการประชุมองค์การอนามัยโลกสมัยที่ ๖๓ สำหรับ viral hepatitis ที่ให้ประเทศสมาชิกดำเนินการขับเคลื่อนมาตรการที่คุ้มค่าในการป้องกันโรคแต่ไม่มีความก้าวหน้าเท่าที่ควร, การประชุมองค์การอนามัยโลกสมัยที่ ๖๔ สำหรับ HIV ที่มีมติให้ยังคงเป็นเรื่องสำคัญระดับโลกและได้ขับเคลื่อนไปพร้อมกับ MDGs ที่ผ่านมาและการประชุมองค์การอนามัยโลกสมัยที่ ๖๘ สำหรับการติดตามความคืบหน้าและยั่งยืนของ STIs ที่ยังคงมีประเด็นต้องพัฒนาต่อไป ดังนั้นตั้งแต่ปี ๒๐๑๔ เป็นต้นมา ทีมเลขานุการจึงพัฒนา Draft global health sector strategies on HIV, Viral Hepatitis and STIs 2016-2021 ของ ๓ โรคไปพร้อมกัน โดยมีสาระสำคัญผ่านยุทธศาสตร์ห้าทิศทางเพื่อบรรลุเป้าหมายการควบคุมโรคโดยมีความสอดคล้องไปกับ SDGs เป้าหมายที่ ๓.๓ ในปี ๒๐๓๐ ด้วย ซึ่งได้นำร่างเข้าการประชุมองค์การอนามัยโลกสมัยที่ ๖๙ เพื่อเสนอรับร่างดังกล่าว

##### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- มีการนำเสนอ intervention รวมกันของทั้ง ๓ โรคในเกือบทุกประเทศและส่วนใหญ่ยอมรับร่างดังกล่าว และสนับสนุนการดำเนินงานที่ใช้ยุทธศาสตร์ร่วมกันของทั้ง ๓ โรค โดยมีข้อคิดเห็น/เสนอแนะดังนี้
- ชื่นชมการประสานงานร่วมกันของทุกภาคส่วน(multi-sectoral response) ของ UNAIDS ในการแก้ไขปัญหา HIV ในช่วงที่ผ่านมาอย่างไรก็ตามกลุ่มประเทศในทวีปแอฟริกาซึ่งยังคงประสบปัญหาดังกล่าวมากที่สุดยังเรียกร้องให้มีการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจาก WHO ในเรื่องการตรวจวินิจฉัยและรักษาเพื่อนำไปสู่เป้าหมายพิชิตโรคเอดส์ (end to AIDS) ในปี ๒๐๓๐
  - หลายประเทศยังแสดงท่าทีกังวลเกี่ยวกับราคายาที่สูงสำหรับการรักษาไวรัสตับอักเสบบีโดยเฉพาะกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาและการขับเคลื่อนงานผ่านระบบการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal health coverage, UHC) ยังเป็นปัญหามากในหลายประเทศ มีการเสนอ regional one voice โดยติมอร์ เลสเต ในนามกลุ่มประเทศ SEAR ให้มีการผลิตยารักษาภายในภูมิภาคเองเพื่อลด ราคายาดังกล่าว รวมทั้งกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา ยังคงต้องการการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจาก WHO เพื่อสามารถให้วัคซีนไวรัสตับอักเสบบีครอบคลุมทั่วประเทศสำเร็จ

- หลายประเทศนำเสนอโครงการระดับชาติที่ประสบความสำเร็จในการลดการแพร่เชื้อ HIV, Viral Hepatitis and STIs เช่น ระบบเฝ้าระวังและคัดกรองในกลุ่มเมสียง ได้แก่ ผู้มีเศรษฐกิจต่ำ, เยาวชน, ผู้ให้บริการทางเพศและผู้ติดสารเสพติด (ปาปัวนิวกินี, อาร์เจนตินา, ชิลีและมาลี), โครงการใช้เข็มฉีดยาทางการแพทย์อย่างปลอดภัยปลอดภัย (เกาหลี) และการสนับสนุนเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย รวมถึงรณรงค์การสร้างค่านิยมที่ถูกต้องในสังคมเรื่องเพศก็เป็นวิธีป้องกันปัญหาที่มักถูกละเลยเช่นกัน (สโลวาเกีย)
- กลุ่มประเทศทวีปแอฟริกายังคงแสดงความกังวลต่อปัญหาการวินิจฉัย STIs เช่น การวินิจฉัยซีฟิสิสแบบ syndromic จึงต้องการการสนับสนุนเครื่องมือวินิจฉัยที่รวดเร็วและเที่ยงตรงมากขึ้นรวมทั้งยาปฏิชีวนะที่มีประสิทธิภาพและเพียงพอ นอกจากนี้ยังเสนอประเด็นเรื่องการขาดแคลนวัคซีน HPV ในภูมิภาคด้วย
- ประเทศเยอรมนี, ออสเตรเลีย, สวิสเซอร์แลนด์และกรีซ เสนอการใช้ harm reduction มาใช้เพื่อลดปัญหาการแพร่เชื้อไวรัสตับอักเสบบในผู้เสพยาเสพติดแต่ไม่มีประเทศไหนคัดค้านหรือมีท่าทีสนับสนุนแต่อย่างใด

### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

สนับสนุนร่างดังกล่าวในการดำเนินงานที่ใช้ยุทธศาสตร์ร่วมกันของ 3 โรคโดยมีสาระสำคัญ คือ

- แสดงความกังวลในประเด็นการดื้อยาต้านไวรัส HIV ที่กำลังอาจจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากนโยบายการจ่ายยาการรักษาการติดเชื้อ HIV ที่มุ่งเป้าที่อัตราส่วนจำนวนผู้ที่ได้รับการรักษาให้มากที่สุด ทั้งนี้จึงจำเป็นที่จะต้องกำชับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้มีการเตรียมกำหนดแบบแผนวิธีการรักษาให้ชัดเจนว่าให้เริ่มยาเมื่อมีระดับ CD4 ที่เท่าใดและจะปรับยาอย่างไร รวมไปถึงการเฝ้าระวังการดื้อยาของเชื้อ HIV ไปพร้อมกัน
- กระตุ้นให้ WHO พัฒนาการผลิตวัคซีนสำหรับไวรัสตับอักเสบบี
- สนับสนุนให้มีการคัดกรอง วินิจฉัยและรักษาทั้ง ๓ โรครวมเป็นชุดเดียวกันในระบบการประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- แสดงความกังวลถึงการบรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ควรปรับให้เหมาะสมกับบริบทประเทศและสนับสนุนให้ WHO เสนอแนวทางในการแก้ปัญหาโรคดังกล่าวบนหลักการความคุ้มค่าเพื่อความยั่งยืนในการดำเนิน การ

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

สนับสนุนและรับร่าง Draft global health sector strategies on HIV, Viral Hepatitis and STIs, 2016-2021 โดยไม่มีการแก้ไขโดยย้ำถึงการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับระบบการประกันสุขภาพถ้วนหน้าในและบริบทในแต่ละประเทศที่มเลขานุการให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่ากำลังมีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังการดื้อยาต้านไวรัส HIV และราคาของยาต้านไวรัสตับอักเสบบีและวัคซีน HPV ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนากำลังลดลงและย้ำถึงหน่วยงานที่สามารถช่วยเหลือด้านการเงินเพื่อความยั่งยืนของการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ เช่น กองทุนโลกและ GAVI

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

#### การทำงานในระดับประเทศ

นำยุทธศาสตร์ไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะกับบริบทของประเทศโดยมีหน่วยงานขับเคลื่อนหลัก คือ กรมควบคุมโรค และควรเฝ้าระวังการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะบางประการของ WHO ที่อาจมีผลกระทบต่อประเด็นอื่นที่เกี่ยวข้องทางสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม เช่น การบรรลุเป้าหมายการให้วัคซีน HPV

การทำงานในระดับนานาชาติ

สนับสนุนและแลกเปลี่ยนข้อมูลในระดับนานาชาติระหว่างประเทศสมาชิก รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินการตามยุทธศาสตร์โดยเฉพาะประเด็นการติดตามตัวชี้วัดตามระยะเป้าหมายของประเทศเมื่อเทียบกับในระดับนานาชาติ

**Intervention on agenda 15.1 Draft global health sector strategies on HIV, Viral Hepatitis and STIs, 2016–2021**

Read by Dr Patanon (28/May/2016)

Thank you, Chair.

Thailand aligns ourselves with the statement on behalf of SEAR countries as delivered by Timor-Leste.

We would like to express our concern of the inadequate comprehensive and effective surveillance systems on ARV resistance at all level. Member states must establish such a systems with the support from development partners including WHO secretariat, in line with the first strategy on ‘who’ and ‘where’.

On viral hepatitis, one of the most crucial challenges is the unavailability of Hepatitis C vaccine. We appreciate the effective coordination of WHO secretariat for the expeditious development of Ebola vaccine. We encourage WHO secretariat to do the same thing with Hepatitis C vaccine.

As these 3 diseases have the same routes of transmission, we do need a comprehensive package of screening, diagnosis and treatment for HIV, Viral hepatitis, and STIs in accordance to the global health sector strategies.

Finally, we adopt the proposed global strategies, but it should not be a ‘one size fits all’ targets. Member states should implement the strategies and the targets according to their contexts. WHO, should be sensitive to the evidence from transparent and accountable evaluation in recommending for specific interventions. Member states must build up capacity on economic evaluation of new health technology, with the support from development partners including WHO to decide on the ‘best value for money, budget impact, and feasibility of delivery to ensure long term sustainability’.

Thank you, Chair

## Agenda 15.2 Global Vaccine Action Plan

### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. ดร. กุลจิรา อุดมอักษร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
๒. นายแพทย์อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์ กรมควบคุมโรค
๓. แพทย์หญิงอรรธยา ลีมีพัฒนายังยง สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ
๔. นายแพทย์นคร เปรมศรี กรมควบคุมโรค

### สาระสำคัญของวาระ

WHO ได้รับรอง Global Vaccine Action Plan (GVAP) ในสมัชชาองค์การอนามัยโลกครั้งที่ ๖๕ กำหนดให้มีการรายงานความก้าวหน้าทุกปีจนถึงสมัชชาองค์การอนามัยโลกครั้งที่ ๗๑ แผนปฏิบัติการมีเป้าหมายหลักเพื่อเพิ่มอุปทานวัคซีนที่เพียงพอ และทันเวลา ในราคาซึ่งไม่เกินอำนาจซื้อ (increase availability of an affordable and timely supply of vaccines) สาระสำคัญในแผนปฏิบัติการใน ๙ เรื่องๆ หลักๆ คือ

๑. ส่งเสริม และสนับสนุนการวิจัย และพัฒนาวัคซีนในประเทศกำลังพัฒนา
๒. อำนวยให้เกิดการถ่ายทอดเทคโนโลยี
๓. ปรับปรุงกระบวนการประกันคุณภาพการผลิต และผลิตภัณฑ์วัคซีน (Prequalification process)
๔. ลดเวลา ขั้นตอนการกระบวนการการขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์วัคซีนในประเทศ
๕. เพิ่มความเข้มแข็งของกระบวนการจัดซื้อจัดหาวัคซีน
๖. สนับสนุนให้เกิดความโปร่งใสของข้อมูลราคาจัดซื้อวัคซีน
๗. สนับสนุนด้านเทคนิค ให้ข้อมูลในการบังคับจ่ายที่ทำให้เกิดภาวะขาดแคลนวัคซีน

หลังจากรับรองแผนปฏิบัติการมาเป็นเวลา ๑ ปี ใน WHA66 ได้เสนอ framework for monitoring, evaluation and accountability โดย Strategic Advisory Group of Expert on Immunization (SAGE) เพื่อใช้ในการติดตาม ประเมินผล และวัดความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ (accountability) เพื่อใช้ในการประเมินความคืบหน้าการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ โดย SAGE ทำหน้าที่ประเมิน และรายงานผลการประเมิน พร้อมข้อเสนอแนะ นำเสนอเข้าสู่สมัชชาอนามัยโลก เพื่อให้ประเทศสมาชิกรับทราบ และให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

รายงานผลการประเมินความก้าวหน้าการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการวัคซีนโลกในรอบปี ๒๐๑๕ ที่นำเสนอในสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ ๖๙ ในปี ๒๐๑๖ มีสาระสำคัญดังนี้

สรุปความสำเร็จตามแผนปฏิบัติการที่เกิดขึ้นหลายเรื่อง ได้แก่ มีการเพิ่มวัคซีนใหม่ หรือวัคซีนที่มีการเข้าถึงน้อยเป็นรายการวัคซีนที่มีความจำเป็น จำนวน ๘๖ ชนิด จากกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลาง ถึงต่ำ ๑๒๘ ประเทศ การพัฒนา และทดสอบวัคซีนสำหรับป้องกัน Ebola มีประเทศสมาชิกที่ร่วมกันแลกเปลี่ยนข้อมูลราคาวัคซีน จำนวน ๔๐ ประเทศ เพิ่มจาก ๑ ประเทศเมื่อปีก่อน อินเดียประกาศไม่พบโรค maternal & neonatal tetanus ในประเทศแล้ว จึงมีความเป็นไปได้ที่จะกำจัดโรคนี้ออกจากโลกได้ แอฟริกาไม่พบผู้ป่วยติดเชื้อ wild poliovirus มาตั้งแต่ เดือนสิงหาคม ๒๐๑๔ ทรัพยากร ต่างๆ ที่เคยใช้สำหรับโรคโปลิโอจึงได้ถูกนำมาใช้ในการควบคุมการระบาดของ Ebola และอเมริกันดำเนินการกำจัดโรคหัดเยอรมัน และความพิการของทารกจากการติดเชื้อหัดเยอรมันตั้งแต่ในครรภ์

SAGE ได้ชี้ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จของการดำเนินงาน คือ การปรับปรุงคุณภาพ และการใช้ข้อมูล การมีส่วนร่วมของชุมชน เพิ่มการเข้าถึงบริการป้องกันโรคสำหรับประชากรกลุ่มน้อยด้อยสิทธิ การพัฒนา

ระบบสุขภาพให้เข้มแข็งขึ้น การจัดการอุปทานวัคซีนให้เพียงพอ และยั่งยืน และปัจจัยความสำเร็จสุดท้าย คือ ภาวะผู้นำ และความโปร่งใสวัดได้

SAGE ได้ให้คำแนะนำจำนวน ๙ เรื่อง สำหรับการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ ได้แก่ การเพิ่มระดับการวัด และติดตามความคืบหน้า (accountability) การจัดการกับโรคติดต่อสำคัญบางโรค เช่น maternal & neonatal tetanus, measles and rubella การเพิ่มการเข้าถึงบริการป้องกันโรคโดยเฉพาะในประเทศที่มีร้อยละความครอบคลุมต่ำกว่า ๘๐% การเพิ่มสมรรถนะการวิจัย และพัฒนาในประเทศกำลังพัฒนา สนับสนุนการถ่ายทอดเทคโนโลยี ปรับปรุงกระบวนการประกันคุณภาพการผลิตวัคซีน (prequalification) ให้เร็วขึ้น สนับสนุน สร้างเสริมสมรรถนะหน่วยงานซึ่งทำหน้าที่ควบคุมกำกับในประเทศสมาชิก เพิ่มการจัดซื้อแบบรวบรวมปริมาณซื้อจำนวนมากๆ เพื่อต่อรองราคา เพิ่มจำนวนประเทศที่เข้าร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลราคาวัคซีน จัดการปัญหาการขาดแคลนวัคซีนโดยให้การสนับสนุนทางเทคนิคในการหาปัจจัย หรือสาเหตุที่ทำให้เกิดการขาดแคลน

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

หลายประเทศมีความคิดเห็นไปในทิศทางเดียวกัน คือ การดำเนินการตามแผนปฏิบัติการวัคซีนเป็นไปอย่างล่าช้า และไม่จริงจัง โดยบางประเทศได้บอกเล่าความสำเร็จในการดำเนินการเรื่องต่างๆ ภายในประเทศที่สอดคล้องตามแผนปฏิบัติการวัคซีนโลก เช่น การเพิ่ม % coverage การเพิ่มชนิดของวัคซีนใหม่ที่รัฐสนับสนุน การกำจัดโรคติดต่อบางโรคให้หมดสิ้นไปจากประเทศ ในขณะที่บางเทศ และองค์กรอิสระได้เสนอเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญ และผลักดันอย่างจริงจังมากขึ้น ได้แก่ การเข้าถึงวัคซีน การกำจัดโรคบางโรค การสนับสนุนการวิจัย และพัฒนาวัคซีน กลไกการจัดการอุปทาน (supply) วัคซีนให้เพียงพอสำหรับความต้องการ การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบาย การส่งเสริมการเข้าถึงบริการป้องกันโรคอย่างเท่าเทียม การดำเนินการตาม WHA resolution 68.66 เกี่ยวกับมาตรการต่างๆ เพื่อให้ราคาวัคซีนลดลงอย่างจริงจัง และเป็นรูปธรรม

### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (แบบ intervention ตอนท้าย)

ประเทศไทยเห็นว่าการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ แม้ว่าประสบความสำเร็จในบางเรื่องตามผลการประเมินที่ SAGE รายงาน แต่เรายังเห็นว่าการดำเนินการยังไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง จึงได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของแผนปฏิบัติการวัคซีนโลก ได้แก่ การสนับสนุนเพิ่มความเข้มแข็งของโปรแกรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคให้เป็นส่วนหนึ่งเพื่อนำไปสู่ universal health coverage การพัฒนาระบบ joint EPI review ให้มีความเข้มแข็งเสนอแนวปฏิบัติที่สำคัญ ชัดเจนสำหรับประเทศสมาชิกรุ่นต่อไป ปฏิบัติ รูปแบบการให้บริการสร้างเสริมและป้องกันโรคในลักษณะที่เป็นงาน routine ในปัจจุบันไม่สามารถทำให้ระบบมีประสิทธิภาพได้ กลไกการสนับสนุนทางการเงินที่ยั่งยืน เป็นปัจจัยสำคัญสำหรับการไปสู่เป้าหมายการส่งเสริมป้องกันโรค ดังนั้นก่อนที่จะแนะนำให้ประเทศสมาชิกเพิ่มวัคซีนเข้าไปในโปรแกรมการส่งเสริมป้องกันโรค WHO และ SAGE ควรต้องพิจารณาอย่างจริงจังถึงผลกระทบต่องบประมาณ และความยั่งยืนของการสนับสนุน ไม่ใช่พิจารณาเพียงแค่ความปลอดภัย และประสิทธิผลของวัคซีนเท่านั้น ความสำเร็จของแผนปฏิบัติการวัคซีนโลกขึ้นอยู่กับสมรรถนะในการวิจัย และพัฒนาวัคซีนของประเทศกำลังพัฒนา เพื่อผลิตวัคซีนที่มีราคาถูกลง วัคซีนจึงควรเป็นผลิตภัณฑ์สำคัญที่ควรจะนำไปอภิปราย พิจารณาในเรื่องของ intellectual property และการเข้าถึงยา ให้ได้มาตรการที่เป็นรูปธรรมเพื่อแยกต้นทุนการวิจัย และพัฒนาออกจากราคาวัคซีน



## สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ประเทศสมาชิกรับทราบผลการประเมิน และพร้อมสนับสนุนนำเอาแผนปฏิบัติการวัคซีนไปดำเนินการในประเทศ โดยให้ข้อคิดเห็นต่างๆ ไว้เพื่อ WHO นำไปปรับปรุงการดำเนินการ ให้การสนับสนุนเรื่องต่างๆ ได้อย่างตรงประเด็น มีทิศทางที่ชัดเจนเพื่อให้การดำเนินการตามแผนปฏิบัติการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพในช่วงปีถัดไป

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

### การทำงานในระดับประเทศ

ปรับปรุงแผนปฏิบัติการส่งเสริมป้องกันโรคของประเทศให้สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการโลก ควรมีกลไกการติดตาม และประเมินผลกระทบต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นกับประเทศเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงนโยบายการส่งเสริมป้องกันโรคระดับนานาชาติ เพื่อวางแผนจัดการความเสี่ยงรองรับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ อย่างทันเวลา ควรมีระบบสารสนเทศที่ทำหน้าที่เก็บข้อมูลต่างๆ ของการส่งเสริมป้องกันโรคอย่างครบวงจร และนำข้อมูลมาใช้ในการติดตาม ประเมินการดำเนินการตามแผนปฏิบัติ และเป็นข้อมูลป้อนกลับในการตัดสินใจปรับปรุงเปลี่ยนแปลงนโยบายให้มีความเหมาะสม สอดคล้องกันสถานการณ์

### การทำงานในระดับนานาชาติ

ระบบสารสนเทศเพื่อการติดตาม และประเมินการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการวัคซีนโลกเป็นสิ่งที่จะต้องพัฒนาขึ้นเพื่อใช้เป็นพื้นฐานในการกำหนดนโยบายที่เหมาะสม นอกจากนี้ควรกลไกการเพิ่มความเข้มแข็งในจัดซื้อจัดหาวัคซีนของประเทศสมาชิกเพื่อให้วัคซีนในราคาที่สามารถซื้อได้ การออกแบบกลไกการสนับสนุนเงิน หรือทรัพยากรสำหรับประเทศสมาชิกที่มีอำนาจซื้อน้อยให้สามารถเข้าถึงวัคซีนได้อย่างเท่าเทียม

### **Intervention on agenda 15.2 Global Vaccine Action Plan**

Read by Khunjira Udomaksorn on 28 May 2016

Thank you Chair,

Despite a number of successes, it is nothing to be surprised that the GVAP is not on track. Thailand would like to address a few key issues to put GVAP on course.

First, adequate and equitable health system is the most important element in delivering immunization to all children. We strongly request WHO and other development partners to continue supporting Member States in strengthening the national immunization program as part of the path towards UHC.

Second, the joint EPI review need to be further strengthen and improve to come up with concrete critical priority actions to be taken in each country.

Third, Immunization is the victim of its own success as it is now recognized as routine work. The government needs to be informed that business as usual cannot prevail.

Fourth, financial sustainability is vital to achieve and maintain the immunization goals. Before recommending member states on new vaccine introduction, the WHO and SAGE should seriously consider the potential budget impact and sustainability, not just the safety and effectiveness.

Finally, the success of GVAP depends greatly on the capacity of developing countries to develop and produce vaccines at low price. We need to consider vaccines as one of the priority products to consider in the discussion on the intellectual property and access to medicine. We should seriously consider the proposal to delink the R&D cost from the price of vaccines.

Thailand is fully committed to the GVAP and looks forward to seeing the Decade of Vaccines achieve its targets.

Thank you, Chair.

### Agenda 15.3 Mycetoma

#### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

นายแพทย์ธงชน เพิ่มบถศรี กรมการแพทย์

#### สาระสำคัญของวาระ

- Mycetoma เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากการได้รับเชื้อแบคทีเรียหรือเชื้อรา (เช่น *A. madurae*, *S. mycetozitidis*) ผ่านบาดแผลแล้วเกิดการติดเชื้อเรื้อรังลุกลามเข้าไปถึงชั้นกระดูกจึงพบมากที่บริเวณเท้าหรือขา ลักษณะการดำเนินโรคเป็นแบบซ้ำๆ ไม่ค่อยเจ็บปวด มีแผลเรื้อรังที่มีลักษณะเฉพาะคือมีรูท่อนและมีสิ่งคืดหลังหรือหนองไหลออกมา พบว่าในประชากรที่มีเศรษฐกิจยากจนในเขต tropical (ระหว่าง ๑๕ องศาเหนือและ ๓๐ องศาใต้เส้นศูนย์สูตร) หรือ Mycetoma Belt ประเทศที่ยังมีรายงานโรคคือ ประเทศแถบอเมริกาใต้ ประเทศกลุ่ม Sahel Subregion ประเทศซาอุดีอาระเบีย เยเมนและอินเดีย อุบัติการณ์ของโรคยังพบว่าสูงและยังไม่มีระบบจัดการในระดับโลกหรือ WHO สำหรับโรคนี้ โดยปัจจุบันยังไม่ได้อยู่ในรายชื่อกลุ่มโรค Neglected Tropical Diseases (NTDs) ทั้งที่โรคนี้ยังถือเป็นโรคที่ถูก neglected เฉพาะรายงานในปี ๑๙๙๑ ในประเทศซูดานประเทศเดียวก็สูงมากถึง ๘.๕/๑๐๐๐ ประชากร
- ปัจจุบัน แม้ WHO จะมีโครงการร่วมกับ stakeholders คือ UNICEF, UNDP, World Bank ในการมี Collaborating Centre on Mycetoma ในเมือง Khartoum ประเทศซูดาน แต่เชื่อว่าการจัดการโรคน่าจะทำได้มีประสิทธิภาพขึ้นหาก Mycetoma ถึงบรรจุเข้าใน NTDs list และได้รับการบริหารจัดการตาม protocol ของ NTDs เช่นเดียวกับอีก ๑๗ โรคที่มีแนวโน้มประสบความสำเร็จมากกว่า
- ในอดีต การนำโรคใดๆ เข้าไปใน List ของ Neglected tropical Diseases (NTDs) ยังไม่ถูกกำหนดชัดเจนนัก เพิ่งจะมีเมื่อปลายปี ๒๐๑๕ โดยมีขั้นตอนและ Criteria ดังนี้

#### Proposed Criteria for Classifying a condition as an NTD

- 1) Disproportionately affect populations living in poverty; and cause important morbidity and mortality including stigma and discrimination - in such populations, justifying a global response
- 2) Primarily affects populations living in tropical and sub-tropical areas,
- 3) Can be eliminated or eradicated by applying one or more of the 5 public health strategies adopted by the Department for Control of NTDs (1. Preventive chemotherapy, 2. Intensified

Case Management, 3. Vector control, 4. Veterinary public health, and 5. Safe water, sanitation and hygiene, or

- 4) That are relatively neglected by research – i.e., resource allocation is not commensurate with the magnitude of the problem - when it comes to developing new diagnostics, medicines and other control tools

โดยหากเข้า criteria ข้อ ๑, ๒ และ ๓ จะถูกจัดเป็น category A ( action คือ large scale action in the portfolio of the NTD Department for control, elimination or eradication)

หากเข้า criteria ข้อ ๑, ๒ และ ๔ จะถูกจัดเป็น category B ( action คือ activities leading to advocacy by stakeholders and the development of new diagnostics, medicines or other control tools and strategies)

เมื่อประเทศสมาชิกพิจารณาว่าน่าจะเข้า criteria จะนำเข้าการพิจารณาของ NTD STAG (WHO Strategy and Technical Advisory Group) ตามขั้นตอนต่อไปนี้

๑) Requests for inclusion as an additional NTD by MS (one or more) พร้อมหลักฐานทางวิชาการ ผ่านทาง WHO country หรือ Regional office.

๒) WHO's Department for Control of NTDs จะเป็นผู้พิจารณาแล้วนำเสนอ NTD STAG

๓) NTD STAG จะพิจารณา (มักทำในช่วงฤดู spring ของทุกปี) ว่าเข้าข้อบ่งชี้ว่าเป็น NTD Cate A หรือ NTD Cate B หรือไม่ใช่ NTD ตามข้อบ่งชี้

๔) NTD STAG จะ review the global NTS list นี้ทุกๆ ๓-๕ ปี

- ประเทศชูดานเป็นผู้เสนอข้อบ่งชี้ โดยมีใจความสำคัญว่า WHO Director General ควรดำเนินการเพื่อให้ Mycetoma เข้าไปอยู่ใน NTD list โดยทันที พร้อมทั้งใช้ criteria ที่ได้ proposed ไว้เพื่อใช้ในการพิจารณา กลุ่มโรคอื่น เพื่อให้เข้าอยู่ใน NTD list ในอนาคตต่อไป

- Resolution WHA64.6 (๒๐๑๑) on health workforce strengthening ภายหลังจากรับรองข้อบ่งชี้ ได้มีเวทีการประชุมทั้งในระดับชาติ และนานาชาติ ข้อบ่งชี้สะท้อนให้เห็นความสำคัญของการแก้ปัญหากำลังคน ในแต่ละประเทศที่ต้องมีปัจจัยนำเข้าหลายเรื่อง และต้องมีการดำเนินการ ทั้งด้านการเงินการคลัง การวางแผนกำลังคน การพัฒนา การธำรงรักษา และการกระจายอย่างเป็นธรรม ซึ่งยังคงต้องการการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

- Resolution WHA64.7 (๒๐๑๑) on strengthening nursing and midwifery พบว่ากำลังคนทางการพยาบาลและผดุงครรภ์ มีความสำคัญอย่างมากต่อระบบบริการสุขภาพอย่างมาก และเป็นองค์ประกอบสำคัญ ที่จะบรรลุเป้าหมาย ๓.๘ ของSDGs หลังจากรับรอง มติ ดังกล่าว ได้มีการจัดทำ Strategic direction for nursing and midwifery 2011-2015 ทำให้การพัฒนาเพื่อสร้างความเข้มแข็งของการพยาบาลและผดุงครรภ์ ชัดเจนมากขึ้น ซึ่งจำเป็นต้องมีการทำงานอย่างต่อเนื่อง ต่อไป

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

ประเทศไทยเห็นด้วยกับชูดานที่จะให้ WHO DG นำ Mycetoma เข้าไปอยู่ใน NTDs list รวมถึงชื่นชมถึงความร่วมมือในอดีต ของ WHO, UNICEF, World Bank และ WHO Collaborating Centre on Mycetoma in Khartoum ในการจัดการปัญหา Mycetoma

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ  
เห็นด้วยกับข้อมติ

สรุปผลลัพธ์ของวาระ:  
ที่ประชุมมีมติรับรอง

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

การทำงานในระดับประเทศ

แม้ Mycetoma จะพบน้อยมากในประเทศไทยเนื่องจากการมีสุขภาวะและสิ่งแวดล้อมที่ดีขึ้น แต่ประเทศก็ยังอยู่ใน tropical region กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมควบคุมโรคและกรมวิชาการที่เกี่ยวข้อง เช่นกรมการแพทย์ รวมถึงบุคลากรสาธารณสุขในชุมชนต้องไม่ลืมที่จะเฝ้าระวังโรคนี้ หากเกิดขึ้นจะได้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ทัน่วงทีเพราะจุดเริ่มต้นของการรักษาโรคนี้ที่ดีที่สุดคือการวินิจฉัยให้ได้เร็ว และให้ยาตามเชื้อ

การทำงานในระดับนานาชาติ

ขับเคลื่อนกระบวนการเรียนรู้ ร่วมกันเพื่อเชื่อมโยงระบบการเฝ้าระวัง การดูแลรักษา พัฒนากำลังคน และการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ระหว่างกัน

#### **Intervention on agenda Mycetoma**

Dr. Thongtana Permbotasi

Thank you, chair ;

Thailand would like to express sincere appreciation for the great efforts made by WHO, UNICEF, UNDP, World Bank and development partners in tackling Mycetoma in particular a number of key activities at WHO Collaborating Centre on Mycetoma in Khartoum. Furthermore there are remaining challenges including lack of basic epidemiological information, delay detection and poor treatment outcome.

Chairperson, Mycetoma has always been neglected as it was prevalent in some countries along mycetoma belt, where the resource is constraint and it is a chronic condition which is not dreadful like Ebola. .

Thailand supports the draft resolution EB138 R1. We would like to emphasize that inclusion of Mycetoma in WHO's Neglected Tropical Disease is a stepping stone to accelerate the implementation of Mycetoma prevention and control including health education, personal hygiene and environmental sanitation in affected countries.

We would like to sincerely thank and commend Sudan for their leading role in moving this resolution.

Thank you chair

## Agenda 16.1 Health workforce and services

### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. ดร. เกสัชกรหญิงวลัยพร พัทธนกุล สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๒. ดร. กฤษดา แสงวดี สำนักวิชาการสาธารณสุข
๓. ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวนิษา ชื่นกองแก้ว มูลนิธิเพื่อการพัฒนาการศึกษาบุคลากรสุขภาพ
๔. ดร. กาญจนา จันทน์ไทย สำนักการพยาบาล
๕. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันทพันธ์ ชินล้ำประเสริฐ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ

### สาระสำคัญของวาระ

วาระนี้ ประกอบด้วย ๓ ส่วน คือ ส่วนที่ ๑ เป็นการนำเสนอความก้าวหน้า ในการดำเนินการ ตามข้อมติว่าด้วยการพัฒนากำลังคน ๓ ข้อมติ ได้แก่ (๑) Resolution WHA64.6 (๒๐๑๑) on health workforce strengthening (๒) Resolution WHA64.7 (๒๐๑๑) on strengthening nursing and midwifery และ (๓) Resolution WHA66.23 (๒๐๑๓) on transforming health workforce education in support of universal health coverage และรายงานความก้าวหน้าของการ นำ WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel ไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งพบว่า

- ๑) Resolution WHA64.6 (๒๐๑๑) on health workforce strengthening ภายหลังจากรับรองข้อมตินี้ได้ มีเวทีการประชุมทั้งในระดับชาติ และนานาชาติ ข้อมตินี้สะท้อนให้เห็นความสำคัญของการแก้ปัญหา กำลังคนในแต่ละประเทศที่ต้องมีปัจจัยนำเข้าหลายเรื่อง และต้องมีการดำเนินการ ทั้งด้านการเงินการคลัง การวางแผนกำลังคน การพัฒนา การธำรงรักษา และการกระจายอย่างเป็นธรรม ซึ่งยังคงต้องการการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- ๒) Resolution WHA64.7 (๒๐๑๑) on strengthening nursing and midwifery พบว่ากำลังคนทางการพยาบาล และผดุงครรภ์ มีความสำคัญอย่างมากต่อระบบบริการสุขภาพอย่างมาก และเป็นองค์ประกอบสำคัญ ที่จะบรรลุเป้าหมาย ๓.๘ ของSDGs หลังจากมีการรับรอง มติ ดังกล่าว ได้มีการจัดทำ Strategic direction for nursing and midwifery 2011-2015 ทำให้การพัฒนาเพื่อสร้างความเข้มแข็งของการพยาบาลและผดุงครรภ์ ชัดเจนมากขึ้น ซึ่งจำเป็นต้องมีการทำงานอย่างต่อเนื่อง ต่อไป
- ๓) Resolution WHA66.23 (๒๐๑๓) on transforming health workforce education in support of universal health coverage พบว่า ผลลัพธ์ของ Transformative education ที่ต้องมี กำลังคนที่เพียงพอ (quantity) มีคุณภาพ (quality) และ มีทักษะที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน (relevance) นั้น จะบรรลุผลเพียงใด ขึ้นอยู่กับแนวทางการดำเนินการของแต่ละประเทศ ที่ต้องมีการทำงานร่วมกันระหว่างภาคส่วนการศึกษา และการบริการ ซึ่งหลายภูมิภาคได้มีพัฒนาแนวทางการพัฒนา เช่น SEAR มีการกำหนด South-East Asia on strengthening health workforce education and training in the region และสนับสนุนให้แต่ละประเทศ ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และทำแผนปฏิบัติการ และมีการติดตามประเมินผล แต่การรายงานครั้งนี้ ฝ่ายเลขาฯ ขาดการรายงานการทำงานตาม ข้อมติ ในส่วน Request DG OP 2(4)
- ๔) การนำ WHO code ไปสู่การปฏิบัติ พบว่า มีความก้าวหน้าจาก ผลการดำเนินการในรอบแรกอย่างมีนัยสำคัญ แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อสังเกตเรื่องความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูล จากการรายงาน จึงต้องขอให้ฝ่ายเลขาฯ พัฒนาการเก็บข้อมูลและกระตุ้นการนำไปใช้ต่อ ในรอบ ๓

ส่วนที่ ๒ เป็นการรับรอง ข้อมติ Global strategy on HRH: workforce 2030 ซึ่งไทยเป็น Co-sponsor ในร่างข้อมติ และระหว่างประชุม ได้มีการร่วมกับ Zimbabwe ที่เป็น Host ในการแก้ไขข้อความ และออก A69/B/CONF/4 นำไปสู่การรับรอง ใน Com A ในวันที่ ๒๗ พฤษภาคม ๒๕๕๙ โดยสรุป global strategy นี้เป็นบูรณาการของยุทธศาสตร์สำคัญที่จะแก้ปัญหา การขาดแคลน การใช้และการกระจาย การดำรงรักษา และการผลิตและพัฒนากำลังคน ประกอบด้วย 4 Strategic objective and its milestones for 2020 and 2030 ซึ่งไทย ได้ลงมติรับรอง

ส่วนที่ ๓ เป็นการรับรองข้อมติ Strengthening integrated, people-centred health services ซึ่งไทยเป็น Co-sponsor ข้อมติ ใน EB 138 R.2 ซึ่งเป็น framework ระบบบริการที่มีบูรณาการ โดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง ของการดูแล และให้ความสำคัญกับ การร่วมมือของทุกภาคส่วน ทั้ง Health and Non health บริการปฐมภูมิ และการลดปัญหาของความไม่เชื่อมโยงกันของระบบบริการสุขภาพ ที่อยู่ในสภาพ ที่เรียกว่า Fragmentation กรอบแนวคิดนี้ประกอบด้วย ๕ ยุทธศาสตร์ ที่ให้ประเทศสมาชิกร่วมไปปฏิบัติ ซึ่งในระหว่างการประชุมได้มีการปรับแก้ไข ร่างข้อมติ ใน EB 138 R.2 โดย India, Liberia, Zimbabwe and the Member States of the European Union โดยได้มีการประสานขอความเห็นผู้แทนไทย และออก A69/B/CONF/5 ซึ่งทำให้มีความชัดเจนมากขึ้น โดยเฉพาะการเพิ่มข้อเรียกร้องให้ประเทศสมาชิก นำไปใช้ทั้งในระดับประเทศและภูมิภาค รวมทั้งการเพิ่มให้บูรณาการ appropriate traditional and complementary medicine เข้าไว้ด้วยซึ่งทำให้ Resolution ในส่วนของการนำสู่ปฏิบัติมีความชัดเจนมากขึ้น และผ่านการรับรอง ใน Com A ในวันที่ ๒๘ พฤษภาคม ๒๕๕๙ WHA69.

### **บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ**

เห็นด้วยกับ Global strategy on HRH: workforce 2030 และ framework on integrated, people-centred health services;

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

#### **สรุปผลลัพธ์ของวาระ:**

ที่ประชุมมีมติรับรอง

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

##### การทำงานในระดับประเทศ

๑. ปรับใช้กรอบยุทธศาสตร์กำลังคน ๒๐๓๐ เข้ากับยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศ ๒๐ ปี ที่กำลังดำเนินการ
๒. สนับสนุน การขับเคลื่อน Transformative Health workforce Education and training
๓. พัฒนาศักยภาพและสมรรถนะที่มบุคคลากรสุขภาพสหสาขาวิชาชีพ เน้นการเรียนรู้ที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน
๔. สร้างกระบวนการทำงานร่วมกันด้าน การศึกษาระหว่าง สธ. และสถาบัน/ องค์กรวิชาชีพสุขภาพ
๕. สร้างกลไกการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพระดับประเทศ

##### การทำงานในระดับนานาชาติ

ขับเคลื่อนกระบวนการเรียนรู้ ร่วมกันเพื่อเชื่อมโยงระบบการ พัฒนากำลังคนสุขภาพของประเทศและภูมิภาค กับองค์กรระหว่างประเทศ

**Intervention on Agenda Health workforce and services**

Delivered by Dr.Krisada Sawaengdee, Ministry of Public Health  
Chair,

Thailand delegation appreciates the effort by Secretariat in providing report on progress made towards implementation of three WHA resolutions on health workforce. However, the secretariat did not provide clear conclusions and recommendations based on findings of country assessment as requested DG in OP paragraph 2 (4) of WHA 66.23

We reiterate our concern that a few important components on health workforce that must be taken seriously by WHA are that:

Firstly, the transformative education and training for adequate number of competent health workforce, including strong policies to distribute them equitably in country with appropriate management of international migration through the Code.

Secondly, the important role of nurses, midwives and primary healthcare workers who support the people-centered services as the front line providers must be recognized. As they are the cutting edge for the achievement of health related SDGs.

Thailand urges the secretariat to implement the remaining parts of WHA 66.23 and also strengthen the capacity of nursing and midwifery workforces applying the upcoming new strategic direction for strengthening nursing and midwifery services 2016-2020.

Moreover, the significant progress in the implementation of the Code in the second round report is appreciated. We urge the secretariat to continue strengthen it in the third round.

The Secretariat and partners are also appreciated for the development of the Global strategy on HRH: workforce 2030, through extensive consultations.

In conclusion, The Secretariat and Member States have to translate the global workforce strategy, from the inspiration into real action with good outcomes, as SDG is such a high stake for humanity.

Lastly, having reviewed Document A69/39 and A69/B/CONF/5 on people centered health services, and Conference paper 4 on Global HRH: Workforce Strategy 2030, Thailand fully endorses the adoption of the two resolutions.

Thank you Chair

## Agenda 16.2 Follow-up to the report of the Consultative Expert Working Group on Research and Development: Financing and Coordination

### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. ดร. เกสัชกรหญิงกุลจิรา อุดมอักษร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
๒. เกสัชกรหญิงสิตานันท์ พูลผลทรัพย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
๓. ดร. เกสัชกรหญิงวลัยพร พัชรนฤมล สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๔. แพทย์หญิงอรรธยา ลีมีวัฒนายิ่งยง สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ

### สาระสำคัญของวาระ

ปัญหาการขาดการลงทุนการวิจัย และพัฒนาผลิตภัณฑ์ หรือวิธีการรักษาโรคที่ถูกละเลยเนื่องจากเป็นตลาดที่มีผลประโยชน์ทางธุรกิจที่มากเพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยในโรคเหล่านั้นต้องทุกข์ทรมานจากโรค และเสียชีวิตเนื่องจากไม่มีวิธีการรักษา หรือมีวิธีการรักษาแต่ราคาแพงมากเกินความสามารถซื้อ WHO จึงได้จัดตั้งกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย พัฒนา (CEWG) ซึ่งดำเนินการศึกษาข้อเสนอในการจัดหา ระดมทุน และรูปแบบการทำงานร่วมกันเพื่อทำให้เกิดการวิจัย และพัฒนาผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในการรักษาโรคที่ถูกละเลยโดยเฉพาะ type II และ III

CEWG ได้เสนอแผนกลยุทธ์ และได้รับการรับรองใน WHA 66 resolution WHA66.22 โดยมีองค์ประกอบหลักๆ คือ ฐานข้อมูลสารสนเทศการวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ โครงการวิจัย และพัฒนานำร่อง ทั่วโลกการจัดการระดมทุนที่มีความยั่งยืนต่อเนื่อง ทั่วโลกการทำงานร่วมกันของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

ความคืบหน้าในการดำเนินการตามแผนกลยุทธ์ดังกล่าวมีความล่าช้ามาก มีข้อจำกัดเรื่องของเงินทุน การสื่อสาร และกลไกการจัดการ จัดเก็บข้อมูลที่มีความต่อเนื่องยั่งยืน ได้มีการประชุม open end เพื่อติดตามการดำเนินงานตามแผนกลยุทธ์ในช่วงวันที่ ๒-๔ พฤษภาคม ๒๕๕๙ ที่ประชุมเสนอให้มี drafting group เพื่อตกลงร่าง resolution ร่วมกันใน WHA69 โดยมีประเด็นสำคัญ ในการอภิปราย คือ การเร่งรัดให้ global observatory ทำงานอย่างเต็มที่ตามแผน การจัดลำดับความสำคัญของโรคที่จะดำเนินการวิจัย และพัฒนา ทั่วโลก และรูปแบบการทำงาน การประสานงาน แหล่งเงิน ทั่วโลกการจัดการระดมทุนเพื่อสนับสนุนกิจกรรมตามแผนกลยุทธ์ และความเชื่อมโยงสอดคล้องของนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยและพัฒนา

ที่ประชุม WHA69 ให้มี drafting group โดยมีประธานที่ประชุมเป็นผู้แทนประเทศอินเดีย โดยเริ่มประชุมตั้งแต่วันที่ ๒๖ พ.ค. ๕๙ เวลา ๑๕.๐๐ - ๑๘.๐๐ น. และวันที่ ๒๗ พ.ค. ๕๙ เวลา ๑๕.๐๐ - ๒๐.๐๐ น.

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ในการประชุม drafting group ท่าทีของประเทศต่างๆ แบ่งออกเป็น ๒ ฝ่ายหลักๆ โดยมีบราซิล และ อินเดีย เป็นฝ่ายหนึ่ง มีความเห็นไปในทิศทางสนับสนุนให้เกิดการวิจัย และพัฒนาในประเทศกำลังพัฒนา และ สหรัฐอเมริกาเป็นอีกฝ่ายหนึ่งพยายามเสนอความเห็นให้เอกชนได้มีส่วนร่วมในกระบวนการต่างๆ ท่าทีของอเมริกาอ่อนลงมากในการประชุมวันที่ ๒ ทำให้ความเห็นสุดท้ายเกือบทั้งหมดเป็นไปตามที่บราซิล และอินเดีย เสนอ อย่างไรก็ตาม ใน draft resolution นี้ไม่ได้มีการพูดคุย ถกเถียงกันในประเด็นที่สำคัญ และเสี่ยงต่อความขัดแย้งสูง เช่น ทั่วโลกการจัดการ ระดมทุนใหม่ๆ ที่มีความต่อเนื่องยั่งยืน แทนกองทุนที่ระดมทุนตามความสมัครใจซึ่งพิสูจน์แล้วว่าล้มเหลว และมาตรการที่เป็นรูปธรรมในการแยกต้นทุนการวิจัย และพัฒนาออกจาก ราคาผลิตภัณฑ์



### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (แบบ intervention ตอนท้าย)

ด้วย agenda นี้เป็นหนึ่งใน agenda ที่เป็น ROV (Regional One Voice) ซึ่งประเทศ และกลุ่มประเทศ SEARO จะให้ความเห็นที่สอดคล้องกันทั้งกลุ่ม ใน drafting group ประเทศไทยมีท่าทีเช่นเดียวกับประเทศอินเดีย และบราซิล ซึ่งพยายามทำให้ resolution เป็นไปในลักษณะที่เอื้อให้เกิดการวิจัย และพัฒนาในประเทศกำลังพัฒนา เพื่อให้เกิดผลิตภัณฑ์ที่มีราคาถูกลงสามารถเข้าถึงได้

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับรอง resolution จาก drafting group โดยมีประธานกลุ่มเป็นอินเดีย โดย Resolution สุดท้าย 8 PP (Preamble paragraph) และ 14 OP (operation paragraph) สำหรับประเทศสมาชิก 3 OP และสำหรับ Director-General 11 OP โดยสาระสำคัญในส่วนของ operation paragraph คือ

กระตุ้นให้ประเทศสมาชิก คงความพยายามอย่างต่อเนื่อง ในการสนับสนุนเงินทุนอย่างเพียงพอ และยั่งยืนในการดำเนินการตามแผนกลยุทธ์ที่ได้ตกลงกันใน WHA66.22 ดำเนินการให้มีหน่วยงานวิจัย และพัฒนาระดับประเทศ หรือทำให้เข้มแข็งขึ้นในกรณีที่มีอยู่แล้ว หรือส่วนงานที่เทียบเท่า ทำหน้าที่ติดตาม เสาะหาข้อมูลสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย และพัฒนาทางสุขภาพ เพื่อเชื่อมโยงการทำงานกับ global observatory พัฒนาช่องทางกลไกการเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพื่อรายงานอย่างสม่ำเสมอ

ขอให้ director general เร่งรัดให้มีการดำเนินการตามแผนกลยุทธ์ตาม WHA66.22 พัฒนาให้ global observatory on health research and development ทำงานได้อย่างเต็มที่ตามที่วางแผนไว้ โดยให้เสนอ TOR และแผนงบประมาณผ่านการประชุม Executive Board ครั้งที่ ๑๔๐ เพื่อพิจารณารับรองใน WHA ครั้งที่ ๗๐ พร้อมกับเร่งรัดให้มีการพัฒนารูปแบบ มาตรฐานการแบ่งประเภทงานวิจัย และพัฒนา การรายงาน โดยทำงานอยู่บนแหล่งข้อมูลที่มีอยู่แล้วภายใต้การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญของประเทศสมาชิก ผู้ที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เพื่อดำเนินการจัดทำ และจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ สนับสนุนการดำเนินการให้เกิดการทำงานแบบเดียวกันนี้ในประเทศสมาชิก ให้มีการตั้งคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพขององค์การอนามัยโลกเพื่อทำหน้าที่ให้แนะนำทางเทคนิคในการจัดความสำคัญการวิจัย และพัฒนา จัดทำ และนำเสนอแผนปฏิบัติการสำหรับการให้ทุนวิจัย และพัฒนาในโรคตามลำดับความสำคัญ และรูปแบบการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างๆ เพื่อรับรองใน WHA ครั้งที่ ๗๐ สนับสนุนให้มีกลไกใหม่ๆ จัดหาทุนที่มีความยั่งยืนเพื่อการดำเนินการในทุกด้านของแผนกลยุทธ์ สนับสนุนให้ WHO ดำเนินการให้เกิดความสอดคล้องของนโยบายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย และพัฒนาด้านสุขภาพด้านอื่นๆ เช่น research and development blueprint for emerging pathogen และ global action plan on antimicrobial resistance ให้เป็นไปบนพื้นฐานของหลักการเดียวกัน สุดท้ายให้มีการรายงานความคืบหน้าในการดำเนินงานตาม resolution ใน WHA70 ผ่านการประชุม EB140

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

#### การทำงานในระดับประเทศ

- พยายามจัดทำ และให้การสนับสนุนเงินทุนอย่างเพียงพอ และยั่งยืนในการดำเนินการตามแผนกลยุทธ์ที่ได้ตกลงกันใน WHA66.22
- ดำเนินการให้มีหน่วยงานวิจัย และพัฒนาระดับประเทศ หรือทำให้เข้มแข็งขึ้นในกรณีที่มีอยู่แล้ว หรือให้มีส่วนงานที่เทียบเท่า ทำหน้าที่ติดตาม เสาะหาข้อมูลสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย และพัฒนาทาง

สุขภาพ เพื่อเชื่อมโยงการทำงานกับ global observatory พัฒนาช่องทางกลไกการเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้อง  
เพื่อรายงานอย่างสม่ำเสมอ

#### การทำงานในระดับนานาชาติ

เข้าร่วม และติดตามการทำงานระดับนานาชาติ ให้เกิดรูปแบบการทำงานร่วมกันระหว่างประเทศสมาชิก กับ WHO ที่มีประสิทธิภาพ และมีความเป็นไปได้ เพื่อให้แน่ใจว่าการดำเนินการต่างๆ เป็นไปในลักษณะที่จะ บรรเทาปัญหาการเข้าถึงการรักษาของโรคที่ถูกละเลย โดยเฉพาะกลไกการระดมทุนที่มีความยั่งยืน และ ต่อเนื่อง และมาตรการที่เป็นรูปธรรมในการแยกต้นทุนการวิจัย และพัฒนาออกจากราคาของผลิตภัณฑ์ เพื่อให้ผลิตภัณฑ์ออกสู่ตลาดในราคาที่ถูกลง สามารถเข้าถึงได้โดยประเทศสมาชิก และผู้ป่วยอย่างแท้จริง

#### **Intervention on agenda 16.2 Follow-up to the report of the Consultative Expert Working Group on Research and Development: Financing and Coordination**

ประเทศไทยไม่ได้อ่าน intervention สำหรับ agenda นี้เนื่องจาก draft resolution ได้ผ่านการ ถกเถียง ต่อรองในที่ประชุม drafting group แล้ว และเมื่อเข้าที่ประชุมเพื่อพิจารณาจึงเป็นการรับรอง resolution เท่านั้น อย่างไรก็ตาม ได้มีการเตรียมร่าง intervention ไว้ดังนี้

Thank you, Chair

Thailand appreciate the member states participated the drafting chaired by India delegate on their hard work.

However, we would like to express our concerns on some issues.

Chairs, the sustainable financing mechanism is the significant factor for the success of CEWG resolution, this is the most important priority. In addition, effective mechanism to ensure that the products are available, affordable and accessible by all member states regardless level of economics development is needed to be structured.

We strongly support this drafted CEWG resolution /and also the intervention from India on the behalf of SEAR regional one voice/.

Thank you, Chair

## Agenda 16.3 Substandard/spurious/falsely-labelled/falsified/counterfeit medical products

### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. เกสซ์กรหญิงสิตานันท์ พูนผลทรัพย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
๒. ดร. เกสซ์กรหญิงกุลจิรา อุดมอักษร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

### สาระสำคัญของวาระ

เป็นการรายงานการประชุมกลไกของประเทศสมาชิก (Member State Mechanism: MSM) ครั้งที่ ๔ ระหว่างวันที่ ๑๙-๒๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๘ in Geneva สำหรับความร่วมมือระหว่างประเทศสมาชิกเพื่อดำเนินการ เรื่อง SSFFC ให้ครอบคลุมมุมมองด้านสาธารณสุขมีเป้าหมายเพื่อสุขภาพของประชาชนและส่งเสริมการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพและมีคุณภาพในราคาที่เหมาะสม ทั้งนี้ต้อง ปราศจากประเด็นด้านการค้าและทรัพย์สินทางปัญญา

ในการประชุม MSM-4 ฝ่ายเลขาฯ update กิจกรรมและงบประมาณในการดำเนินการตาม workplan และตาม WHO global surveillance and monitoring project พบว่าขาดแคลนงบประมาณอย่างหนัก Member States ขอให้ฝ่ายเลขาฯ พยายามมากขึ้นในการหางบประมาณมาสนับสนุนกิจกรรมของ MSM จาก Programme budget 2016-2017 และขอให้ MS สนับสนุนอีกทางหนึ่งด้วย ฝ่ายเลขาฯ ให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับ WHO global surveillance and monitoring project และตกลงที่จะ post TOR ใน MedNet collaborative platform ก่อนการประชุม Steering Committee และจะพัฒนาคู่มือสำหรับการอบรมที่มีรายละเอียดระบบการทำงานและ interaction กับ regional reporting mechanisms ผลการดำเนินการตาม Prioritized activities (A-G) ในปี ๒๐๑๔-๒๐๑๕ สรุปได้ดังนี้

**Activity A** – บราซิลจัดประชุม Framework/Guideline on developing a national plan for preventing, detecting and responding to SSFFC medical products โดย MS ต้องส่ง training materials เกี่ยวกับ prevention, detection และ response to SSFFC แก่ WHO ผ่าน Mednet Platform ซึ่งที่ประชุมให้ขยายเวลาดำเนินการอีก ๑ ปี

**Activity B** – UK นำเสนอร่าง TOR ของ Global Focal Point Network for SSFFC medical products (document A/MSM/4/2) และมีการแก้ไขโดย MSM และ MSM ขอให้ฝ่ายเลขาฯ ทำงานร่วมกับ MS ในการก่อสร้างและขยาย network จนถึงปี ๒๐๑๖

**Activity C** – อาร์เจนตินาจัดประชุม Existing technologies and ‘track and trace’ models in use and to be developed by Member States (document A/MSM/4/3) นำเสนอประสบการณ์ของประเทศต่างๆ และขอให้มีการ update ใน MedNet platform เป็นระยะ ส่วนของประสบการณ์การใช้ authentication และ detection technologies และ methodologies ขอให้มีการขยายเวลาอีก ๑ ปีเพื่อทำงานให้เสร็จ

**Activity D** – ทบพวนการดำเนินการของ WHO เรื่อง access to quality, safe, efficacious and affordable medical products (document A/MSM/4/5) ฝ่ายเลขาฯ จะเสนอ concept note และคำขอของงบประมาณแก่ Steering Committee ในการประชุมเดือนมีนาคม ๒๐๑๖

**Activity E** – UK นำเสนอ proposal การดำเนินงานตาม activity E ในการตั้งคณะทำงานเพื่อขับเคลื่อน existing recommendations เรื่อง การสื่อสารความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ และ awareness campaigns เรื่อง SSFFC medical products (document A/MSM/4/5) ที่ประชุมขอให้นำข้อมูลต่างๆ รวมทั้ง draft comprehensive project plan post ใน MedNet platform ก่อนการประชุม Steering Committee ในเดือนมีนาคม ๒๐๑๖

**Activity F** – ฝ่ายเลขาฯ นำเสนอความคืบหน้าของโครงการศึกษา public health and socioeconomic impact of on SSFFC medical products (document A/MSM/4/6) ที่ประชุมพิจารณาให้ความเห็นซึ่งจะบรรจุในรายงานและขอให้ดำเนินการตามเวลาที่กำหนด

- (๑) First draft of the report ส่งให้ SC ภายใน ก.พ.
- (๒) นำเสนอ Second draft of the report ในการประชุม SC เดือนมีนาคม ๒๐๑๖ และเวียนรายงานแจ้ง MS เพื่อให้มีเวลา ๒ เดือนในการพิจารณาให้ความเห็น
- (๓) นำเสนอ Final draft ในการประชุมกลไกของประเทศสมาชิก (Member State Mechanism: MSM) ครั้งที่ ๕

**Activity G** – ฝ่ายเลขาฯ เสนอประมาณการณงบประมาณของกิจกรรมหลักที่จะดำเนินการในปี ๒๐๑๖ โดยจะนำเสนอความคืบหน้าในการประชุม SC

กิจกรรมหลัก (Prioritized activities) ของปี ๒๐๑๖-๒๐๑๗ ประกอบด้วยกิจกรรมหลักของปี ๒๐๑๔-๒๐๑๕ ที่ยังไม่เสร็จ และกิจกรรมใหม่ที่จะเสนอให้ SC พิจารณา ดังนี้

๑. การศึกษาเพื่อเพิ่มความเข้าใจและความรู้เกี่ยวกับ accessibility/affordability และผลกระทบของการมี SSFFC medical products และคำแนะนำเพื่อลดผลกระทบ (Activity D)
๒. การพิจารณา working definitions โดย คณะทำงาน MSM ที่ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญจาก regulatory agencies ของประเทศและภูมิภาค และนำเสนอ SC เดือน มี.ค. ๒๕๕๙

การประชุมมีการรายงานความคืบหน้าเรื่อง

- element 5(b) of the workplan on the identification of activities and behaviours that fall outside the mandate of mechanism
- WHO's participation in the global steering committee for quality assurance for health products
- WHO's work on regulatory system strengthening for medical products
- กระบวนการเพื่อทบทวน MSM ที่จะมีขึ้นในปี 2017
- ขยายเวลาของประธาน MSM จนถึงการประชุมครั้งที่ 5
- มีการแก้ไข Appendix 1 ของ document A66/22 เรื่อง structure, governance และ funding ของ MSM เพื่อให้สอดคล้องกับ WHA66(10) (๒๐๑๓) ที่ทำนายว่า MSM chairmanship จะเวียนตามภูมิภาคตามตัวอักษร SC ชุดใหม่จะเริ่มหลังจากการประชุม MSM ครั้งที่ ๕ และประธานและรองประธานจะครบวาระทุก ๒ ปีของการประชุม MSM

การประชุม MSM ครั้งที่ ๕ จะมีในเดือนตุลาคมหรือพฤศจิกายน ๒๐๑๖

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศต่างๆ เห็นพ้องว่า SSFFC ส่งผลกระทบเชิงลบทั้งต่อสุขภาพและระบบสุขภาพโดยรวม และแสดงท่าทีและเห็นพ้องต้องกัน (Common position) ว่าการแก้ปัญหา SSFFC ต้องการความร่วมมือระหว่างประเทศที่มากขึ้น สนับสนุนการทำงานของ Member State Mechanism และต้องการให้มีการดำเนินการอย่างเข้มแข็ง และมีประเด็นสำคัญ คือ มีการเรียกร้องให้ดำเนินการเรื่องนิยามคำจำกัดความ SSFFC ให้ชัดเจนมากขึ้นเพื่อให้การแก้ปัญหาได้ตรงประเด็นและมีประสิทธิภาพ

ประเทศและหน่วยงานระหว่างประเทศที่กล่าวในวาระนี้ได้แก่ ไนจีเรีย เวเนซุเอล่า อิรัก ฟิลิปปินส์ แทนซาเนีย เคนยา เอธิโอเปีย เซเนกัล แอฟริกาใต้ โบลิเวีย อินเดีย มาเลเซีย โมร็อกโก

### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (แบบ intervention ตอนท้าย)

ประเทศไทยเน้นย้ำใน ๓ ประเด็นที่จะเป็นกลไกให้การดำเนินการเรื่อง SSFFC ในระดับโลก ดังนี้

๑. การให้ความสำคัญกับการทำงานที่โปร่งใสและปราศจากผลประโยชน์ทับซ้อนของ global network of focal points ที่จะเป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมโยงข้อมูลและหลักฐานของระบบ WHO global surveillance and monitoring system for SSFFC medical products
๒. การเรียกร้องให้ MSM ร่วมกับ WHO secretariat ให้ดำเนินการเรื่องนิยามคำจำกัดความ SSFFC ให้ชัดเจนมากขึ้นเพื่อให้การแก้ปัญหาได้ตรงประเด็นและมีประสิทธิภาพเน้นโดยเน้น Public health ไม่เชื่อมโยงกับข้อพิพาททางด้านทรัพย์สินทางปัญญา มีความยืดหยุ่นและคำนึงถึงบริบทด้านกฎหมายของแต่ละประเทศ และการดำเนินการใดๆเกี่ยวกับปัญหาด้านยาปลอม จะต้องไม่ทำให้เกิดอุปสรรคต่อการเข้าถึงยาชื่อสามัญที่ถูกต้องตามกฎหมายในประเทศกำลังพัฒนา
๓. การเน้นย้ำให้ประเทศสมาชิกดำเนินการตอบแบบสอบถามเพื่อประเมินการทำงานของ Member State Mechanism เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการจัดการปัญหา SSFFC ต่อไปในอนาคต

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมสมัชชาองค์กรอนามัยโลกครั้งที่ ๖๙ รับทราบรายงาน

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

#### การทำงานในระดับประเทศ

- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ควรจะดำเนินการเข้าร่วมระบบ WHO global surveillance and monitoring system for SSFFC medical products เพื่อเป็นหนึ่งในเครือข่ายที่จะสร้างหลักฐานที่เชื่อถือได้ อย่างเป็นระบบเพื่อประกอบการจัดการปัญหา SSFFC
- การพัฒนาระบบการควบคุมยา (regulatory system) ที่เข้มแข็งและสร้างระบบฐานข้อมูลและระบบติดตามการกระจายยาที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลได้

#### การทำงานในระดับนานาชาติ

มีระบบฐานข้อมูลและระบบ track and trace ที่ดี และที่สำคัญต้องสามารถเชื่อมโยงข้อมูลทั้งในระดับประเทศ ภูมิภาค และระดับโลกได้

**Intervention on Agenda 16.3 Substandard/spurious/false-labelled/falsified/counterfeit medical products**

Thank you, Chair,

Having review the report, Thailand has 3 friendly suggestions as followed

First, the WHO global surveillance and monitoring system for SSFFC medical products is a great start of developing the reliable evidence of the scope and harm caused by SSFFC. To achieve this, a global network of focal points is the vital linkage and it shall be free from conflict of interest and works in the transparent manner.

Second, the other key element to achieve combatting SSFFC is the definition. We hope that MSM'll be able to deliver practical definition of SSFFC medical products which clearly defined and distinguished from intellectual property and trade issues. Second, the complexity of SSFFC is rooted from many factors. One of them that have been pending for years is about refining the working definitions on SSFFC that needs to distinguish the intellectual property and trade issue from the public health interest. Lack of a clear definition hampers our efforts in resolving the SSFFC issue effectively. So, we would like to encourage MSM and WHO secretariat to set priority on the definition issue.

Third, the thoroughly and accurate review of the Member State mechanism in terms of its success in achieving the objectives set forth in resolution WHA 65.19.1, including gaps and remaining challenges is crucial to move this agenda forward therefore we would like to urge all the member states to send the feedback in the timely manner.

Thank you, Chair

#### Agenda 16.4 Addressing the global shortages of medicines, and the safety and accessibility of children's medication

##### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. ดร. เกสัชกรหญิงนิธิมา สุ่มประดิษฐ์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
๒. นายแพทย์คณิตสรณ์ สัมฤทธิ์เดชขจร สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

##### สาระสำคัญของวาระ

วาระเป็นการนำเสนอสถานการณ์ปัญหาของการเข้าถึงยาสำหรับเด็ก และปัญหาของการขาดแคลนยา ประกอบด้วย ๒ draft resolutions คือ

ร่างข้อมติที่ ๑ เรื่อง Promoting innovation and access to quality, safe, efficacious and affordable medicines for children สนับสนุนหลักโดย China และร่วมสนับสนุนโดย Malaysia, Pakistan และ Thailand เน้นเรื่องการแก้ปัญหาโดยสนับสนุนให้มีการนำข้อมติเรื่อง better medicine for children สู่อำนาจปฏิบัติ การวิจัยและพัฒนาสำหรับเด็ก และการมีนโยบายสนับสนุนในการแก้ปัญหา

ร่างข้อมติที่ ๒ เรื่อง Addressing the global shortage of medicines สนับสนุนหลักโดย South Africa และร่วมสนับสนุนโดย Colombia, India, Kenya และ United States of America เน้นเรื่องการพัฒนา ระบบ notification system และมีนโยบายเพื่อจัดการปัญหาขาดแคลนในระดับประเทศและระดับโลก

##### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (แบบ intervention ตอนท้าย)

ประเทศไทยเป็น co-sponsor ในร่างข้อมติเรื่อง Promoting innovation and access to quality, safe, efficacious and affordable medicines for children กล่าวสนับสนุนและเน้นย้ำเรื่องความสำคัญ

ของการเผยแพร่ข้อมูลการทำ clinical trials ในเด็กที่ต้องเผยแพร่ทั้งผลการศึกษาที่ประสบและไม่ประสบผลสำเร็จเพื่อให้เกิดความโปร่งใสและป้องกันการทำวิจัยซ้ำซ้อน

ประเทศไทยขอเพิ่มชื่อเป็น co-sponsor ในร่างข้อมติ Addressing the global shortage of medicines and vaccines ซึ่งผ่านการหารือใน drafting group โดยตระหนักถึงความสำคัญของการมีระบบ notification system ในการจัดการปัญหา

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ร่างข้อมติที่ ๒ เรื่อง Promoting innovation and access to quality, safe, efficacious and affordable medicines for children มีการทำงานแบบ intersessional work นำโดยจีน โดยในการประชุม WHA69 มีการปรับ OP1 (9) โดยส่งเสริมให้มีการลงทะเบียน clinical trials ในฐานข้อมูลทะเบียนในระดับประเทศหรือระดับสากลที่มีการให้ข้อมูลสู่ WHO international clinical trials registration platform (ICTRP) และในภาพรวมประเทศต่างๆ สนับสนุนร่างข้อมติ

ร่างข้อมติที่ ๒ เรื่อง Addressing the global shortage of medicines and vaccines มีการทำงานแบบ intersessional work นำโดย South Africa การประชุม drafting group ระหว่างการประชุม WHA69

- ประเทศอิรักขอเพิ่มคำว่า ‘and vaccines’ ในชื่อร่างข้อมติ
- ประเทศโคลัมเบียขอเพิ่ม antiparasitics และประเทศอิรักขอเพิ่ม medicines for neglected tropical diseases และใน PP ‘Noting also that the implications of these shortages in the case of infectious diseases goes beyond the individual patient and impacts public health as a shortage/stockout of antibiotics, antituberculosis drugs, antiretrovirals or vaccines may result in the spread of infection beyond the individual patient’
- ประเทศไทยให้ความเห็นต่อ OP ‘to advance gradually regional and international integration of national notification systems including but not limited to sharing of best practices, training for human capacity building where necessary with a view of establishing an international notification system for essential medicine shortages and stockouts’ ว่าไม่ชัดเจนว่าเป็นบทบาทของ MS หรือ WHO หากเป็นบทบาทของ MS ตามที่ประเทศเฮติยืนยัน เสนอให้ดำเนินการผ่าน regional และ sub-regional structures เพราะแต่ละประเทศไม่สามารถดำเนินการได้เอง
- ประเทศต่างๆ เห็นด้วยกับการต้องมีคำจำกัดความของคำว่า shortage และ stockout
- ประเทศสหรัฐอเมริกาเสนอ revised text ใน Conf-3 rev 1 เพิ่มเรื่อง IP การปรับปรุงระบบขึ้นทะเบียนของ new medicines มาตรการการยกเว้นภาษีนำเข้า และประเด็น SSFFC ซึ่งประเทศต่างๆ ไม่เห็นด้วยในการเชื่อมประเด็นเหล่านี้กับร่างข้อมติ shortage of medicines และประเทศบราซิลแสดงจุดยืนที่ตรงข้ามกับสหรัฐอเมริกาอย่างชัดเจน

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

#### การทำงานในระดับประเทศ

- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์การเภสัชกรรม สมาคมไทยอุตสาหกรรมผลิตยาแผนปัจจุบัน และสมาคมผู้วิจัยและผลิตเภสัชภัณฑ์ นำข้อมติมาประยุกต์ใช้เพื่อปรับปรุงและพัฒนางาน และดำเนินการร่วมกันภายใต้กรอบนโยบายแห่งชาติด้านยา

- เครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (Medical Research Network of the Consortium of Thai Medical Schools: MedResNet) นำข้อมติมาประยุกต์ใช้เพื่อปรับปรุงและพัฒนา งานด้านการวิจัยและพัฒนาทางคลินิกโดยสอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย

#### การทำงานในระดับนานาชาติ

เชื่อมโยงข้อมตินี้กับการดำเนินงาน Universal health coverage (UHC) ภายใต้กรอบนโยบายต่างประเทศ เช่น ASEAN Post-2015 Health Development Goal ใน cluster ๓ เรื่อง Strengthening health system and access to care และ Sustainable Development Goals (SDGs) Target 3

#### **Intervention on Agenda 16.4 Addressing the global shortages of medicines, and the safety and accessibility of children’s medication**

##### **Intervention # 1**

Thank you Chair,

Thailand appreciates the WHO secretariat for the hard work of the report and China for initiating the draft resolution in the document A69/B/Conf 2. We realize the serious health and economic impacts due to the global shortages of medicines and the inaccessibility of children’s medication. We would like to emphasize the importance of clinical trial registration and result dissemination to promote transparency and to avoid the waste of resources and the study duplication. We fully support the draft resolution.

In addition, we thank South Africa, USA and other co-sponsors of the draft resolution entitled ‘Addressing the global shortage of medicines’ indicated in document A69/B/CONF./3. This issue is crucial for us. We support this draft resolution. However, we have some amendments in order to strengthen this draft resolution. Our amendments will be proposed when the Chair allows.

Thank you, Chair.

##### **Intervention # 2**

Thank you Chair,

Thailand appreciates the WHO Secretariat for their hard work and thank you South Africa and other co-sponsors of the draft resolution entitled ‘Addressing the global shortage of medicines’.

Thailand endorses the draft resolution and would like to be in the list of cosponsors. We invite other member states to adopt this draft resolution.

Thank you, Chair.



## Agenda 17. Progress reports

### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นายแพทย์ปริญญา วาทีสาธกกิจ มหาวิทยาลัยมหิดล
๒. เกษัชกรหญิงวรัญญา รัตนวิภาพงษ์ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
๓. นายแพทย์จิตติกร โตโพธิ์ไทย กรมอนามัย
๔. นายแพทย์คณิตสรณ์ สัมฤทธิ์เดชขจร สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๕. นางสาวอรณา จันทศิริ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๖. นางศิรินาถ เทียนทอง สำนักงานสาธารณสุขระหว่างประเทศ
๗. นายแพทย์กิจจา เรืองไทย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๘. ดร. สิ้นศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี กรมอนามัย
๙. นางณิรณช อภาจรัส กรมอนามัย
๑๐. นายแพทย์ธงชน เพิ่มภคศรี กรมการแพทย์
๑๑. รองศาสตราจารย์ ดร. สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ สภาการพยาบาล
๑๒. นางสาวนนานา ถ้อยทอง สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

### สาระสำคัญของวาระ

คณะกรรมการของ WHO ได้นำเสนอรายงานความก้าวหน้าในเรื่องต่าง ๆ ทั้งหมด ๑๐ เรื่อง ตามเอกสาร A63/43 ทั้งนี้ ประธานการประชุมได้ให้ประเทศสมาชิกรวมทุกหัวข้อมาพิจารณาพร้อมกันเป็นวาระเดียว โดยกำหนดระยะเวลาที่สามารถแสดงท่าทีได้เพียง ๒ นาที จึงต้องมีการลำดับความสำคัญตามความเกี่ยวข้องของประเทศไทย ดังสรุปตามตารางด้านล่างนี้ อย่างไรก็ตาม ผู้รับผิดชอบตามประเด็นต่าง ๆ ได้สรุปสาระสำคัญจากการค้นคว้าข้อมูลในแต่ละประเด็น อาจเป็นประโยชน์ในการแสดงท่าทีของประเทศไทยในโอกาสต่อไป ดังแสดงตามภาคผนวก

ประเด็นรายงานความก้าวหน้า	สรุปท่าทีของประเทศไทย
<b>Communicable diseases</b>	
A. Eradication of dracunculiasis (WHA64.16)	แสดงความชื่นชมในการช่วยเหลือประเทศสมาชิกในการกำจัดเชื้อ dracunculiasis ได้อย่างเป็นที่น่าพอใจ
<b>Noncommunicable diseases</b>	
B. Sustaining the elimination of iodine deficiency disorders (WHA 60.21)	ไม่ได้แสดงท่าทีในประเด็นย่อยนี้
<b>Promoting health through the life course</b>	
C. Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course (WHA67.19)	ไม่ได้แสดงท่าทีในประเด็นย่อยนี้
D. Contributing to social and economic development: sustainable action across sectors to improve health and health equity (WHA67.12)	ไม่ได้แสดงท่าทีในประเด็นย่อยนี้

ประเด็นรายงานความก้าวหน้า	สรุปทำที่ของประเทศไทย
E. Reproductive health: strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and target (WHA57.12)	ไม่ได้แสดงทำที่ในประเด็นย่อยนี้
<b>Health systems</b>	
F. Health intervention and technology assessment in support of UHC (WHA67.23)	เป็นประเด็นสำคัญเนื่องจากประเทศไทยมีส่วนร่วมในการผลักดันวาระ จึงเป็นประเด็นหลักที่แสดงทำที่ในวาระนี้ โดย เสนอให้ทบทุนการคำนวณค่าความคุ้มค่าของเครื่องมือต่างๆ ตามข้อมูลของแต่ละประเทศ แทนที่จะใช้เครื่องมือตัวเดียวมาคำนวณแทนทุกประเทศ
G. Access to essential medicines (WHA67.22)	ไม่ได้แสดงทำที่ในประเด็นย่อยนี้
H. Access to biotherapeutic products, including similar biotherapeutic products, and ensuring their quality, safety and efficacy (WHA 63.21)	ไม่ได้แสดงทำที่ในประเด็นย่อยนี้
I. WHO strategy on research for health (WHA63.21)	แสดงกังวลเรื่องความล่าช้าของการดำเนินการตามยุทธศาสตร์
<b>Corporate services/enabling functions</b>	
J. Multilingualism: implementation of action plan (WHA62.12)	ไม่ได้แสดงทำที่ในประเด็นย่อยนี้

### บทบาทและทำที่ของประเทศอื่นๆ

ประเทศส่วนใหญ่แสดงความยินดีกับคณะทำงานของ WHO ที่ทำรายงานความก้าวหน้าในเรื่องต่างๆ และนำเสนอความก้าวหน้าในประเทศของตนเอง มีประเทศสมาชิกจำนวนหนึ่งที่กล่าวถึงความต้องการให้ดำเนินการต่อในด้าน การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ, ความกังวลต่อการเข้าถึงยาตามบัญชี WHO Model List of Essential Medicine, ความก้าวหน้าของการพัฒนาปรับปรุง Guidelines on Evaluation of Similar Biotherapeutic Products (SBPs)

### บทบาทและทำที่ของประเทศไทย

- ประเทศไทยแสดงความไม่เห็นด้วยในการรวม Progress Report สิบเรื่องเข้ามาไว้เป็นเรื่องเดียว และเสนอให้ปีถัดๆไปให้เริ่มทำ intervention เพียงคนละสองงานที่
- ประเทศไทยแสดงความชื่นชม WHO ในเรื่องของการสนับสนุนการทำงานด้าน Health Economic ร่วมกับองค์กรอิสระ

- ประเทศไทยเสนอให้มีการทบทวนการคำนวณค่าความคุ้มค่าของเครื่องมือต่างๆ ตามข้อมูลของแต่ละประเทศ แทนที่จะใช้เครื่องมือตัวเดียวมาคำนวณแทนทุกประเทศ ประเทศไทยเสนอให้ทาง WHO ให้ความช่วยเหลือประเทศต่างๆ ในการดำเนินการให้ถึงจุดนั้น
- ประเทศไทยแสดงความเป็นห่วงในเรื่องของการพัฒนาด้านงานวิจัย ที่ดูไม่มีความก้าวหน้าเท่าที่ควร ประเทศไทยเน้นย้ำให้ WHO ลงมาช่วยเหลือประเทศสมาชิกในเรื่องนี้อย่างจริงจัง
- ประเทศไทยชื่นชม WHO ในการช่วยเหลือประเทศสมาชิกในการกำจัดเชื้อ Dracunculiasis ได้อย่างเป็นที่น่าพอใจ

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมมีมติรับฟังความคิดเห็นจากประเทศสมาชิก

**Thailand Intervention on Agenda item 17. Progress Report Com B,  
28/05/16, 3:30 p.m.**

Thank you, Chair,

We are extremely disappointed on the decision to combine all progress reports into one agenda. We worked so hard to get these resolutions approved, but spend little time to track their progress. This is the evidence that we mainly talk but not really walk. This is definitely not the right and fair decision of the chair. If we decide to limit the intervention to 2-minutes in the first day, our life must be better.

Regarding item F, Thailand appreciates the secretariat in strengthening Health Intervention and Technology Assessment capacity in resource-finite settings, including their positive collaboration with the international Decision Support Initiative, led by the NICE international and HITAP. This is reassuring us WHO capability of working collaboratively with other technical agencies.

To ensure appropriate assessment of cost-effective interventions, we request the secretariat to support Member States to develop their own cost-effectiveness threshold that truly reflect their opportunity costs. Also, develop the normative guidelines to assess social and ethical impact given that there is a large variation reported in Global survey on HTA.

Regarding item I, Chair, we observed that the strategy on research for health has a slow progress and receive inadequate attention. In this respect, we would like to request the Secretariat to closely monitor and take all necessary actions to accelerate the progress of the implementation of the WHO strategy on research for health urgently.

Last, regarding item A, we commend WHO and stakeholders on impressive outcome of Dracunculiasis eradication with hope that the world will be free from this delimitating disease as well as all NTDs.

Thank you, Chair

## ภาคผนวก 1- สรุปสาระสำคัญในแต่ละประเด็นย่อย

### A. Eradication of dracunculiasis (WHA64.16)

#### ความสำคัญของวาระ

วาระนี้เกิดจากความสำคัญของการต้องกำจัด Dracunculiasis หรือ Guinea Worm Disease ซึ่งการติดต่อสัมผัสอย่างยิ่งกับความสะอาดและอนามัยในน้ำดื่มของประชาชนในกลุ่มประเทศที่มีรายงานโลก โดยการทำงานของ WHO และ Collaborations ได้เริ่มต้นตั้งตั้งแต่ปี ๑๙๘๑ โดย The Interagency Steering Committee for Cooperative Action for International Drinking Water Supply and Sanitation Decade ได้เสนอ WHA ให้มีข้อมติในการกำจัดการระบาดของโรคนี้ และได้รับการสนับสนุนทางวิชาการและ technical guideline จาก CDC, UNICEF และ Carter Centre

ขั้นตอนการทำงานในระยะแรกได้เริ่มตั้งแต่การ mapping และการสำรวจโรคในระดับชุมชน เมื่อพบการระบาดก็ใช้มาตรการต่างๆ เช่นการให้การศึกษา การใช้ตัวกรองน้ำก่อนจะดื่ม หรือการพัฒนากระบวนการรายงานและการติดตามประเมินผล นอกจากนี้ยังมีการ certify ประเทศที่เคยมีการระบาดและหลุดพ้นจากการระบาดแล้วด้วย

ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ ๖๔ ก็ยังมีข้อมติที่ลงรายละเอียดมากขึ้นในการกำจัดการระบาดของโรคนี้โดยการให้มีมาตรการในระดับประเทศในการสำรวจ ให้การศึกษาและการเฝ้าระวัง มาตรการให้มีน้ำดื่มที่สะอาดปลอดภัย มีระบบรายงานที่เข้มงวดเช่นการต้องรายงาน WHO ภายใน ๒๔ ชั่วโมงหากพบการระบาด

ด้วยมาตรการต่างๆ ทำให้พบอุบัติการณ์ผู้ติดเชื้อโรคนี้น้อยลงเรื่อยๆ จากจำนวนเกือบหนึ่งล้านคน ลดลงจนเหลือรายงานเพียง ๒๒ รายใน ๔ ประเทศ ในปี ๒๐๑๕ เท่านั้น WHO จึงรายงานความคืบหน้าต่อที่ประชุมตามกำหนดในการประชุมครั้งนี้

#### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ให้ความชื่นชมและให้การสนับสนุนการทำงานของ WHO และ collaborations ที่เกี่ยวข้อง

#### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

แสดงความชื่นชมผลการดำเนินงาน สนับสนุนให้มีการดำเนินการต่อไปจนกว่าจะสามารถกำจัดโรคนี้ได้จนหมดสิ้น

### B. Sustaining the elimination of iodine deficiency disorders (WHA60.21)

- a. มติองค์การอนามัยโลก (WHA60.21) ให้มีการรายงานความก้าวหน้าในการจัดการเรื่องการจัดการปัญหาการขาดไอโอดีน ในสมัชชาขององค์การอนามัยโลก ทุก ๓ ปี โดยจากรายงาน พบว่า ประเทศที่มีปัญหาการขาดไอโอดีน มีจำนวนลดลง จาก ๑๑๐ ประเทศ ในปี ๑๙๙๓ เหลือ ๒๕ ประเทศ ในปี ๒๐๑๕ ซึ่งใช้วิธีวัดไอโอดีนจากปัสสาวะ ซึ่งเป็นวิธีมาตรฐาน อย่างไรก็ตาม เป็นการวัดในเด็กวัยเรียน เป็นหลัก แต่ปัญหาเรื่องนี้ ต้องจัดการตั้งแต่ตั้งครรภ์ด้วย รวมถึงเด็กก่อนวัยเรียนในบางพื้นที่ ที่เข้าไม่ถึงเกลือเสริมไอโอดีน แต่ข้อมูลยังมีจำกัด อีกประเด็นที่สำคัญ คือ ปัญหาไอโอดีนเกิน ซึ่งใช้วิธีวัดไอโอดีนจากปัสสาวะเช่นกัน องค์การ UNICEF ได้จัดทำสำรวจ และจัดทำรายงาน ครั้วเรือน ที่ใช้เกลือเสริมไอโอดีน ทุกปี ล่าสุดพบว่า ร้อยละ ๗๕ ของครั้วเรือน ทั้งโลก ใช้เกลือเสริม
- b. การจัดการปัญหาการขาดไอโอดีน ยังแนะนำให้ใช้วิธี เสริมไอโอดีนในเกลือ (Universal salt iodization, iodine fortification) ตามข้อแนะนำล่าสุด ของ WHO ปี ๒๐๑๔ และติดตามระดับไอโอดีนในปัสสาวะ

สม่ำเสมอ ประเด็น การลดการกินเกลือ และการเสริมไอโอดีนในเกลือเพื่อบริโภค เป็นประเด็นที่สอดคล้อง และไปด้วยกัน ส่วนการเสริมไอโอดีนโดยตรง (Iodine supplementation) เป็นข้อเสนอแนะทางเลือก สำหรับหญิงตั้งครรภ์และเด็กเล็ก ในพื้นที่ที่เข้าถึงเกลือเสริมไอโอดีนยาก โดย WHO กำลังทำการศึกษากการ เสริมไอโอดีน ให้เป็นส่วนหนึ่งของบริการ ANC และการติดตามปัญหาขาดไอโอดีนด้วยการตรวจ Biomarker คาดว่าจะเสร็จเร็ว ๆ นี้

### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

- ชื่นชมผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกที่ให้ความสำคัญ และให้การสนับสนุนด้านวิชาการ และการ ดำเนินการ ในประเด็นนี้ เนื่องจากเป็นประเด็นสำคัญ ที่จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมาย SDGs ในการลด ความยากจน ปัญหาสุขภาพมารดา และเด็ก ได้ และชื่นชมรายงานที่สมบูรณ์ของทีมเลขา
- ประเทศไทย เห็นด้วย และสนับสนุน การจัดการปัญหาการขาดสารไอโอดีน เป็นอย่างยิ่ง โดยยกประเด็น การจัดการปัญหาการขาดไอโอดีนในประเทศ ที่เริ่มมาเกือบ ๓๐ ปี (ตั้งแต่ปี ๑๙๘๙) โดยจัดตั้ง คณะกรรมการชาติจัดการปัญหาการขาดไอโอดีน โดยมีประธาน คือ องค์สมเด็จพระเทพ โดยเน้นที่การ เสริมไอโอดีนในเกลือ ซึ่งเป็นวิธีมาตรฐาน เป็นหลัก และเสริมในน้ำปลา ซีอิ๊ว ผ่านการทำงานกับหลายภาค ส่วน และผู้ประกอบการ
- ประเทศไทย มีกฎหมาย ๔ ฉบับ เพื่อ iodine fortification ครอบคลุมถึง เกลือบริโภค ซึ่งรวมถึงเกลือที่ใช้ ในอุตสาหกรรมอาหาร น้ำปลา น้ำเกลือปรุงอาหาร ซอสซีอิ๊ว
- เรามีการเฝ้าระวัง ด้วยการตรวจไอโอดีนในปัสสาวะ ซึ่งเป็นวิธีมาตรฐาน และในเกลือจากผู้ประกอบการ ร่วมกัน ระหว่างกรมอนามัย และ อย โดยพบว่าจากการสำรวจของ UNICEF (MIC) มีครัวเรือนที่บริโภคเกลือเสริม ไอโอดีน ร้อยละ ๗๑ ในปี ๒๐๑๒ จากเดิมร้อยละ ๔๗ ในปี ๒๐๐๖ และพบว่ามีครัวเรือนที่บริโภคเกลือเสริม ไอโอดีน ร้อยละ ๙๒ ในปี ๒๐๑๔ นอกจากนี้ การสำรวจ NHES เด็ก ๑-๑๔ ปีและ การเฝ้าระวังแบบบูรณาการ ในระดับครัวเรือนที่มีการตรวจปัสสาวะเด็กปฐมวัยด้วย ต่อเนื่องตั้งแต่ปี ๒๕๕๑ ระบุว่าค่าไอโอดีนในปัสสาวะ เด็กอยู่ในเกณฑ์ที่ไม่ขาด จึงขอให้ตัดเด็ก ออกจากการให้ iodine supplementation นอกจากนี้ผลการตรวจ ไอโอดีนในปัสสาวะ ในหญิงตั้งครรภ์ พบว่าอยู่ที่ ๑๕๖ ug/L ซึ่งเป็นระดับปกติ ในปี ๒๐๑๔
- การเสริมไอโอดีนในรูปแบบยา (iodine supplementation) ทำในเฉพาะหญิงตั้งครรภ์เนื่องจากมีความ ต้องการ มากกว่าคนทั่วไป (คนทั่วไป ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ ซึ่งหมายรวมถึงหญิงวัยเจริญพันธุ์ สามารถได้รับ ไอโอดีนเพียงพอจากมาตรการเสริมในอาหารและผลิตภัณฑ์ (iodine fortification))
- ประเทศไทย เห็นด้วย และสนับสนุน การจัดการปัญหาการขาดสารไอโอดีน เป็นอย่างยิ่ง และตั้งเป้าในการ จะกำจัดปัญหานี้ ในประเทศ ให้หมดไปโดยเร็ว

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

#### การทำงานในระดับประเทศ

สำนักโภชนาการ กรมอนามัย และ อย. ทำงานเพื่อการจัดการปัญหาการขาดสารไอโอดีนอย่างต่อเนื่อง ผ่าน คณะกรรมการชาติจัดการปัญหาการขาดไอโอดีน ที่มีตัวแทนจากแต่ละกระทรวงที่เกี่ยวข้อง เน้นที่การจัดการ ๓ ระดับ คือ ผลิต กระจาย และบริโภค และจัดระบบเฝ้าระวังและติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่ม หญิงตั้งครรภ์ เด็กปฐมวัย และผู้สูงอายุ รวมถึงการรับประทานยาเม็ดไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์

### การทำงานในระดับนานาชาติ

ร่วมมือกับองค์การอนามัยโลก และประเทศสมาชิกอื่นๆ การจัดการปัญหาการขาดสารไอโอดีน

### **C. Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course (WHA67.19)**

- WHA67 เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๑๔ (๒๕๕๗) มีมติรับรอง Resolution WHA67.19 ในระยะ ๒ ปีที่ผ่านมาได้มีการดำเนินงาน ใน ประเทศสมาชิกที่มาจาก การสนับสนุนของ ฝ่ายWHO Secretariat.ในด้านต่างๆพอสังเขป ดังนี้
  - WHO Secretariat สนับสนุนให้ประเทศสมาชิกบางประเทศนำ Palliative care เข้าไปกำหนดไว้ใน National action plans for noncommunicable diseases สนับสนุนการจัดทำนโยบาย Palliative care หรือนำเอา palliative care ใส่เป็น core national health strategies และในปีที่ผ่านมา 2015 องค์การอนามัยโลก สำรวจ country capacity for noncommunicable diseases พบว่า ประเทศสมาชิกจัดสรรงบประมาณ palliative care เพียงพอ เพียงร้อยละ ๖๔ ประเทศสมาชิกที่ได้นำเอา palliative care กำหนดใน a national strategy for noncommunicable diseases เพียงร้อยละ ๕๒ WHO Secretariat ยังคงจะให้การสนับสนุน และติดตามประเทศสมาชิกในการดำเนินการด้านนโยบายและแผนปฏิบัติการ palliative care เข้าเป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาบริการสุขภาพแห่งชาติของประเทศสมาชิก
  - มีการพัฒนาเครื่องมือเพื่อสนับสนุนประเทศสมาชิกดำเนินงานด้าน Palliative care อาทิคู่มือปฏิบัติการเพื่อการวางแผน การปฏิบัติตามแผนและการประเมินผลนโยบายและการให้บริการ Palliative care นอกจากนี้ฝ่าย เลขาธิการกำลังจะพัฒนาเครื่องมือใหม่เกี่ยวกับ palliative care in the framework of universal health coverage, palliative care for children และ monitoring quality of care เป็นต้น
  - มีการพัฒนา online palliative care training courses. WHO collaborating centers ด้านpalliative care and pain สนับสนุนการฝึกอบรมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพและ volunteers ของประเทศสมาชิกในแต่ละภูมิภาคและจัดฝึกอบรมประจำปี a palliative care train-the-trainers course ให้กับประเทศสมาชิก Kuwait สำหรับประเทศในกลุ่ม the Eastern Mediterranean Region เป็นต้น
- สำหรับงานด้าน Access to essential medicines ยังคงอยู่ในระดับของการให้ความรู้และการเข้าร่วมทำงาน กับหน่วยงานต่างๆ อาทิ UICC/UN office on Drugs and crime/WHO joint program เพื่อการเข้าถึงยา สำหรับpain and palliative care เป็นต้น WHO Secretariat ได้นำเอางานด้าน palliative care เข้าเป็น องค์ประกอบสำคัญของ Global disease control and health system plans อาทิ ใน World Report on ageing and health และ WHO's new End TB Strategy นอกจากนี้ได้พัฒนา Web Platform on integrated, people centered health services พร้อมเปิดตัวในเดือน พค. 2016 สำหรับนักวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญ ด้าน palliative care. จุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้าน palliative care at primary care level, service delivery model and evaluation of quality of care เป็นต้น

### **บทบาทและท่าทีของประเทศสมาชิก**

ไม่มี

### **บทบาทและท่าทีของประเทศ**

แสดงความชื่นชมผลการดำเนินงานของ WHO Secretariat ในการสนับสนุนให้ประเทศสมาชิกได้มีการดำเนินการตามมติ WHA67.19 และดำเนินงานในส่วนที่รับผิดชอบต่อไป ประเทศไทยได้มีการดำเนินการ อาทิ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้มีมติรับรอง Resolution on Palliative care ไปแล้ว และ มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้าน Palliative

Care ซึ่งต้องมีการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์อย่างต่อเนื่องต่อไป อย่างไรก็ตามเนื่องจาก กำลังคนด้าน Palliative care มีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพและความยั่งยืนของระบบบริการ จึงเรียกร้องให้ WHO secretariat ให้การสนับสนุนการศึกษาต่อเนื่อง (continuing professional development, CPD) การฝึกอบรม และการศึกษาทั้งระดับ basic, intermediate and specialist training โดยเฉพาะ ระดับ specialist training ซึ่งในรายงานความก้าวหน้าครั้งนี้แทบไม่ได้กล่าวถึงและการฝึกอบรม Training of the trainers course ที่เชื่อว่าจะส่งผลต่อการพัฒนาศักยภาพของผู้ให้บริการและคุณภาพของการบริการการดูแล Palliative care ของประเทศสมาชิกอย่างยั่งยืน

### ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขต้องให้ความสำคัญต่อการพัฒนากำลังคนด้าน Palliative care โดยการสนับสนุนบุคลากรด้านสุขภาพที่รับผิดชอบด้าน Palliative care ให้เหมาะสมทั้งด้านปริมาณและด้านสมรรถนะและความสามารถในการดูแลทั้งในระดับ basic, intermediate และระดับ specialist ตามที่ระบุในมติองค์การอนามัยโลกดังกล่าว

### D. Contributing to social and economic development (WHA67.12)

- a. สืบเนื่องจากการประชุม WHA ครั้งที่ ๖๗ มติที่ WHA 67.12 ที่ขอให้ Director-General ดำเนินการ จัดทำ Framework for Country Action across sectors for health and health equity ช่วยเหลือทางเทคนิคกับประเทศสมาชิกที่ร้องขอและสนับสนุนในการพัฒนาศักยภาพ รวมทั้งมารายงานผลการดำเนินงาน
- b. ฝ่ายเลขานุการได้จัดทำรายงาน Framework ที่ได้ผ่านการเห็นชอบจาก WHA68 แล้ว และนำไปใช้ทั้งในระดับภูมิภาคและระดับประเทศ การรวบรวมกรณีศึกษา เครื่องมือต่างๆ เพื่อให้การสนับสนุนประเทศสมาชิก และเป็นผู้นำเรื่องนี้กับองค์กรต่างๆ ในระบบของสหประชาชาติ (Document A69/43, paragraph 25-29)

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

มีประเทศศรีลังกา อิรัก และอินโดนีเซีย ที่กล่าวถึงความสำคัญของ Action across sectors และ Social determinant of health เป็นเรื่องที่สำคัญสำหรับ primary health care และมีบทบาทสำคัญใน health equity

### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ตระหนักว่า Health เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาอย่างยั่งยืนซึ่งต้องมีส่วนร่วมกับภาคส่วนต่างๆ จึงขอให้ WHO ให้การสนับสนุน Member States นำ framework นี้ไปปฏิบัติ เพื่อนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายของ SDGs

### ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขต้องเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agent) ในการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมที่คำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน

### E. Reproductive Health (WHA57.12)

การประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๕๗ ในปี พ.ศ.๒๕๔๗ มีมติให้เลขาธิการองค์การสหประชาชาติให้ความสำคัญ และส่งเสริมการดำเนินการเพื่อพัฒนายุทธศาสตร์ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ และกำหนดให้มีการรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อยทุก ๒ ปี ดังนั้น การประชุมสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ ๖๙ ในปี พ.ศ.๒๕๕๙ จึงมีการจัดเตรียมรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงาน (Progress Report) ในเอกสารนำเข้า A๖๙/๔๓ โดย

สาระสำคัญในรายงานดังกล่าว ประกอบด้วย รายงานผลการสำรวจกลุ่มประเทศสมาชิก จำนวน ๕๓ ประเทศ ในประเด็น Sustainable Development Goal target ๓.๗ (by ๒๐๓๐ ensure universal access to sexual and reproductive health care services, including for family planning, information and education, and the integration of reproductive health into national strategies and programs) รวมถึงรายงานความก้าวหน้าในการพัฒนา (ร่าง) แผนปฏิบัติการระดับโลก เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งในบทบาทของระบบสุขภาพ ในการตอบสนองของทุกภาคส่วนในระดับประเทศ เพื่อรับมือกับความรุนแรงระหว่างบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความรุนแรงต่อสตรี เด็กผู้หญิง และเด็กเล็ก (a draft global plan of action to strengthen the role of the health system within a national multisectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children) นอกจากนี้ รายงานความก้าวหน้าฉบับนี้ ยังกล่าวถึงความก้าวหน้าในการพัฒนายุทธศาสตร์สุขภาพโลก ด้านการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เอชไอวี และไวรัสตับอักเสบบี ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ – ๒๕๖๔ (Global health sector strategies on sexually transmitted infections, HIV and hepatitis ๒๐๑๖-๒๐๒๑) และท้ายที่สุด องค์การอนามัยโลกมีแนวทางการดำเนินงานโดยร่วมมือกับประเทศสมาชิก เพื่อการพัฒนาด้านสุขภาพทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์ เพื่อความสำเร็จในการดำเนินงานใน the Sustainable Development Goals and in the context of the Global Strategy for Women’s, Children’s and Adolescents’ Health, 2016–2030 ต่อไป

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่น

ไม่มีการแสดงบทบาทและท่าทีจากประเทศอื่น เนื่องจากประเด็น Progress Report เป็นการรวม Agenda ในกลุ่ม Promoting health through the life course ๓ ประเด็น และเวลาที่จัดให้ค่อนข้างรวบรัด

### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยมีการดำเนินงานในส่วนของอนามัยการเจริญพันธุ์ ดังนี้

- ๑) การขับเคลื่อน พรบ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๕๙ (Act for Prevention and Solutions of the Adolescent Pregnancy Problem, ๒๐๑๖) เพื่อให้ประชากรทุกเพศทุกวัยสามารถเข้าถึงสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยประกาศลงในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๙
- ๒) การจัดทำร่างนโยบายและยุทธศาสตร์พัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ ๒ (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๙): การส่งเสริมการเกิดคุณภาพ (The ๒<sup>nd</sup> Policy and Strategy of National Reproductive Health Development, ๒๐๑๗-๒๐๒๖: Quality of birth promotion)
- ๓) การส่งเสริมให้สตรีสามารถเข้าถึงยายุติการตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพและปลอดภัย (medical abortion) ตามข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยหลักเกณฑ์การปฏิบัติเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ตามมาตรา ๓๐๕ แห่งประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. ๒๕๔๘ คือ ยามิฟิพริสโตน (Mifepristone) และ ไมโซโพรอสตอล (Misoprostol) ที่บรรจุในแผงเดียวกัน โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้อนุมัติให้ขึ้นทะเบียนยาได้เมื่อวันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๕๗ และตอนนี้อยู่ระหว่างการขับเคลื่อนให้ยาดังกล่าวบรรจุอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ
- ๔) กรมอนามัยร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดทำแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เพื่อให้วัยรุ่นหญิงที่มีอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี ทุกสิทธิ ที่อยู่ในภาวะหลังคลอดหรือแท้ง หรือต้องการคุมกำเนิด สามารถเข้าถึงบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด และห่วงอนามัย)



- ๕) การจัดอบรมให้บริการใส่ห่วงอนามัยและฝังยาคุมกำเนิด สำหรับพยาบาลเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น
- ๖) การส่งเสริมการจัดบริการสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services; YFHS) ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก ในโรงพยาบาลของรัฐทุกแห่ง
- ๗) การจัดทำคู่มือต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานอนามัยการเจริญพันธุ์
- ๘) มี พรบ.คุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ. ๒๕๕๐

### ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

- ๑) การติดตามความก้าวหน้าการจัดทำร่างนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ ๒ (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๙): การส่งเสริมการเกิดคุณภาพ เพื่อใช้เป็นแนวทางการพัฒนางานอนามัยการเจริญพันธุ์ในประเทศ
- ๒) การติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินการขับเคลื่อนให้ยาไมฟีพริสโตน (Mifepristone) และไมโซโพรสโตล (Misoprostol) ที่บรรจุในแผงเดียวกัน ให้ได้รับการบรรจุอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ
- ๓) การดำเนินการด้าน Promotion and Education เพื่อพัฒนาสุขภาพทางเพศ (Sexual Health) ของเด็กชายและเด็กหญิง ตั้งแต่วัยเรียน เพื่อให้มีภูมิคุ้มกันในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร
- ๔) ร่วมมือกับทุกภาคส่วนในการดำเนินงานด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ และการป้องกันความรุนแรงระหว่างบุคคลและในครอบครัว

### F. Health intervention and technology assessment in support of universal health coverage (WHA67.23)

- a. การประชุมสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ ๖๗ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ มีมติสมัชชาสุขภาพโลก WHA๖๗.๒๓ เรื่อง การประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพเพื่อสนับสนุนระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยองค์การอนามัยโลกขอความร่วมมือจากประเทศสมาชิกพิจารณาดำเนินการในด้านต่างๆ เพื่อสนับสนุนมติสมัชชาสุขภาพโลก WHA๖๗.๒๓ เช่น การจัดตั้งหน่วยงานระดับชาติเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ การสร้างความตระหนักและกระตุ้นให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลเรื่องการประเมินเทคโนโลยีและการนำไปใช้ตัดสินใจเชิงนโยบาย และพัฒนาขีดความสามารถด้านการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ เป็นต้น
- b. การประชุมสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ ๖๗ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ มีมติสมัชชาสุขภาพโลก WHA๖๗.๒๓ เรื่อง การประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพเพื่อสนับสนุนระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยองค์การอนามัยโลกขอความร่วมมือจากประเทศสมาชิกพิจารณาดำเนินการในด้านต่างๆ เพื่อสนับสนุนมติสมัชชาสุขภาพโลก WHA๖๗.๒๓ เช่น การจัดตั้งหน่วยงานระดับชาติเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ การสร้างความตระหนักและกระตุ้นให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลเรื่องการประเมินเทคโนโลยีและการนำไปใช้ตัดสินใจเชิงนโยบาย และพัฒนาขีดความสามารถด้านการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ เป็นต้น
- c. องค์การอนามัยโลกร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย ในการจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อสนับสนุนมติสมัชชาสุขภาพโลก WHA๖๗.๒๓ เช่น การจัดการประชุมวิชาการรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล ประจำปี พ.ศ. ๒๕๕๙ ภายใต้หัวข้อ Using priority-setting evidence in making UHC decision และการพัฒนาศักยภาพด้านการประเมินเทคโนโลยีในประเทศกำลังพัฒนา เช่น อินโดนีเซีย เวียดนาม และพม่า ภายใต้ความร่วมมือกับ International Decision Support Initiative (iDSI)

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

สาธารณรัฐโตะโก และหน่วยงาน Health Technology Assessment international (HTAi) ได้แสดงความคิดเห็นใน Agenda 17 F โดยเน้นย้ำถึงความสำคัญของการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดการใช้และเข้าถึงเทคโนโลยีที่มีความเหมาะสมทั้งด้านความปลอดภัย ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ และเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพ ดังนั้น จึงขอให้องค์การอนามัยโลกและประเทศสมาชิกช่วยสนับสนุนให้เกิดการจัดตั้งหน่วยงานระดับชาติเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ และสนับสนุนการดำเนินงานภายใต้มติสมัชชาสุขภาพโลก WHA67.23 ต่อไป

### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยชื่นชมที่มติขององค์การอนามัยโลกในการสนับสนุนการพัฒนาเรื่องการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพเพื่อสนับสนุนระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศที่มีทรัพยากรจำกัด รวมทั้งการร่วมมือกับองค์การนานาชาติ International Decision Support Initiative (iDSI) ซึ่งนำโดย the International Unit of the UK National Institute for Health and Care Excellence และโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม ในการสนับสนุนด้านการประเมินความคุ้มค่าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ ประเทศไทยเสนอให้ที่มติขององค์การอนามัยโลกช่วยสนับสนุนประเทศสมาชิกในการกำหนดเกณฑ์สำหรับการตัดสินใจเกี่ยวกับความคุ้มค่าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ (cost-effectiveness threshold) ของแต่ละประเทศ เพื่อสะท้อนความเต็มใจจ่ายและต้นทุนค่าเสียโอกาสที่แท้จริง นอกจากนี้ ควรมีการจัดทำแนวทางในการประเมินด้านสังคมและจริยธรรมของการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ เนื่องจากผลการสำรวจ Global Survey on Health Technology Assessment by National Authorities ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ แสดงให้เห็นว่า มีการประเมินในมิติเหล่านี้น้อย

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

#### การทำงานในระดับประเทศ

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

- ประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพของประเทศ เพื่อสนับสนุนให้เกิดการตัดสินใจลงทุนและกำหนดนโยบายด้านสุขภาพโดยใช้ข้อมูลเรื่องการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
- เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ และให้ความรู้สู่สาธารณะเพื่อให้เกิดความตระหนักและการใช้ประโยชน์จากข้อมูลการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
- จัดตั้งและพัฒนาเครือข่ายของนักวิชาการและองค์กรวิจัยที่ทำการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพในประเทศไทย

#### การทำงานในระดับนานาชาติ

ความร่วมมือกับองค์การอนามัยโลกและ International Decision Support Initiative (iDSI) เพื่อช่วยพัฒนาขีดความสามารถด้านการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ และการนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ในการตัดสินใจด้านนโยบายของภาครัฐ ในประเทศกำลังพัฒนา

### G. Assess to Medicine (WHA67.22)

- a. จำนวนประเทศที่มีการนำ National Essential Drug List มีจำนวนเพิ่มขึ้นมาก
- b. การนำยาที่มีราคาแพงเข้ามาสู่บัญชียา WHO Model List of Essential Medicine ทำให้เกิดปัญหาเรื่องของการเข้าถึงยารักษาไวรัสตับอักเสบ C และยารักษาโรคมะเร็ง ในหลายๆประเทศ

### H. Assess to biotherapeutic products and ensuring their quality, safety and efficacy (67.21)

- a. การประชุมสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ ๖๗ ในปีพ.ศ. ๒๕๕๗ มีมติสมัชชาสุขภาพโลก WHA๖๗.๒๑ เรื่อง Access to biotherapeutic products, including similar biotherapeutic products, and ensuring their quality, safety and efficacy เพื่อให้เกิดการเข้าถึงยาชีววัตถุและยาชีววัตถุคล้ายคลึงที่มีคุณภาพปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ โดยขอให้ประเทศสมาชิกนำมาตราฐานที่จัดทำโดยองค์การอนามัยโลกเรื่อง Guidelines on evaluation of similar biotherapeutic products (SBPs) ไปปฏิบัติตามบริบทของแต่ละประเทศ
- b. องค์การอนามัยโลกจัดการประชุม 16th International Conference of Drug Regulatory Authorities เมื่อสิงหาคม ปีพ.ศ. ๒๕๕๗ ระหว่าง regulatory authorities เพื่อหารือเรื่องความร่วมมือและแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อให้เกิดการเข้าถึงยาชีววัตถุและยาชีววัตถุคล้ายคลึงที่มีคุณภาพ ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ
- c. กำลังอยู่ระหว่างการพัฒนาปรับปรุง Guidelines on Evaluation of Similar Biotherapeutic Products (SBPs) โดย WHO Expert Committee on Biological Standardization โดยให้มารายงานความก้าวหน้าในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ ๖๘ นี้

### บทบาทและทำที่ของประเทศอื่นๆ (เฉพาะเรื่อง BTPs)

ประเทศอินโดนีเซียและอินเดียกล่าวถึงการดำเนินงานภายใต้มติสมัชชาสุขภาพโลก WHA67.21 ว่าประเทศของตนได้มีการจัดทำ national regulatory เรื่องการขึ้นทะเบียนตำรับยาชีววัตถุและยาชีววัตถุคล้ายคลึง และสอบถามทีมเลขาขององค์การอนามัยโลกถึงความก้าวหน้าของการพัฒนาปรับปรุง Guidelines on Evaluation of Similar Biotherapeutic Products (SBPs)

### I. WHO strategy on research for health (WHA63.21)

- a. ยุทธศาสตร์การสร้างงานวิจัยเพื่อตอบสนองด้านสุขภาพ (WHO Strategy on Research for Health) ได้จัดทำขึ้นตามมติวาระที่ประชุมองค์การอนามัยโลกครั้งที่ ๖๓ (WHA ๖๓.๒๑) โดยหลักการที่ต้องการกำหนดนโยบายและปฏิบัติการโดยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ในมติดังนั้นได้กำหนดให้เป็นวาระในการรายงานความก้าวหน้าทุกๆ ๒ ปี ตั้งแต่ครั้งนั้นมีการรายงานมาแล้วรวมครั้งนี้ ๓ ครั้ง
- b. ยุทธศาสตร์ฯ แบ่งเป็น ๕ ประเด็น ได้แก่ การส่งเสริมงานวิจัยขององค์การอนามัยโลก (organization) การลำดับความสำคัญตามความสำคัญของปัญหาสุขภาพ (Priorities) การเพิ่มขีดศักยภาพ (Capacity) การสร้างมาตรฐานและหลักปฏิบัติ (Norms and practice) และการแปลงสู่การปฏิบัติ (Translation)
- c. ในการรายงานความก้าวหน้าครั้งนี้มีสาระสำคัญในการก่อตั้ง International Clinical Trials Registry Platform เพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดทำงานวิจัยและสร้างฐานเพื่อให้อาจเปรียบเทียบข้อมูลได้อย่างไรก็ตามยังไม่ครอบคลุมการดำเนินงานในหลายด้านตามแผนยุทธศาสตร์ จึงสมควรที่จะเสนอแนะฝ่ายเลขานุการให้ดำเนินการอย่างจริงจัง

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ไม่มีประเทศสมาชิกใดแสดงข้อกังวลหรือสอบถามถึงความก้าวหน้าในประเด็นนี้

#### J. Multilingualism: implementation of action plan (WHA61.12)

- a. การกำหนดภาษาทางการขององค์การอนามัยโลกให้เป็น ๖ ภาษา ได้แก่ Arabic, Chinese, English, French, Russian และ Spanish มีการตกลงร่วมกันตั้งแต่ข้อมติ WHA31.313 เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมและครอบคลุมภาษาหลักของประชากรโลกส่วนใหญ่
- b. ภายหลังจากนั้น ยังมีมติต่างๆออกมา เพื่อเรียกร้องให้มีการใช้ภาษาทางการอย่างเท่าเทียมกัน (ข้อมติ WHA 50.32, WHA 51.30, WHA61.12) จนในปี ๒๐๐๘-๒๐๑๓ ได้มีการจัดลำดับความสำคัญของการแปล (to set translation priorities) และขอให้รายงานต่อที่ประชุม WHA ทุก ๒ ปี
- c. การรายงานความก้าวหน้าในครั้งนี้นำกล่าวถึงสาระสำคัญที่ WHO มีการจัดตั้งทีมบรรณาธิการให้ มีความพร้อมทั้ง ๖ ภาษา แต่ยังมี การเพิ่มของแต่ละภาษามีความแตกต่างกัน, มีการจัดคลังเก็บสารสนเทศดิจิทัลของ WHO มากกว่า ๑๖๐,๐๐๐ ชิ้น ในทุกภาษาทางการ, มีการจัดทีมแปลงาน การส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ WHO เรียนภาษาทางไกล ๔,๒๒๖ คน, และมีการจัดทำสิ่งพิมพ์ต่อเนื่อง (serials) ที่มีเนื้อหาเป็นภาษาหลากหลาย
- d. ตามการรายงานดังกล่าว ยังขาดการชี้แจงถึงยุทธศาสตร์และหลักเกณฑ์ที่ใช้ในจัดลำดับความสำคัญของการแปลภาษา เนื่องจากจำนวนเอกสารที่แปลเป็นภาษาทางการทั้ง ๖ ภาษา ยังมีความต่างกัน ซึ่งจะนำมาซึ่งข้อกังวลเรื่องความไม่เท่าเทียม

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ไม่มีประเทศสมาชิกใดแสดงข้อกังวลหรือสอบถามถึงความก้าวหน้าในประเด็นนี้

## 20.1 WHO Programmatic and Financial Report for 2014 – 2015 including audited financial statements for 2015

ผู้รายงาน

๑. นางสาวนุชราภรณ์ เลี้ยงรื่นรมย์ มหาวิทยาลัยมหิดล
๒. พ.ต.ต.หญิงสุรีย์วัลย์ ไทยประยูร สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ

### สาระสำคัญของวาระ

วาระนี้เป็นการรับรองรายงานผลการดำเนินงานกับการเงินของ WHO ปี ๒๐๑๔ และ ๒๐๑๕ ซึ่งเป็นครั้งแรกที่รวมเป็นเอกสารเดียวกัน เพื่อให้เห็นทั้งภาพรวมว่า WHO ทำอะไรไปบ้าง และในรายละเอียดการใช้เงินของแต่ละโปรแกรมและออฟฟิศ

เนื่องจาก WHO reform ที่ต้องการให้เกิดความโปร่งใสและน่าเชื่อถือขององค์กรในการปฏิบัติการ การวางแผน การเงิน และการตั้งงบประมาณ จึงปรับปรุงการรายงานผลการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น รายงานประกอบด้วย ๒ ส่วน คือ

ส่วนที่ ๑: ภาพรวมของประเด็นสุขภาพที่เกิดขึ้นในช่วง ๒ ปีนี้ และการรับมือของ WHO; ผลการดำเนินงานภายใต้ ๖ หัวข้อหลัก ความสำเร็จและผลการประเมินงาน พร้อมตัวอย่างกิจกรรมที่ทำในแต่ละโปรแกรม เพื่อให้เห็นว่า WHO ทำอะไรบ้าง พร้อมรายละเอียดงบประมาณ รายจ่ายของสำนักงานต่างๆ

ส่วนที่ ๒: รายงานการเงินปี ๒๐๑๔-๒๐๑๕ และการตรวจสอบบัญชีปี ๒๐๑๕ พร้อมความเห็นจากผู้ตรวจสอบบัญชีภายนอก

นอกจากนี้ ในรายงานยังเน้นย้ำถึงปัญหาเรื่องทรัพยากรที่ไม่เพียงพอ การถูกผูกมัดจาก Voluntary contributions และการได้รับ Assessed contributions จากประเทศสมาชิกที่จำกัด

ซึ่งนอกจากตัวรายงานที่เป็นเอกสารแล้ว ข้อมูลการเงินและการดำเนินงานของ WHO สามารถหาได้จาก WHO Program Budget Web Portal ซึ่งมีรายละเอียดแหล่งทุนและการใช้ทรัพยากรต่างๆ ซึ่งเป็นการแสดงความโปร่งใสทางการเงินของ WHO นอกจากนี้ ข้อมูลเรื่อง Program Budget มีในเว็บไซต์ของ WHO

### **บทบาทและท่าทีของประเทศต่างๆ ยกเว้นประเทศไทย**

มีประเทศให้ความเห็น ๗ ประเทศ (สวีเดน, อังกฤษ, จีน, เยอรมัน, เม็กซิโก, อิรัก, และไทย) โดยประเทศส่วนใหญ่ให้ข้อสังเกตดังนี้

#### **เรื่องงบประมาณและเงินทุน**

- สหรัฐอเมริกาและเยอรมัน Flexible funds ที่ลดลง แม้ว่า voluntary contributions เพิ่มขึ้น ๑๑% แต่ส่วนใหญ่เป็น specified contributions ส่วน flexible voluntary contributions ลดลง ๗% จาก ๒ ปีก่อน และการกระจาย flexible funds ไปยังหน่วยงานต่างๆ
- เยอรมัน ความไม่สมดุลจาก Contributions ของ Member states ที่ ๑๐ ประเทศแรกที่บริจาคคิดเป็นสัดส่วนสูงถึง ๗๑% นอกจากนี้ ยังมีเรื่องความเสี่ยงทางการเงินในระยะยาวของ WHO ตั้งแต่ปี ๒๐๑๘ เป็นต้นไป

#### **เรื่องการรายงาน**

- จีน เสนอให้รายงานมีการวิเคราะห์ที่มีการเปรียบเทียบ (Comparative analysis) ระหว่างเงินทุนกับผลการดำเนินงาน
- อังกฤษ เสนอให้รายงานมี Monitoring and evaluation system
- เยอรมัน ให้ข้อสังเกตเรื่องค่าใช้จ่ายเรื่องโพลิโอ ซึ่งคิดเป็น ๒๓% ของงบทั้งหมด และ staff health insurance (Secretariat แจ้งว่าจะส่งรายงานสองเรื่องนี้ที่การประชุมคณะกรรมการบริหาร (EB) เดือนมกราคม ๒๐๑๗)
- อิรัก เสนอให้มีการอัปเดตข้อมูลเรื่อง Program budget ทุกๆ ๖ เดือน ซึ่งทาง Secretariat สามารถอัปเดตบน Web Portal ซึ่งจะเข้าถึงได้บ่อยกว่าทุกๆ ๖ เดือน

### **บทบาทและท่าทีของประเทศไทย**

ประเทศไทยรับรองรายงานฯ และชื่นชม Secretariat ในการจัดทำรายงานที่แสดงรายละเอียดเพื่อให้เกิดความโปร่งใสและน่าเชื่อถือของ WHO โดยเน้น ๒ ประเด็น คือ การสร้างความเป็นเจ้าของ (Ownership) ให้กับประเทศสมาชิก เพื่อให้เกิดการร่วมมือทำงานอย่างจริงจัง และการพัฒนากรอบการประเมิน (Monitoring and Evaluation Framework) ที่เป็นระบบ เพื่อให้มีการตรวจสอบประสิทธิภาพและประสิทธิผล สามารถนำไปปรับปรุงพัฒนาต่อไป

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมอนามัยโลก สมัยที่ ๖๙ รับรองมติ (Draft Resolution) เอกสาร A69/62 โดยรับทราบรายงานของ Programmatic, Budget and Administration Committee (PBAC) และรับรองรายงาน WHO programmatic and financial report for 2014–2015, including audited financial statements for 2015 นอกจากนี้ Secretariat แจ้งว่า Monitoring and evaluation framework ที่ประเทศไทยและอังกฤษเสนอ ได้เริ่มต้นทำบ้างแล้ว น่าจะมีใช้ได้ปี ๒๐๑๗

#### **Intervention on agenda 20.1 WHO Programmatic and Financial Report for 2014 – 2015 including audited financial statements for 2015**

Read by Nucharapon Liangruenrom (26 May 2016)

Thank you Chair,

The Thai delegation welcomes the Programmatic and Financial report for the biennium 2014 – 2015 which was based on the new results chain and for the first time integrated into a single document. We find the report impactful and effective, though it is in its initial implementation stage and further work is still in progress.

Thailand commends the detailed financial report complemented by the financial statements for 2015 audited by the external auditor. We appreciate the accountability and transparency of the Organization’s work made through both the unified report and program budget web portal.

To continue its work and ensure the achievement of the results to which WHO has committed, we have two observations to support further development of future biennia.

First, as we acknowledge the comprehensive and inclusive process throughout the program budget implementation cycle where Member States’ engagement and contribution are crucial to reflect realities and move health concerns into practical planning, we support this participatory approach which not only accelerates the implementation of the Member State-led reform, but also creates an ownership spirit among Member States to the Organization.

Second, the monitoring and evaluation system is fundamental to the improvements of the program budget assessment which clearly reflects the Organization’s effectiveness, performance and resources mobilization. We, therefore, encourage the Secretariat to develop the monitoring and evaluation framework including a systematic monitoring mechanism to verify the output indicators, deliverables and outcomes, for example, and to address activities to achieve the results as well as guidance for the next planning cycle. Thank you Chair

## Agenda 20.2 Financing of Programme budget 2016–2017 - Strategic budget space allocation

### ผู้รายงาน

๑. ดร. ทันตแพทย์หญิงวริศา พานิชเกรียงไกร สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๒. นายบรรลุ ศุภอักษร สำนักงานการสาธารณสุขระหว่างประเทศ
๓. พ.ต.ต. หลิงสุรีย์วัลย์ ไทยประยูร สำนักงานการสาธารณสุขระหว่างประเทศ
๔. ดร.วลัยพร พัชรนฤมล สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

### สาระสำคัญของวาระ

วาระนี้ประกอบด้วยเอกสาร ๒ ฉบับ เกี่ยวข้องกับ งบประมาณขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. ๒๐๑๖-๒๐๑๗ (A69/46) และ การจัดสรรงบประมาณขององค์การอนามัยโลก (A69/47)

๑) Programme Budget ขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. ๒๐๑๖-๒๐๑๗ มีดังนี้

- WHA68 ได้มีการรับรองงบประมาณขององค์การอนามัยโลก ๔,๓๘๔.๙ ล้านดอลลาร์ ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ ๘ ของงบประมาณในปี ค.ศ. ๒๐๑๔-๒๐๑๕ Programme Budget ประกอบด้วย
  - ๑) งบประมาณ ๓,๑๙๔.๓ ล้านดอลลาร์ เป็น Base Budgetที่ได้รับจาก Assessed Contributions (AC) จำนวน ๙๒๙ ล้านดอลลาร์ และ Voluntary Contributions (VC) จำนวน ๒,๒๖๕.๓ ล้านดอลลาร์
  - ๒) งบประมาณ ๑,๑๙๐.๖ ล้านดอลลาร์ เป็น Adjustable Budgetซึ่งได้รับจาก VC ใช้สำหรับงานที่เกี่ยวข้องกับ การตอบสนองต่อโรคระบาดและภาวะวิกฤติการกวาดล้างโรคโปลิโอ งานวิจัยด้านโรคในเขตร้อนและงานวิจัย ด้าน human reproduction
- ที่ผ่านมามีอุปสรรคของ Programme Budget คือ ความโปร่งใส ความไม่แน่นอนของงบประมาณ งบประมาณเพื่อวัตถุประสงค์เฉพาะอย่าง (earmarked VC) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และการพึ่งพางบประมาณจากหน่วยงานหรือองค์กรเพียงบางแห่ง ดังนั้น WHA66 จึงมีการเจรจาทางการเงินการคลัง (financing dialogue) ขึ้น
- รายงานฉบับนี้เป็นการรายงานความก้าวหน้าของการดำเนินการที่มีการปรับปรุงการดำเนินงานในด้านต่างๆดังที่กล่าวข้างต้น ทั้งนี้จากการเจรจาทางการเงินการคลังครั้งล่าสุด เมื่อ ๕-๖ พฤศจิกายน ค.ศ. ๒๐๑๕ ที่นครเจนีวา ระหว่างตัวแทนประเทศสมาชิก องค์กรที่สนับสนุนงบประมาณ และ non state actors (NSA) ได้ชื่นชมผลการดำเนินงานดังกล่าว
- EB138 ได้ขอให้ WHA69 รับรองรายงานฉบับนี้ โดยมีความก้าวหน้าของการดำเนินการด้านการเงินการคลัง ดังนี้

### Progress in Improving the Finance of WHO

Transparency	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการปรับปรุง Programme Budget web portal เพื่อเพิ่มความโปร่งใสและการตรวจสอบงบประมาณทั้งข้อมูลแหล่งทุนและกระบวนการกระจายเงินสู่องค์กรในระดับประเทศ อาทิเช่น ข้อมูลงบประมาณรายไตรมาส การดำเนินงานและผลการดำเนินงานตามแผนงานต่างๆ เป็นต้น ปัจจุบันมีการพัฒนาปรับปรุงระบบการรายงานและการเสนอผลงานผ่านทาง web portal อย่างต่อเนื่อง</li> <li>- ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกได้ประกาศที่จะเข้าร่วม International Aid Transparency Initiative (TATI) ภายในสิ้นปี ค.ศ. ๒๐๑๖ นำไปสู่นโยบายการเปิดเผยข้อมูล นอกจากนี้การทำแนวทางของการปฏิบัติที่รวมถึงแนวทางการประเมิน</li> </ul>
--------------	--

	กำลังอยู่ระหว่างการพัฒนา
Predictability	ความสามารถในการคาดการณ์งบประมาณ programme budget ดีขึ้นตั้งแต่มีการเจรจาทางการเงินการคลัง โดยในปี ค.ศ. ๒๐๑๒-๒๐๑๓ คาดการณ์ได้ ๖๒%ว่าจะมี base budget อย่างเพียงพอเพิ่มขึ้นเป็น ๗๗% ในปี ค.ศ. ๒๐๑๔-๒๐๑๕ และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น ๘๐% ในปี ค.ศ. ๒๐๑๖-๒๐๑๗
Flexibility	ระดับของ Flexible ของงบ VC ที่องค์การอนามัยโลกได้รับ ยังคงที่ หรือ ประมาณ ๒๕๐ ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อ biennium
Alignment	- ประเด็นนี้ยังเป็นความท้าทายขององค์การอนามัยโลก โดยสถานการณ์ ปีงบประมาณ ๒๐๑๖- ๒๐๑๗ ยังคงเป็นไปในแนวทางเดียวกับปีงบประมาณ ๒๐๑๔-๒๐๑๕ ซึ่ง earmarked VC ยังคงมีส่วนที่สูงทั้งนี้ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลก ได้หารือของ Global Policy Group และได้รับรองยุทธศาสตร์เชิงรุกในการจัดสรรงบประมาณที่ยึดหยุ่นบนพื้นฐานการวิเคราะห์ระบบของการจัดหางบประมาณ สำหรับงบประมาณ ๒๐๑๔-๒๐๑๕
Reduced vulnerability	จำนวนองค์กรที่สนับสนุนงบประมาณแก่องค์การอนามัยโลก ขยายตัวซ้ำ ใน ๑๐ ปีที่ผ่านมาอย่างไรก็ตามองค์การอนามัยโลกยังมีองค์กรที่สนับสนุนงบประมาณ ๒๐ ราย ซึ่งสนับสนุนงบประมาณร้อยละ ๗๖ ของงบประมาณ หรือ คิดเป็นร้อยละสำหรับปีงบประมาณ ๒๐๑๖-๒๐๑๗ ซึ่งในปีงบประมาณ ๒๐๑๔-๒๐๑๕ มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ ๘๐
<b>Tackling the Remaining Challenges</b>	
Coordinating resource mobilization across the whole Organization	- การจัดตั้ง Department for Coordinated Resource Mobilization ภายใต้ DG office เพื่อประสานงานการจัดสรรงบประมาณให้แก่ละภูมิภาคและ clusters ต่างๆ ทำให้สามารถพัฒนาการประสานงานได้ดีขึ้น - ในปี ค.ศ. ๒๐๑๖ จะมีการจัดทำกระบวนการระดมทุนที่ครบวงจร ทั้งการเจรจา การทำข้อตกลงการตรวจสอบ และรายงานผล นอกจากนี้จะมีการจัดทำประวัติขององค์กรที่สนับสนุนงบประมาณ และจะนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้กับการลงทะเบียน NSA ด้วย
Reporting reform	- มีการจัดให้มีการควบคุมคุณภาพรายงานการใช้งบประมาณ ทั้งนี้จะใช้ระบบ Programme Budget web portal ในการรายงานการใช้งบประมาณแก่องค์กรที่สนับสนุนงบประมาณ เพื่อให้สามารถจัดส่งรายงานที่มีคุณภาพและทันเวลา - จะมีการทำรายงานการเงินและแผนงาน/ผลการดำเนินงานเป็นฉบับเดียวกันและจะนำเสนอในที่ประชุม WHA69 เป็นครั้งแรก นอกจากนี้รายงานประจำปีของผู้บริหารองค์การอนามัยโลก ได้แก่ รายงานงบประมาณประจำปีและรายงานการตรวจสอบบัญชี จะถูกรวมเป็น joint report
More strategic use of flexible funds	Secretariat ได้มีการทำงานร่วมกับองค์กรที่ให้การสนับสนุนด้านงบประมาณเพื่อให้เกิดความยืดหยุ่นของงบประมาณที่ได้รับมากที่สุด
Broadening the contributor base	จากข้อเสนอแนะของสมาชิก EB ให้เกิดการเพิ่มการระดมทุนเพื่อลดการพึ่งพางค์กรที่สนับสนุนงบประมาณเพียงบางแห่ง และขยายฐานขององค์กรที่จะให้การสนับสนุน ดังนั้น Secretariat จึงมีการค้นหาแหล่งทุนใหม่ๆ



## ๒. การจัดสรรงบประมาณขององค์การอนามัยโลก

ตามมติที่ประชุม EB136 ให้คณะทำงานพัฒนารูปแบบการจัดสรรงบประมาณในส่วน Segment1: Technical cooperation at country level เพื่อหาวิธีการในการคำนวณการจัดสรรงบประมาณ การหาตัวแปรที่เหมาะสมในการคำนวณและความพร้อมของข้อมูลตามตัวแปรดังกล่าว เพื่อรายงานต่อที่ประชุม EB137 ในเดือนพฤษภาคม ค.ศ. ๒๐๑๕ นอกจากนี้ยังมีการพิจารณาองค์ประกอบของคณะทำงานให้มีตัวแทนจากภูมิภาคละ ๒ ประเทศ

จากนั้นคณะทำงานได้ปรับ terms of reference และประชุมร่วมกันเพื่อพิจารณาตัวแปรที่เหมาะสมประกอบการคำนวณ รวมถึงการอภิปรายวิธีการจัดแบ่งกลุ่มประเทศ ซึ่งได้ข้อตกลงว่าไม่จำเป็นต้องจัดกลุ่มประเทศเป็น deciles และใช้วิธี normalizing ตัวชี้วัดต่างๆตามวิธีการทำ UNDP Human Development Index นอกจากนี้คณะทำงานยังการศึกษาเปรียบเทียบวิธีการทำ population scaling แบบต่างๆ ในที่สุดจึงได้ข้อสรุปดังนี้หลักการพิจารณาตัวแปรที่เหมาะสม ได้แก่ ความพร้อมของข้อมูล คุณภาพของข้อมูล และแหล่งข้อมูลโดยในการคำนวณรูปแบบที่เหมาะสมที่จะทำต่อไป จะตัดตัวแปรบางตัวออกประกอบด้วย ดัชนีปีสุขภาวะต่อประชากร (total disability-adjusted life years (DALYs) per capita) สัดส่วนการคลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและความหนาแน่นประชากร

คณะทำงานทำการได้ทำการคำนวณวิธีต่างๆ และในที่สุดจึงได้เสนอ Model C (ALP\_min) ซึ่งเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับความต้องการที่แตกต่างกันของแต่ละภูมิภาคดังรูปที่ 1 นอกจากนี้ยังได้เสนอให้มีการค่อยๆปรับใช้รูปแบบดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับภูมิภาคที่ถูกลดงบประมาณโดยเสนอต่อผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลก ให้มีการปรับการจัดสรรงบประมาณตามรูปแบบดังกล่าวในระยะเวลา 3 biennium และมีการปรึกษา Regional Directors

นอกจากนี้ยังต้องมีการติดตามผลและรายงานผลการดำเนินงานต่อ Programme, Budget and Administration Committee (PBAC) คณะทำงานยังตระหนักว่าความต้องการของแต่ละประเทศย่อมมีการเปลี่ยนแปลงไปและอาจส่งผลกระทบต่อปริมาณที่ได้รับ ดังนั้นจึงได้มีการเสนอให้มีการทบทวนรูปแบบการจัดสรรงบประมาณทุก ๖ ปี

**Table 4: Model C: Model based on zero need for indicators above the OECD median**

Region	Log(pop)	SQRT	ALPS	ADB	ALPS_min	Planned budget for 2014-2015
AFR	47.4	41.2	44.5	38.3	43.4	42.3
AMR	11.7	9.9	11.1	9.2	11.3	8.4
EMR	15.3	15.7	14.7	15.4	14.2	14.3
EUR	6.8	5.9	6.4	5.5	6.4	4.5
SEAR	10.9	18.7	14.5	22.3	14.1	15.7
WPR	7.8	8.6	8.8	9.3	10.6	14.8

มติจากที่ประชุม EB137 เสนอให้ WHA69 รับรอง decision EB137(7) ที่มีเนื้อหา ดังนี้

- รับรองรายงานของคณะทำงานในเรื่อง การจัดสรรงบประมาณขององค์การอนามัยโลก
- ประกาศใช้รูปแบบการคำนวณงบประมาณ ตามที่คณะทำงานเสนอ
- เรียกร้องให้ผู้อำนวยความสะดวกการอนามัยโลก
  - นำรูปแบบการคำนวณงบประมาณตามที่เสนอไปสู่การปฏิบัติในระยะเวลา 3-4 biennium และต้องพิจารณาถึงผลกระทบทางลบโดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศที่มีความจำเป็นใช้งบประมาณ ทั้งนี้ต้องมีการปรึกษาหารือกับ regional directors
  - รายงานผลการดำเนินงานทุก biennium โดยให้เป็นส่วนหนึ่งของรายงาน programme budget ต่อ EB ผ่าน Programme, Budget and Administration Committee
  - ทบทวนการดำเนินงานทุก ๖ ปี เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของรูปแบบการคำนวณงบประมาณและผลกระทบที่เกิดขึ้น
- นอกจากนี้ยังเรียกร้องให้ผู้อำนวยความสะดวกการอนามัยโลกทำงานร่วมกับ Regional directors ในการพัฒนาศักยภาพของ WHO country และ WHO ในการเพิ่มแหล่งทุนเพื่อการดำเนินงานต่างๆตามความสำคัญของแต่ละประเทศได้อย่างยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ

### ท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศต่างๆรับรองรายงานทั้งงบประมาณขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. ๒๐๑๖-๒๐๑๗ และ การจัดสรรงบประมาณขององค์การอนามัยโลก อย่างไรก็ตามบางประเทศได้แสดงข้อกังวลที่ earmarked VC ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ความยืดหยุ่นของการใช้เงิน VC และการบริหารจัดการงบประมาณระหว่างโปรแกรมต่างๆ นอกจากนี้จากยังมีความจำเป็นต้องมีการใช้งบประมาณเพิ่มเติม เช่น การดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals, SDGs) และโครงการใหม่ๆขององค์การอนามัยโลก เป็นต้น

### ท่าทีของประเทศไทย

- ชื่นชมการทำงานของ Secretariat และ Working Group ในการพัฒนาการดำเนินงานขององค์การอนามัยโลกให้มีประสิทธิภาพ โปร่งใส และความพยายามของ Secretariat ในการเพิ่มการระดมทุนจากแหล่งต่างๆนอกจากนี้ยังมีการพัฒนาการจัดสรรงบประมาณที่ใช้ข้อมูลที่มีคุณภาพในการประกอบการตัดสินใจ
- กังวลในประเด็นที่งบประมาณเพื่อวัตถุประสงค์เฉพาะอย่างมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และองค์กรที่สนับสนุนงบประมาณยังมีจำนวนจำกัด ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความยั่งยืนของงบประมาณขององค์การอนามัยโลก
- แสดงความกังวลในประเด็นความต้องการงบประมาณที่เพิ่มขึ้นจำนวน ๑๖๐ ล้านดอลลาร์สหรัฐสำหรับ New Health Emergency Programme ขององค์การอนามัยโลก ในปีงบประมาณ ๒๐๑๖-๒๐๑๗ ซึ่งทางฝ่ายเลขานุการเสนอให้ระดมทุนจาก voluntary contribution (VC) ซึ่งมีความไม่แน่นอนของงบประมาณค่อนข้างสูง
- เน้นย้ำในประเด็นที่ได้เสนอใน EB137 ว่าองค์การอนามัยโลกควรต้องพัฒนาและใช้ศักยภาพขององค์กรทั้งในระดับภูมิภาคและประเทศในการเพิ่มแหล่งทุนเพื่อการดำเนินงานต่างๆตามความสำคัญของแต่ละประเทศได้อย่างยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ
- รับรองรายงานตามเอกสาร A69/46 และ A69/47 ตามที่ EB เสนอ

### Intervention on agenda 20.2 Financing of Programme budget 2016-2017 and Strategic Budget Space Allocation

Read by Warisa Panichkriangkrai (26 May 2016)

Thank you, Chair

Thailand supports intervention and proposal by Chinese colleagues. Thailand also has some concerns on the excessive earmarked voluntary contributions and limited number of voluntary contributors which might lead to uncertainty of the Organization's budget. The new Health Emergencies Program which will be established this current biennium tends to increase the demand for and share of voluntary contributions. The secretariat should analyze and assess the impact of the additional financial resources for the new Health Emergencies Program in the next report of Programme budget 2016-2017.

Chair, Thailand also would like to thank Working Group on Strategic Budget Space Allocation for their hard work and their recommended model that has the least impact on the programme budget of the WHO six regions.

Thailand also would like to take this opportunity to emphasize that the WHO should use its social and intellectual capital at regional and country levels to mobilise additional resources to implement national priority activities more effectively.

Thailand supports a draft decision on Strategic Budget Space Allocation.

Thank you, Chair.

### Agenda 20.3 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

#### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. ดร. ทันตแพทย์หญิงวริศา พานิชเกรียงไกร สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๒. นางสาวอรณา จันทศิริ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๓. พ.ต.ต. หลิงสุรีย์วัลย์ไทยประยูร สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ

#### สาระสำคัญของวาระ

วาระนี้เป็นการติดตามการชำระ Assessed Contribution (AC) ของประเทศสมาชิก ระเบียบการเงินขององค์การอนามัยโลกข้อที่ ๖.๔ ระบุให้ประเทศสมาชิกชำระค่า AC ภายในวันที่ ๑ มกราคม ทั้งนี้ในปี ค.ศ. ๒๐๑๕ องค์การอนามัยโลกสามารถจัดเก็บ AC ร้อยละ ๘๐ ของยอดจัดเก็บซึ่งลดลงจากร้อยละ ๘๖ ในปี ค.ศ. ๒๐๑๔ โดยได้รับการชำระจาก ๑๓๕ ประเทศ และระเบียบการเงินข้อที่ ๖.๖ ซึ่งมีการแก้ไขตาม WHA

resolution (WHA๖๖.๑๖ ในปี ค.ศ. ๒๐๑๓) ระบุว่าประเทศสมาชิกที่มียอดชำระ AC มากกว่า ๒๐๐,๐๐๐ เหรียญสหรัฐ ต้องชำระยอดครั้งหนึ่งเป็นเหรียญสหรัฐและอีกครั้งหนึ่งเป็นสวิสฟรังก์

ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ค.ศ. ๒๐๑๕ พบว่ามียอดค้างชำระ ๕๗.๙ ล้านดอลลาร์สหรัฐ และ ๕๑.๔ ล้านดอลลาร์รวมของงบ AC เป็น ๒๔๒ ล้านดอลลาร์สหรัฐ และ ๒๒๒ ล้านดอลลาร์สวิสฟรังก์ เหรียญสวิสฟรังก์ และยอดค้างชำระสำหรับประเทศที่ขอปรับการชำระอีก ๓๕.๕ ล้านดอลลาร์สหรัฐ นอกจากนี้ยังมีประเทศที่ชำระ AC สำหรับปีค.ศ. ๒๐๑๖ ก่อนกำหนด รวมทั้งสิ้น ๔ ๖.๑ ล้านดอลลาร์สหรัฐ

ธรรมนูญขององค์การอนามัยโลก มาตราที่ ๗ ระบุว่า หากประเทศสมาชิกที่ไม่สามารถชำระ AC ได้ตามเวลาที่กำหนด องค์การอนามัยโลกสามารถดลิตสิทธิการออกเสียงของประเทศสมาชิกรุ่นๆ และหากถึงเวลาเปิดการประชุมสมัชชาอนามัยโลก ประเทศสมาชิกที่ค้างชำระ AC โดยมียอดค้างชำระมากกว่ายอดชำระในระยะ ๒ ปี องค์การอนามัยโลกสามารถดลิตสิทธิการออกเสียงของประเทศสมาชิกรุ่นๆได้ตามข้อมติ WHA๔๑.๗

จากข้อมติของการประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ผ่านๆ มา มีการดลิตสิทธิการออกเสียงของประเทศ ๕ ประเทศ ดังนี้ Central African Republic, Comoros, Guinea-Bissau, Somalia และ Ukraine จนกว่าจะมีการชำระยอดค้างชำระให้เหลือน้อยกว่ายอดที่จะมีผลตามธรรมนูญขององค์การอนามัยโลก มาตราที่ ๗

จากข้อมติ WHA๖๘.๑๑ ที่ระบุว่าประเทศสมาชิกที่ไม่สามารถชำระยอดค้างชำระภายในเวลาการเปิดการประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ ๖๙ ได้ ประเทศต่อไปนี้จะถูกตัดสิทธิการออกเสียง ทั้งนี้ Guinea และ Yemen ไม่สามารถชำระหนี้ตามเวลาดังกล่าวได้ จึงโดนดลิตสิทธิการออกเสียง หรือจนกว่าจะมีการชำระยอดค้างชำระให้เหลือน้อยกว่ายอดที่จะมีผลตามธรรมนูญขององค์การอนามัยโลก มาตราที่ ๗

นอกจากนี้การประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ผ่านๆ มายังมีมติให้ประเทศ ๑๑ ประเทศมีการปรับการชำระ ทั้งนี้ ยังมี ประเทศที่ยังไม่สามารถชำระหนี้ตามที่ตกลงได้ ได้แก่ Central African Republic, Iraq, Kyrgyzstan, Tajikistan และ Ukraine โดย Central African Republic และ Ukraine จึงถูกตัดสิทธิการออกเสียงไปแล้ว นอกจากนี้ Kyrgyzstan และ Tajikistan ได้ถูกตัดสิทธิการออกเสียงเนื่องจากไม่สามารถชำระหนี้ก่อนการเปิดการประชุมสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ ๖๙ ได้

ณ วันเปิดการประชุมสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ ๖๙ มี ประเทศที่ยังมียอดค้างชำระเกินกว่ายอดชำระในระยะ ๒ ปี ได้แก่ Burundi, El Salvador, Lebanon, Saint Vincent and the Grenadines, Solomon Islands, Suriname, Swaziland และ the Bolivarian Republic of Venezuela การประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ ๖๙จึงมีมติว่าหากประเทศดังกล่าวยังไม่ชำระยอดค้างภายในวันเปิดของการประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ ๗๐ จะมีการใช้มาตรา ๗ กับประเทศดังกล่าว

ประเทศที่ต้องการประนอมหนี้ สามารถยื่นเสนอแนวทางการจัดการยอดชำระค้างมายังการประชุมสมัชชาอนามัยโลก ซึ่งระบุระยะเวลาการผ่อนชำระหนี้ ทั้งนี้คณะกรรมการ Programme, Budget and Administration Committee ของ Executive Board จะเป็นผู้พิจารณาเพื่อนำเสนอต่อการประชุมสมัชชาอนามัยโลกต่อไป อย่างไรก็ตามไม่มีประเทศสมาชิกที่แสดงความจำนง

#### **บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ**

ไม่มีประเทศสมาชิกแสดงความความคิดเห็น

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

แสดงความเห็นใจประเทศที่อยู่ในภาวะวิกฤติและไม่สามารถชำระค่า Assessed Contribution ได้ตามเวลา และชื่นชมองค์การอนามัยโลกที่ยังคงให้ความช่วยเหลือประเทศเหล่านี้

## สรุปผลลัพท์ของวาระ รับรองข้อมติ

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

การทำงานในระดับประเทศ

ให้สำนักงานสาธารณสุขระหว่างประเทศชำระ Assessed Contribution ให้กับองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทยตามเวลาที่กำหนด เพื่อป้องกันการถูกตัดสิทธิออกเสียง

Intervention on Agenda 20.3 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

Read by Warisa Panichkriangkrai (26 May 2016)

Thank you, Chair

With economic and social crisis around the world, Thailand observes that some countries are facing financial difficulties and have limitation in contributing to the WHO.

As we shall not “leave no one behind”, Thailand appreciates WHO in continuing to provide their technical supports to those countries facing financial crisis. Also, we would like to encourage WHO to embrace those countries to participate in global health activities for the benefit of all.

Thank you, Chair.

## Agenda 20.5 Scale of Assessment for 2017

### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นางสาวอรณา จันทศิริ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๒. ดร. พันตแพทย์หญิงวิริศา พานิชเกรียงไกร สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๓. ดร. เกศศิกรหญิงวัลย์พร พัชรนฤมล สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๔. พ.ต.ต.หญิงสุรีย์วัลย์ ไทยประยูร สำนักงานสาธารณสุขระหว่างประเทศ

### สาระสำคัญของวาระ

งบประมาณขององค์การอนามัยโลกมีแหล่งที่มาหลักๆแบ่งเป็น ๒ ส่วน ได้แก่ (๑) รายรับจากการเก็บภาษีสมทบจากประเทศสมาชิก (Assessed Contribution: AC) ทุกประเทศที่เป็นสมาชิกขององค์การอนามัยโลกต้องชำระเงินสมทบในส่วนนี้ แต่ละประเทศมีอัตราที่ต้องจ่ายไม่เท่ากัน คำนวณจากรายรับรวมประชาชาติ (Gross National Income: GNI) ถึงแม้จะมีอัตราภาษีสมทบที่ไม่เท่ากัน แต่สิทธิที่พึงได้รับในฐานะประเทศสมาชิกเป็นไปอย่างเท่าเทียมกัน หนึ่งประเทศมีหนึ่งเสียงเท่าเทียมกันหมด ไม่ว่าอัตราภาษีสมทบจะสูงหรือต่ำอย่างไร และ (๒) รายรับจากเงินบริจาค (Voluntary Contribution: VC) หมายถึงเงินบริจาคตามความสมัคร

ใจของประเทศสมาชิก หรือองค์กรต่างๆที่ต้องการสนับสนุนองค์การอนามัยโลก การสนับสนุนนี้อาจเป็นไปแบบมีเงื่อนไข (Earmarked) คือ สามารถกำหนดประเภทของการลงทุนจากเงินบริจาคนั้นๆได้

อัตราคำนวณภาษีสมทบมีการเปลี่ยนแปลงตามมติ WHA ๕๖.๓๓ ให้รับอัตราที่คำนวณรายงานปีล่าสุดจากองค์การสหประชาชาติ เริ่มใช้ตั้งแต่รอบปีพ.ศ. ๒๕๔๗-๒๕๔๘ จากในอดีตที่องค์การอนามัยโลกจะมีการคำนวณอัตรารายในขององค์การเอง หลักการนี้คำนวณมาจนถึงรอบปัจจุบัน

สูตรการคำนวณมีความซับซ้อน แต่โดยหลักพิจารณาจากรายได้ประชาชาติ (Gross National Income: GNI) มีอัตราขั้นสูงสุดร้อยละ ๒๒ และต่ำสุดร้อยละ ๐.๐๐๑ ตั้งแต่เริ่มต้นคำนวณโดยใช้สูตรนี้ ประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นประเทศที่อัตรากาสิโนทบเต็มอัตราขั้นสูงสุด สำหรับอันดับ ๒-๕ มีการเปลี่ยนแปลงได้บ้างในแต่ละช่วง สำหรับประเทศไทยไม่ค่อยมีการเปลี่ยนแปลงมากนักในรอบการประเมินอัตราล่าสุดที่จะมีผลในปีพ.ศ.๒๕๖๐ มีอัตราร้อยละ ๐.๒๙๑๐ รายละเอียดเพิ่มเติมดังแสดงตามตารางที่ ๑

ในเดือนมกราคม พ.ศ.๒๕๕๙ ในการประชุมคณะกรรมการบริหารครั้งที่ ๑๓๘ ได้มีวาระเพื่อพิจารณารายงานอัตรากาสิโนทบประจำปีพ.ศ.๒๕๖๐ และรับรองรายงานมติที่ EB๑๓๘.R๖ และส่งต่อเพื่อรับรองในการประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลกครั้งที่ ๖๙

ตารางที่ ๑ สรุปสาระสำคัญของวาระอัตรากาสิโนทบตั้งแต่ปีพ.ศ.๒๕๔๗-ครั้งปัจจุบัน

	อัตรากาสิโนทบต่อ องค์การอนามัยโลก ช่วงปีพ.ศ.๒๕๔๗- ๒๕๔๘ (WHA ๕๖.๓๓)	อัตรากาสิโนทบต่อ องค์การอนามัยโลก ช่วงปีพ.ศ.๒๕๕๓- ๒๕๕๔ (WHA ๖๒.๕)	อัตรากาสิโนทบต่อ องค์การอนามัยโลก ช่วงปีพ.ศ.๒๕๕๗- ๒๕๕๘ (WHA ๖๖.๑๕)	อัตรากาสิโนทบต่อ องค์การอนามัยโลก ช่วงปีพ.ศ.๒๕๖๐ (EB๑๓๘.R๖)
สัดส่วน	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐
อัตรากาสิโนทบ ขั้นสูงและ ขั้นต่ำ	ร้อยละ ๒๒.๐๐๐๐ ร้อยละ ๐.๐๐๑๐๐ (๔๘ ประเทศสมาชิก)	ร้อยละ ๒๒.๐๐๐๐ ร้อยละ ๐.๐๐๑๐๐ (๕๕ ประเทศสมาชิก)	ร้อยละ ๒๒.๐๐๐๐ ร้อยละ ๐.๐๐๑๐๐ (๓๙ ประเทศสมาชิก)	ร้อยละ ๒๒.๐๐๐๐ ร้อยละ ๐.๐๐๑๐๐ (๓๕ ประเทศสมาชิก)
อันดับ ๑-๕	๑. สหรัฐอเมริกา ๒. ญี่ปุ่น ๓. ฝรั่งเศส ๔. สหราชอาณาจักร ๕. อิตาลี	๑. สหรัฐอเมริกา ๒. ญี่ปุ่น ๓. เยอรมัน ๔. สหราชอาณาจักร ๕. ฝรั่งเศส	๑. สหรัฐอเมริกา ๒. ญี่ปุ่น ๓. เยอรมัน ๔. ฝรั่งเศส ๕. สหราชอาณาจักร	๑. สหรัฐอเมริกา ๒. ญี่ปุ่น ๓. จีน ๔. เยอรมัน ๕. ฝรั่งเศส
อัตรากาสิโนทบ ประเทศไทย	ร้อยละ ๐.๒๘๙๓๐	ร้อยละ ๐.๑๘๖๐	ร้อยละ ๐.๒๘๙๓๐	ร้อยละ ๐.๒๙๑๐

#### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

จากวาระก่อนหน้าเรื่อง Program Budget มีประเทศมากมายแสดงความกังวลต่ออัตราส่วนเงินบริจาคที่สูงขึ้นเรื่อยๆ รวมทั้งมีประเด็นสอบถามถึงความเป็นไปได้ในการเพิ่มงบประมาณในส่วนอัตรากาสิโนทบ ซึ่งฝ่ายเลขาฯได้ให้ข้อมูลว่ามีความเป็นไปได้ที่จะมีการหารือในประเด็นนี้ ทาง ดร.มาร์กเรต ซาน เลขาธิการใหญ่ขององค์การอนามัยโลก ก็ยืนยันว่าจะมีการหารือกันในประเด็นนี้อีกครั้ง เพื่อสนับสนุนรูปธรรมการปฏิรูปองค์การอนามัยโลกด้าน

การกำหนดงบประมาณเพื่อตอบสนองต่อโปรแกรมที่เร่งด่วน และพยายามที่จะลดอัตราส่วนของรายรับจากการบริจาคแบบมีเงื่อนไข

### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยเห็นชอบกับรายงานอัตราภาษีสมทบ และยืนยันที่จะชำระตามสัดส่วนของประเทศไทย อย่างไรก็ตาม มีข้อกังวลเหมือนกับของประเทศสมาชิกเรื่องอัตราส่วนของเงินบริจาคที่สูงขึ้นเรื่อยๆ แต่เนื่องจากเป็นประเด็นที่ได้มีการชี้แจงไปแล้วก่อนหน้านี้ว่าจะมีการหารือเรื่องการเพิ่มงบประมาณส่วนอัตราภาษีสมทบประเทศไทยจึงแสดงท่าทีที่ชื่นชมกับทิศทางของการปฏิรูประบประมาณนี้

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

รับรองรายงานตามเอกสาร EB138.R6

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

#### การทำงานในระดับประเทศ

สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ ให้ชำระเงินตามอัตราภาษีต่อองค์การอนามัยโลกตามระยะเวลาที่กำหนด และเก็บข้อมูลงบประมาณที่ประเทศไทยชำระเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลง

#### การทำงานในระดับนานาชาติ

ไม่มีข้อเสนอแนะ

#### Intervention on agenda 20.5 Scale of Assessment

Read by Ms.Orana Chandrasiri, Thailand

Thank you, Chair

Thank you to secretariat for preparing the report.

Thailand fully commit to contributing to WHO on the scale of assessment. We reaffirm our commitment on the scale assessment 2017 to support the implementation of program of WHO.

WHO reform received high attention by all member states and moving towards a positive financial reform to make WHO be able to set the priority of their implementation in according to emerging health problems and threats in developing countries. We thanks the DG for this deliberation.

Thank you, Chair

## Agenda 21.1 Reform of the external auditor

### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นายแพทย์คณิตสรณ์ สัมฤทธิ์เดชขจร สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๒. นายรังสรรค์ มั่นคง สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

### สาระสำคัญของวาระ

การตรวจสอบมีการดำเนินการและให้ข้อเสนอแนะโดยสาธารณรัฐฟิลิปปินส์ ซึ่งครบวาระแรกปีนี้และได้รับการเห็นชอบให้ดำเนินการต่อในวาระ ๒ เป็นระยะเวลาอีก ๔ ปี การตรวจสอบครอบคลุมการเงินการบัญชี การบริหารจัดการ และการประเมินและจัดการความเสี่ยง โดยในบรรดาหน่วยงานที่ได้รับการตรวจสอบในปีนี้มีสำนักงานใหญ่ (๕ หน่วยงาน) สำนักงานภูมิภาคเอเชียอาคเนย์ สำนักงานประจำประเทศ (จีน, แคมเบีย, เมียนมาร์, เบอร์กินาฟาโซ, อินเดีย) รวมอยู่ด้วย

รายงานพบว่างบการเงินมีการเสนอสถานะการเงินตามความเป็นจริง ธุรกรรมต่างๆ ดำเนินสอดคล้องนโยบายการบัญชี แต่ยังมีภาระจ่ายผิดหมวดหมู่อยู่บ้าง การจัดซื้อจัดจ้างยังพบปัญหาเรื่องที่ไม่ได้รับการแก้ไขเท่าที่ควร อาทิ ไม่มีแผนประจำปี, ไม่มีกระบวนการสรรหาและเลือกสรร, ไม่มีการประกวดราคากรณีวงเงินเกิน ๒๕,๐๐๐ เหรียญสหรัฐ, เอกสารไม่ครบ, เอกสารไม่ลงวันที่, ข้อมูลไม่สมบูรณ์ เป็นต้น แผนงานความร่วมมือสนับสนุนประเทศต่างๆ พบมีการให้เงินงวดถัดไปก่อนได้รับรายงานงวดก่อนหน้า, มีการอนุมัติเงินก่อนลงนาม, มีการลงนามสัญญาภายหลังได้เริ่มดำเนินการแล้ว อีกปัญหาสำคัญคือรายงานที่เลยกำหนดส่งยังมีจำนวนมาก (๑๑๑๖ ฉบับ) ในส่วนงบเดินทาง ปัญหาตั้งแต่การได้รับอนุมัติค่าเดินทางภายในเวลาไม่กี่วันก่อนเดินทาง, การส่งรายงานล่าช้าหรือไม่ส่ง, การได้เงินเบิกคืนล่าช้า และการจ่ายเบี้ยเหมาจ่ายรายวันเกินอัตราในระเบียบ ในส่วนของการจัดการความเสี่ยงไม่พบปัญหาใหญ่หลวง นอกจากข้อจำกัดของโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่กำหนดหัวข้อความเสี่ยงไม่ครอบคลุม ส่งผลให้การระบุความเสี่ยงไม่ถูกต้อง ทั้งนี้ ผู้ตรวจสอบได้รายงานสัดส่วนการดำเนินการแก้ไขโดยองค์การอนามัยโลกตามข้อเสนอแนะตั้งแต่ ๓ ปีที่ผ่านมา ไม่พบมีข้อเสนอแนะใดที่ไม่ได้รับการดำเนินการ โดยมีข้อเสนอแนะ ๑๓ ใน ๒๓ ข้อ (ร้อยละ ๕๗) ได้รับการดำเนินการเรียบร้อยแล้ว และ ๑๐ ข้อ (ร้อยละ ๔๓) อยู่ระหว่างดำเนินการ

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

หลายประเทศแสดงความห่วงกังวลเรื่องการใช้เงินผิดระเบียบ และความล่าช้าของการแก้ปัญหาตามข้อเสนอแนะของผู้ตรวจสอบภายนอก สหราชอาณาจักรชี้แจงเพิ่มเติมว่าข้อมูลในรายงานของผู้ตรวจสอบภายนอก รวมถึงรายงานของผู้ตรวจสอบภายในที่จะกล่าวถึงในวาระต่อไป สะท้อนถึงปัญหาของระบบการควบคุมคุณภาพภายในองค์การอนามัยโลกที่ต้องปรับปรุงครั้งใหญ่ สหราชอาณาจักรมีข้อเสนอว่าด้วยปริมาณข้อเสนอแนะจำนวนมากจากผู้ตรวจสอบนี้ หน่วยบริหารควรจัดลำดับความสำคัญของข้อเสนอแนะที่จะให้ความสนใจเป็นลำดับต้น โดยใช้ WHO Implementation Dashboard ช่วยติดตามความคืบหน้าของการดำเนินการ และท้ายสุดหน่วยบริหารควรกลับมาทบทวนการแก้ปัญหาตามข้อเสนอแนะที่ทำสำเร็จแล้วด้วยว่าช่วยแก้ปัญหาได้แท้จริงหรือไม่

### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยชื่นชมประสิทธิภาพการทำงานของคณะผู้ตรวจสอบภายนอก เชื่อว่าการแก้ปัญหาตามคำแนะนำของผู้ตรวจสอบในบริบทที่เหมาะสมน่าจะช่วยให้องค์การอนามัยโลกเป็นระบบระเบียบ ประสานงานระหว่าง



ระดับได้ราบรื่น และมีความยืดหยุ่นสูงต่อวิกฤติการณ์ที่อยู่นอกเหนือการควบคุมขององค์การอนามัยโลก แต่มีข้อห่วงกังวลเกี่ยวกับความหละหลวมในการบริหารจัดการแผนงานที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลกที่ได้รับการสุ่มตรวจในการตรวจสอบรอบนี้ และปริมาณรายงานที่เลยกำหนดส่งที่ยังมีจำนวนมาก จึงขอให้ฝ่ายเลขานุการหากกลไกป้องกันที่เป็นระบบและครอบคลุม นอกจากนี้ประเทศไทยมีข้อสังเกตว่าข้อเสนอแนะจากผู้ตรวจสอบในปีที่ผ่านมาดำเนินการไม่คืบหน้าเท่าที่ควร จึงขอให้หน่วยบริหารเร่งรัดการดำเนินการส่วนนี้ให้ลุล่วง

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ฝ่ายบริหารรับทราบข้อห่วงกังวล เห็นด้วยกับการจัดลำดับความสำคัญของข้อเสนอแนะที่จะดำเนินการ โดยได้เริ่มมาตรการนี้แล้ว เห็นด้วยเกี่ยวกับการประเมินผลลัพธ์ภายหลังการดำเนินการว่าช่วยปรับปรุงองค์กรได้มากน้อยเพียงไร และยอมรับเกี่ยวกับปัญหาการบริหารจัดการแผนงานที่องค์การอนามัยโลกให้การสนับสนุนประเทศต่างๆ ในส่วนของการส่งรายงานนั้น ปัจจัยความล่าช้าไม่ได้ขึ้นอยู่กับองค์การอนามัยโลกอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับความร่วมมือของประเทศรับทุนในการติดตามด้วย

### ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

การทำงานในระดับประเทศ (สำนักสาธารณสุขระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข)

สำนักสาธารณสุขระหว่างประเทศคือตัวเชื่อมประสานสำคัญระหว่างองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทยและหน่วยงานในประเทศไทย ในการกำกับติดตามการบริหารจัดการแผนงานให้เป็นไปตามกำหนดและมีคุณภาพ

การทำงานในระดับนานาชาติ

การดำรงตนเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ประเทศอื่นในการทำงานร่วมกับองค์การอนามัยโลก สำนักงานประจำภูมิภาคและสำนักงานประจำประเทศ

#### Intervention on agenda 21.1 Report of the External Auditor

Read by Dr. Kanitsorn Sumriddetchkajorn (27/May/2016)

Thank you Chair,

Thailand commends the dedicated work of the External Auditor and the entire team. We believe that these recommendations in the Report, if implemented where appropriate across the three levels of the Organization, will help make the Organization more organized, coordinated, and resilient to circumstances beyond the control of the WHO.

Thailand is especially concerned with many instances of deficient DFC management in the audited regions as well as a still large number of overdue reports, and requests the Secretariat to rectify these problems in a comprehensive and systemic manner.

Thailand shares the concern of the delegate of the USA with regards to the many prior recommendations that are still in various stages of implementation, and urges the WHO Management to speed up those ongoing implementations to a close.

Thank you.

## Agenda 21.2 Report of the Internal Auditor

### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นายรังสรรค์ มั่นคง สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
๒. นายแพทย์คณิตสรณ์ สัมฤทธิ์เดชขจร สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

### สาระสำคัญของวาระ

รายงานการตรวจสอบภายใน (Internal Audit Report) ประจำปีจัดทำโดย Office of Internal Oversight Services ขององค์การอนามัยโลก เพื่อ รายงานต่อเลขาธิการใหญ่ เพื่อพิจารณานำไปพัฒนาการดำเนินการ และต่อสมัชชาอนามัยโลกเพื่อรับรอง โดยครอบคลุมการตรวจสอบในประเด็นต่อไปนี้

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

ทั้งนี้ ทาง IOS จะจัดทำข้อเสนอแนะ (recommendations) ต่อส่วนงานต่างๆขององค์การอนามัยโลกที่พบ ประเด็นการตรวจสอบ และจะติดตามความก้าวหน้าการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะ

ผลจากรายงานพบว่า ประสิทธิภาพของการควบคุมภายในดีขึ้นในภาพรวมเทียบกับปีที่ผ่านมา แต่ในบางระบบงานมีผลแย้ง โดยในระดับองค์กรส่วนกลาง ด้านที่มีผลแย้งคือ ได้แก่ ด้านข้อตกลงการบริการพิเศษ (Special Services Agreement), ระบบการจัดการและไอที ตลอดจน ระบบรักษาความปลอดภัย ส่วนในระดับสำนักงานระดับประเทศ ได้แก่ ระบบจัดซื้อจัดจ้างของสินค้าและบริการ และ ความร่วมมือด้านการเงินกับประเทศสมาชิก ผลการประเมินการควบคุมภายในมีแนวโน้มที่ไม่สอดคล้องเมื่อเปรียบเทียบกับระดับโลก/ภูมิภาค (มีผลที่น่าพึงพอใจที่ 50% ลดลงจาก 60% ของปีก่อน) กับระดับประเทศ (มีผลที่น่าพึงพอใจที่ 75% เพิ่มขึ้นจาก 70% ของปีก่อน) นอกจากนี้ จำนวนข้อกล่าวหาความผิดเจ้าหน้าที่ WHO มี ๘๓ กรณี เพิ่มขึ้น 66% จากปีก่อน ในประเด็นตั้งแต่ เรื่องการจัดการการเดินทาง เรื่องการคุกคามทางเพศ การทุจริต และคอร์รัปชัน

ด้านการดำเนินการตามข้อคำแนะนำของทีมตรวจสอบมีแนวโน้มดีขึ้น โดยในหลายภูมิภาค กรณีที่คงค้างการดำเนินการลดลงอย่างมีนัยยะสำคัญ อาทิ ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ภูมิภาคยุโรป ภูมิภาคอเมริกา เป็นต้น

ทางองค์การอนามัยโลกเน้นย้ำว่า ผู้บริหารระดับสูงให้ความสำคัญและมุ่งมั่นกับการทำตามผลการตรวจสอบภายใน และการปฏิบัติตามกฎระเบียบขององค์กรของเจ้าหน้าที่อย่างเคร่งครัด ได้มีการปรับปรุงระบบต่างๆที่ตอบสนองต่อข้อเสนอแนะการตรวจสอบ อาทิ การจัดลำดับความสำคัญของการตรวจสอบ การพยายามเร่งรัดการปิดกรณีที่ยังค้างอยู่ที่มีประสิทธิภาพ การเพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ เป็นต้น

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

มีประเทศร่วมอภิปรายจำนวน ๗ ประเทศ ได้แก่ ไทย จีน อังกฤษ ออสเตรเลีย สหรัฐอเมริกา เยอรมนี ออสเตรเลีย โดยทุกประเทศรับรองรายงาน แต่ต่างมีข้อกังวลที่ได้แก่ ประเทศอังกฤษขอให้ทางเลขาธิการ จัดทำ Risk Appetite ตามระบบงาน ประเทศออสเตรเลีย กังวลเรื่องข้อกล่าวหาความผิดที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น และการจัดการตามผลการตรวจที่ค้างคั่ง ประเทศจีนกังวลเรื่องผลการตรวจสอบระดับประเทศที่แตกต่างหลากหลาย ไม่เป็นแนวโน้มดีขึ้นอย่างชัดเจน ประเทศเยอรมันเป็นห่วงเรื่องวัฒนธรรมทั้งองค์กร ที่ต้องการมากกว่ากลุ่ม

ผู้นำ ต่อการการรับผิดรับชอบและปฏิบัติตามกฎระเบียบเคร่งครัดยิ่ง ซึ่งอาจต้องใช้เวลาในการสร้างนาน และการตรวจสอบแบบลงพื้นที่ยังมีไม่พอเพียงเทียบกับจำนวนออฟฟิสของ WHO ทั่วโลก ที่มีกว่า ๒๐๐ แห่ง และอยากให้มีการเปิดเผยข้อมูลข้อกล่าวหาความผิดสู่สาธารณะ ประเทศฝรั่งเศสกังวลเรื่องประสิทธิภาพของการควบคุมภายในที่แย่งลง โดยเฉพาะด้านความร่วมมือด้านการเงินกับประเทศสมาชิก (DFC) และผลการตรวจสอบที่ไม่สอดคล้องระหว่างระดับภูมิภาคและระดับประเทศ

### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (แบบ intervention ตอนท้าย)

ประเทศไทยรับรองรายงาน และมีข้อกังวลสี่ประเด็น ดังนี้

๑. เนื่องด้วยพบปัญหาการไม่ปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับระหว่างวิกฤติการโรคอีโบลาระบาดจำนวนมาก จึงมีความกังวล และเสนอให้องค์การอนามัยโลก พัฒนาแนวทางมาตรฐานต่างๆ และกลไกการตัดสินใจที่ชัดเจนขึ้นเพื่อให้สามารถรองรับ วิกฤติการฉุกเฉินในอนาคต
๒. เนื่องด้วยจำนวนข้อกล่าวหาความผิดของเจ้าหน้าที่ WHO เพิ่มขึ้นอย่างมาก (66%) จึงอยากให้ทางองค์การอนามัยโลกเอาใจจริงเอาใจกับ แนวทางความอดทนเป็นศูนย์หากไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบ (zero tolerance with non-compliance) และให้สะท้อนไปในระบบประเมินผลการทำงานของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ
๓. มีข้อกังวลเรื่องประสิทธิภาพของการควบคุมภายในในบางระบบงานที่สำคัญที่มีผลแย่งลง ได้แก่ ด้านข้อตกลงการบริการพิเศษ (Special Services Agreement) ระบบการจัดการและไอที ตลอดจน ระบบรักษาความปลอดภัย ระบบจัดซื้อจัดจ้างของสินค้าและบริการ และ ความร่วมมือด้านการเงินกับประเทศสมาชิก ที่ต้องการการปรับปรุง
๔. ผลการควบคุมภายในมีแนวโน้มที่ไม่สอดคล้องเมื่อเปรียบเทียบกับระดับโลก/ภูมิภาค กับระดับประเทศ ที่ต้องอาศัยการบูรณาการที่มากขึ้นในสามระดับขององค์กรในประเด็นการควบคุมภายใน

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ:

ที่ประชุมมีมติรับรองรายงานการตรวจสอบภายใน

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

#### การทำงานในระดับประเทศ

สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข ติดตามข้อมูลที่เกี่ยวข้องรายงานการตรวจสอบภายใน ขององค์การอนามัยโลก โดยเฉพาะหากมีประเด็นที่เกิดกับ WHO ประจำประเทศไทย หรือ ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

#### การทำงานในระดับนานาชาติ

ประเทศไทย ติดตามและให้ข้อเสนอแนะต่อรายงานการตรวจสอบภายใน ในฐานะสมาชิกคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก

#### Intervention on agenda Agenda 21.2 Report of the Internal Auditor

Read by Mr. Rungsun Munkong (26/05/2016)

Thank you Chair,

Thailand welcomes the Internal Audit Report. We believe that improving risk management process, maintenance of controls, and effective governance are essential for WHO to deliver their works efficiently and effectively. We note the report with some concerns.

First and foremost, the number of compliance issues during the Ebola Crisis reflect that WHO truly needs the effective SOPs and a clear decision making structure to handle the future emergencies.

Secondly, the number of suspected wrongdoings of WHO staff in 2015 is also on the rise, at the alarming rate of 66%, ranging from mis-management of travel arrangements, sexual harassment, to fraud and corruption. This situation undermines the creditability of the Organization. We urge WHO to truly have zero tolerance with non-compliance and prevent future cases by adopting the effective integration of control compliance into the performance management system at all levels.

Third, while we welcome a general increase of control effectiveness in most process areas over the years, we do concern that the control ineffectiveness are not improved in some key areas, especially in “Special Services Agreements”, “Global Management Systems /IT System”, and “Security.” At the country level, the internal control environment in “procurement of goods and services” and “direct financial cooperation” is still weak.

The last concern is on the inconsistent trend of control compliances across organizational levels and also across country offices. Harmonization of the decentralized internal control should be the key to solve this issue.

We hope to see the improvement of internal controls and good governance of the Organization in the year to come.

Thank you Chair.

## Agenda 22.1 Human Resources: annual report

### ผู้รับผิดชอบ / หน่วยงาน

๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันทพันธ์ ชินล้ำประเสริฐ สภามหาวิทยาลัยแห่งประเทศไทยฯ
๒. รองศาสตราจารย์ ดร. สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ สภามหาวิทยาลัย

### สาระสำคัญของวาระ

เป็นรายงานประจำปีเกี่ยวกับทรัพยากรบุคคลขององค์การอนามัยโลก ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญเกี่ยวกับนโยบายต่าง ๆ ด้านการบริหารบุคคลากร ได้แก่ นโยบายการโยกย้ายตำแหน่งตามเขตภูมิศาสตร์ การพิจารณาข้อปฏิบัติในด้านเกี่ยวกับอายุการทำงาน และค่าตอบแทนแก่บุคลากรตามหลักเกณฑ์ขององค์การสหประชาชาติ ตามร่างนโยบายที่ ๗๐/๒๔๔(๒๐๑๕) รายงานดังกล่าวยังได้กล่าวถึงปัญหา และแนวโน้มเกี่ยวกับกำลังคนในองค์การอนามัยโลก ตามที่ได้เคยนำเสนอใน Website ไปแล้วในข้อมูลด้านกำลังคนเมื่อวันที่ ๑ มค. - ๓๑ ธค.

๒๐๑๕

- ผลการดำเนินงานเกี่ยวกับการโยกย้ายบุคลากรตามเขตภูมิศาสตร์รอบแรก ซึ่งได้รายงานผลว่าไม่มีปัญหาอะไร แต่มีการถอดบทเรียนเพื่อเรียนรู้และพัฒนาให้ดีขึ้นในรอบต่อ ๆ ไป ทั้งนี้สมาชิกหลายประเทศก็ชื่นชมการดำเนินงานนี้ และขอให้มีการติดตามผลการดำเนินงาน ตลอดจนจรรยาบรรณการให้นโยบายนี้ได้ถูกนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการเพิ่มสัดส่วนการโยกย้ายของบุคลากรระดับวิชาชีพนานาชาติในสำนักงานใหญ่ของ WHO ไปทำงานยังองค์กรสาขาต่างๆ ทั้งในหน่วยงานที่ปฏิบัติการปกติได้รับค่าตอบแทนและอาจรวมถึงหน่วยงานที่ทำโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนด้วย โดยขอให้ทางผู้บริหารติดตามผลการดำเนินงานและรายงานในเดือนมกราคม ๒๐๑๗ ต่อไป
- ประเด็นเกี่ยวกับนโยบายการพัฒนาความสมดุลงานทางเพศภาวะ และการกระจายตามภูมิภาคอย่างเท่าเทียม ในตำแหน่งงานในระดับต่าง ๆ พบว่าฝ่ายเลขานุการได้มีความพยายามชี้แจงจากข้อมูลว่า สัดส่วนผู้หญิงมีเพิ่มมากขึ้นในรอบ ๕ ปีที่ผ่านมา แต่สัดส่วนบุคลากรหญิงก็ยังไม่มีความสมดุลงานเมื่อเทียบกับสัดส่วนบุคลากรชายในระดับตำแหน่งต่าง ๆ อย่างไรก็ตามตำแหน่งผู้บริหารระดับสูงก็ยังพบว่ามีความโน้มเอียงของผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ที่ประชุมได้ระบุถึงความสำคัญในเรื่องเกณฑ์ของการรับเข้าบรรจุในตำแหน่งงานว่า ควรเป็นเกณฑ์ที่คำนึงถึงความรู้ ความสามารถ สมรรถนะที่จำเป็นต่องาน ความเหมาะสมอื่น ๆ ไม่เพียงแต่คำนึงถึงเพียงความสมดุลงานทางเพศภาวะ และการกระจายอย่างทั่วถึงของแต่ละภูมิภาคเท่านั้น
- ประเด็นเรื่องการนำระบบความเที่ยงธรรมภายในไปดำเนินงานในองค์กร ซึ่งฝ่ายเลขานุการได้รับการชื่นชมในความพยายามที่จะกำหนดวิธีการบริหารจัดการให้การทำงานที่ตามระบบนี้ได้มีประสิทธิภาพ และประหยัดค่าใช้จ่าย

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่น ๆ

ประเทศต่าง ๆ ได้อภิปรายชื่นชมการทำงานของฝ่ายเลขานุการ ในด้านรายละเอียดของร่างรายงานฉบับนี้ รวมทั้งความพยายามในด้านต่าง ๆ เช่น การนำนโยบายด้านการโยกย้ายบุคลากรตามเขตภูมิศาสตร์ ความสมดุลงานในของเพศภาวะของการจ้างงาน ตลอดจนความพยายามให้มีการกระจายในแต่ละภูมิภาคอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ประเทศต่างๆได้ขอให้เลขานุการเร่งติดตามผลการโยกย้ายบุคลากรรอบแรก เพื่อนำผลมาปรับปรุงพัฒนาในรอบต่อ ๆ ไป โดยมีหลายประเทศเน้นย้ำให้องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญของการจ้างงานตามความสมดุลงานทางเพศภาวะ และการกระจายอย่างเท่าเทียมในแต่ละภูมิภาคโดยมีการร้องขอให้ผู้แทนประเทศต่าง ๆ สามารถเข้าถึงข้อมูลว่าปัจจุบันมีกี่ประเทศที่จัดอยู่ในกลุ่มที่มีโอกาสได้เข้าไปทำงานมาก และประเทศใดบ้างที่ยังไม่มีโอกาส

### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ไทยชื่นชมและสนับสนุนกิจกรรมและนโยบายของ WHO ตามที่ระบุไว้ในรายงาน โดยมีความสอดคล้องกับท่าทีของประเทศอื่นๆใน ๓ ประเด็นหลัก คือ ด้านการโยกย้ายกำลังคน ความสมดุลงานทางเพศภาวะ โดยความรู้ความสามารถในการจ้างงานผู้เชี่ยวชาญจากประเทศต่างๆ ในอัตราที่มีความกระจายในแต่ละภูมิภาคอย่างสมดุลงานในโอกาสที่เท่าเทียมกัน

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

วาระที่ ๒๒.๑ รายงานประจำปีเกี่ยวกับการบริหารทรัพยากรบุคคลทางองค์การอนามัยโลก ได้รับการรับรองจากประเทศสมาชิก โดยขอให้มีการรายงานต่อคณะกรรมการบริหารระดับสูงของ WHO (WHO-EB) ตลอดจนในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกเป็นประจำทุกปี เพื่อติดตามผลการดำเนินงาน

## ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

### การทำงานในระดับประเทศ

ควรสนับสนุนส่งเสริมการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในโครงการ Capacity building ในเรื่อง Diplomatic leadership ให้มีความพร้อมในการไปร่วมทำงานในระดับนานาชาติ ใน WHO เนื่องจากปัจจุบันจำนวนบุคลากรระดับวิชาชีพยังมีโอกาสน้อยมากที่จะเข้าไปเป็นบุคลากรในองค์การระหว่างประเทศเพื่อเชื่อมโยงการทำงานในโครงการสำคัญๆ ต่างๆ ต่อไป

### การทำงานในระดับนานาชาติ

ควรมีผู้แทนประเทศ และภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ไปร่วมงานในสำนักงานใหญ่ของ WHO มากขึ้น

#### **Intervention on agenda 22.1 Human Resources: annual report**

Read by Assistant Professor Dr. Nanthaphan Chinlumprasert on May 26, 2016

Thank you Chair,

Thailand would like to commend the Secretariat for the commitment to improve gender balance and geographical representation. We appreciate the rising of women ratio among WHO staff members. We acknowledge that five out of seven elected leaders are women, which is outstanding. We do support WHO in prioritizing on the quality and competency of human resources and further efforts in this matter. However, we have two crucial concerns:

1. The human resource data evidently show the domination of male in every region. The national professional officers and the positions from P4-UG is only about 38 % each. When considering the position in D1-UG, it shows only modest ratio of 25.8%. The report did not have clear message about how to resolve this discrepancy, therefore, we support WHO to continue working in this matter and report the progress to the Executive Board and the Assembly annually. Although the target of overall male/female staff ratio set forth in the program budget 2016-2017 as 55:45 is acceptable, further efforts must be done to increase the target ratio up to 50:50 as soon as possible.

2. The geographical representation is still problematic. Four regions including Africa, South-East Asia, and Eastern Mediterranean are vividly having over represented countries and lack of report regarding unrepresented and underrepresented countries. While Americas, Europe and Western Pacific are still having many unrepresented and underrepresented countries.

Lastly, to affirm the commitment of no discrimination through gender balance and geographical representation, the information in this matter must be made more publicly available and accessible.

Thank you, Chair

## Agenda 22.2 “Report of the International Civil Services Commission.”

### ผู้รับผิดชอบ / หน่วยงาน

๑. นายแพทย์กิจจา เรืองไทย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๒. นางสาวพัชรา อุบลสวัสดิ์ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

### สาระสำคัญของวาระ

การประชุม UNGA ครั้งที่ ๗๐ พิจารณา The 41<sup>st</sup> Annual Report ของ ICSC ตามข้อบังคับที่กำหนดไว้ และได้มีมติที่ A ๗๐/๒๔๔ ซึ่งการตัดสินใจของ UN GA นี้ จะต้องนำมาทบทวน WHO’s Staff Rules ที่ได้รายงานแยกไว้ต่างหากในการประชุม Executive Board ครั้งที่ ๑๓๘ แล้ว

การรายงานนี้ แบ่งออกได้เป็น ๒ ส่วน ดังนี้

#### ๑. Issues taken up by the Commission in 2015

- Mandatory age of separation เพิ่มจาก ๖๒ ปี เป็น ๖๕ ปี สำหรับเจ้าหน้าที่ที่เข้างานก่อนปี ๒๕๕๗ ใช้กับเจ้าหน้าที่ทั้งสอง categories โดยให้ดำเนินการภายในปี ๒๕๕๙
- การเพิ่ม based/floor salary scale 1% ให้กับ Professional and Higher categories มีผลตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๕๘

#### ๒. Review of the common system compensation package สำหรับ Professional and Higher categories

Action by WHA: ขอให้ที่ประชุม note the report ตลอดจนการตัดสินใจของ UNGA ที่เกี่ยวข้องกับการรายงานนี้ ในมติ A ๗๐/๒๔๔

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ไม่มี

### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยเห็นด้วยกับรายงานของ ICSC และสนับสนุนกติกาใหม่สำหรับการเกษียณอายุพนักงานที่เข้างานก่อนปี พ.ศ. ๒๕๕๗ เป็น ๖๕ ปี การปรับ unified base/floor salary scale ตลอดจนการทบทวน common system compensation package สำหรับ professional and higher categories อย่างไรก็ตาม ในการปรับครั้งนี้เป็นการขยายเวลาเกษียณให้กับพนักงานทุกคน งบประมาณที่เพิ่มขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อฐานะทางการเงินของ WHO จึงอยากขอให้ Secretariat ได้มีการประเมิน นอกจากนี้ยังขอให้มีการปรับปรุงกระบวนการในการสรรหาพนักงานใหม่ ที่โปร่งใส สามารถอธิบายได้ และค่าตอบแทนที่เหมาะสมกับงาน

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับทราบรายงาน และ HR Director ได้ชี้แจงว่าทาง WHO จะต้องปรับปรุงกฎระเบียบมารองรับ ทำให้สามารถจะดำเนินการได้ภายใน ๑ มกราคม ๒๕๖๑ ซึ่งช้ากว่าที่ระบุไว้ว่าไม่เกิน ๑ มกราคม ๒๕๖๐

### ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

ในอนาคต ถ้าทางกระทรวงสาธารณสุขจะมีการขยายเวลาเกษียณอายุราชการ ควรพิจารณาถึงศักยภาพของพนักงานประกอบด้วย (ไม่ควรขยายเวลาเกษียณอายุราชการแบบอัตโนมัติ)

**Intervention on agenda 22.2 Report of the International Civil Services Commission**  
by Thai delegation (Dr. Kitjar Ruangthai)

Thank you, Chair.

We recognized an extension of age of separation is being implemented in many countries, including Thailand. We have already extended age of separation from 60 to 65-70 years in the justice sector and will extend to the other sectors in the near future. Thailand welcomes the ICSC report and supports new mandatory retirement age for staff recruited before 2014 at 65 years and also a decision on a unified base/floor salary scale structure.

We request the Secretariat to assess the magnitude of implications of the extension of separation age. In addition apart from this extension, Thailand requests the Secretariat improving HR system to ensure that the process of the recruitment of new staff is transparent, accountable and their salary should be based on performance.

Thank you, Chair.

**Agenda 22.3 Amendment to the Staff Regulations and Staff Rules**

**ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน**

๑. นางสาวพัชรา อุบลสวัสดิ์ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๒. นายแพทย์กิจจา เรืองไทย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

**สาระสำคัญของวาระ**

- วาระนี้เป็นไปตามกฎข้อบังคับของสมัชชาอนามัยโลก ข้อที่ ๑๒.๑ และ ๑๒.๒ เรื่องการปรับปรุง แก้ไข กฎระเบียบ ข้อบังคับ ของเจ้าหน้าที่ ที่กำหนดให้คณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก (Executive Board : EB ) ต้องรายงานผลการประชุมของคณะกรรมการบริหารฯ ต่อสมัชชาอนามัยโลกเป็นประจำทุกปี
- ตามข้อบังคับที่ ๓.๑ เรื่องที่ได้กำหนดในเงื่อนไขสัญญา การขึ้นค่าตอบแทนของผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลก (Director General : DG) รองผู้อำนวยการฯ (Deputy Director General : DDG) ผู้ช่วยผู้อำนวยการฯ (Assistant Director General : ADG) และผู้อำนวยการภูมิภาค (Regional Directors General : RDG) ซึ่งต้องได้รับการพิจารณาโดยสมัชชาอนามัยโลก ตามข้อเสนอของผู้อำนวยการฯ และคำแนะนำของคณะกรรมการบริหารฯ
- ซึ่งจากการประชุมคณะกรรมการบริหารฯ สมัยที่ ๑๓๘ ในเดือนมกราคม ค.ศ. ๒๐๑๖ เอกสารการประชุม ที่ EB ๑๓๘/๕๔ ได้พิจารณาเห็นชอบเหตุผลในการปรับปรุง แก้ไข กฎ ระเบียบ และข้อบังคับ ของเจ้าหน้าที่ มีข้อสรุป ๕ ข้อ คือ



- EB ๑๓๘.R๙ คณะกรรมการบริหารฯ เห็นชอบตามที่ผู้อำนวยการฯ ขอเสนอการขึ้นค่าตอบแทนแก่เจ้าหน้าที่ระดับผู้เชี่ยวชาญและสูงกว่า (Professional and higher categories) โดยให้มีผลตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ค.ศ. ๒๐๑๖
- EB ๑๓๘.R๑๐ คณะกรรมการบริหารฯ เห็นชอบให้นำประเด็นการขึ้นค่าตอบแทนของผู้อำนวยการฯ และ Ungraded post (รองผู้อำนวยการฯ ผู้ช่วยผู้อำนวยการฯ และผู้อำนวยการภูมิภาค) เสนอต่อสมัชชานานาชาติ สมัยที่ ๖๙ โดยให้มีผลตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ค.ศ. ๒๐๑๖
- EB ๑๓๘.R๑๑ คณะกรรมการบริหารฯ เห็นชอบ ตามที่ผู้อำนวยการฯ เสนอ แก้ไข ปรับปรุง กฎระเบียบ ข้อบังคับ ที่เกี่ยวข้องในเรื่องความรับผิดชอบในเรื่องการเงินการคลัง (Financial responsibility; Staff Rule ๑๓๐) การทบทวนการแบ่งกลุ่ม ประเภทของเจ้าหน้าที่และนโยบายการสรรหาบุคลากร (Classification review; Staff Rule ๒๓๐ and Recruitment policies; Staff Rule ๔๑๐.๓) โดยให้มีผลตั้งแต่วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ค.ศ. ๒๐๑๖
- EB ๑๓๘.R๑๒ คณะกรรมการบริหารฯ เห็นชอบ ตามที่ผู้อำนวยการฯ เสนอแก้ไข ปรับปรุง กฎระเบียบ ที่เกี่ยวข้องในเรื่อง พิจารณาข้อพิพาท (Informal resolution; Staff Rules ๑๒๑๕.๑ to ๑๒๑๕.๗) การยืนยันไม่แต่งตั้งและสิ้นสุดการทำงานของเจ้าหน้าที่ด้วยเหตุผลทางด้านสุขภาพ (non-confirmation of appointment and termination of appointment for reasons of health; Staff Rules ๑๒๑๐ to ๑๒๒๐) การทบทวนการบริหาร (Administrative review; Staff Rules ๑๒๒๕.๑ to ๑๒๒๕.๗) คณะกรรมการระดับโลกของศาลอุทธรณ์ (Global Board of Appeal; Staff Rule ๑๒๓๐) ศาลปกครอง (Administrative Tribunal ;Staff Rule ๑๒๔๐) ผลของการอุทธรณ์ในการตัดสินใจในการบริหาร (Effect of appeals on administrative decision; Staff Rule ๑๒๔๕) และความพร้อมใช้กฎระเบียบ (Availability of Rules of Procedure; Staff Rule ๑๒๕๐) ซึ่งเป็นผลกระทบจากนโยบายการปฏิรูปความยุติธรรมภายในองค์กร
- EB๑๓๘.R๑๓ คณะกรรมการฯ นำประเด็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการระงับข้อพิพาท ด้วยการขอแก้ไขข้อบังคับ หัวข้อที่ ๑๑ (the title of Article XI of staff regulations) จากคำว่า การอุทธรณ์ เป็นการระงับข้อพิพาท (“Appeals” to “Dispute resolution”) และคณะกรรมการบริหารฯ ได้แนะนำว่า ควรแก้ไข ข้อบังคับที่ ๑๑.๒ ด้วย คือ เสนอให้ศาลปกครองขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ (the Administrative Tribunal of the International Labour Organization: ILO) เป็นผู้พิจารณาข้อพิพาทแทนศาลปกครองขององค์การสหประชาชาติ (United Nation Administrative Tribunal) ซึ่งจะเป็นการช่วยเหลือที่เหมาะสมสำหรับเจ้าหน้าที่ ไม่ใช่การแก้ปัญหาข้อพิพาทภายใน
- โดยคณะกรรมการบริหารฯ เสนอให้ที่ประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลก สมัยที่ ๖๙ พิจารณาเห็นชอบตามข้อเสนอของคณะกรรมการบริหารฯ เพียง ๒ ข้อเสนอ คือ E๑๓๘.R๑๐ และ EB๑๓๘.R๑๓.

#### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ไม่มี

#### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

- ประเทศไทยสนับสนุน EB ๑๓๘.R๑๐ โดยเน้นย้ำในเรื่องของประสิทธิภาพของการปฏิบัติงาน การขึ้นค่าตอบแทนควรพิจารณาจากการประเมินผลการปฏิบัติงานและความสำเร็จขององค์กร

- ประเทศไทยเห็นพ้องต่อการแก้ไขข้อบังคับ หัวข้อที่ ๑๑ จากคำว่า การอุทธรณ์ เป็น การระงับข้อพิพาท ด้วยเหตุผลที่ว่าจัดการในช่วงต้นจะสามารถลดการเกิดข้อพิพาทหรือเป็นการป้องกันนอกจากนี้ยังสนับสนุนข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการระงับข้อพิพาทของเจ้าหน้าที่ โดยให้ศาลปกครองขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ เป็นผู้พิจารณา มากกว่าการแก้ปัญหาข้อพิพาทภายใน

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับทราบรายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารฯ สมัยที่ ๑๓๘ และอนุมัติ ๒ ข้อเสนอ คือ E138.R10 และ EB138.R13.

#### Intervention on agenda 22.3 Amendment to the Staff Regulations and Staff Rules

Read by Patchara Ubolsawadi (26/May/2016)

Thank you Chairman.

Thailand thanks Secretariat for the Report.

We have no difficulty to support EB 138.R 10 and would like to express a concern on the performance of staff in upgraded post. Their remuneration should be based on result based performance appraisal and their contributions to the achievement of the Organization.

We concur with the proposed amendment to the title of Article XI from “Appeals” to “Dispute Resolution”. We believe that early management can help reduce dispute or even prevent it. We also support the recommendation concerning dispute resolution to recourse staff members to the Administrative Tribunal of the ILO, rather than resolving dispute internally.

For these reasons, Thailand supports Resolution EB 138. R10 and EB 138.R13.

Thank you Chairman.

#### Agenda 22.4 Appointment of Representatives to the WHO Staff Pension Committee

##### ผู้รายงาน

๑. ศาสตราจารย์แพทย์หญิงวนิดา ชื่นกองแก้ว
๒. นางสาวพัชรา อุบลสวัสดิ์ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

##### ความเป็นมาและสาระสำคัญของวาระ

เพื่อให้เป็นไปตามมติการประชุมสมัชชาอนามัยโลกที่ ๒.๔๙ ได้มีการบัญญัติข้อบังคับของกองทุนผู้เกษียณอายุราชการขององค์การสหประชาชาติ เรื่องการแต่งตั้งผู้แทนคณะกรรมการพิจารณำาหนี้จของผู้เกษียณอายุ

ราชการขององค์การอนามัยโลก 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 จะมีการแต่งตั้งกรรมการส่วนที่ได้รับการรับรองจากสมัชชาขององค์การอนามัยโลกใหม่ ทั้งนี้โดยหลักการแล้วกรรมการที่ได้รับการแต่งตั้งนี้จะต้องเป็นผู้แทนของสมาชิกจากทั้ง ๖ ภูมิภาค
- สำหรับการประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลกสมัยที่ ๖๙ นี้มีสมาชิกจำนวน ๓ คน ที่จะหมดวาระการปฏิบัติหน้าที่และมีผู้ที่ได้รับการเสนอชื่อเพื่อขอการรับรองมติจากสมัชชาขององค์การอนามัยโลกครั้งที่ ๖๙

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

มีเพียงประเทศไทยที่แสดงท่าทีต่อข้อเสนอ

### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยรับรองข้อเสนอ

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

สมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๖๙ รับรอง A69/55

### บทเรียนที่ได้จากการเข้าร่วมประชุม

ได้เรียนรู้องค์ประกอบ และ ขบวนการแต่งตั้งผู้แทนคณะกรรมการพิจารณาบำเหน็จของผู้เกษียณอายุราชการขององค์การอนามัยโลก

ได้เรียนรู้กำหนดอายุและการพิจารณาบำเหน็จของผู้เกษียณอายุราชการขององค์การอนามัยโลก

#### Intervention on Agenda 22.4 Appointment of Representatives to the WHO Staff Pension Committee A69/55

Honorable Chair,

Thai delegation welcomes the comprehensive report on Appointment of Representatives to the WHO Staff Pension Committee by the secretariat.

Thai delegation fully supports the Assembly to appoint Dr Palitha Gunarathna Mahipala of the delegation of Sri Lanka to be a member of the WHO Staff Pension Committee for a three-year term until May 2019.

And to appoint Dr Naoko Yamamoto of the delegation of Japan and Dr Gerardo Lubin Burgos Bernal of the delegation of Colombia to be alternate members of the WHO Staff Pension Committee for a three-year term until May 2019.

Thank you, Chair.

## Agenda 23.1 Real Estate: Update on the Geneva Buildings Renovation Strategy

### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นายรังสรรค์ มั่นคง สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
๒. นางสาวธนาภา ล้อทอง สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

### สาระสำคัญของวาระ

วาระนี้ เป็นการเสนอรายงานว่าด้วยแผนยุทธศาสตร์(ฉบับปรับปรุง) เรื่องโครงการซ่อมแซมอาคารองค์การอนามัยโลกที่กรุงเจนีวา ซึ่งต่อเนืองมาจากแผนยุทธศาสตร์การซ่อมแซมอาคารฯ ในปี ๒๕๕๖ โดยมีการเพิ่มเติมรายละเอียดผลจากการศึกษาเบื้องต้นจากบริษัทสถาปนิก Berrel Berrel Kräutler AG ที่ได้รับการคัดเลือกระหว่างปี ๒๕๕๗-๒๕๕๘

ทั้งนี้โครงการซ่อมแซมอาคารจะทำการครอบคลุม ใช้งบประมาณไม่เกิน ๒๕๐ ล้านสวิสฟรังก์ ประกอบด้วยการสร้างอาคารใหม่ ๑ หลัง ใช้งบประมาณไม่เกิน ๑๔๐ ล้านสวิสฟรังก์ การซ่อมแซมอาคารหลัก ใช้งบประมาณ ๑๑๐ ล้านสวิสฟรังก์ การทุบทำลายอาคารเสริมจำนวน ๓ หลัง และการขายอาคารเสริมจำนวน ๓ หลัง ทำให้ในภายในปี ๒๕๖๘ ที่โครงการซ่อมแซมเสร็จสิ้น องค์การอนามัยโลกจะมีอาคารใช้งาน ๓ หลัง (จากเดิม ๑๐ หลัง) ประโยชน์สำคัญของโครงการ ได้แก่

๑. เกิดการปรับปรุงอาคารหลักที่สึกหรอ การก่อสร้างอาคารหลักหลังใหม่ ทำให้พื้นที่การใช้งานมีเพียงพอ มีประสิทธิภาพ และยืดหยุ่นต่อความต้องการการใช้งานขององค์กรในระยะต่อไป
๒. ประหยัดค่าใช้จ่ายโดยรวมจากการซ่อมแซมอาคารแบบครอบคลุม เปรียบเทียบกับการซ่อมแซมแบบทยอยทำไป จำนวน ๘๙.๑ ล้านสวิสฟรังก์
๓. ประหยัดค่าใช้จ่ายของการดูแลรักษาอาคาร อาทิ ค่าไฟฟ้า ค่าการทำความร้อน ค่าน้ำ เป็นต้น หลังปี ๒๕๖๘ ปีละหลายล้านสวิสฟรังก์
๔. ลดการปล่อยแก๊ส CO<sub>2</sub> กว่า ๘๐%
 

การจัดทำโครงการนี้ คาดว่าจะใช้เงินกู้ยืมระยะยาว (๕๐ ปี) ไร้ดอกเบี้ย จากรัฐบาลสวิส จำนวน ๑๔๐ ล้านสวิสฟรังก์ และส่วนที่เหลือจากกองทุนอสังหาริมทรัพย์ขององค์การอนามัยโลก

โดยทางองค์การอนามัยโลกเสนอต่อสมัชชาอนามัยโลกให้ตัดสินใจรับรอง ข้อเสนอ ดังต่อไปนี้

  - (๑) ขึ้นชมรัฐบาลสวิส และ มลรัฐเจนีวา สำหรับความตั้งใจในการสนับสนุนโครงการ
  - (๒) รับรองแผนยุทธศาสตร์โครงการซ่อมแซมอาคารฯ ฉบับปรับปรุง
  - (๓) อนุมัติให้เลขาธิการใหญ่ขององค์การอนามัยโลกที่จะดำเนินการตามแผนการซ่อมแซมฯ ใช้งบประมาณรวมไม่เกิน กรอบ ๒๕๐ ล้านสวิสฟรังก์ โดยหากต้องมีการใช้งบประมาณเกิน ๑๐% ของกรอบ ต้องเสนอเพื่อขออนุมัติต่อสมัชชาอนามัยโลก
  - (๔) อนุมัติให้เลขาธิการใหญ่ขององค์การอนามัยโลก ยอมรับเงินกู้ยืมระยะยาว (๕๐-ปี) ไร้ดอกเบี้ย จากรัฐบาลสวิส จำนวน ๑๔๐ ล้านสวิสฟรังก์ ซึ่งต้องได้รับการอนุมัติจากรัฐบาลสวิสภายในเดือนธันวาคม ๒๕๕๙
  - (๕) อนุมัติให้ใช้งบประมาณจากกองทุนอสังหาริมทรัพย์ขององค์การอนามัยโลก เพื่อใช้ซ่อมแซมอาคารหลัก และจ่ายคืนเงินกู้ นับจากปีแรกที่มีการซ่อมแซมเสร็จสิ้น และขอให้ผู้อำนวยการใหญ่ขององค์การอนามัยโลก:
    - (a) จัดสรรงบประมาณ ๒๕ ล้านเหรียญสหรัฐต่อปีเข้าสู่กองทุนอสังหาริมทรัพย์ขององค์การอนามัยโลก
    - (b) รายงานความก้าวหน้าการก่อสร้างและงบประมาณต่อคณะกรรมการบริหารและสมัชชาอนามัยโลกทุกสองปี

### บทบาทและท่าทีของประเทศต่างๆ

ประเทศที่ร่วมอภิปราย อาทิ ประเทศจีน สหรัฐอเมริกา เห็นชอบกับแผนยุทธศาสตร์โครงการซ่อมแซมอาคารฯ ที่มีความชัดเจนของงบประมาณในการดำเนินการ ตลอดจนประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นต่อองค์กร และแสดงความชื่นชมต่อรัฐบาลสวิสสำหรับข้อเสนอเงินกู้ยืมระยะยาว (๕๐ ปี) ไร้ออกบี้ย ที่จะทำให้การก่อสร้างอาคารใหม่ทำได้จริง

### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (แบบ intervention ตอนท้าย)

ประเทศไทยรับรองรายงาน และมีข้อกังวลสามประเด็น ดังนี้

๑. ประเทศสมาชิกควรได้รับรู้ถึงความเสี่ยงด้านต่างๆ ของโครงการ ดังนั้นจึงเรียกร้องให้ผู้อำนวยความสะดวกการอนามัยโลก ได้จัดทำการศึกษาประเมินความเสี่ยงของโครงการที่มีความครอบคลุม และ นำเสนอการจัดการความเสี่ยงของโครงการ ในทุกการรายงานความก้าวหน้าของโครงการในอนาคต
๒. ประเทศไทยยินดีที่มีการจัดตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาจากประเทศสมาชิก (Member States Advisory Committee) ที่จะช่วยกำกับดูแลโครงการ เราจึงขอให้ทางองค์การอนามัยโลกให้ความชัดเจนเกี่ยวกับกลไกนี้ ว่ามีองค์ประกอบ บทบาทหน้าที่และจะทำงานเชื่อมโยงกับกลไกกำกับดูแลอื่นๆ ในโครงการนี้ อย่างไร
๓. ขอให้ทางองค์การอนามัยโลกให้ความกระจ่างเรื่องสิทธิการเจ้าของอาคารขององค์การ บนที่ดินของทางมลรัฐเจนีวา โดยเฉพาะหลังปี ค.ศ. ๒๐๖๕ เนื่องจากมีข้อสังเกตว่าสิทธิดังกล่าวอาจหมดลงในปี ค.ศ. ๒๐๖๕ ซึ่งเป็นระยะเวลาหลังการซ่อมแซมเพียง ๔๐ ปี (เพราะการต่อสัญญาสิทธินั้นไม่สามารถทำขึ้นได้ก่อนการหมดอายุสัญญา) ซึ่งทำให้ทางมลรัฐอาจยึดอาคารไปได้ ด้วยการจ่ายค่าชดเชยจำนวนหนึ่งในเวลาดังกล่าว

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ:

ที่ประชุมมีมติรับรองรายงานการตรวจสอบภายใน

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

#### การทำงานในระดับประเทศ

สำนักงานสาธารณสุขระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข ติดตามรายงานความก้าวหน้าของการซ่อมแซมอาคารฯ ว่าเป็นไปตามแผน และติดตามว่ารายงานประเมินความเสี่ยงของโครงการ มีความครอบคลุม และมีการจัดการความเสี่ยงที่เหมาะสม

#### การทำงานในระดับนานาชาติ

ประเทศไทยในฐานะสมาชิกคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก ติดตามความก้าวหน้าและให้ข้อเสนอแนะต่อรายงานการตรวจสอบภายใน

#### Intervention on agenda Agenda 23.1 Real Estate: Update on the Geneva Buildings Renovation Strategy

Read by Mr. Rungsun Munkong (26/05/2016)

Thank you Chair,

The delegation of Thailand thanks the DG for the Report A69/56.

Having reviewed the Geneva building renovation strategy, we wish to express some observation and make requests to Madame DG as follows:

First, member states should be aware of both benefits and risks associated with the project and should be assured that the risks will be effectively managed. Thus, Thailand would like to ask Madam DG to include a comprehensive risk register and risk control implementation in every project report hereafter.

Second, Thailand welcomes the establishment of Member States Advisory Committee to ensure MSs' oversight of the project. We would like to request Madam DG to provide a greater clarity on this advisory body, in terms of its role and composition as well as linkage to other governance bodies of the project.

Third, it appears that the Geneva Canton who is the land owner has the right to claim the land and the buildings as soon as 2065 as another 100-year renewal is not guaranteed up front. This is only 40 years after the renovation completes. Thailand wishes to seek clarification on this point if a building right of WHO Geneva can be continued in the post 2065.

Having considered the draft decision carefully, we have no difficulty to support it.

Thank you Chair.

## Agenda 23.2 Process for the election of the Director-General of the World Health Organization

### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นายบรรลุ ศุภอักษร สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ
๒. ดร. ทันทแพทย์หญิงวิริศา พานิชเกรียงไกร สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๓. พ.ต.ต. หญิงสุรีย์วัลย์ ไทยประยูร สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ
๔. แพทย์หญิงอรธยา ลีวัฒนาอึ้งยง สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ

### สาระสำคัญของวาระ

- Dr Margaret Chan ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลกคนปัจจุบันจะหมดวาระลงในเดือนมิถุนายน ๒๕๖๐
- กระบวนการในการเลือกตั้งผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลกได้มีการปรับปรุงมาตั้งแต่ปี ๒๕๕๕
- Resolution WHA66.18 ได้มีการรับรอง Code of Conduct สำหรับการเลือกตั้งผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก รวมทั้งกำหนดให้มี Candidate Forum
- Resolution WHA67.2 กำหนดให้มีการเลือกตั้งผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลกโดยใช้ระบบอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งก่อนหน้านี้เป็นการลงคะแนนเสียงแบบลับ และจากข้อมติดังกล่าว DG ขอให้มีการ mock vote ใน EB138 EB139 และWHA69
- ประเทศสมาชิกจะสามารถส่งผู้สมัครเข้ารับการเลือกตั้งได้ถึงวันที่ ๒๒ กันยายน ๒๕๕๙
- Candidates' forum กำหนดจัดสองเดือนก่อนการประชุม EB140 ซึ่ง EB139 จะกำหนดวันของ Candidates' forum โดยในเบื้องต้นกำหนดจัด ๓ วัน

- ที่ประชุม EB140 จะพิจารณาคัดเลือกผู้สมัคร (Nominated candidates) ไม่เกิน ๓ คน โดยใช้ระบบอิเล็กทรอนิกส์ในการลงคะแนน และส่งให้ WHA70 พิจารณาการลงคะแนนเสียง
- หลังจาก EB140 คัดเลือกผู้สมัครได้แล้ว ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลกจะให้การสนับสนุนแก่ผู้ได้รับการคัดเลือกดังกล่าวอย่างเท่าเทียมและโปร่งใสทั้งนี้เพื่อให้ผู้ได้รับการคัดเลือกได้คุ้นเคยกับบรรยากาศของการทำงานในองค์การอนามัยโลก
- เนื่องจากเป็นกระบวนการใหม่ที่จะคัดเลือกให้มี Nominated candidates ๓ คน ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลกเสนอให้ที่ประชุม EB138 พิจารณาให้ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกทั้ง ๓ คนได้กล่าว statement ณ WHA70 คนละ ๓๐ นาที เพื่อให้ประเทศสมาชิกได้รู้จักผู้สมัครก่อนที่จะให้ประเทศสมาชิกจะทำการลงคะแนนเสียง โดยให้ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกทั้งสามคนจับฉลากลำดับการพูด ทั้งนี้ในที่ประชุม EB138 เห็นชอบให้ผู้ได้รับการคัดเลือกกล่าว Statement โดยใช้เวลา ๑๕ นาทีเท่านั้น
- ที่ประชุม EB138 ได้มีข้อตัดสินใจ EB138 (2) ให้ที่ประชุม WHA67 รับรองข้อมติให้ผู้สมัครที่ได้รับการคัดเลือกกล่าว statement ก่อนทำการ vote โดย statement ใช้เวลาไม่เกิน ๑๕ นาที โดยใช้วิธีการจับฉลากลำดับการพูด และจะไม่มีคำถามตอบหลังจากการกล่าว statement เสร็จ

#### **บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ**

ประเทศสมาชิกสนับสนุนให้ผู้สมัครที่ได้รับการคัดเลือกกล่าว statement ก่อนทำการ vote ใช้ระยะเวลาไม่เกิน ๑๕ นาที พร้อมทั้งขอให้มีการจัดให้มี webcasted ในเว็บไซต์ขององค์การอนามัยโลกในระหว่างการกล่าว statement

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

ประเทศไทยสนับสนุนร่างข้อมติดังกล่าวในการให้ผู้สมัครที่ได้รับการคัดเลือกกล่าว statement ก่อนทำการ vote โดย statement ใช้เวลาไม่เกิน ๑๕ นาที โดยใช้วิธีการจับฉลากลำดับการพูด และจะไม่มีคำถามตอบหลังจากการกล่าว statement เสร็จ รวมทั้งสนับสนุนให้มี webcasted ในเว็บไซต์ขององค์การอนามัยโลกในระหว่างการกล่าว statement

#### **สรุปผลลัพธ์ของวาระ**

ประเทศสมาชิกสนับสนุนร่างข้อมติในเอกสาร A69/57 พร้อมทั้งได้มีการขอแก้ไขร่างข้อมติโดยขอให้มีการ webcasted ในเว็บไซต์ขององค์การอนามัยโลกในระหว่างการกล่าว statement

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

##### การทำงานในระดับประเทศ

ขณะนี้ได้มีผู้ที่จะสมัครลงเลือกตั้ง/ผู้แทนประเทศของผู้สมัครเป็นผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลกคนใหม่ ๓ คน ได้แก่ ผู้สมัครจากประเทศปากีสถาน ประเทศฝรั่งเศส และผู้แทนผู้สมัครประเทศเอธิโอเปีย และติดตามความคืบหน้าหากมีผู้สมัครเพิ่มขึ้น รวมทั้งติดตามข้อมูลของผู้สมัครเพื่อประกอบการพิจารณาในการคัดเลือกในโอกาสต่อไป

### การทำงานในระดับนานาชาติ

ประสานงานกับคณะผู้แทนถาวรไทยประจำสำนักงานสหประชาชาติและองค์การระหว่างประเทศอื่นๆ ณ นครเจนีวา เพื่อติดตามความก้าวหน้าหรือท่าทีของประเทศไทยเพื่อประกอบการเลือกตั้งผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลกต่อไป

#### Agenda 23.2 Process for the election of the Director-General of the World Health Organization

Read by Mr. Banlu Supaaksorn (26/May/2016)

Thank you, Chair

Thailand acknowledges the improvements in the process of the election of the Post of WHO Director General, including web forum, candidates' forum, and interviews at the Executive Board.

We appreciate the recent development on allowing nominated candidates to address at the Health Assembly.

This is vital for the Member States to get familiar with those candidates before making their decision to select the best candidate for the World Health Organization.

My delegation has no difficulty to supports the draft resolution of Process for the election of the Director-General of the World Health Organization.

Thank you, Chair

## 24. Collaboration within United Nations system and with other intergovernmental organizations

### ผู้รายงาน

๑. นางสาวนุชชราภรณ์ เลี้ยงรื่นรมย์ มหาวิทยาลัยมหิดล
๒. พ.ต.ต.หญิงสุรีย์วัลย์ ไทยประยูร สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ

### สาระสำคัญของวาระ

สืบเนื่องจากเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (MDGs) และการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ปี ๒๐๑๕ จึงเป็นปีที่มีการระดมทรัพยากรและสร้างความร่วมมือภายในองค์กรสหประชาชาติเพื่อบรรลุเป้าหมาย MDGs ภายในปี ๒๐๑๕ และพัฒนากรอบคิดและการดำเนินงานสำหรับ SDGs ๒๐๓๐

วาระนี้เป็นการรายงานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานขององค์กรสหประชาชาติ และแนวทางการทำงานร่วมกันเพื่อสนับสนุนประเทศสมาชิกให้บรรลุเป้าหมาย MDGs และ SDGs ไม่ว่าจะเป็นการให้ความช่วยเหลือกับประเทศต่างๆ เช่น WHO, World Bank และหน่วยงานต่างๆ ของ UN ร่วมกันพัฒนาเครื่องมือวิเคราะห์ข้อมูล maternal death ในประเทศคายกายสถาน



นอกจากนี้ WHO มีส่วนร่วมใน Quadrennial Comprehensive Policy Review (QPCR) ซึ่งเป็น policy tool หลักอันหนึ่งของ General Assembly ที่ใช้กำหนดแนวทางการทำงานของ UN agencies ในการช่วยเหลือประเทศต่างๆ โดย QPCR resolution (๒๐๑๗-๒๐๒๐) ที่จะรับรองสิ้นปี ๒๐๑๖ มีแนวโน้มจะออกเป็น framework หลักด้านการบูรณาการของ UN ทั้งระบบ ทั้งในการวางแผน ตั้งงบประมาณ และระบบรายงาน เป็นต้น โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยประเทศให้บรรลุเป้าหมาย SDGs ๒๐๓๐

การปฏิรูปของ WHO ก็พยายามทำให้สอดคล้องกับ UN ทั้งระบบ อาทิ การปรับปรุง WHO Program Budget ให้มี flexibility, predictability, และ transparency ในการใช้ทรัพยากรต่างๆ

การสร้างความร่วมมือระหว่าง WHO และหน่วยงานอื่นๆ ของ UN อาทิ การขับเคลื่อนเรื่อง NCDs, การจัดตั้ง Advisory group on disease outbreaks and emergencies

ภายในระบบ UN ก็มีการปรับปรุงพัฒนาให้เกิดความสอดคล้องในการทำงาน เช่น การใช้ระบบจัดการข้อมูลใหม่ของ UNDG การเป็นสมาชิกที่เข้มแข็งของ WHO ใน UN country team ในระดับภูมิภาค WHO มีความร่วมมือกับ regional UNDG teams มายาวนาน ในระดับประเทศ WHO ช่วยเหลือด้านกำลังคนและความเชี่ยวชาญกับ UN country teams

### บทบาทและท่าทีของประเทศต่างๆ ยกเว้นประเทศไทย

ประเทศต่างๆ ชื่นชมแนวคิดการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ ของสหประชาชาติ เพื่อสนับสนุนประเทศต่างๆ โดยเฉพาะให้บรรลุเป้าหมาย SDGs และขอให้ดำเนินการต่อเนื่อง ทั้งนี้ บางประเทศได้ให้ความเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ดังนี้

- มาลาวี (ในนามภูมิภาคแอฟริกา) เน้นย้ำและสนับสนุนประเด็นในรายงานเรื่องการสนับสนุนกิจกรรมต่างๆ ของ WHO และหน่วยงาน UN, QPCR, ECOSOL's dialogue และ recommendations, การบูรณาการกับทุกภาคส่วน รวมถึงภาคประชาสังคมและเอกชน, และการพัฒนาศักยภาพภายใน WHO (internal capacity) เพื่อเป็นสมาชิกที่เข้มแข็งของ UN country team ในทุกภูมิภาค
- สหรัฐอเมริกาชื่นชม WHO ในความร่วมมือกับภาครัฐผลักดันเรื่องความรุนแรงในเด็กและผู้หญิง (violence against women and children) ทำให้เกิดแนวทางการพัฒนายุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการในระดับภูมิภาค
- เกาหลีใต้ ให้ความเห็นเรื่องความล่าช้าของการปฏิรูป WHO ซึ่งจำเป็นต้องเร่งให้การปฏิรูปเป็นไปโดยเร็วยิ่งขึ้น เพื่อให้สามารถดำเนินงานตามเป้าหมาย SDGs ได้
- ออสเตรเลีย ชื่นชมการดำเนินงานของ WHO โดยเฉพาะการสร้างความร่วมมือกับประเทศหมู่เกาะต่างๆ ในการขับเคลื่อนเรื่อง NCDs และพัฒนา Healthy Islands indicators framework

### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยชื่นชมกระบวนการการสร้างความร่วมมือภายในระบบ UN และกับภาคส่วนต่างๆ ซึ่งจำเป็นอย่างมากต่อการผลักดันวาระ SDGs ให้ประสบความสำเร็จ ทั้งนี้ ประเทศไทยให้ข้อสังเกตเรื่องระบบบริหารของแต่ละหน่วยงานของ UN ซึ่งมีความเป็นเอกเทศและมีลักษณะเป็นแนวตั้ง UNSG จึงจำเป็นต้องมีความเป็นผู้นำสูง นอกจากนี้ ในการปฏิรูป WHO ควรปฏิรูปการทำงานให้เอื้อกับกรอบความช่วยเหลือการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UN Development Assistance Framework - UNDAF) สุดท้ายประเทศไทยขอให้ Secretariat จัดทำรายงานความก้าวหน้าเรื่องความร่วมมือฯ ต่อที่ประชุมทุกๆ ๓ ปี

**สรุปผลลัพธ์ของวาระ**

ที่ประชุมองค์การอนามัยโลกครั้งที่ ๖๙ รับทราบรายงาน และ Secretariat จะนำข้อเสนอจากประเทศไทยที่ขอให้มีการรายงานความร่วมมือภายในหน่วยงาน UN และกับภาครัฐเพื่อผลักดันเรื่อง SDGs โดยจะรายงานภายใต้เรื่อง SDGs และรายงานต่อที่ประชุมปีหน้า

**Intervention on agenda 24 Collaboration within the United Nations system and with other intergovernmental organizations**

Read by Nucharapon Liangruenrom

Thank you Chair,

The Thai delegation welcomes the coherent coordination mechanisms within the United Nations system and among other intergovernmental organizations including capacity strengthening to support Member States to implement the Sustainable Development Goals. These agendas are indeed challenging and require actions from all actors at all levels. Thailand strongly supports the “integrated mindset” that United Nations family aims for. However, it is very challenging according to its vertical structure of each organization in the family; strong leadership of the UN Secretary-General is definitely the essence of this movement towards an integrated approach.

We also note that WHO is under a reform process to improve its performance to support Member States to implement the health SDGs. WHO should take this opportunity to adjust its work to better contribute to the UN Development Assistance Framework.

In this respect, Thailand urges the WHO Secretariat to submit a progress report on collaboration within the United Nations system and with other intergovernmental organizations in supporting Member States to implement health SDGs in a triennial cycle to the World Health Assembly.

Thank you Chair

## สรุปผลการประชุม Side Meetings

### 2.1 Side Meeting: Cervical cancer: an NCD we can overcome

ผู้จัด Health Action International, Medicines for Malaria Venture and Oxfam

วันที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๕๙ เวลา ๑๗.๔๕-๑๘.๔๕

#### ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

เภสัชกรหญิงวรัญญา รัตนวิภาพงษ์ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

#### เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message):

การประชุมกล่าวถึงแนวทางในการเพิ่มความครอบคลุมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในทวีปแอฟริกา เนื่องจากปัจจุบัน ผู้หญิงน้อยกว่าร้อยละ ๕ เข้าถึงการคัดกรอง

- องค์การความร่วมมือด้านโรคเอดส์และเอชไอวีแห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) แนะนำโครงการการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในผู้ติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากติดเชื้อเอชไอวีมีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี
- ประเทศ Madagascar ใช้รถตู้เคลื่อนที่เข้าไปคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในชุมชน (a community mobile health van) เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการคัดกรองและแบ่งปันงาน (task shifting) จากบุคลากรสาธารณสุขซึ่งมีจำนวนจำกัด อย่างไรก็ตาม ควรคำนึงถึงเรื่องการประกันคุณภาพของการตรวจคัดกรองโดยบุคลากรที่ไม่ใช่บุคลากรสาธารณสุข
- ความครอบคลุมของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในผู้หญิงอายุ ๓๐-๔๙ ปี (อย่างน้อย ๑ ครั้งในชีวิต) เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดใน global action plan ของปี ๒๐๑๓-๒๐๒๐ สำหรับการป้องกันและควบคุม noncommunicable diseases และในอนาคตอาจมีการกำหนดเรื่อง การฉีดวัคซีนเอชพีวี เป็นหนึ่งในตัวชี้วัด

#### ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

- ในอนาคต การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี HPV DNA จะมาทดแทนการตรวจภายในหามะเร็งปากมดลูก (Pap Smear) ในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น Switzerland และ United Kingdom เป็นต้น
- ประเทศในทวีปแอฟริกายังมีข้อจำกัดเรื่องศักยภาพของห้องปฏิบัติการในการตรวจผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และขาดบุคลากรที่มีความชำนาญเรื่องการตรวจเซลล์วิทยาของปากมดลูก (Cytologist)
- ปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้อัตราความครอบคลุมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่ำ คือ ผู้หญิงไม่ต้องการตรวจคัดกรองเพราะความกลัวว่าสังคมจะตีตราและเลือกปฏิบัติต่อตน
- วัคซีนเอชพีวีสามารถป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้ แต่ยังมีราคาแพง และไม่ครอบคลุมทุกเชื้อที่ก่อให้เกิดมะเร็งปากมดลูก

#### ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

งานวิจัยหรือ pilot project ต่างๆ นิยมมาทำการศึกษาในประเทศที่กำลังพัฒนาแล้ว ซึ่งผู้เข้าร่วมประชุมท่านหนึ่งตั้งข้อสังเกตว่า เทคโนโลยีเหล่านี้มีการแนะนำหรือมีหลักฐานเชิงประจักษ์ในประเทศพัฒนาแล้วหรือไม่ว่ามีประโยชน์จริง

## 2.2 Side Meeting: Ministerial panel on Dementia (Alzheimer's and other related diseases)

ผู้จัด Switzerland, Austria, the Dominican Republic, Ethiopia, Germany, Japan, Republic of Korea, Luxembourg, Malta, the Netherlands, the United Kingdom, the United States, Canada, Monaco, Panama, and Zambia

วันที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๕๙ เวลา ๑๒.๔๕-๑๔.๐๐ น.

### ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. นายแพทย์ปทานนท์ ขวัญสนิท กรมสุขภาพจิต
๒. นายแพทย์ธงชน เพิ่มบถศรี กรมการแพทย์

### เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

ประธาน (WHO's DG) กล่าวถึงความสำคัญของการแก้ปัญหาโดยเน้นการลดการตีตราเพื่อสามารถวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มต้นและนำไปสู่การรักษาโดยเร็ว ผ่านกลยุทธ์ ดังนี้ ๑. เพิ่มความตระหนักรู้ ๒. พัฒนางานวิจัยและพัฒนา (R&D) ๓. ลดภาระต่อสังคม ซึ่งเป้าหมายสูงสุดเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยและผู้ดูแล และเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยที่จะบรรลุ SDG ในอนาคต ที่ประชุมย้ำถึงความสำคัญของการตีตราของผู้ป่วยทำให้เกิดการแยกตัวทางสังคมของผู้ป่วยและญาติมากขึ้น ซึ่งมีแนวทางแก้ไข คือ ๑. ย้ำว่าเป็นโรคความผิดปกติของสมอง ๒. การตั้งครอบครัวและชุมชนให้มีส่วนร่วมและ ๓. การขยายผลการดำเนินงานสู่ระดับที่ใหญ่ขึ้น โดยมีปรัชญาการดำเนินงาน คือ “No health without mental health”

**เยอรมัน** เน้นเรื่องการบำบัดดูแลระยะยาว (long-term care) โดยยึดหลักให้ผู้ป่วยพึ่งพาตัวเองได้มากที่สุด, พัฒนาการศึกษาร่วมแบบพหุสาขา (interdisciplinary) และ การมีหน่วยงาน dementia partners ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากรัฐมนตรีทำให้การขับเคลื่อนงานดีขึ้น ในเยอรมันปัจจุบันได้มีการปรับปรุงแก้ไข Long Term Care Insurance เพื่อให้การบริการผู้สูงอายุสมองเสื่อมทำได้ง่ายขึ้น เช่นการดูแลที่บ้าน รวมถึงการสนับสนุนการวิจัยเรื่องสมองเสื่อมผ่านหลายช่องทาง collaboration เช่น Neurodegenerative Institute, Dementia Partners กับ UK และ ญี่ปุ่น

**ออสเตรเลีย** เน้นทำงานร่วมกันระหว่างระบบบริการสุขภาพและระบบสังคมสงเคราะห์และการทำงานร่วมกันระดับนานาชาติ เน้นที่การดูแลใกล้บ้านและเสริม autonomy รวมถึง concern ถึงปัญหาที่เกี่ยวข้องกับ Feminisation ของ careers ด้วย

**สหรัฐอเมริกา** ใช้กลยุทธ์ลดภาระโรคจาก ๑. วิจัยเรื่องตัวบ่งชี้โรค (biomarker) และตัวบ่งชี้การดำเนินโรค โดยความร่วมมือหลายภาคส่วนทั้งภาครัฐ บริษัทฯ และ NSA ๒. มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในระยะต่างๆ ๓. ยื่นมือช่วยเหลือผู้ดูแลและ ๔. การทำงานร่วมกันกับกลุ่มประเทศ G๗

**ลักเซมเบิร์ก** focus ที่การวินิจฉัยตั้งแต่เริ่มแรก (Early detection) การชะลอการ progress ของโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การสนับสนุน structure หลังจากการวินิจฉัยแล้ว และการเพิ่ม capacity ที่จะจัดการกับปัญหาต่อเนืองได้ การสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีเพื่อการขับเคลื่อนงานโดยให้เป็นประเด็นทางการเมืองของประเทศและภูมิภาคยุโรป (EU) และเสนอให้ WHO ติดตามความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องผ่านทางการประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลกครั้งต่อไป

**เนเธอร์แลนด์** ใช้กลยุทธ์ชื่อ “Delta plan for dementia” โดยการร่วมมือระหว่างหน่วยงานการเงิน (ธนาคาร), ผู้เชี่ยวชาญและนักวิชาการ มีจุดประสงค์เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเพื่อไปสู่ Dementia friendly society

**มอลตา** เป็นประเทศที่เริ่มใช้ Dementia Strategy ในปี ๒๐๑๕ มี pilot projects ในการวิจัยดูแลสมองเสื่อม ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่การวินิจฉัยอย่างเหมาะสมแก่เวลา Post Diagnosis Support, Guideline Support และการมี Dementia Intervention Team ในระดับ community มอลต่ายังเป็นหนึ่งในประเทศที่ใช้ benchmark จากต่างประเทศมาพัฒนาตนเอง มอลต่ายังนำเสนอการลดการตีตราโดยให้ความรู้แก่ผู้ดูแลและเน้นการดูแลผู้ป่วยตามสิทธิมนุษยชน

**สหราชอาณาจักร** หลังจากมีการประชุม G๗ Summit ในปี ๒๐๑๓ รัฐบาลUK ตัดมั่นในการพัฒนาระบบการดูแลและวิจัยสมองเสื่อมให้ดีขึ้นอย่างชัดเจนในปี ๒๐๒๐ มีการสนับสนุน dementia/aged friendly environmentตามบริษัทเอกชน และมีการเฟื่องเงินเพื่อลงทุน การสร้างกองทุนสำหรับ dementia research ในการประชุม EB ครั้งนี้ก็มีคำแนะนำ global plan of dementia ร่วมกันระหว่างสหราชอาณาจักรและสวีตเซอร์แลนด์

**ญี่ปุ่น** เน้นความสำคัญของ dementia ในแง่ burden ว่าไม่เคยมีโรคใดที่ส่งผลกระทบต่อสังคมในวงกว้างได้ขนาดนี้ รวมถึงความสำคัญของ specific R&D และ Intervention ที่จำเพาะต่อภาวะสมองเสื่อม ขับเคลื่อนโดยกลไก ๑. ผลักดันเชิงนโยบาย เพราะในปัจจุบันมีไม่กี่ประเทศเท่านั้นที่แผนระดับชาติว่าด้วยเรื่องสมองเสื่อมและญี่ปุ่นเองก็เป็นหนึ่งในผู้สนับสนุนการผลักดันให้มี Global Action on Dementia ในการประชุม EB และ WHA ในครั้งที่จะมาถึงนี้ ๒. ระบบการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage, UHC) ๓. กระตุ้นความตระหนักรู้

**เกาหลี** มีแผนระดับชาติว่าด้วยเรื่องสมองเสื่อมในปี ๒๐๑๖-๒๐๒๐ มีเป้าหมายสำคัญที่การ early detection และการป้องกันโรค เช่นการออกกำลังกาย ผู้ที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปีในประเทศเกาหลีมีสิทธิในการเข้ารับการตรวจหาสมองเสื่อมฟรี รวมถึงบริการต่างๆหลังการวินิจฉัยด้วย

**เอธิโอเปีย** ประเทศเอธิโอเปียมีมิติในการ approach สมองเสื่อม ๕ มิติ (๑. Country ownership, ๒.Community ownership ๓.Health system of mental health and care ๔.Pernership ๕.Best practice and exchange knowledge) เอธิโอเปียยังกล่าวถึงการมองสมองเสื่อมเป็นโอกาสในการพัฒนาระบบสุขภาพและทำให้เรื่องนี้เป็น national priority

**โตมินิกัน** มีการพัฒนาโมเดลในการฝึกอบรม, การกำจัดสิ่งกีดขวางในสิ่งแวดล้อมและการสร้างความเข้มแข็งของกิจกรรมต่างๆในระดับ community โดยผู้เชี่ยวชาญ

**Slovakia** พูดถึงงานวิจัยที่ทำว่ามีหลายอย่าง รวมถึงการวิจัย vaccine สำหรับสมองเสื่อมซึ่งตอนนี้อยู่ใน phase ๒ และปัญหาในการเข้าถึงยาของผู้ป่วย ในระหว่างที่ยังไม่มียาที่ชัดเจน ควรเน้นที่การป้องกันและการควบคุมปัจจัยร่วม เช่น NCDs

**Monaco** มีกล่าวถึงรูปแบบบริการในประเทศของตนว่ามี ๔ อย่างที่เกี่ยวข้องกับสมองเสื่อม คือ ๑.Gerontology Centre ๒.Day care centre สำหรับผู้ที่พึ่งเป็นสมองเสื่อมระยะแรก ๓.Alzhdeimer's disease Unit และ ๔.Centrer for people with disabilities and ageing problems.

ที่ประชุมแนะนำให้ให้นำ dementia เข้าไปใน Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) และเน้นการให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านแบบองค์รวมและคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

**ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:**

การลดการตีตราทางสังคม

ให้การวินิจฉัยและรักษาตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม  
 พัฒนาการวิจัยเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น  
 พัฒนาระบบการประกันสุขภาพถ้วนหน้า  
 การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเพื่อสร้าง Dementia environmental friendly  
 คุณภาพชีวิตที่ดีโดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

#### ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- ปัจจุบันโลกกำลังมีการตื่นตัวเรื่องสมองเสื่อมและเป็นที่ชัดเจนว่าสมองเสื่อมเป็น public health issue ที่ต้องอาศัยความรู้เฉพาะ การดูแลเฉพาะ แม้จะไปได้กับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุทั่วไป แต่จากการประชุมนี้และหลักฐานทางวิชาการอื่นๆพบว่า ความรู้เฉพาะที่มีหลักฐานยังมีความจำเป็นมากสำหรับการดูแลกลุ่มอาการสมองเสื่อม ขาดงานวิจัยหรือการศึกษาก็ยังเป็นส่วนที่ยังต้องพัฒนาอีกมากเช่นเรื่องการรักษา การวินิจฉัยที่เหมาะสม ฯลฯ โดยหลักการทั้งหมดต้องปรับมาให้ตามบริบทของแต่ละประเทศ
- การนำแนวทางที่ได้รับฟังในการอภิปรายมาปรับใช้ เป็นส่วนสำคัญในการพัฒนาวิชาการด้านสมองเสื่อมซึ่งจะเป็นพื้นฐานสำคัญในระดับนโยบายต่อไป

### 2.3 Side Meeting: The role of Global Health Security Agenda (GHSA) in Supporting Countries' Capacity to Implement International Health Regulations (2005)

ผู้จัด Indonesia, Co-Sponsor: Finland, The United States, The Republic of Korea, Canada, Netherlands, Italy and Chile

วันที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๕๙ เวลา ๑๗.๔๕-๑๙.๑๕

#### ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

แพทย์หญิงมานิตา พรธณวดี สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

#### เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

- Dra. Maura Linda Sitanggang, Ph.D., Indonesia กล่าวภาพรวมของ GHSA โดย
  - การกรอการทำงานมี ๑๑ เรื่อง ได้แก่ AMR, Zoonosis, Biosafety/Biosecurity, Immunization, National laboratory system, Surveillance, Reporting, Workforce development, Emergency Operation Centers, Public health and Law Enforcement and Medical Countermeasures and Personal Development โดยใช้หลัก Prevent Detect Response framework
  - วัตถุประสงค์ประกอบด้วย ๑. ความร่วมมือระหว่างประเทศในการดำเนินงาน ๒. มีการรายงาน ติดตาม และประเมินผล ๓. หาแนวทางในการทำข้อตกลงระหว่างประเทศ
- Dr. Guenael Rodier, WHO กล่าวเรื่องการเพิ่มความสามารถของแต่ละประเทศ โดยมี ๓ เรื่องหลักคือ การพัฒนาบุคลากร การพัฒนาโครงสร้าง และกระบวนการโดยการทำงานเน้นการทำงานระหว่างประเทศ และทำงานแบบพหุภาคี นอกจากนี้มีหนังสือแนวทางการติดตามประเมินผลเรื่อง joint external evaluation (JEE)

- Representative of Tanzania เสนอประสบการณ์จากการทำ external assessment โดยทานซาเนีย สนับสนุนให้แต่ละประเทศทำ JEE เนื่องจากเมื่อทำแล้วมีการพัฒนาความร่วมมือของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในประเทศ เป็นการพัฒนาความสามารถของประเทศ และการประเมินนี้ทำให้ทราบสาเหตุของ ปัญหาต่างๆ ด้วย

#### ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

- เกาหลีเหนือสนับสนุนการทำ JEE เนื่องจากจะได้พบปัญหา (gap) เพื่อทำแผนปฏิบัติการในการแก้ไข ปัญหาต่อไป
- NGO ให้ข้อคิดเห็นในเรื่องการทำงาน GHSA ว่าต้องใช้งบประมาณเป็นปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อน
- เยอรมัน ให้ข้อคิดเห็นในการเตรียมการดำเนินงานนี้ว่าควรเป็นการลงทุนระยะยาวในการพัฒนา ถามเรื่อง การเตรียมความพร้อมในการขับเคลื่อนงาน เช่น การวางแผนงบประมาณ

#### ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- สนับสนุนให้แต่ละประเทศดำเนินงานเรื่อง GHSA โดยมีการกำหนดการดำเนินงาน กำหนดเป้าหมาย และ ประเมินผลในแต่ละช่วงเวลา (๕ ปี)

## 2.4 Side Meeting: Access to Medicine and Trade Agreements

ผู้จัด BRICS (กลุ่มประเทศที่มีการพัฒนาเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว ได้แก่ Brazil, Russia, India, China, South Africa)

วันที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๕๙ เวลา ๑๗.๔๕-๑๙.๑๕ น.

#### ผู้รายงาน

นายแพทย์คณิตสรณ์ สัมฤทธิ์เดชขจร สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

#### เนื้อหาสำคัญในการประชุม

- การเกิดขึ้นของข้อตกลง TRIPS (Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights) อันเป็นการกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำในการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา มีผลต่อการเข้าถึงยาจำเป็นราคาแพงที่ ได้รับการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา แต่กระนั้นข้อตกลงนี้ก็ไม่ได้กำหนดพันธกรณีเข้มงวดให้รัฐภาคีต้อง ปฏิบัติตาม แต่ให้ความยืดหยุ่นในการปฏิบัติตามพันธกรณี เมื่อผนวกรวมกับการระบุงการเข้าถึงยาจำเป็นให้ เป็นหนึ่งในเป้าหมายของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDG) จึงเป็นนิมิตหมายอันดีว่าการเข้าถึงยาจำเป็น มี คุณภาพ แต่ราคาแพงยังมีโอกาสที่จะได้รับการคุ้มครอง
- รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขของแต่ละประเทศกล่าวถึงความจำเป็นที่ ๕ ประเทศต้องผนึกกำลังคิดค้น มาตรการที่จะเพิ่มการเข้าถึงของยา โดยที่ผ่านมามีการใช้มาตรการคล้ายคลึงกัน ดังนี้ มาตรการทบทวน กฎหมายเพื่อให้เอื้อต่อการใช้ยา, การบังคับใช้สิทธิ์ (compulsory licensing), การจัดซื้อกลาง (centralized purchasing), การผลิตยาสามัญภายในประเทศเพื่อให้ได้ยาที่มีราคาถูกลงกว่า (generic competition), การทำ วิจัยและพัฒนาเพื่อเพิ่มศักยภาพในการผลิตและวัคซีนใหม่ๆ ภายในประเทศ ฯลฯ

- ประเด็นควรคำนึงคือ TRIPS มีจุดประสงค์เพื่อให้ความเป็นธรรมแก่ประเทศที่คิดค้นยาเหล่านี้ ซึ่งต่างก็หวังผลกำไรจากการลงทุน เพื่อหล่อเลี้ยงเศรษฐกิจของประเทศ ต่อให้ประเทศที่มีฐานะเศรษฐกิจปานกลางหรือต่ำก็ตาม หากสามารถคิดค้นยาดีที่เป็นนวัตกรรมได้ ประเทศเหล่านี้ก็คงมีความต้องการเช่นเดียวกัน
- อีกประเด็นที่ควรคำนึงคือ Transpacific Partnership (TPP) ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตนี้ จะส่งผลให้การคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญามีความเข้มแข็งและล้าลึกมากขึ้น โดยกำหนดมาตรการที่จะอุดช่องโหว่ของการนำชีวสาร (biological agent) มาผลิตเป็นยาสามัญ ทั้งยังมีมาตรการให้กลุ่มประเทศหุ้นส่วนทางเศรษฐกิจเหล่านี้สามารถคัดค้านการใช้ยาสามัญของประเทศอื่นที่ผลิตยาไม่ได้ อย่างไรก็ตาม แต่แต่ละประเทศก็มีข้อผูกพันตามสัญญาที่จะปกป้องสุขภาพของประชาชนอยู่แล้ว จึงสามารถใช้เหตุผลข้อนี้ในการต่อสู้ได้
- นวัตกรรมทางเศรษฐศาสตร์ที่น่าสนใจ (นอกเหนือจากการต่อรองราคา, การจัดซื้อกลาง) คือ medicine patent pool อันเป็นกระบวนการที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์การสหประชาชาติ ที่มีการนำสิทธิบัตรของยาที่ใช้รักษาโรคเดียวกันมารวมกันเพื่อปรุงเป็นยาสูตรใหม่ และใช้กับการยารักษาการติดเชื้อไวรัส เอชไอวี และไวรัสตับอักเสบบีมาแล้ว

#### ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

ไม่มี เนื่องจากการอภิปรายได้ล่วงเลยกำหนดเวลา

#### ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- การหาหน่ววัตกรรมทางความคิดใหม่ๆ ในการคุ้มครองการเข้าถึงของยา อันเป็นนวัตกรรมที่ควรบรรลุจุดสมดุลระหว่างการแสวงหากำไรเพื่อหล่อเลี้ยงเศรษฐกิจของประเทศผู้ผลิต และการปกป้องประชาชนจากโรคที่รักษาได้ด้วยยาหรือวัคซีน
- การเจรจาทางการค้าทุกครั้ง ควรมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเข้าร่วม ข้อห่วงกังวลคือการที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงพาณิชย์/เศรษฐกิจของบางประเทศ มีความคิดเห็นขัดแย้งกันในการเจรจาเหล่านี้

### 2.5 Side Meeting: Accelerating national progress on tackling child obesity and child under-nutrition in a sustainable way

**ผู้จัด** Delegations of Australia, Bangladesh, Brazil, Canada, Chile, Finland, Kenya, Mexico, the Netherlands, Nigeria, The United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland, the United States of America, Zambia, International Diabetes Federation the Save the Children Fund, WaterAid, World Cancer Research Fund International and World Obesity Federation.

วันที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๕๙

#### ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี กรมอนามัย
๒. นายแพทย์ฐิติกร โตโพธิ์ไทย กรมอนามัย



## เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

Please note: Not in chronological order

- แนวโน้มภาวะโภชนาการเด็กในระดับโลก: ปัจจุบันเราเผชิญปัญหาโภชนาการต่ำ (และภาวะขาดสารอาหาร) และโภชนาการเกิน (และภาวะอ้วน) นับเป็นภารกิจที่ท้าทายที่จะแก้ปัญหาโภชนาการในเด็กให้หมดไป ตามที่ได้กล่าวไว้ใน Rome Declaration on Nutrition from the Second International Conference on Nutrition (ICN2) in 2014, Sustainable Development Goals #2 (SDG2: End hunger, achieve food security and improved nutrition, and promote sustainable agriculture), and UN Decade of Action on Nutrition from 2016-2025. – **Francisco Blanco, WHO**
- เราต้องดำเนินการควบคู่กันไปทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ เด็กทุกคนมีสิทธิที่จะมีสุขภาพดี อยู่อาศัยในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และได้รับโภชนาการที่ดีที่สุด เราต้องมีการเกษตรกรรมที่ยั่งยืน เราต้องมีการศึกษาที่ยั่งยืน ทุกภาคส่วนต้องช่วยกัน รวมถึง NGO ทุกคนมีภารกิจในการแก้ไขปัญหา – **Juha Rehula, Finland’s Minister of Family Affairs and Social Services**
- เด็กทั่วโลกครึ่งหนึ่งมีภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์ อีกครึ่งหนึ่งมีโภชนาการเกิน เราต้องจัดสรรอาหารให้เพียงพอและทั่วถึง (relocate excess food to where is scarce) – **Jamie Oliver, well-known chef and TV personality** – 30-second video clip
- ประเทศนามิเบียแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดำเนินการผ่านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยเฉพาะในการดำเนินงานเกี่ยวกับ BMS marketing control initiative, access to nutrient-rich food นอกจากนี้ ผู้พูดยังเน้นย้ำถึงความสำคัญของ solidarity on food security และควรแสดงออกถึงความรับผิดชอบในการแก้ปัญหา – **Nahas Angula, Namibia’s former Prime Minister**
- รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขประเทศแคนาดาแลกเปลี่ยนข้อมูลสถานการณ์โภชนาการต่ำในทวีปแอฟริกาและเอเชีย โดยเน้นย้ำว่าเราต้องแปลงหลักฐานเชิงประจักษ์ให้เป็นการดำเนินการให้ได้ และเราต้องปกป้องเด็ก ๆ ของเราจากอุตสาหกรรมที่ผลิตอาหารที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ เราต้องแสดงออกถึงความรับผิดชอบต่อปัญหา – **Jane Philpot, Canada’s Minister of Health**

### ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

ประเด็นสำคัญที่มีการแลกเปลี่ยนในที่ประชุม ได้แก่ ความตระหนักในปัญหาโภชนาการต่ำและโภชนาการเกิน และความสำคัญของการดำเนินการ โดยการประสานความร่วมมือจากทุกภาคส่วน

### ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- ประเด็นสำคัญจากการดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้:
  - ๑) ภาวะเด็กอ้วนมีอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้นในหลายประเทศ ยกตัวอย่างเช่นในเครือจักรภพอังกฤษ เด็กอ้วนและน้ำหนักเกินมีจำนวนมากถึงหนึ่งในสามของประชากรเด็กทั้งหมด
  - ๒) ถึงแม้ปัญหาเด็กอ้วนจะเป็นปัญหาที่ทวีความสำคัญในประเทศก็ตาม เรายังพบปัญหาเด็กน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ และเด็กขาดสารอาหาร ในประเทศยากจน รวมถึงหลายประเทศในทวีปแอฟริกา บางประเทศพบทั้งสองปัญหาในประชากรกลุ่มย่อยต่างกลุ่มกัน

๓) ภาคส่วนที่ดูแลด้านสุขภาพไม่สามารถตอบสนองความต้องการนี้ได้โดยลำพัง ทุกภาคส่วนต้องร่วมกันเพื่อแก้ไขปัญหา

- หัวข้อนี้เป็นหัวข้อที่ได้รับความสนใจเป็นอย่างมาก Side meeting ครั้งนี้ใช้ห้อง XXIV อาคาร E ชั้น ๑ ซึ่งมีความจุประมาณ ๒๐๐ คน แต่ปรากฏว่ามีผู้เข้าร่วมอย่างน้อย ๕๐ คน ที่ไม่มีที่นั่งและต้องยืนร่วมกิจกรรม ความสนใจเป็นอย่างมากนี้อาจมาจาก ๒ สาเหตุ: ๑) ห้องที่เลือกสำหรับการจัดกิจกรรมจึงค่อนข้างเล็กเมื่อเทียบกับจำนวนผู้สนใจ และ ๒) ผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้ความสนใจในหนึ่งในผู้บรรยาย คือ Mr. Jamie Oliver ซึ่งเป็น Chef และนักจัดรายการอาหารที่มีชื่อเสียง และมีบทบาทขับเคลื่อนงานด้านการป้องกันปัญหาเด็กอ้วนผ่านกิจกรรมต่าง ๆ มากมาย อย่างไรก็ตาม จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม Side Meeting ที่ล้นหลามเช่นนี้ ทำให้มีข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมของผู้ร่วมกิจกรรมในการแลกเปลี่ยน และซักถาม รวมถึงการเข้าถึงล่ามภาษาทั้ง ๖ ภาษาเป็นทางการที่ WHO จัดให้
- WHO ให้การสนับสนุนในรูปแบบที่น่าสนใจ โดยผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลก Dr. Margaret Chan เข้าร่วมการเสวนาประมาณ ๕ นาที โดยกล่าวถึงความสำคัญของหัวข้อนี้ และขอบคุณ Panelist ที่มาร่วมแชร์ข้อมูลในครั้งนี้ นอกจากนี้ Dr. Margaret ยังเน้นย้ำถึงปัญหาของความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ (Health disparity) ในเรื่องโภชนาการในเด็ก ซึ่งบางประเทศได้รับผลกระทบจากทั้งปัญหาการขาดสารอาหาร และปัญหาโภชนาการเกิน ในประชากรกลุ่มย่อยสองกลุ่มในประเทศเดียว
- โปรแกรมการแลกเปลี่ยนของ Panelist ค่อนข้างแน่น แม้ว่าผู้ดำเนินการอภิปราย Professor Corinna Hawkes จะทำหน้าที่ได้อย่างดีเยี่ยมโดยเปิดโอกาสให้ Panelist พูดในประเด็นที่เตรียมมาภายในเวลาที่กำหนดก็ตาม กิจกรรมนี้มี Panelist ทั้งหมด ๒๐ ท่าน (รวมผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลก Dr. Margaret Chan) ส่งผลให้กิจกรรมนี้เลยเวลาไปประมาณ ๑๐ นาที

## 2.6 Technical Briefings: Health in the 2030 Agenda for Sustainable Development: intersectoral action.

ผู้จัด องค์การอนามัยโลก

วันที่ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๕๙ / เวลา ๑๒.๓๐-๑๔.๑๕ น.

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

นายแพทย์กิจจา เรืองไทย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

### เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

- Marie-Paule Kieny – Overview the current situation ว่า SDGs มีเรื่องสุขภาพอยู่ใน Goal ๓ ประกอบด้วย ๑๓ targets และ ๒๖ indicators ที่เชื่อมโยงกับ Goal อื่นๆ ใน SDGs แต่จำเป็นต้องมีการทบทวนในการจัดลำดับความสำคัญด้าน Health ใหม่ให้ความสำคัญกับ UHC, Intersectoral action, Equity, Financial shift และ monitoring framework
- HE Ms. Li Bin – การดำเนินการในประเทศจีนเพื่อบรรลุเป้าหมายตั้งแต่ MDGs และต่อเนื่องมา SDGs โดยเน้นประชากรในพื้นที่ที่ยากจน การร่วมระหว่างภาคส่วนต่างๆ ของรัฐ และ Public Private Partnership ในการปฏิรูปการด้านสุขภาพให้ตลอด Life course และเชิญชวนให้ไปร่วมประชุม ๙<sup>th</sup> Global Conference on Health Promotion ที่เซี่ยงไฮ้ ระหว่างวันที่ ๒๑-๒๔ พ.ย. ๒๕๕๙ ในตอนท้าย

- HE Ms. Gisela Alarcon – กล่าวถึงประสบการณ์ของชิลีว่าปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ คือ Strong Leadership และความมุ่งมั่นของผู้บริหารประเทศ โดยมีการบูรณาการระบบต่างๆ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ มีการสนับสนุนจากภาคประชาสังคมที่เป็นบทบาทของ Active Citizenship
- Ms. Sunita Narain – จากอินเดีย ต้องมีการปรับการดำเนินงานด้านสุขภาพจากการควบคุมโรคมาเป็นการร่วมมือของภาคส่วนต่างๆ ในการแก้ปัญหา Air Pollution จากการหุงต้มและการจราจร ที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย ต้องมีระบบข้อมูลที่ดี ในการแจ้งเตือนประชาชนได้ทันเวลา จะช่วยลด morbidity และ mortality จาก Air Pollution ได้
- HE Mr. Piyasakol Sakolsatayadorn – เน้นความจำเป็นของการร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ ในการขับเคลื่อน (สามเหลี่ยมเขี่ยอนุภูเขา) Political Commitment การสร้างความไว้วางใจกัน ความสมดุลระหว่าง Soft power กับการบังคับใช้กฎหมาย อย่าสักแต่พูดแต่ต้องลงมือปฏิบัติอย่างจริงจัง
- DG: Dr. Margaret Chan – ได้เข้ามาระหว่างการอภิปราย โดยเน้นอยู่ ๓ ประเด็นที่จะทำให้บรรลุเป้าหมาย SDGs Goal ๓ คือ Innovation, Policies adherence และ Commission in Adolescence

#### ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

- ในการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมาย SDGs ต้องใช้เวลาและทรัพยากรมาก จะได้รับสนับสนุนมาจากไหน โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนา
- ทำอย่างไรที่จะให้ภาคส่วนต่างๆ เห็นความสำคัญของความเชื่อมโยงระหว่าง Health กับการพัฒนาประเทศ โดยเฉพาะหน่วยงานที่ดูแลการเงินการคลัง

#### ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- การดำเนินการด้านสุขภาพเพื่อให้บรรลุ SDGs Goal 3 ต้องมีความมุ่งมั่นและการบูรณาการกันระหว่างภาคส่วนต่างๆ

### 2.7 Side Meeting: “Addressing health workforce deficits, stimulating employment and inclusive economic growth”: Ministerial Roundtable: High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth

ผู้จัด the delegations of France, South Africa, Norway and Brazil

#### ทีมผู้รายงาน / หน่วยงาน

๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันทพันธ์ ชินล้าประเสริฐ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ
๒. ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวงฉิชา ชื่นกองแก้ว มูลนิธิเพื่อการพัฒนาการศึกษาบุคลากรสุขภาพ

#### เนื้อหาสำคัญในการประชุม

วิทยากร ๕ ท่าน ได้แก่ ๑) Dr. Aaron Motsoaledi, Minister of Health, South Africa ๒) Mr. Bent Hoie, Minister of Health, Norway ๓) Dr. Benoit Vallet, Director-General of Health, France ๔) Dr. Marie-Paule Kieny, WHO ๕) Prof. Jean-Louis Arcand, Director of the Centre for Finance and Development, Geneva ได้อภิปรายให้ข้อคิดสำคัญเกี่ยวกับปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ การเคลื่อนย้ายของกำลังคนจาก

ประเทศที่กำลังพัฒนาไปยังประเทศที่พัฒนาแล้วว่ารัฐบาลควรให้ความสนใจเกี่ยวกับค่าตอบแทนที่เป็นธรรม และสภาพการทำงานที่ดีของบุคลากร ควรมี Bilateral agreement

การลงทุนด้านการศึกษาฝึกอบรมบุคลากรด้านสุขภาพ ควรเน้นเรื่องความเท่าเทียมทางเพศ ควรสนับสนุนให้ผู้หญิงและเด็กหญิงมีการศึกษา เพื่อสามารถเข้าสู่ตลาดการจ้างงาน ลดปัญหาความยากจน และกระตุ้นให้เศรษฐกิจของประเทศขยายตัวดีขึ้น อีกทั้งนับเป็นทางเลือกในการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนบุคลากร ผู้ดูแลสุขภาพในระดับครอบครัวและชุมชน โดยผู้หญิงและเด็กหญิงที่มีโอกาสได้เรียนแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะสามารถไปทำงานในชุมชนของตนได้ ดังนั้นการศึกษาเพื่อผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ จึงควรเน้นเรื่องการสาธารณสุขมูลฐาน (PHC) การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญในการแก้ไขปัญหาโรคระบาดต่าง ๆ ได้

ควรเปลี่ยน Mind set ใหม่ เกี่ยวกับการมองเรื่องการลงทุนด้านสุขภาพว่าเป็นสิ่งจำเป็น ที่ผ่านมานักเศรษฐศาสตร์มักมองว่าเป็นรายจ่ายด้านสุขภาพ และเป็นภาระด้านเศรษฐกิจของประเทศ เพราะมองไม่เห็นผลกำไรที่ได้จากงบประมาณที่ใช้จ่ายไปไม่เหมือนการลงทุนด้านเศรษฐกิจอื่น ๆ ซึ่งมีรายได้เข้าประเทศ จึงควรที่จะวัดผลลัพธ์สุขภาพประชาชนที่เกิดจากการบริการสุขภาพ คุณภาพชีวิตที่ยืนยาวให้เป็นรูปธรรม เพื่อให้ภาพของการลงทุนด้านสุขภาพมีความชัดเจนมากขึ้น

การดูแลสุขภาพให้เน้นที่การส่งเสริมป้องกันมากกว่าการรอให้เจ็บป่วยแล้วต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากกว่า

การที่จะบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในอีก ๑๕ ปีข้างหน้า ควรมีการทำงานกับระบบ และภาคส่วนอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากด้านสุขภาพ และมีความร่วมมือระหว่างภาครัฐ และภาคเอกชน โดยเน้นว่าสุขภาพเป็นสิทธิของมนุษย์ทุกคน ไม่ควรมีใครถูกขลิบแต่คนเดียว

ควรนำใช้เทคโนโลยีสารสนเทศให้เกิดประโยชน์ต่อการสื่อสารมวลชน และระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อเชื่อมโยงกับด้านสุขภาพ การป้องกันโรค เช่นการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ การให้ภูมิคุ้มกันโรคในเด็ก สุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ รวมทั้งระบบฐานข้อมูลที่สามารถใช้ได้ เพื่อเป็นเครื่องมือในการกำหนดนโยบาย การแบ่งปันข้อมูลภายในประเทศ และเป็นประโยชน์ต่อนโยบายการลงทุนด้านสุขภาพ รวมทั้งความร่วมมือที่ดีระหว่างภาครัฐ และภาคเอกชน

### **ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย / หรือถูกถามจากที่ประชุม :**

ความเชื่อมโยงที่ชัดเจนเกี่ยวกับการลงทุนด้านสุขภาพ กับการเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs)

บทบาทขององค์กรวิชาชีพด้านสุขภาพที่มีต่อการลงทุนด้านสุขภาพ และการขับเคลื่อนให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

### **ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้**

รัฐบาลควรให้ความสำคัญกับความร่วมมือระหว่างภาครัฐ และเอกชนในด้านการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนอย่างจริงจัง

ควรมีการทำความเข้าใจอย่างชัดเจนเกี่ยวกับการลงทุนด้านสุขภาพ การจ้างงานที่เป็นธรรมภายในประเทศ โดยเรียนรู้จากบทเรียนของประเทศที่ประสบความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาแล้ว

ควรส่งเสริมสถานภาพผู้หญิงและเด็ก และให้โอกาสในการเข้าถึงการศึกษาฝึกอบรม และรับบริการสุขภาพที่เท่าเทียมและเป็นธรรม

## 2.8 Side Meeting: Climate change and health: taking stock, forging solutions

ผู้จัด ประเทศฟิลิปปินส์ ร่วมกับ USA และ กลุ่มประเทศสมาชิก Climate Voluntary Forum (CVF)

วันที่ 24 /06/2559 เวลา 12.45 -14.15 น.

### ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. นางณิรณช อภาจรรัส กรมอนามัย
๒. นางสาวอรณา จันทศิริ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

### เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

ผู้จัดและวิทยากรจากประเทศฟิลิปปินส์, USA, Maldives, Comoros, Costa Rica, WHO, UNEP, Health Care Without Harm (HCWH)

- กล่าวถึงความท้าทายของทุกภาคส่วนในการแสดงบทบาทในการตั้งรับปรับตัวต่อปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ และลดการปล่อย Climate footprint และการสร้างความตระหนักเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพ เนื่องจากปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ รวมถึงสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ ทั้งด้านการขาดแคลนน้ำ ความมั่นคงด้านอาหาร มลพิษอากาศ เป็นต้น และ Climate change ยังเป็นปัจจัยส่งผลและเกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน SDGs ทุกเป้าหมาย วิทยากรต่าง ๆ ได้ชี้ประเด็นว่าภาคสาธารณสุขสามารถสนับสนุนการดำเนินงานตามเป้าหมายที่กำหนดใน Paris Agreement ในการรักษาการเพิ่มขึ้นของอุณหภูมิเฉลี่ยโลกให้ต่ำกว่า ๒ องศาเซลเซียสและจะพยายามรักษาเป้าหมายการเพิ่มของอุณหภูมิไม่ให้เกิน ๑.๕ องศาเซลเซียสเพื่อลดความเสี่ยงจากผลกระทบรุนแรงเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศได้
- มุ่งเน้นให้ผู้กำหนดนโยบายภาคสาธารณสุข ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว และมีบทบาทต่อการเตรียมการรองรับด้านระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้มั่นใจว่ามีการเตรียมการด้านพลังงานและน้ำสะอาดอย่างเพียงพอ เป็นต้น รวมทั้งบทบาทดำเนินการด้าน Mitigation ด้วย โดยท้าทายว่าจะทำให้ความหวังนี้ Build in ในระบบบริการสุขภาพได้อย่างไร ยังเน้นย้ำว่าทุกคนต้องร่วมมือกันสร้าง Healthy Planet – Healthy Human Well-being ปัจจุบันมีหลายประเทศที่จัดทำแผนปฏิบัติการด้านการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ และบรรจุประเด็นด้านสาธารณสุขไว้ด้วย
- กล่าวถึงมาตรการสำคัญที่ภาคสาธารณสุขต้องดำเนินการ คือ การบูรณาการกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง (Integration) และประเด็น Climate Change and Health ต้องการการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อสร้างความตระหนักกับทุกคน โดยใช้เสียงจากบุคลากรด้านสาธารณสุข เปรียบดัง Microphone of Climate Change
- วิทยากรจากองค์การอนามัยโลกกล่าวถึง Paris Agreement ว่าเป็น Public Health treaty ภาคสาธารณสุขสิ่งสำคัญที่ต้องดำเนินการ ได้แก่ ๑) จัดหา evidence ของปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ต่อสุขภาพ โดยจัดทำระบบติดตามที่เหมาะสมกับบริบทประเทศ หรือจัดทำ Country profile of Climate Change and Health ๒) การสร้าง awareness ให้กับบุคลากรสาธารณสุขและสาธารณะ กล่าวถึงบทบาทของ WHO ในการสนับสนุนเรื่องนี้ อาทิ จะจัดประชุม The Second Global Health and Climate Change ในวันที่ ๗-

๘ กรกฎาคม ๒๕๕๙ ณ กรุงปารีส ประเทศฝรั่งเศส ๓) เผยแพร่ตัวแบบการดำเนินงานระดับ project ด้านการตั้งรับปรับตัว (Adaptation) และการพัฒนาไปสู่ Comprehensive health system resilience ๔) ลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก (Greenhouse Gas) โดยใช้แนวคิดและแนวทาง Health in All Policy เช่น การจัดการปัญหามลพิษอากาศ

- ประเทศ Maldives ให้ความสำคัญกับปัญหา Climate Change มาก เนื่องจากมีความเสี่ยงปัญหาผลกระทบด้านต่าง อาทิ ระดับน้ำทะเลที่สูงขึ้น น้ำท่วม ขาดน้ำสะอาดและการสุขภาพ
- องค์กร Health Care Without Harm ซึ่งทำงานร่วมกับ WHO กล่าวถึง ๗ แนวทางการพัฒนาสู่การเป็น Low Carbon Health Care และเน้นย้ำการทำงานข้ามหน่วยงานด้าน Climate Change and Health

### ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้

กระทรวงสาธารณสุขควรมีบทบาทเชิงรุกในการดำเนินการเชิงป้องกันและมีส่วนร่วมลดภาวะโลกร้อน โดยการสื่อสารข้อมูลความรู้ และเป็นผู้นำสำหรับหน่วยงานอื่น ๆ ชุมชนและประชาชน ในการร่วมดำเนินการป้องกันและเตรียมรับมือผลกระทบต่อสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจาก Climate Change

## 2.9 Side Meeting: Assistive technology for all

ผู้จัด China, Ecuador, Germany, Ireland, Pakistan, the Republic of Korea, the United States of America and Zimbabwe.

วันที่ ๒๔ May ๒๐๑๖ เวลา ๑๒.๑๕-๑๓.๔๕ น.

### ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

ดร. กาญจนา จันทน์ไทย สำนักการพยาบาล

### เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

- Assistive technology is the application of organized knowledge and skills related to assistive products, including systems and services. Assistive technology is a subset of health technology.
- รมต. Ecuador ได้เล่าประสบการณ์จากEarthquake ซึ่งมี international community ลงมาช่วยเหลือ ทำให้อย่างน้อยก็ได้รับการสนับสนุนในสิ่งที่จำเป็น และสามารถมีระบบการจัดการกับกรณีเหล่านี้ ในขณะที่ the deputy administrator for global health U.S.A.I.D ได้มีความพยายามที่จะให้เรื่อง Assistive technology เป็นเรื่อง global ที่จะนำมาพัฒนาเข้าสู่ Agenda ซึ่งจะทำให้เกิดประโยชน์กับคนนับล้าน
- อเมริกา ได้เริ่มมีการพัฒนาเรื่อง Assistive technology มาตั้งแต่ ๑๙๙๐s และในปี๑๙๙๘ U.S. Congress ผ่าน พรบ.เรื่อง Assistive technology และสนับสนุนทั้ง Assistive technology devices and services
- ปี ๒๐๑๕ UN Member States endorsed SDG ใน GOAL ๓ ensure healthy lives and promote well-being for all ages ในขณะที่มีประชากรโลก ประมาณ ๑๕% ที่ไม่สามารถเข้าถึง Assistive technology โดยมีการศึกษา เช่น ตัวอย่างในอังกฤษ โดยการ ติดตั้ง handrails ในบ้านของผู้ป่วย dementia ลด fall ได้มากกว่า ๕๐%

- ดังนั้นในการพัฒนา Assistive technology devices and services ควรต้องเป็น international policy ในส่วน product affordability, services ก็ควรเป็น political commitment funding and action
- รมต ของเกาหลี และปากีสถาน ได้เล่าประสบการณ์ในประเทศ และยินดีที่เรื่องนี้จะเข้าสู่ EB ๑๔๐
- หน่วยงานระหว่างประเทศที่สนับสนุน ได้แก่ Organization of civil Society , International Rehabilitation, World federation of occupational therapy โดยที่ส่วนใหญ่หน่วยงานเหล่านี้ได้ทำงานด้านนี้มาอย่างยาวนาน แต่ก็เป็นเรื่องยากที่ WHO ,government, Civil Society ต้องทำงานอย่างหนักในการที่จะผลักดันเรื่องนี้เพราะ ประชากรเหล่านี้อาศัยอยู่ในสถานที่แตกต่างกัน ในแต่ละประเทศ

### ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

- มีคน disable ที่ถามในลักษณะ complain เพื่อขอโอกาสในฐานะเป็นสิทธิ ไม่ใช่เป็นการขอพิเศษ
- The GATE initiative เป็น major step ที่จะ forward ซึ่ง WHO ได้มีการ survey มากกว่า ๑๐,๐๐๐ คน ที่ต้องการ assistive products ๕๐ รายการ
- ที่ประชุมสนับสนุนให้มีการผลักดัน เป้าหมายของ GATE initiative ของ WHO

### ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

เรื่อง ของ disability เป็นสิ่งที่ประเทศไทยยังไม่มีเจ้าภาพหลักในระดับประเทศ แต่มีการทำงานด้านนี้ ใน กระทรวงสาธารณสุข (กรมการแพทย์) โดยศูนย์สิริธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ กระทรวง พม. สปสช. องค์กร ส่วนท้องถิ่น ดังนั้นการบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการสนับสนุนงบประมาณ ผ่านทาง หน่วยงานหลักที่ รัฐบาลกำหนด จึงเป็นสิ่งจำเป็น

## 2.10 Side Meeting: Achieving affordable access to health technologies

ผู้จัด Health Action International, Medicines for Malaria Venture and Oxfam

วันที่ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๕๙ เวลา ๑๗.๔๕-๑๘.๔๕

### ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. นายแพทย์ปริญญา วาทีสารกิจ มหาวิทยาลัยมหิดล
๒. เกศจักรหญิงวิญญา รัตนวิภาพงษ์ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

### เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

การประชุมกล่าวถึงเรื่องการเข้าถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์ โดยการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจากหลายมุมมอง จากผู้แทนกลุ่มต่างๆ ดังนี้

- ๑) David Reddy จาก Medicines for Malaria Venture ซึ่งเป็นหน่วยงานไม่แสวงหากำไร กล่าวถึงโมเดล Product development partnerships (PDPs) ที่เป็นการร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน ในการพัฒนา ตั้งแต่กระบวนการศึกษาวิจัย การคิดค้นผลิตภัณฑ์ การผลิต และการพัฒนาการเข้าถึงยา ที่เป็นกระบวนการ หลังได้รับการขึ้นทะเบียน โดยยกตัวอย่างยารักษามาลาเรีย ได้แก่ Coartem® Dispersible (artemether-lumefantrine) บริษัท Novartis และ Artesun® injection (artesunate) บริษัท Guilin ที่แสดงให้เห็นว่าเป็น

นวัตกรรมในการผลิตยาในรูปแบบต่างๆ มีกำลังการผลิตขนาดใหญ่ (เฉลี่ยหลายร้อยล้าน treatment courses) และกำหนดราคาขายในราคาที่เข้าถึงได้

- ๒) Christopher Elias จาก Bill & Melinda Gates Foundation กล่าวถึงปัญหาของการเข้าถึงยาว่ามีหลายสาเหตุ เริ่มตั้งแต่การเข้าใจระบบสุขภาพและความต้องการด้านสุขภาพที่มีความหลากหลายและแตกต่างกันในแต่ละประเทศ, ความร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ เช่น ความร่วมมือกับ WHO ถือเป็นตัวอย่างที่ดี และการนำเทคโนโลยีไปปฏิบัติ ตลอดจนการขยายเสกสของนโยบายจากระดับเล็กไปสู่ระดับชาติ วิทยากรเสนอว่า ระบบการกำกับดูแล (regulatory system) ควรปรับปรุง เพราะปัญหาหนึ่งของการเข้าถึงยาเกิดจากกฎข้อระเบียบต่างๆ ทำให้ยาที่ผลิตออกมาเกิดความล่าช้าในการขึ้นทะเบียน ไม่สามารถนำไปใช้ได้ทันที และไม่เกิดเป็นรายได้กลับเข้าสู่ระบบตามทีควรจะเป็น ส่งผลให้เกิดความไม่แน่นอนในระบบการผลิตและการขาย ราคาขายที่แพงอาจเป็นเพราะบริษัทยาคิดค่าใช้จ่ายในส่วนนี้เข้าไปด้วย ดังนั้น หากระบบการขึ้นทะเบียนมีความแน่นอนและรวดเร็ว จะช่วยลดค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ได้
- ๓) Herbert Barnard จาก International Affairs, Ministry of Health, the Netherlands กล่าวถึงมุมมองของประเทศที่พัฒนาแล้ว ประเทศเนเธอร์แลนด์มีนโยบายเรื่องการเพิ่มการเข้าถึงยา โดยการร่วมมือกันของทุกฝ่าย ทั้งความสมัครใจและการบังคับ เช่น การจัดการเรื่องสิทธิบัตร (new market authorization system to gain access), การจัดการเรื่องภาษีหรือการให้รางวัล (research subsidy), นโยบายเพื่อลดความเป็น Monopoly ของยาตัวใดตัวหนึ่ง ตลอดจนการตั้งคณะทำงานเพื่อดูแลเรื่องการเข้าถึงยาอย่างทั่วถึง เป็นต้น
- ๔) Suerie Moon จาก Harvard Kennedy School of Government & T.H. Chan School of Public Health กล่าวถึงปัญหาของระบบสุขภาพว่ามีความล้มเหลว เนื่องจากถึงแม้ว่าจะมีนโยบายเรื่อง Sustainable Development Goal, Human rights และ Universal Health Coverage แต่ก็ยังมีปัญหาเรื่องการเข้าถึงยา ดังนั้น การแก้ปัญหาควรเกิดความร่วมมือจากนานาชาติ จัดทำเป็น global system เช่น ความร่วมมือเรื่อง R&D, การจัดลำดับความสำคัญ, ข้อตกลงร่วมกันเรื่องแนวทางหรือหลักการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงยา

#### ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

- ๑) ควรมีการดำเนินการ (take action) โดยกลุ่มประเทศใน EU เนื่องจากเจอปัญหาเรื่องการเข้าถึงยาเหมือนกันไม่ว่าจะเป็นประเทศที่มีรายได้สูงหรือต่ำก็ตาม
- ๒) ความคาดหวังจาก WHO เป็นอย่างไร
- ตัวแทนจาก Bill & Melinda Gates Foundation เสนอว่าให้ปรับปรุงระบบที่มีอยู่แล้ว ให้เกิดความชัดเจนมากขึ้น
  - ตัวแทนจาก Harvard Kennedy School of Government & T.H. Chan School of Public Health เสนอว่าควรจะต้องมีระบบใหม่ โดยอาจทำควบคู่ไปกับการปรับปรุงระบบเดิม และควรจัดทำเป็น intersectoral management

#### ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

ไม่มีข้อเสนอแนะจากที่ประชุม แต่มีข้อสังเกตจากทีมผู้รายงานฯ จากการบรรยายของวิทยากร แสดงให้เห็นว่า สาเหตุของปัญหาเรื่องของการเข้าถึงยา โดนโยงไปสู่เรื่องของกระบวนการ R&D และความล่าช้าในการ



เข้าถึงเทคโนโลยี ซึ่งสะท้อนมุมมองด้านบริษัทผู้ผลิตเพียงด้านเดียว ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะวิทยากรเป็นผู้แทนที่มาจากประเทศที่พัฒนาแล้วทั้งสิ้น

**2.11 Side Meeting: Implementation of successful, cost-effective, evidence-based non communicable diseases (NCDs) interventions – how the United Nations Inter-agency Taskforce can help countries accelerate the prevention and control of NCDs by 2030.**

**ผู้จัด:** Barbados, Jamaica, Kenya, Oman, Peru, the Russian Federation, Viet Nam และ the WHO Secretariat

**วันที่/เวลา:** ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๕๙, ๑๘:๐๐ – ๑๙:๓๐ น.

**ผู้รายงาน:**

นางสาวนุชราภรณ์ เลี้ยงรื่นรมย์

### เนื้อหาสำคัญในการประชุม

The United Nations Inter-agency Taskforce on NCDs (UNIATF) จัดตั้งขึ้นปี ๒๐๑๓ ตามมติของ ECOSOL เพื่อช่วยเหลือประเทศต่างๆ ป้องกันและควบคุม NCDs ตามเป้าหมาย SDGs ๓.๔ (by ๒๐๓๐, reduce by ๑/๓ premature mortality from NCDs) และ ๓.a (strengthen the implementation of the WHO FCTC)

UNIATF มีหน้าที่ประสานความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของ UN ซึ่งมี ๓๐ UN agencies ที่เป็นสมาชิกของ UNIATF เพื่อสนับสนุนให้เกิด high-level commitments จากรัฐบาลของประเทศต่างๆ และเกิดการบูรณาการทำงานร่วมกันของ UN

ในที่ประชุม ประเทศต่างๆ ได้แก่ บาร์เบโดส ศรีลังกา เคนยา โอมาน เปรู จาไมกา และเวียดนาม นำเสนอความก้าวหน้าการดำเนินงานของ UNIATF โดยตัวแทนจากแต่ละประเทศส่วนใหญ่เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข หรือผู้บริหารระดับสูงด้านสาธารณสุข แต่ละประเทศนำเสนอในรูปแบบคล้ายคลึงกัน คือ ๑).แสดงความสำคัญของปัญหา NCDs ซึ่งทุกประเทศล้วนได้รับผลกระทบจาก NCDs เช่น อัตราการตายจาก NCDs (๗๕% ในจาไมกา ๗๐% ในเวียดนาม) และการเพิ่มขึ้นของโรคอ้วน เป็นต้น ๒).นโยบายและแนวทางการป้องกันจากรัฐบาล โดยความร่วมมือจาก UNIATF ซึ่งหลายประเทศยกประเด็นการสร้างความร่วมมือกับภาคส่วนอื่นๆ เช่น

- บาร์เบโดส สร้างการมีส่วนร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการ คมนาคม และการคลัง รวมไปถึงความร่วมมือจากภาคส่วนอื่นๆ เช่น NGOs และนักวิชาการ
- ศรีลังกา จัดตั้ง NCDs Alliance โดยความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆ และการผลักดันเรื่องกิจกรรมทางกายของกระทรวงการกีฬา
- เคนยา บูรณาการความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน และสนับสนุน Health in All Policies (HIAP)
- จาไมกา การระดมทรัพยากรต่างๆ จากทุกภาคส่วน

หลายประเทศยังได้นำเสนอมาตรการการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงโดยเฉพาะบุหรี่ยุคใหม่ เช่น เวียดนามและจาไมกา ออกกฎหมายเพิ่มภาษีบุหรี่ยุคใหม่ ศรีลังกา ตั้งเป้าจะเป็นประเทศปลอดบุหรี่ยุคใหม่ ภายในปี ๒๐๒๐

นอกจากนี้ ตัวแทนจากองค์กร UN ได้แก่ UNDP, UNICEF, World Bank, UNFPA, และ IAEA ยังได้ร่วม นำเสนอการดำเนินงานภายใต้ความร่วมมือของ UNIATF เช่น

- UNDP ให้ความช่วยเหลือด้านวิชาการ (technical assistance) ของปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ต่อการเกิด NCDs และการระดมทรัพยากรภายใน UN
- UNICEF เพิ่มบทบาทในการป้องกัน NCDs ในเด็ก เช่น เรื่องนมแม่ โรคอ้วนในเด็ก สภาพแวดล้อมทางอาหาร เป็นต้น
- World Bank มีงบประมาณเรื่องสุขภาพ ๒.๒ พันล้านดอลลาร์ ต่อปี มีพันธกิจเพื่อขยาย UHC ไปยังประเทศต่างๆ และการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ซึ่ง World Bank จะให้ความสำคัญกับระบบสุขภาพ การมีส่วนร่วมจากภาคประชาสังคมและเอกชน และการนำเทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการป้องกัน NCDs
- UNFPA เน้นเรื่องสุขภาพของผู้หญิง โดยเฉพาะการป้องกันมะเร็งปากมดลูก ซึ่งมีการผลักดันเรื่องการเข้าถึงวัคซีน HPV และได้ร่วมมือกับ GAVI ในการขยายภูมิคุ้มกันให้ได้ใน ๔๐ ประเทศ ภายในปี ๒๐๒๐
- IAEA เป็นหน่วยงานหลักที่ดูแลเรื่องการควบคุมมะเร็ง (cancer control) ร่วมกับ UN อื่นๆ และการรักษาด้วยรังสี (Radiation therapy) โดยเฉพาะในประเทศรายได้ต่ำถึงปานกลาง

Oleg Chestnov สรุปว่ากระทรวงสาธารณสุขเพียงหน่วยงานเดียวไม่สามารถขับเคลื่อนเรื่องสุขภาพได้ จำเป็นต้องมีความร่วมมือจากภาคส่วนอื่นๆ เช่น กระทรวงคมนาคม กระทรวงการคลัง เป็นต้น

#### ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

เวลาส่วนใหญ่เป็นการนำเสนอจากวิทยากร คอมเมนต์จากที่ประชุม โดยผู้อำนวยการ NCDs Alliance เน้นย้ำ ๓ จุดที่สำคัญ คือ ความเป็นผู้นำขององค์กร UN, การพัฒนาบุคลากรเรื่อง NCDs, และการสร้างเครือข่าย

#### ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

การนำเสนอความก้าวหน้าการดำเนินงานจากระดับผู้บริหารฝ่ายเดียว ทำให้เห็นแต่ภาพจากมุมสูง ควรให้เห็นภาพในระดับปฏิบัติการด้วย และความท้าทายในบริบทของแต่ละประเทศ

### 2.12 Technical briefings: Survive, Thrive, Transform: implementing the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health

ผู้จัด WHO secretariat

วันที่/เวลา Wednesday, 25 May 2016, Room XII

#### ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน:

แพทย์หญิงภัทรวลัย ตลิ่งจิตร คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

#### เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

- UN Secretary-General ออกยุทธศาสตร์ระดับโลก ๒๐๑๖-๒๐๓๐ สำหรับสุขภาพผู้หญิง เด็กและวัยรุ่น (The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health) เมื่อเดือนกันยายน ๒๐๑๕ โดยมีเป้าหมายหลักได้แก่ Survive (เพื่อป้องกันการเสียชีวิตจากเหตุซึ่งสามารถป้องกันได้), Thrive (ทำให้มีความผาสุก ความเป็นอยู่ที่ดีตามศักยภาพที่มี) and Transform (ขยายภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อความเป็นอยู่ที่ดี)

เป็นไปในแนวทางเดียวกับ SDGs รวมทั้ง SDG ๓ ซึ่งเกี่ยวข้องกับสุขภาพและ SDGs อื่น ๆ ที่เป็นเรื่องการเมือง สังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมแต่มีผลต่อปัจจัยทางด้านสุขภาพ

- ยุทธศาสตร์ระดับโลกนี้ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วนเช่นเดียวกับ SDGs และจะเป็นปัจจัยพื้นฐานเบื้องต้นในการดำเนินงานที่จะนำไปสู่ SDGs
- การประชุมนี้นำเสนอภาพรวมของแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวรวมทั้งข้อมูลเชิงประจักษ์ สิ่งที่สามารถสนับสนุนประเทศสมาชิก และตัวอย่างการดำเนินการและโปรแกรมที่จำเพาะกับบริบทของประเทศนั้น ๆ
- WHO director general: Dr.Margaret Chan เน้นถึงความสำคัญของกลุ่มวัยรุ่นซึ่งจะเป็นอนาคตของโลก การดูแลวัยรุ่นให้เติบโตอย่างเต็มศักยภาพของแต่ละคนจะนำไปสู่การบรรลุ SDGs ในปี ๒๐๓๐ ตามเป้าหมาย ทั้งนี้ได้อ้างถึง The Lancet commission on adolescent health and wellbeing นอกจากนี้ยังเน้นการทำงานภายใต้ความร่วมมือจากหลายภาคส่วน (Multi- sectoral partnership) ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์และบรรลุ SDGs
- ADG, Family, Women's and Children's Health of WHO: Flavia Bustreo กล่าวถึงประเด็นที่เน้นในแผนยุทธศาสตร์คือเรื่องสิทธิมนุษยชนและความเท่าเทียม โดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบาง เช่น วัยรุ่น หรือพื้นที่ซึ่งมีความไม่สงบ นอกจากนี้ยังเน้นการทำงานนอกจากด้านสุขภาพ เช่น การศึกษา อาหาร การมีน้ำสะอาดสำหรับอุปโภคบริโภค
- Deputy Executive Director of UNICEF: Geeta Rao Gupta กล่าวถึงกรอบแผน การปฏิบัติ การ (Operational Framework) และพื้นที่ปฏิบัติการ (๙ ingredient action areas) ได้แก่ country leadership, financing for health, health system resilience, individual potential, community engagement, multisector action, humanitarian and fragile settings, research and innovation, accountability

#### ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

- ตัวแทนผู้นำประเทศสมาชิกได้แก่ เคนย่า อูรุกวัย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของแต่ละประเทศในการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ เช่น การจัดสรรงบประมาณสำหรับการดูแลสุขภาพสตรี เด็ก และวัยรุ่น นโยบายการดูแลสุขภาพตั้งครรภ์ฟรี ตลอดจนความร่วมมือกับภาคเอกชนในการสร้างนวัตกรรมสุขภาพ
- มีการอภิปรายในประเด็นต่าง ๆ ของยุทธศาสตร์ระดับโลกเรื่องนี้ พร้อมให้พันธสัญญาในการดำเนินการตามยุทธศาสตร์โดยการกำหนดนโยบายในระดับประเทศ โดยเน้นประเด็นที่เกี่ยวกับวัยรุ่น ความรับผิดชอบ และการทำงานร่วมกันของหลายภาคส่วน
- WHO Regional Director of Africa: Matshidiso Moeti กล่าวถึงการยอมรับของแผนยุทธศาสตร์นี้ในประเทศในทวีปอาฟริกา ๒๓ ประเทศ อย่างไรก็ตามยังมีสิ่งท้าทายในการดำเนินการตามแผนดังกล่าวทั้งเรื่องแหล่งทุน การขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพ คุณภาพการบริการ โดยประชากรในภูมิภาคยังคงต้องใช้ out of pocket payment ถึง ๔๐% ซึ่งนโยบาย Universal Health Coverage จะช่วยแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และทำให้เกิดความเท่าเทียม

### 2.13 Side Meeting: Science, State & Social: An Integrated Global Initiative to Reduce Snakebite Death and Disability

ผู้จัด The Global Snakebite Initiative, Health Action International and WHO

วันที่/เวลา ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๕๙ เวลา ๑๘.๐๐-๑๙.๐๐ น.

## ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

ดร. กฤษดา แสงวงศ์ สำนักวิชาการสาธารณสุข

## เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

- เนื้อหาการประชุมหลักเป็นการพูดถึงปัญหา จากการถูกงูพิษกัด ซึ่งในแต่ละปี ทั่วโลกจะมีประชาชน กว่า ๕.๔ ล้านคน ที่ถูกงูพิษกัด ในจำนวนนี้ ประมาณ ๑๒๕,๐๐๐ คน เสียชีวิต และประมาณ ๔๐๐,๐๐๐ คน มีความพิการ ที่สำคัญคือ ผู้เคราะห์ร้าย มักจะเป็น ประชาชนที่ยากจน และอาศัยในชนบท หรือพื้นที่ที่ยากลำบาก และเข้าไม่ถึง Antivenoms รวมทั้งขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพที่สามารถจัดการกับปัญหา งูพิษกัด ได้อย่างถูกต้อง WHO จัดให้ การป่วย ตายจากงูพิษกัด อยู่ใน List of Neglected Tropical Diseases.
- DR. Tim Reed (Executive Director, Health Action International) พูดถึงการแก้ปัญหา ว่าจะต้อง ดำเนินการอย่างเป็นระบบ โดย เน้นที่การจัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและรักษาที่สำคัญ ได้แก่
  - นโยบาย และระบบสุขภาพ ซึ่งพบว่าประเทศที่มีการ ป่วย ตาย จากงูพิษกัดสูง จะมีการลงทุนเกี่ยวกับ อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บ ในระดับต่ำ
  - Scientific Innovation ทั้งในการป้องกัน เช่นการมี protective footwear สิ่งที่ใช้ใส่ถุง หรือเครื่องมือ จับงู ฯลฯ การตรวจวินิจฉัย และรักษาให้ได้ในเวลารวดเร็ว รวมทั้งการรักษาที่ถูกต้อง เหมาะสม
  - ยุทธศาสตร์สำคัญที่จะแก้ปัญหา คือ ๑) การพัฒนาศักยภาพกำลังคนที่เกี่ยวข้อง ให้มีความสามารถทั้งใน การป้องกัน และรักษาพยาบาล ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพ ๒) Advocacy for policy change and budget allocation ๓) Health system strengthening ที่จะทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการ เข้าถึง Anti-venoms ๔) Community system strengthening ซึ่งบุคลากรสุขภาพในชุมชนมีบทบาทอย่างมากใน การ สร้างความเข้มแข็งของประชาชน รวมทั้งช่วยให้มีระบบข้อมูลสารสนเทศในการ Identify ชนิดของงู และ ๕) การส่งเสริมความร่วมมือกับชุมชนเพื่อ ส่งเสริมให้เกิดการป้องกัน และการรักษาที่มีประสิทธิผล
- Dr. David Williams, Chief Executive Officer, Global Snakebite Initiative พูดถึง Australian Venom Research Unit ที่มีวัตถุประสงค์ เพื่อ ช่วยพัฒนาศักยภาพของแต่ละพื้นที่ในการทำวิจัย และผลิต Antivenom การพัฒนา Guideline การรักษา การฝึกอบรมการดูแลผู้ถูกงูพิษกัด เพื่อให้สามารถช่วยเหลือ ผู้เคราะห์ร้ายได้ โดยมีการดำเนินการใน ปาปัวนิวกินี, Sub-Saharan และ อินเดีย ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีผู้ถูกงูพิษกัด มากที่สุด
- Dr. Sue Hill, Director, Essential Medicines and Health Product, WHO พูดถึงความเพียงพอและความ พยายามให้ ผู้เคราะห์ร้ายเข้าถึง Antivenom เป็นเรื่องที่มีความสำคัญมาก WHO สนับสนุน Innovative research and new technology และสร้างความร่วมมือกับเครือข่ายเพื่อการผลิตให้ได้มากขึ้น นอกจากนั้น สนับสนุนการป้องกัน โดยการสนับสนุนประชาชนให้ใช้เครื่องป้องกัน ใช้ไฟส่องสว่างเวลากลางคืน ไม่นอนที่ พื้น ไข่มุ้ง และเรียนรู้พฤติกรรมของงูเพื่อหลีกเลี่ยง นอกจากนั้นต้องหลีกเลี่ยง harmful traditional first aid และ strengthen ระบบบริการสุขภาพให้เข้าถึงได้ รวมทั้งการพัฒนาการฟื้นฟูสภาพ กรณี เกิดความพิการ

## ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

การบริจาค Antivenom, ความร่วมมือและความช่วยเหลือระหว่างประเทศ

### ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

๑. การแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ ทั้งการป้องกัน รักษา พิ้นฟู ในพื้นที่ที่มีความชุกสูง เป็นเรื่องที่มีความจำเป็น
๒. การเก็บข้อมูลทางระบาดวิทยา เพื่อทราบว่าพื้นที่ใดมีความชุกของอุบัติเหตุ จากชนิดใด และจัดระบบการสำรอง Antivenom และการส่งต่อผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ
๓. การทำ community engagement เพื่อการป้องกัน
๔. การวิจัยและพัฒนา Antivenom
๕. การจัดหาและการกระจาย Antivenom รวมทั้งการพัฒนาบุคลากรให้สามารถช่วยเหลือได้อย่างถูกต้องทันเวลา

## 2.14 Side Meeting: Addressing the global challenge of medication safety for improving patient safety and quality of care

ผู้จัด delegations of Malaysia, Oman, Poland, and Sri Lanka

วันที่/เวลา ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๕๙ ๑๒.๑๕-๑๓.๓๐

### ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. เกสัชกรหญิงสิตานันท์ พูนผลทรัพย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
๒. นายแพทย์ปริญญ์ วาทีสารกิจ มหาวิทยาลัยมหิดล

### เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

- Sir Liam Donaldson, WHO Patient Safety Envoy ได้กล่าวนำไปสู่ปัญหา Medical safety พร้อมทั้งยกตัวอย่างสาเหตุของการเกิด เช่น การสั่งยาผิดรูปแบบ ผิดขนาด หรือ วิธีใช้ ความเสี่ยงที่เกิดจากลายมือของแพทย์ผู้สั่งใช้ เป็นต้น แม้จะมีความพยายามลดความเสี่ยงแล้วก็ยังไม่ได้แก้ปัญหาได้ดั่งใจ และได้อ้างถึงการศึกษาว่า medication error เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ ๓ รองจาก มะเร็ง และ เบาหวาน และได้แนะนำโครงการ WHO global safety challenge ในเรื่องของ medical safety เป็นเรื่องที่สานต่อจาก Hand Hygiene และ Safe Surgery การจัดการกับ polypharmacy ,ยาที่มีความเสี่ยงสูง เป็นต้น
- Poland: Dr Barbara Kutryba, National Center for Quality Assessment in Healthcare กล่าวถึงนโยบายของโปแลนด์สามระดับ ตั้งแต่ระดับประเทศ กระทรวง และ ระดับโรงพยาบาลโดยรัฐบาลต้องจัดให้ระบบมีการจัดทำเรื่อง Medical Safety ในสถานพยาบาลทุกระดับ ได้นำเสนอประสบการณ์ของประเทศ เช่น การบรรจุ medical safety ในหลักสูตรของแพทย์ทุกระดับ และควรจะเป็น life long learning , โครงการ Medication Reconciliation , การดำเนินการตาม EU legislation regarding medication safety, การจัดตั้งระบบรายงาน medication error ระดับประเทศ เป็นต้น ควรสร้างความตระหนักรู้ให้ประชาชนเรื่องเรื่องของ medical safety และการป้องกันตัวเองจากอันตรายประเภทนี้
- Malaysia: Dr Nor'Aishah Abu Bakar, Head, Patient Safety Unit, Ministry of Health กล่าวถึงสถานการณ์ทั่วไปเรื่อง patient safety ,การจัดตั้งระบบรายงาน medication error และแสดงให้เห็นถึงการลดลงของ medication error หลังจากที่มีนโยบายบรรจุ medication safety เป็นหนึ่งใน patient safety goal การดำเนินการร่วมกันในหลายภาคส่วนเพื่อลดความเสี่ยงที่เกิดขึ้น เช่น patient safety council National pharmacy council ภาคการศึกษา มีการจัดตั้ง Know Your Medicine campaign รวมถึงการมีกลไกในการดำเนินการที่ชัดเจนขององค์กร มีการจัดทำแนวทางเพื่อป้องกันความเสี่ยง เช่น multiple checking system, e- prescribing รวมถึงระบบรายงานความเสี่ยง และต้องการที่ร่วมมือกับองค์การอนามัยโลก เพื่อจัดการกับยา look alike – sound alike และเรียกร้องให้ WHO ช่วยจัดการเรื่อง labelling and packaging of medical products

- Oman: Mr Ahmed Alharbi, Director, Drug Control, Ministry of Health กล่าวถึง ประสบการณ์ของประเทศในการจัดตั้ง pharmacovigilance program
- Sri Lanka: Dr Sathasivam Sridharan, Director, Healthcare Quality & Safety, Ministry of Health ยกตัวอย่างทั่วไปที่ทำในศรีลังกา เช่นการใช้สีเขียว label ยา
- The role of patients in avoiding medication associated harm: Ms Maryann Murray, Patients for Patient Safety, Canada มาเล่าเรื่องการสูญเสียของตนเองจาก medical error นำไปสู่การขับเคลื่อนทางสังคม มีการสร้างสื่อให้ประชาชนมีการตื่นตัว โดยรณรงค์ให้ประชาชนถามแพทย์เกี่ยวกับการใช้ยา การปรับขนาดยา การเปลี่ยนยา การตรวจวัดระดับยา รวมถึงการนัดครั้งต่อไป

### ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

- การจัดการ patient safety นั้นควรคำนึงถึง สภาวะแวดล้อมในการทำงานทั้ง สถานที่ และ กำลังคนที่เหมาะสม
- บทบาทของเภสัชกรในเรื่อง patient safety

### ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

การจัดการ patient safety ควรจะดำเนินการแบบ holistic program และ การทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพ รวมทั้งการสร้างวัฒนธรรมให้รู้ให้กับผู้ป่วยด้วยเช่นกัน

## 2.15 Side Meeting: Toward Achieving the Physical Activity Target 2025 (10x25): Are We Walking the Talk?

ผู้จัด Thailand, Canada, Finland, Iran, Japan, Norway, South Africa, USA

วันที่ ๒๕ พ.ค. ๕๙/ เวลา ๑๒:๓๐-๑๔:๐๐ น.

### ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. นายแพทย์ฐิติกร โตโพธิ์ไทย กรมอนามัย
๒. นางสาวอรณา จันทร์ศิริ สำนักงานพัฒนานโยบายระหว่างประเทศ
๓. นายรังสรรค์ มั่นคง สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
๔. นางสาวธนาภรณ์ หล่อทอง สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

### เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

- ผู้เข้าร่วมประชุมกว่า ๑๕๐ คน จาก ๔๐ ประเทศ และ ๙ องค์กรด้านสุขภาพ
- ดร.ปุนาม สิงห์ ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ กล่าวถึงสถานการณ์การขาดกิจกรรมทางกายทั่วโลกที่มีความรุนแรงมากจนเป็นสาเหตุการตายอันดับ ๔ มีจำนวนผู้เสียชีวิต ๓.๒ ล้านคนต่อปี อย่างไรก็ตามยังเป็นประเด็นที่ไม่ค่อยมีการรับรู้และได้รับการผลักดันมากนัก จนเปรียบเทียบได้ว่ากิจกรรมทางกายเหมือนซินเดอเรลล่าที่น่าสงสาร
- ศาสตราจารย์ฟิโอน่า บูล ประธาน International Society for Physical Activity and Health (ISPAH) ซึ่งขับเคลื่อนด้านกิจกรรมทางกายมากกว่า ๒๕ ปี ย้ำถึงความรุนแรงว่าการขาดกิจกรรมทางกายยังคงเพิ่มขึ้นทั่วโลก จากวิถีชีวิตปัจจุบันที่เร่งรัดและสิ่งแวดล้อมแออัด จากงานวิจัยตอกย้ำว่าคุณคนใช้เวลาในการนั่งเนือยนิ่งมากถึง ๘๐% ต่อวัน นำไปสู่ปัญหาทางสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม ภาครัฐต้องสร้างนโยบายให้คนได้มีโอกาสขยับให้มากขึ้น เพื่อทำงานร่วมกันทุกภาคส่วน อาทิ สุขภาพ สิ่งแวดล้อม ผังเมือง คมนาคม เป็นต้น

- ประเทศร่วมสนับสนุน ได้แก่ แคนาดา ฟินแลนด์ อิหร่าน และสหรัฐอเมริกา ร่วมย้ำความสำคัญของกิจกรรมทางกาย และได้ร่วมแลกเปลี่ยนนวัตกรรมที่ใช้ส่งเสริมกิจกรรมทางกาย เช่น การบูรณาการร่วมกับการส่งเสริมโภชนาการของสหรัฐอเมริกา การเชิญผู้นำประเทศและผู้นำศาสนาเป็นผู้นำการส่งเสริมกิจกรรมทางกายของอิหร่าน โปรแกรมจัดหลักสูตรส่งเสริมกิจกรรมทางกายให้เด็กและเยาวชนของแคนาดา และการขับเคลื่อนกิจกรรมทางกายผ่านทุกภาคส่วนของรัฐของฟินแลนด์
- ศาสตราจารย์คลินิก เกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขไทย เสนอก้าวต่อไปที่ทั่วโลกต้องร่วมกัน ๓ ประการ คือ (๑) ร่วมกันส่งเสริมเครือข่ายผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านกิจกรรมทางกายในทุกระดับ ตั้งแต่ค้นหาบุคคลต้นแบบด้านนี้ เพื่อส่งต่อและกระตุ้นคนรอบข้างให้หันมาสนใจการมีกิจกรรมทางกาย (๒) จัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับโลก ระดับภูมิภาค และระดับประเทศด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และต้องปฏิบัติอย่างจริงจัง และ (๓) ขอให้องค์การอนามัยโลกจัดทำรายงานสถานการณ์กิจกรรมทางกายโลก เพื่อเป็นเครื่องมือที่สำคัญให้ทุกประเทศสามารถเปรียบเทียบสถานการณ์ และเกิดความมุ่งมั่นในการพัฒนางานในแต่ละประเทศสู่การประเมินร่วมกัน
- เลขาธิการใหญ่องค์การอนามัยโลก ดร. มากาเร็ต ซาน กล่าวว่าการจะให้คนกระฉับกระเฉง ต้องเริ่มด้วยการจัดเวลาตนเอง และสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมและเอื้อต่อการขยับเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวัน โดยองค์การอนามัยโลกพร้อมสนับสนุนด้านวิชาการให้ประเทศสมาชิกในการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย

#### ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

- ผู้เข้าร่วมประชุมได้ร่วมแลกเปลี่ยนเสนอความคิดเห็นเพิ่มเติมอีกหลากหลาย อาทิเช่น ด้านการผลักดันให้เกิดการปฏิบัติจริง, บทบาทของการออกแบบผังเมืองและจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย, การนำบทเรียนจากการขับเคลื่อนเรื่องควบคุมยาสูบ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาใช้
- ในช่วงท้ายที่ประชุมได้แสดงเจตจำนงร่วมกัน ในการจะเร่งสร้างนโยบายในทุกระดับ และนำไปสู่การปฏิบัติจริงให้เร็วที่สุด โดยตั้งเป้าขับเคลื่อนประเด็นกิจกรรมทางกาย ผ่านการนำเสนอวาระสู่การประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลกครั้งที่ ๗๐ ต่อไป

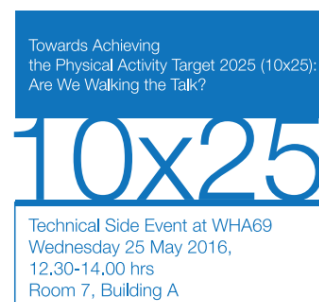
#### ข้อเสนอแนะและสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการประชุมนี้:

- รูปแบบการจัดการประชุมที่น่าเรียนรู้ต่างจากการประชุมคู่ขนานอื่น ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก ที่ออกแบบให้มีทั้งผู้แทนประเทศบรรยายและแสดงวิสัยทัศน์ในประเด็นที่หลากหลายทั้งความสำคัญ สถานการณ์ การดำเนินงานที่เป็นเลิศ ช่องว่างทางนโยบาย แนวทางการดำเนินงานต่อ และเจตจำนงในการผลักดันนโยบายร่วมกันต่อ รวมถึงช่วงแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจากผู้เข้าร่วมประชุม การสอดแทรกรูปแบบการประชุมที่กระฉับกระเฉงที่เป็นรูปธรรม และการนำสื่อวีดิทัศน์มาแทรกได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมให้ความสนใจตลอดการประชุม มีความพึงพอใจ และได้รับประโยชน์จากการประชุมเต็มที่
- การวางแผนการทำงาน และการมอบหมายผู้รับผิดชอบในรายละเอียดแต่ละกิจกรรมย่อย ที่ชัดเจน รวมถึงความร่วมมือของคณะผู้แทนไทยทั้งหมด ทำให้การประชุมมีความราบรื่น และผลออกมามีความยินดีเป็นอย่างยิ่ง
- การขับเคลื่อนการดำเนินงานต่อหลังการประชุมทันที อาทิเช่น การส่งข่าวการประชุมกลับไปยังประเทศไทยผ่านทางอีเมลและไลน์ เพื่อให้ออกข่าวได้ทันทีหลังการประชุมเสร็จสิ้น ทำให้เกิดความต่อเนื่องในการขับเคลื่อนประเด็นกิจกรรมทางกายต่อไป
- ควรดำเนินการขับเคลื่อนประเด็นกิจกรรมทางกายต่อตามข้อสรุปจากการประชุม โดยหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง เช่น กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย, สำนักงานพัฒนานโยบายระหว่างประเทศ IHPP, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

Annex:

## Technical Side Event at WHA69

### *“Towards Achieving the Physical Activity Target 2025 (10x25): Are We Walking the Talk?”*



The side meeting is 90 minute in duration. The proposed format is a combination of presentations and interactive discussion among panelists and by participating Member States and attending delegates. It consists of three parts:

- 1) **Global progress report on PA: what have we achieved?**  
This updates participants on PA situations, including global and regional prevalence estimates, progress in surveillance, development of national action plans and implementation where available.
- 2) **Country learning and sharing on PA actions and tools for monitoring progress.** The focus will include: (1) country experience on developing and implementing PA and important milestones, good practices and barriers to implementation from country perspectives; (2) country experiences with effective tools and platforms used for implementation and regular monitoring of progress of national action.
- 3) **Closing the gaps: ways forward.** A discussion on how to support Member States to scale up PA actions and the development and use of mechanisms and tools for regular national monitoring of progress on PA. Country self monitoring of implementation of PA actions and progress, can contribute to a collation of these national progress into a global PA progress report (for example a Global Atlas on Physical Activity). It is proposed for discussion that a tool providing a framework for regular monitoring at country (and aggregated to global level) is pivotal to raising the priority afforded to PA and driving the global PA agenda.

Time slot	Program	Speakers
12.00-12.30 (30min)	Registration	-
12.30-12.33 (3 min)	PA session (video presentation)	-
<b>Part I: Global progress report on PA: what have we achieved?</b>		
12.33-12.38 (5 min)	Opening Remarks Global status on PA: how far have we achieved?	Dr. Poonam Khetrpal Singh, Regional Director of WHO South-East Asia Region
12.38-12.43	Overview situation of PA and SB and identification of implementation barriers	Prof.Fiona Bull, President of International Society on Physical Activity and Public Health



Time slot	Program	Speakers
(5 min)		(ISPAH)
<b>Part II: Country learning and sharing on PA actions and tools for monitoring progress</b>		
12.43-12.48 (5 min)	Innovation and Partnership for Physical Activity	Dr. Gregory Taylor, Chief Public Health Officer of Canada, Public Health Agency of Canada
12.48-12.53 (5 min)	Health Enhancing for Physical Activity	Dr. Taru Koivisto, Director, Ministry of Social Affairs and Health, Finland
12.53-12.58 (5 min)	National Action Plan for Physical Activity Promotion	Prof.Ali Akbar Sayyari, Deputy Minister for Public Health, Minister of Health and Medical Education of Islamic Republic of Iran
12.58-13.03 (5 min)	Integration program for obesity prevention	Dr. Karen DeSalvo, Acting Assistant Secretary for Health, USA
13.03-13.06 (3 min)	PA Break	-
<b>Part III: Closing the gaps: ways forward</b>		
13.06-13.11 (5 min)	Global Movement on Physical Activity (PA): Way Forward	Prof.Emeritus Dr.Piyasakol Sakolsattayathorn, Minister of Public Health, Thailand
13.11-13.50 (40min)	Invite discussion and comments by the participants	Chair: Prof.Kenji Shibuya, Prof Kenji Shibuya, Special Assistant for International Affairs, Japan
13.50-13.55 (5 min)	Closing remarks: role of monitoring in driving global health agenda	Dr.Oleg Chesnov, Assistant Director-General - Noncommunicable Diseases and Mental Health, WHO
13.55-13.57 (2 min)	Concluding words	Prof.Emeritus Dr.Piyasakol Sakolsattayathorn, Minister of Public Health, Thailand

## 2.16 Side Meeting: Working together to advance the global adolescent health agenda

**ผู้จัด** The delegations of Canada, Mozambique, the Netherlands, Norway, Sweden, the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland and the United Nations Population Fund

**วันที่** Wednesday, 25 May 2016, 18.00- 19.30 Room XIII

### ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน:

แพทย์หญิงภัทรวลัย ตลิ่งจิตร คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

### เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

- WHO director general: Dr. Margaret Chan กล่าวถึงความสำคัญของวัยรุ่นซึ่งเป็นคนกลุ่มใหญ่ที่ต้องการการดูแลสนับสนุนที่เหมาะสม โดยเฉพาะปัญหาเรื่องสุขภาพจิตในวัยรุ่นหญิงและอุบัติเหตุบนท้องถนนในวัยรุ่นชาย
- Minister of Internal development Canada: Marie-Claude Bibeau ให้ความสำคัญกับการตั้งครุฑไม่พึงปรารถนาในวัยรุ่น โดยเฉพาะกลุ่มที่ถูกบังคับให้แต่งงานและมีลูกตั้งแต่อายุน้อย เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครุฑ และเน้นถึงเรื่องสิทธิมนุษยชน ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ รวมทั้งสิทธิในการเข้าถึงบริการด้านการเจริญพันธุ์ เช่น การวางแผนครอบครัว การมีบุตรเมื่อพร้อม การได้รับวัคซีนที่เหมาะสม รวมทั้งเรื่องโภชนาการ เพื่อให้วัยรุ่นเติบโตได้อย่างเต็มศักยภาพ ซึ่งมีผลทั้งด้านสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ
- Dr. Babatunde Osotimehin Executive Director and Under-Secretary-General of the United Nations เน้นความสำคัญของภาวะผู้นำในการแก้ปัญหาวัยรุ่น ซึ่งในบางประเทศอยู่ในภาวะวิกฤติทั้งจากภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครุฑ การติดเชื้อเอชไอวีจากการถูกรังแกทำซ้ำ ภาวะซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย สิ่งเหล่านี้แก้ไขได้โดยการที่มีผู้นำที่เข้มแข็งและรับผิดชอบต่อพันธสัญญา การมีงบประมาณที่เหมาะสม และความร่วมมือของทุกภาคส่วน รวมทั้งการมีสถานบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น ซึ่งเป็นการลงทุนที่คุ้มค่า และช่วยรักษาชีวิตวัยรุ่นที่เป็นอนาคตของโลก
- ADG, Family, Women's and Children's Health of WHO: Flavia Bustreo เน้นความสำคัญในการปฏิบัติตามนโยบายหรือแผนงานเพื่อแก้ปัญหาของวัยรุ่น โดย WHO ยินดีให้การสนับสนุนในด้านเทคนิค
- Representative from Bill & Melinda Gates foundation กล่าวถึงการสนับสนุนโครงการที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นโดยเน้นการทำวิจัยเพื่อให้มีหลักฐานเชิงประจักษ์และข้อมูลเพื่อให้เกิดความเข้าใจปัญหาและความต้องการ นำไปสู่นวัตกรรม (social media/ technology) และการวางแผนแก้ไขปัญหาที่ตรงจุดเหมาะสมกับบริบท

### ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

ตัวแทนผู้นำประเทศสมาชิกได้แก่ โมแซมบิก มาลี นอร์เวย์ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของแต่ละประเทศ โดยประเด็นหลักๆที่ถูกกล่าวถึง คือ สิทธิของสตรี เด็กและวัยรุ่นในการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ การมีโอกาสดำเนินการศึกษาที่ดี การตั้งครุฑไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะโรคเอดส์ ซึ่งควรมีการตรวจวินิจฉัยและให้การรักษาที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังพบว่าการทำให้เด็กอยู่ในระบบการศึกษาจะช่วยลดการเริ่มมีเพศสัมพันธ์เร็ว ลดการตั้งครุฑไม่พึงประสงค์ ซึ่งมีผลต่อการลงทุนและผลตอบแทนทางเศรษฐกิจ

## 2.17 Side Meeting: The critical role of infection prevention and control in strengthening health systems and achieving quality universal health coverage (UHC)

ผู้จัด Australia, Egypt, Ghana, Jamaica, the Netherlands, Sierra Leone และประเทศไทย

วันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๕๙ เวลา ๑๒.๓๐-๑๔.๐๐ น.

### ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

ดร. ทันทแพทย์หญิงวิโรจนา พานิชเกรียงไกร สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

### เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

- การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (infection prevention and control, IPC) มีความสำคัญต่อระบบสุขภาพและการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อย่างไรก็ตามต้องมีการพัฒนาร่วมกับระบบสุขภาพภาน้ำ ระบบโครงสร้าง ระบบบริการสาธารณสุขและภาวะผู้นำ (Dr Marie Paule Kieny – ADG, WHO Health Systems and Innovation)
- จากประสบการณ์ของประเทศออสเตรเลีย พบว่า ปัจจัยสำคัญของ IPC คือ การใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวทางต่างๆ การรับรองและประเมินคุณภาพตามหลัก NSQHA และการมีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบ แต่ยังมีประเด็นที่ต้องพัฒนาเพิ่มเติม เช่น การพัฒนางานวิจัยและการพัฒนานโยบายชาติเรื่อง Antimicrobial resistance (AMR) ที่รวมภาคเกษตรกรรมและปศุสัตว์เข้ามา (Prof Chris Baggoley, Chief Medical Officer, Department of Health, Australia)
- Angelique Berg (Director General for Public Health, Ministry of Health, Welfare and Sport) จากประเทศเนเธอร์แลนด์ เน้นย้ำถึงการค้นหาและทำลายเชื้อ AMR เพื่อให้มีการใช้ยาต้านเชื้อจุลชีพที่เหมาะสม ลดการแพร่กระจายของเชื้อ โดยการใช้แนวทางที่วางไว้ นอกจากนี้ยังมีการทำมาตรการใหม่ๆ เช่น การให้พยาบาลตรวจ hand hygiene และ การคัดกรองผู้ป่วยก่อนรับการผ่าตัด ส่งผลการติดเชื้อหลังการผ่าตัดลดลงได้
- Prof Didier Pittet, Director, WHO Collaborating Center on Patient Safety ได้เสนอความสำเร็จของโปรแกรม hand hygiene โดยเน้นการล้างมือด้วยน้ำยาล้างมือแบบมีแอลกอฮอล์ซึ่งเป็นมาตรฐานที่องค์การอนามัยโลกระบุไว้ตั้งแต่ปี ค.ศ. ๒๐๐๕ โดยมีการลงบันทึกให้สัญญาจากประเทศต่างๆ เพื่อสร้าง politica commitment การดำเนินงานต่อเนื่องคือการประกาศใช้ license free สำหรับ WHO alcohol based hand rub เพื่อให้ประเทศต่างๆสามารถเข้าถึงน้ำยาล้างมือแบบมีแอลกอฮอล์ได้ นอกจากนี้ยังรวมน้ำยาล้างมือแบบมีแอลกอฮอล์เข้าใน WHO essential medicine list อีกด้วย
- Dr. Benedetta Allegranzi จาก WHO Global IPC Unit เป็นตัวแทนเพื่อนำเสนอประสบการณ์จากประเทศอิตาลี โดยมีการนำแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทมาปรับใช้สู่การปฏิบัติ การเชื่อมโยง IPC กับทุกกระบวนการให้บริการสุขภาพต่างๆ และการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานวิจัยจากประเทศกำลังพัฒนา
- ในประเทศอียิปพบการติดเชื้อ HPV, HBV และ HIV ในหน่วย haemoialysis ทำให้ต้องมีการพัฒนานโยบายระดับประเทศเรื่อง IPC นำไปสู่การพัฒนาแนวทางการทำงาน การฉีดวัคซีน HBV แก่เจ้าหน้าที่การติดตามและประเมินผล ทำให้ปัจจุบันมีการติดเชื้อลดลงและอัตราการตายลดลง อย่างไรก็ตามยังมี

ปัญหาศักยภาพของห้องปฏิบัติการ คุณภาพของบันทึกเวชระเบียน เป็นต้น (Dr Amr Kann deel, Chief of Preventive Sector, Ministry of Health and Population, Egypt)

- Ebenezer Appiah Denkyirah จากประเทศกานา นำเสนอการบูรณาการยุทธศาสตร์เพื่อการสร้างนโยบายในทุกกระดับ การจัดทำคู่มือการพัฒนาศักยภาพ การพัฒนาระบบการบริหารจัดการข้อมูล ทั้งนี้ IPC เป็นการบูรณาการการดำเนินงานของประเด็นสุขภาพต่างๆ เช่น HIV TB งานอนามัยเจริญพันธุ์ การจัดการความเสี่ยง และระบบสุขภาพน้ำ เป็นต้น
- นพ.นคร เปรมศรี เสนอการดำเนินงานของประเทศไทยที่มีการจัดตั้งคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลแห่งชาติ ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๖ เพื่อเป็นผู้ขับเคลื่อนนโยบายและผู้ประสานงานฝ่ายต่างๆ ซึ่งรวมถึงการป้องกัน AMR ด้วย อย่างไรก็ตามประเทศไทยยังพบปัญหาการติดเชื้อในบุคลากรสาธารณสุข เช่น MDR-TB การถูกข่มขู่มีคมแทง เป็นต้น ทั้งนี้ความสำเร็จของการดำเนินงาน IPC เกิดจากคุณภาพและประสิทธิภาพของระบบบริการสาธารณสุข การควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และการควบคุมคุณภาพสถานพยาบาล เป็นต้น

#### ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

การเพิ่มเรื่องการล้างมือลงในหลักสูตรของแพทย์ พยาบาล รวมถึงการสร้างความตระหนักในกลุ่มนักเรียนด้วย

#### ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

การนำประสบการณ์จากประเทศต่างๆมาปรับใช้ในการพัฒนาระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของไทย เช่น การใช้ alcohol based hand rub การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง และการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เหมาะสมกับพื้นที่มาใช้

### 2.18 Side event: WHA Working Dinner: HIV Drug Resistance (HIVDR) Global Action Plan (2016-2020)

Report by Dr. Nakron Premisri

#### Background

The dinner was held in a restaurant in Geneva during WHA 69<sup>th</sup> on May 25, 2016 (7.30pm). It was the working among key member states (Cameroon, Japan, South Africa, Thailand, Zimbabwe), Developmental Partners (Gates Foundation, CDC-USA, The Global Fund, UNITAID) and WHO (HIV/AIDS Department, Antimicrobial Resistance, AFRO, Equal International).

#### The specific objectives of the dinners were;

- To sensitize and engage Member States and Key Partners to HIVDR
- To secure high level input to and support for the HIVDR Global Action Plan
- To disseminate information on the development of the Global Action Plan
- To engage key countries to support the launch and implementation of the HIVDR global action plan

The discussion led by Dr.Gottfried Hirnschall, director of HIV/AIDS Department, WHO. There was the presentation on the available data on HIVDR in Africa. The data was inadequate of coverage which did not provide the real situation. WHO would like to launch the HIVDR Global Action Plan by this year, through the series of consultations; prior WHA 69<sup>th</sup>, during WHA 69<sup>th</sup>, International AIDS conference 2016 including the online technical survey.

In the proposed HIVDR global action plan, there were 5 objectives i.e.

Obj1. Motivate coordinated action and mobilize resources

Obj2. Prevent and response to HIVDR

Obj3. Generate evidence to inform policy

Obj4. Encourage innovative research

Obj5. Strengthen Laboratory capacity and quality

#### Thailand delegate suggests;

- HIVDR surveillance system is the essential part that most of developing countries have the limited resource to develop the data collection and enter into the system. There is an urgent need of surveillance system which WHO will play a major role on technical assistance to build up the capacities on this issue.
- HIVDR is one part in Antimicrobial Resistance which is one the agenda in Global Health Security, WHO should take this linkage for the high level support and advocacy.
- Laboratory capacity is crucial for strengthening the HIVDR monitoring. WHO-HQ and regional offices should support member states in the way of Laboratory Capacity Building.
- Prevent and response to HIVDR is important, there should be the specific mention on the value of counseling prior and during the ART to maintain adherence.

#### 2.19 Side Meeting: Global action in antibiotic research and innovation

ผู้จัด Netherlands, United Kingdom, Australia, Canada, Colombia, Japan, Norway, South Africa, Sweden, Thailand, and Zambia

วันพฤหัสบดีที่ ๒๖ พ.ค. ๒๕๕๙/ เวลา ๑๒:๑๕-๑๓:๔๕ น.

#### ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน:

นายรังสรรค์ มั่นคง สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

#### เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

- จากการประชุมโดย Sir O'Neil ปัญหาวิกฤติการต้านยาจะส่งผลกระทบต่อความสูญเสียเชิงเศรษฐศาสตร์ (กว่า ๑๐๐ ล้านล้านเหรียญ) และ เชิงสุขภาพ (ผู้ตายจากสาเหตุนี้กว่า ๑๐ ล้านคนต่อปี) ภายในปี ๒๐๕๐
- การพัฒนายาปฏิชีวนะใหม่ให้เกิดขึ้นต่อวิกฤติการต้านยา ต้องอาศัยความทุ่มเทและความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน (public private partnership) ในด้าน R&D และต้องมีนวัตกรรมเชิงเศรษฐศาสตร์

เพื่อจูงใจให้นักวิจัยและบริษัทพัฒนายาเข้าร่วมอย่างเพียงพอ นอกจากนี้ต้องอาศัยมาตรการทั้ง Pull และ Push จากฝั่ง Supply และ Demand

- ปัจจุบันทั่วโลกเห็นความสำคัญและได้ริเริ่มโครงการเพื่อพัฒนายาใหม่ อาทิ Global Antibiotic Research and Development Partnership (GARD) (โดย WHO, DNDi, ๔ รัฐบาล และ MSF), Biomedical Advanced Research and Development Authority ใน USA, The Innovative Medicines Initiative ใน Europe, the Joint Programming Initiative on AMR, และทุนรางวัลต่างๆ อาทิ the Longitude Prize, the Challenge Prize and the Horizon Prize เป็นต้น
- บริษัทยาภาคเอกชน ๑๐๐ แห่ง ได้ประกาศปฏิญญา และความมุ่งมั่นที่จะต่อกรกับการดื้อยาในภาพใหญ่ ที่มากกว่าแค่การพัฒนายาใหม่ โดยมุ่งให้มีผลลัพธ์ที่มีความหมาย วัดและติดตามได้อย่างเป็นรูปธรรม เริ่มดำเนินการแล้วตั้งแต่ต้นปี ๒๐๑๖
- สำหรับประเทศที่ไม่ใช่ประเทศ R&D มีการประยุกต์ใช้มาตรการอื่น เช่น ประเทศไทย มีการใช้ยาสมุนไพร เช่น แทนยาปฏิชีวนะ การให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับความแตกต่างของ ยาปฏิชีวนะ (anti-biotics) และ ยาแก้อักเสบ (anti-inflammatory) ต่อประชาชน และการมีระบบ P&P (pay for performance) สำหรับโรงพยาบาลที่อาสาเข้าร่วมในการลดการจ่ายยาปฏิชีวนะ ระหว่างปี ๒๐๑๒-๒๐๑๕ โรงพยาบาลที่เข้าร่วม ๙๐๐ แห่ง มีอัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะลดลงจาก ๕๔% มาเป็น ๔๐% (ดร.นิธิมา สุ่มประดิษฐ์ สำนักงานอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข)

#### ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- การพัฒนายาใหม่ ต้องทำไปควบคู่กับ การใช้ยาที่มีอยู่อย่างมีความรับผิดชอบเพื่อให้ยาคงอยู่ (Conservation) ตลอดจน การเอื้อให้เกิดการเข้าถึงอย่างเท่าเทียมของผู้ที่จำเป็นต้องใช้ยา (Equitable Access for All) โดยแต่ละประเทศอาจมีจุดเน้นแตกต่างกัน แล้วแต่เศรษฐกิจ และความเป็นของตน
- นอกจากการพัฒนายาใหม่ให้สำเร็จแล้ว การมองถึงการกระจายยาไปสู่ผู้ที่ต้องการ (delivery) ได้ในราคาที่จ่ายได้ (affordability) ก็เป็นเรื่องสำคัญที่ต้องนำมาคิดประกอบไปด้วย เพื่อไม่ให้เกิดเป็นปัญหา
- ความร่วมมือข้ามภาคส่วน และข้ามพรมแดน เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ในการก้าวข้ามข้อจำกัดและความท้าทายของการพัฒนายาใหม่ ให้เกิดขึ้นทันกับวิกฤติการดื้อยาที่กำลังเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว

## 2.20 Side Meeting: Alcohol Marketing in the Digital World

ผู้จัด บอรวานา เอกวาดอร์ เวียดนาม ศรีลังกา เอสโตเนีย

วันพฤหัสบดีที่ ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๕๙ เวลา ๑๘.๐๐-๑๙.๓๐ น. ห้อง XXII (24)

#### ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

นางสาวอรณา จันทรศิริ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

#### เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

- วิทยากรนำการสนทนาในที่ประชุมกล่าวถึงความสำคัญของการจัดประชุมคู่ขนานตามหัวข้อนี้ เนื่องจากเครือข่ายออนไลน์กำลังเป็นช่องทางสำคัญของการตลาดอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

- Prof.Sally Casswell นักวิชาการขับเคลื่อนด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นำเสนอผลการศึกษาวิจัยของผลกระทบจากการตลาดรูปแบบใหม่ ปัจจุบันเครือข่ายสังคมออนไลน์ซึ่งเข้าถึงจำนวนผู้ใช้งานได้มาก เช่น เฟสบุ๊ค จนเป็นโอกาสเปิดพื้นที่ออนไลน์ให้อุตสาหกรรมได้เข้ามาทำการตลาด เกิดผลทางจิตวิทยาที่ไม่รับรู้ว่าเป็นช่องทางการตลาด และสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษภัยต่อเยาวชน
- ประเทศต่างๆทั้งบอสวานา เอกวาดอร์ เวียดนาม ศรีลังกา และเอสโตเนีย ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์โดยสรุปทุกประเทศกำลังเผชิญกับรูปแบบตลาดออนไลน์อุตสาหกรรมแอลกอฮอล์ ที่เปลี่ยนจากการตลาดทางโทรทัศน์มาเป็นออนไลน์ ซึ่งอันตรายมากขึ้นเนื่องจากสามารถเข้าถึงได้ทุกที่ ทุกเวลา ผ่านโทรศัพท์มือถือและอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์อื่นๆ ส่งผลเพิ่มจำนวนนักดื่มหน้าใหม่ โดยการตลาดเหล่านี้มุ่งสร้างภาพลักษณ์ให้ดูทันสมัยและเชิญชวนให้ลอง และให้ผู้ดื่มมีส่วนร่วมในการร่วมในการโฆษณาต่อไป เช่น การลงรูปหรือถ้อยคำเชิญชวนต่างๆในหน้าเฟสบุ๊คของตน เป็นต้น มีการสรุปว่าการตลาดออนไลน์เป็นประเด็นที่ประเทศใดประเทศหนึ่งไม่สามารถจัดการลำพังได้ เนื่องจากเป็นเครือข่ายที่เชื่อมโยงถึงกันทั่วโลก จึงต้องอาศัยความร่วมมือกันในระดับโลก

### ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

เนื่องจากในขณะนี้ เริ่มมีแนวคิดเรื่องการจัดทำกรอบอนุสัญญาควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Framework Convention on Alcohol Control: FCAC) จึงมีข้อเสนอจากที่ประชุมว่ากรอบอนุสัญญาดังกล่าว ซึ่งจะกล่าวครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญของการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จึงต้องเสนอประเด็นเรื่องการตลาดดิจิทัลของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วย

## 2.21 Side Meeting: Parliaments as key actors in ensuring access to health for all

ผู้จัด Bangladesh, Italy, Lesotho and Inter-parliamentary Union

วันที่/เวลา ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๕๙/๑๒.๑๕-๑๓.๔๕

### ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

นายแพทย์ปทานนท์ ขวัญสนิท กรมสุขภาพจิต

### เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

- เลขาธิการ Inter-parliamentary Union (IPU) (Mr Martin Chungong) ย้ำบทบาทของ IPU ที่ทำงานร่วมกันกับองค์การสหประชาชาติ ผลักดันผ่านทางรัฐภายในประเทศและระหว่างประเทศ เพื่อขับเคลื่อนงานสุขภาพระดับโลก โดยเฉพาะประเด็นสุขภาพผู้หญิงและเด็ก
- Lesotho Ms Nithoi Motsamai กล่าวในนามของสมาชิกแห่งชาติ ซึ่งสถานการณ์ของประเทศว่า มี อัตราการตายของมารดาสูงที่สุดในทวีปแอฟริกา รวมถึงปัญหา HIV/AIDS ที่มีผลกระทบต่อประเทศมาก แต่ผลการทำงานร่วมกับรัฐสภาโดย IPU แก่ปัญหา HIV/AIDS ผ่านกลยุทธ์ ๙๐-๙๐-๙๐ ทำให้ได้รับงบในการดำเนินการแก้ปัญหา HIV/AIDS มากกว่าร้อยละ ๔๐ จากรัฐมนตรีส่งผลให้ปัญหาดังกล่าวทุเลาลง นอกจากนี้แนวทางแก้ไขโดยมาตรการการอบรมบุคลากรสาธารณสุขอย่างทั่วถึงก็มีส่วนสำคัญเช่นกัน
- ประธานกลุ่มที่ปรึกษา IPU ของ HIV/AIDS และสุขภาพแม่และเด็ก ( Dr Faustine Ndugulile) ซึ่งปัญหาการแก้ปัญหาถูกบังคับแต่งงานในผู้หญิงอายุน้อยว่าถูกผลักดันผ่าน IPU ให้เป็นกฎหมายและย้ำว่าได้รวมเอากลุ่มประชากรชายขอบด้วยซึ่งสอดคล้องไปกับการดำเนินการของ SDGs

- สมาชิกกลุ่มที่ปรึกษา IPU ของ HIV/AIDS และสุขภาพแม่และเด็ก (Ms Pia Locatelli) ย้ำเรื่องสิทธิมนุษยชนของผู้หญิงต้องครอบคลุมกลุ่มประชากรอพยพที่แม่ไม่มีหลักฐานทางกฎหมายแต่ได้สิทธิเท่าเทียมกับพลเมืองในประเทศในแง่การเป็นเหยื่อของความรุนแรงรูปแบบต่างๆ โดยเฉพาะด้านเพศ การทำงานของ IPU เป็นกลไกสำคัญในการติดตามการทำงานของรัฐมนตรีด้วย และชี้ว่าการทำงานร่วมกันกับ G๗ ประสบความสำเร็จด้วยดี
- สมาชิกกลุ่มที่ปรึกษา IPU ของ HIV/AIDS และสุขภาพแม่และเด็ก (Dr Habibe Millat) กล่าวถึงสถานการณ์ประเทศที่เป็นปัญหา คือ การถูกบังคับแต่งงานในผู้หญิงอายุน้อยและขาดโอกาสทางการศึกษา โดยกลไกการแก้ไขผ่านการยอมรับ SDGs ในรัฐสภา ทำให้เกิดการศึกษาระดับพื้นฐานโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและกระบวนการดูแลแม่และเด็กโดยรัฐ
- ประธานหน่วยอนามัยการเจริญพันธุ์ของ WHO (Dr Ian Askew) กล่าวถึงประโยชน์ของ IPU ว่าทำให้เกิดตัวบทกฎหมาย, แหล่งเงินสนับสนุน, การกำกับดูแลและการขับเคลื่อนงานประเทศบนหลักฐานวิชาการ Dr Ian ย้ำความสำคัญของการขับเคลื่อนงานประเทศบนหลักฐานวิชาการว่าทำให้รัฐบาลตัดสินใจในทิศทางที่ถูกต้องได้ง่ายขึ้น สุดท้ายได้สรุปหลักการการทำงานของ IPU เป็นหลัก ๓ rights ว่า ๑) ข้อมูลที่ถูกต้อง (Right messages) ๒) ต่อบุคคลที่ถูกต้อง (Right person) และ ๓) ในเวลาที่ถูกต้อง (Right time)

#### ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

- ส่วนใหญ่ชื่นชมและสนับสนุนการทำงานของ IPU
- กลุ่มประเทศในทวีปแอฟริกาเสนอให้มี IPU ของภูมิภาคแอฟริกาเพื่อดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นในกลุ่มประเทศดังกล่าว

#### ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

แนะนำให้ประเทศสมาชิกร่วมใน IPU เนื่องจากปัจจุบันความก้าวหน้าในการขับเคลื่อนงาน IPU ด้านสุขภาพทั่วโลกยังมีความแตกต่างกันมาก

## 2.22 Side Meeting: Ending Childhood Obesity: Securing the future for our children

ผู้จัด ประเทศกาน่า ร่วมกับมาเลเซีย เม็กซิโก นิวซีแลนด์ และ แชมเปี้ย

วันที่/เวลา ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๕๙ เวลา ๑๗.๔๕-๑๘.๓๐ น.

#### ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน:

นางฉีรนุช อภาจรรัส กรมอนามัย

#### เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

- วิทยากรจาก Commission on Ending Childhood Obesity, WHO สรุปข้อเสนอจากรายงานของ commission และสถานการณ์เด็กอ้วนในภาพรวม และวิทยากรจากประเทศกาน่า, มาเลเซีย เม็กซิโก นิวซีแลนด์ และแชมเปี้ย นำเสนอสถานการณ์และแนวทางการแก้ไขปัญหาเด็กอ้วนของแต่ละประเทศ โดยสรุปเห็นว่าการแก้ไขปัญหาดังกล่าว จำเป็นต้องใช้ Comprehensive of action โดยเชื่อมโยงกับโปรแกรมการดำเนินงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น Physical Activities และต้องทำงานร่วมกับภาคส่วนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง



- มีข้อเสนอให้กระทรวงสาธารณสุข ควรเป็นผู้นำในการแก้ไขปัญหา โดยเริ่มตั้งแต่เด็กอยู่ในครรภ์มารดา และดูแลต่อเนื่องทุกช่วงวัย เด็กทารกควรได้รับน้ำนมมารดา และส่งเสริมสภาพแวดล้อมการเลี้ยงดู ลดอาหารไม่มีคุณภาพ (Junk food) เพิ่ม Healthy environments
- Director General กระทรวงสาธารณสุข ประเทศเม็กซิโก นำเสนอ National Strategy เพื่อแก้ไขปัญหาภาวะอ้วนในเด็ก ที่เน้นยุทธศาสตร์สำคัญ ๕ ด้าน ได้แก่ ๑) มีข้อมูลเชิงประจักษ์ด้าน Nutrition and Health ๒) ทำงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ตามแนวคิด Social Determinant of Health ๓) สร้างความมุ่งมั่นทางการเมือง (Political will) และแปลงสู่การปฏิบัติให้ได้ ๔) Multisectoral Approach ๕) ให้บริการด้านสาธารณสุขและการแพทย์
- แยกรับเชิญจากประเทศนิวซีแลนด์ ในฐานะตัวแทนมารดาของเด็กนำเสนอเกี่ยวกับปัญหาเด็กอ้วนในชุมชนของตน และแก้ไขปัญหาสำเร็จได้ด้วยการให้ความรู้ด้านสุขภาพในโรงเรียน สร้างความตระหนักให้กับนักเรียนที่จะรู้จักดูแลตนเองและนำไปสู่การดูแลบุตร เมื่อถึงเวลาต้องเป็นมารดา และเรียกร้องให้รัฐบาลต่าง ๆ เปิดโอกาสให้วัยรุ่นได้เข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการ และจะช่วยสร้างทักษะชีวิตที่ดีไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ และเป็นพ่อแม่ในอนาคต

#### ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

- ผู้แทนจาก International Baby Food Network ถามเกี่ยวกับแนวทางของ Commission on Ending Childhood Obesity ในการควบคุมการตลาดเกี่ยวกับอาหารเด็กที่ไม่เหมาะสม และเสนอให้เพิ่มความห่วงใยประเด็นดังกล่าวและให้มีในรายงานฯ ด้วย เสนอให้ส่งเสริม Breast feeding และ Healthy eating ตั้งแต่เด็กเล็ก
- มีข้อเสนอจากที่ประชุมให้ดำเนินการเกี่ยวกับ food labeling ที่สามารถเข้าใจง่าย ๆ เพื่อให้ความรู้และสร้างความตระหนักกับผู้บริโภค เพื่อให้เกิด self-control และเรียกร้องให้ WHO แสดงบทบาทเรื่องนี้มากขึ้น
- ผู้แทนประเทศอิหร่าน เสนอให้ใช้ comprehensive approach โดยยึดตามกรอบ Ottawa Charter on Health Promotion และเน้นการดูแลตั้งแต่ early childhood ถึง วัยรุ่น ด้วยการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

#### ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

การแก้ไขปัญหาภาวะอ้วนในเด็ก จำเป็นต้องสร้างความตระหนักและให้ความรู้กับพ่อแม่และผู้เลี้ยงดูเด็กในการส่งเสริมพฤติกรรมกินและการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมตามวัย ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการการปรับพฤติกรรม ทั้งที่บ้าน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และโรงเรียน สร้างค่านิยมเด็กสุขภาพดีไม่อ้วน และที่สำคัญรัฐต้องมีมาตรการควบคุมการโฆษณาชวนเชื่ออาหารและขนมเด็กที่ไม่มีคุณภาพ

### 2.23 Technical Briefing on Migration and Health

ผู้จัด Service Delivery & Safety, Health Systems & Innovations Cluster, WHO

วันศุกร์ที่ ๒๗ พฤษภาคม ๒๕๕๙ เวลา ๑๒.๓๐ - ๑๔.๑๕ น. ณ ห้อง XII (12)

#### ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

นางศิรินาถ เทียนทอง สำนักงานสาธารณสุขระหว่างประเทศ

### เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

Dr. Margaret Chan, WHO Director General กล่าวเปิดการประชุมโดยย้ำว่าการโยกย้ายถิ่นกับสุขภาพถือเป็นประเด็นปัญหาในระดับโลก ผู้ย้ายถิ่นอาจต้องการมีชีวิตที่ดีขึ้น เพื่อความอยู่รอด จากปัญหาความไม่สงบหรือความรุนแรงทางการเมือง การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ภัยพิบัติ การค้ามนุษย์ ฯลฯ ฉะนั้น จึงมีความจำเป็นต้องมีนโยบายและกรอบการทำงานเกี่ยวกับผู้โยกย้ายถิ่นในประเทศปลายทางหรือประเทศผู้รับ และมีความ international dialogue เกี่ยวกับเรื่องนี้ องค์กรจากประเทศและองค์กรต่างๆ ร่วมแสดงประสบการณ์เกี่ยวกับผลกระทบหรือการรับมือกับการโยกย้ายถิ่น ได้แก่ หน่วยงานเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศ IOM UNHCR WHO และผู้แทนในระดับประเทศ ได้แก่ Costa Rica ไลบีเรีย ศรีลังกา ไทย

- Ambassador William Lacy Swing, Director General of International Organization for Migration (IOM) ขอให้ประเทศต่างๆ มองสุขภาพของผู้ย้ายถิ่นเหมือนเป็นเรื่องสากลเนื่องจากสุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์
- Dr. Zsuzsanna Jakab, WHO Regional Director for Europe กล่าวถึง public health intervention ในอิตาลีซึ่งรองรับผู้อพยพย้ายถิ่นจำนวนมาก โดยประเทศต้องมี migrant health policy รวมทั้งการให้บริการสุขภาพแบบถ้วนหน้า และการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ
- ผู้แทนจาก UNHCR กล่าวว่า มีผู้อพยพถึง ๖๐ ล้านคนที่อาศัยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา จึงขอให้มีการบูรณาการด้านบริการสุขภาพและมีระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ และหากจะให้ยั่งยืนกระทรวงสาธารณสุขต้องมีระบบสุขภาพที่เข้มแข็ง มีแผนระยะยาว มีระบบการเงินเพื่อการบริการสุขภาพ และมีการตอบโต้เกี่ยวกับเรื่องภาวะฉุกเฉิน เพื่อเป็นหลักประกันให้ชีวิตมีสุขภาพที่ดี รวมทั้งต้องมี commitment จากรัฐบาล
- H.E. Mr. Fernando Llorca Castro, Minister of Health, Costa Rica กล่าวถึงประสบการณ์จาก Costa Rica ในฐานะที่เป็นประเทศปลายทาง ซึ่งมีผู้โยกย้ายถิ่นมาจากเอเชีย และแอฟริกา หรือเข้ามาที่ Costa Rica เพื่อเป็นทางผ่านไปยังสหรัฐอเมริกา จึงมี economic migrant ทั้งที่จดทะเบียนและไม่จดทะเบียน รัฐบาลจึงต้องมีนโยบายหลักที่ชัดเจนสำหรับผู้โยกย้ายถิ่น
- H.E. Dr. Bernice Dahn, Minister of Health and Social Welfare, Liberia ได้เล่าประสบการณ์เมื่อมีการระบาดของโรคอีโบล่าในไลบีเรีย ย้ำว่าประเทศต้องมีระบบสุขภาพแห่งชาติที่มีศักยภาพและเข้มแข็ง ปฏิบัติตามกฎหมายระหว่างประเทศ มีการสืบหาและตอบโต้กับการระบาดของโรค ฉะนั้น ชุมชนในระดับชาติและในพื้นที่ต้องมีการตอบโต้ มีการพัฒนาศักยภาพอย่างทั่วถึง มีหน่วยงานระหว่างประเทศเข้ามาช่วยทั้งด้านการเงินและด้าน logistics โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วม
- Dr. Palitha Mahipala, Director General of Health Services, Ministry of Health, Nutrition & Indigenous Medicine ศรีลังกา ในฐานะประเทศที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับความขัดแย้งอันเนื่องมาจาก internal displacement และจะเป็นเจ้าภาพจัด ๒nd Global Conference on Migrant's Health ในเดือนตุลาคม ๒๕๕๙ พูดถึงการดำเนินนโยบายสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยการโยกย้ายถิ่น เนื่องจากเป็นภาระของประเทศศรีลังกา จึงให้ผูมีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด และผู้เป็นแกนหลักเข้ามามีส่วนร่วมจัดให้มีระบบสุขภาพถ้วนหน้ากับผู้โยกย้ายถิ่น มีการจัดทำ dialogue ทั้งระดับชาติและระหว่างประเทศเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ
- นายแพทย์ภูษิต ประคองสาย ผู้อำนวยการสำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ ประธาน Committee B ของการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๙ ได้กล่าวถึงระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับผู้ย้ายถิ่นซึ่งมีร้อยละ ๖ ของประชากรไทย ทั้งที่ขึ้นทะเบียนและไม่ขึ้นทะเบียน โดยไทยจัดให้มีโครงการประกันสุขภาพให้กับผู้ย้ายถิ่นจากประเทศเพื่อนบ้านและผู้ติดตามที่เป็น undocumented migrants โดยเป็นโครงการ

ภาคบังคับซึ่งรับผิดชอบโดยกระทรวงสาธารณสุข ครอบคลุมการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี และให้มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์หรือกรอบความคิดในเรื่องผู้โยกย้ายถิ่นเพื่อไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง

- นอกจากนี้ยังมีการแสดงมุมมองของรัฐมนตรีประจำประเทศสมาชิกและหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ อิตาลี เลบานอน ตุรกี ฟิลิปปินส์ USAID, UNICEF

### ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย / หรือถูกถามจากที่ประชุม :

เนื่องจากเวลาจำกัด จึงไม่มีคำถามจากที่ประชุม

### ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้ :

การประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ครั้งนี้จะเป็นประโยชน์กับ development partners และประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลก เพื่อรับทราบถึงปัญหาของประเทศและภูมิภาค รวมทั้งของโลกเกี่ยวกับการโยกย้ายถิ่น และเนื่องจากเรื่องการโยกย้ายถิ่นเป็นประเด็นปัญหาที่เชื่อมโยงหลายหน่วยงาน จึงต้องการการจัดการแบบบูรณาการ และมีระบบธรรมาภิบาลที่ดีจำเป็นต้องมีความร่วมมือจากทุกภาคส่วนทั้งในระดับประเทศ และระหว่างประเทศเพื่อทำงานร่วมกัน เพราะประเทศโดยตนเองไม่สามารถจัดการปัญหาได้ตามลำพัง จึงควรมีแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพสำหรับผู้โยกย้ายถิ่นและให้บรรจุอยู่ในนโยบายด้านสุขภาพของประเทศ ให้มีการสร้างความเข้มแข็งเกี่ยวกับการตอบโต้ทางด้านสุขภาพ และให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับผู้โยกย้ายถิ่น โดยให้รวมเรื่องสุขภาพจิตในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วย เป็นต้น อนึ่ง การจัดประชุมครั้งนี้ นับเป็นการจัดครั้งแรกในระหว่างการประชุมสมัชชาอนามัยโลก และคาดว่าปี ค.ศ. ๒๐๑๗ จะมีการเสนอข้อ้อมติเกี่ยวกับเรื่องการโยกย้ายถิ่นกับสุขภาพเข้าสู่ที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัชชาหน้า ฉะนั้นประเทศไทยต้องเตรียมพร้อมเกี่ยวกับเรื่องนี้

## 2.24 Side Meeting: Progress towards universal health coverage (UHC) and sustainable development.

ผู้จัด Nepal, Nigeria, Zambia and Zimbabwe

วันที่ 27 May 2016 เวลา 12:30 – 14:00

### ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

นางสาวพัชรา อุบลสวัสดิ์ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

### เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

- ผู้ร่วมอภิปรายประกอบด้วยผู้แทนจากประเทศ Nepal, Nigeria, Zambia, Zimbabwe ผู้แทนจากองค์กร Save the children ผู้แทนจากสหภาพยุโรป และผู้ช่วยผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลก (ADG)
- UHC เป็นส่วนหนึ่งของการให้สิทธิทางสุขภาพแก่ประชาชน โดยการให้ความสำคัญกับประเด็นสาธารณสุข และสร้างความเชื่อมโยงกับประเด็นทางสังคมอื่นๆ การดำเนินนโยบาย UHC จึงไม่เพียงแต่ด้านสาธารณสุข แต่รวมถึงการพัฒนา การลดความยากจน การบรรลุเป้าหมาย MDGs SDGs และสิทธิมนุษยชน ทั้งนี้ก็

ขึ้นอยู่กับความแตกต่างของบริบท และรูปแบบทางเศรษฐกิจในแต่ละประเทศในการนำนโยบาย UHC ไปดำเนินการในทางปฏิบัติด้วย

- การนำเสนอความก้าวหน้าการดำเนินงาน UHC ของประเทศ Nepal, Nigeria, Zambia และ Zimbabwe ซึ่งแต่ละประเทศในอดีตที่ผ่านมาพบกับความไม่เป็นธรรมในเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพและข้อจำกัดด้านทรัพยากร ส่วนใหญ่เริ่มต้นจากการดำเนินงาน Primary Health Care หรือ Basic Health Care ในชุมชน โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายสำคัญของการดำเนินนโยบาย UHC คือ ผู้หญิง เด็ก และวัยรุ่น สรุปว่าปัจจัยสำคัญของการดำเนินงานเรื่อง UHC คือ ๑) ต้องเป็นนโยบายประเทศ เป็นวาระของชาติ ๒) การบริหารจัดการงบประมาณ
- ผู้แทนสหภาพยุโรปนำเสนอการดำเนินงานโครงการ Universal Health Coverage Partnership ซึ่งเป็นโครงการความร่วมมือระหว่าง สหภาพยุโรป องค์การอนามัยโลก และ อีก ๒๘ ประเทศ ตั้งแต่ปี ค.ศ. ๒๐๑๑-๒๐๑๕ โดยประเทศที่ร่วมดำเนินการมีการออกแบบ วางแผนจัดกลุ่มจัดพื้นที่ และกำหนดวัตถุประสงค์ร่วมกัน ๓ ข้อ คือ ๑) Robust national health policies strategies and plans (policy dialogue) ๒) Financial risk protection/health equity ๓) Effective development cooperation. (ดูเพิ่มเติมที่ [www.uhcpartnership.net](http://www.uhcpartnership.net))

**ประเด็นสำคัญที่แลกเปลี่ยนจากที่ประชุม :**

- มีการแนะนำ African Platform for UHC เป็นองค์กร NGOs ที่เรียกร้องให้รัฐบาลต้องประเมินเพื่อให้แน่ใจว่านโยบาย UHC เป็นจริง ประชาชนได้รับบริการสุขภาพทุกคนในทุกชุมชนในอาฟริกา สนับสนุนการรักษาพยาบาลฟรี การมีกองทุนเพื่อความเท่าเทียมทางสุขภาพ การเพิ่มขึ้นของงบประมาณด้านสุขภาพ
- ประเด็น Financial risk protection

**ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:**

เป็นการนำเสนอแลกเปลี่ยนความก้าวหน้าในกลุ่มประเทศเฉพาะ ที่มีความแตกต่างทั้งด้านสังคม ภูมิประเทศ วัฒนธรรม และข้อจำกัดของทรัพยากร ฯลฯ กับประเทศไทย อย่างไรก็ตามประสบการณ์การดำเนินงาน ปัจจัยความสำเร็จ และโครงการความร่วมมือต่างๆ ก็เป็นข้อมูลที่น่าจะนำไปประโยชน์ต่อการดำเนินงาน UHC ได้

## 2.25 Side Meeting: Healthy Aging: Innovative approaches to promote health across the life-course

**ผู้จัด** Government of Japan, co-sponsored by the government of Australia, India, Netherlands, Norway, Thailand and the United states of Americas

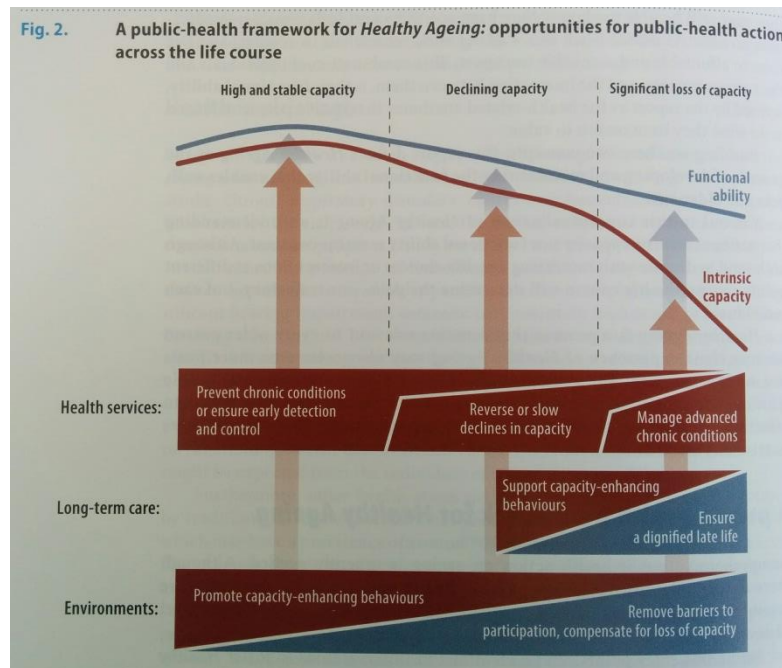
วันที่ ๒๗ พฤษภาคม ๒๕๕๙ เวลา ๑๒.๑๕-๑๓.๔๕

**ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน**

แพทย์หญิงมานิตา พรรณวดี สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

**เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)**

John Beard, WHO Director Aging and Life Course นำเสนอ กรอบแนวคิดของสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนี้



จากรูปภาพแบ่งการดำเนินสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุเป็น ๓ ช่วงได้แก่ High and stable capacity, Declining capacity and Significant loss of capacity ซึ่งควรออกแบบการทำงานให้สอดคล้องในแต่ละระยะเพื่อลดจำนวนผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงหรือให้เข้าสู่ภาวะพึ่งพิงช้าที่สุด

#### ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

มีผู้เข้าร่วมประชุมถามว่างาน palliative care รวมอยู่ใน long term care (LTC) หรือไม่ คำตอบคือ ไม่รวม เนื่องจากวัตถุประสงค์คนละอย่างกันและงานค่อนข้างแตกต่าง คือ งาน LTC เพื่อลดภาวะพึ่งพิง เพิ่มศักยภาพของผู้สูงอายุ แต่ palliative care เน้นการรักษา intervention จะแตกต่างกัน

#### 2.26 Side Meeting: Service, measurement, accountability and response for attainment of health sustainable development goals (SDGs): leveraging benefits of space science, geospatial data and eHealth

ผู้จัด the delegations of Bangladesh, Liberia and the United State of Americas

วันที่ ๒๗ พ.ค. ๕๙ เวลา ๑๒.๑๕ - ๑๓.๔๕ น.

#### ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

ดร. เกสัชกรหญิงกุลจิรา อุดมอักษร

#### เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

การดำเนินการเพื่อให้ได้ไปถึง SDGs ได้นั้นต้องมีกลไกที่ดีในการติดตาม วัดผลลัพธ์ที่ดี การมีระบบข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับระบบสุขภาพที่ดี เป็นเครื่องมือที่สำคัญอย่างยิ่งในการติดตาม วัดผลลัพธ์ความคืบหน้าในการดำเนินการ

- การประชุมได้นำเสนอความก้าวหน้าในการใช้เทคโนโลยีในการส่งมอบบริการสุขภาพของประเทศต่างๆ เช่น บังคลาเทศ ซึ่งได้เชื่อมโยงข้อมูลการรักษาพยาบาลในทุกๆ ระดับไว้ที่ศูนย์ข้อมูลแห่งชาติ
- ความเป็นไปได้ และประโยชน์ ในการใช้เทคโนโลยีอวกาศมาใช้ในระบบสุขภาพ ซึ่งปัจจุบันได้มีการนำมาใช้บ้างแล้วในบางที่ เช่น Telecommunication satellites ได้ถูกนำไปใช้ในการตรวจรักษาจากทางไกล ด้วยระบบ telemedicine, tele epidemiology, global navigation, ปัจจุบันความก้าวหน้าของ earth observation satellite ทำให้สามารถเก็บข้อมูลสำคัญทั้งในระดับท้องถิ่น ภูมิภาค และระดับโลก เพื่อใช้ในการตัดสินใจที่เกี่ยวกับการควบคุมการระบาดของโรค การจัดการโรค การแผนที่เกี่ยวข้องกับการเป็นอยู่ที่ดี (well-being), การศึกษา และติดตามปัจจัยก่อโรคต่างๆ เป็นต้น

#### ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

- ความสามารถในการจ่ายของประเทศต่างๆ ในการลงทุนในระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ เนื่องจากเทคโนโลยีดังกล่าวยังคงมีราคาแพง บางประเทศไม่สามารถจ่ายได้ โดยข้อมูลจาก DG บอกว่าบางประเทศแม้กระทั่งระบบข้อมูลการแจ้งเกิด และแจ้งยังไม่มียเลย
- ความคุ้มค่าของการนำเทคโนโลยีอวกาศมาใช้ในระบบสุขภาพ เนื่องจากมีราคาแพงมาก
- ความเป็นไปได้ในการนำเทคโนโลยีจากเจ้าของเทคโนโลยีมาใช้ ในราคา หรือรูปแบบที่สามารถเข้าถึง หรือใช้ร่วมกันได้ของประเทศต่างๆ

#### ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- WHO ควรมีแผนดำเนินการ กลยุทธ์สนับสนุนทั้งทางเทคนิค และด้านอื่นๆ ในการพัฒนาระบบสารสนเทศด้านสุขภาพในประเทศสมาชิก เพื่อเป็นเครื่องมือสำคัญในการติดตามความคืบหน้าในการดำเนินการเพื่อเข้าถึง SDGs
- รูปแบบความร่วมมือกับเจ้าของเทคโนโลยีอวกาศ เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ และการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดังกล่าวมาใช้กับระบบสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม และสามารถเข้าถึงได้

### 2.27 Side Meeting: G7 activities for Health System Strengthening and Universal Health Coverage

ผู้จัด ประเทศญี่ปุ่น และประเทศเยอรมัน

วันที่ ๒๗ พฤษภาคม ๒๕๕๙ เวลา ๑๘.๐๐ น. -๑๙.๓๐ น.

#### ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

นางสาวธนาภา ล้อทอง สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

#### เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

การประชุมกล่าวถึงแนวทางการดำเนินการสำคัญจากการประชุม G7 และโปรแกรมในการขับเคลื่อน Health System Strengthening and Universal health Coverage

- ประเทศญี่ปุ่น โดย Dr. Naoko Yamamoto ได้กล่าวถึงทิศทางของประเทศญี่ปุ่นที่ให้ความสำคัญ ในการผลักดันและสนับสนุน (leading role) ในการขับเคลื่อน UHC และผลลัพธ์ของการประชุม G๗ ISe-Shima

Summit ๒๐๑๖ ที่ให้ความสำคัญในเรื่อง Human security for all towards the achievement of SCGs และการมุ่งเน้น ๓ เรื่อง การ Reinforcing the global health architecture เพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการภาวะฉุกเฉิน (public health emergency) Attaining UHC เพิ่มความแข็งแกร่งของระบบสุขภาพ และ Strengthening response to AMR

- ประเทศเยอรมัน โดย Hans-Peter Baur, ได้แนะนำโปรแกรม การจัดทำ Roadmap “Healthy Systems-Healthy Lives” ซึ่งได้นำเสนอใน High level side event ที่การประชุม SDG Summit, กันยายน ๒๐๑๕ โดยมีเป้าหมายในการพัฒนาเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย SCGs ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การสร้างความตระหนักในเรื่อง UHC และ HSS (health system strengthening) มีเป้าหมายร่วม (Common goals) ในการพัฒนาความเข้าใจ (joint understanding) และ concise set of recommendations ในการ build strong and resilient national health systems, build contribution to UHC โดยมีจุดเน้นใน ๕ เรื่องคือ Good governance, Sustainable Finance, Skilled staff and Underlying support systems, Resilience, and Global markets โปรแกรมตั้งเป้าที่จะดำเนินการ ธันวาคม ๒๐๑๖ เป็นต้นไป ในระยะเวลา ๕ ปี (๒๐๑๗-๒๐๒๑)
- ที่ประชุมได้มีการอภิปราย ทิศทางและการดำเนินการของประเทศและองค์กรต่างๆในเรื่องนี้ โดยยกตัวอย่างของประเทศ Liberia โดย Dr. Bernice T. Dahn ในการ Strengthen HSS ในการรับมือ Ebola ประเทศบังคลาเทศ โดย Prof. Abul kalam Azad ในเรื่อง การนำเทคโนโลยี และระบบข้อมูลมาใช้ Dr. Marie-Paule Kieny จาก WHO ในการสนับสนุนการ share practices, review evidences กับประเทศต่างๆ Dr. Christoph Benn, Global Fund ในการ encourage การดำเนินการร่วมกับ partners David Evans จาก World bank ในส่วนของการทำงานกับประเทศในเรื่อง Health Financing Luisa Hanna จาก Save the Children ในส่วนของการทำงานร่วมกันของโปรแกรม health system กับ civil organization

### ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

ควรให้ความสำคัญในการดำเนินการเรื่อง Sustainability, Political movement และการ Align and leverage partners strategy at all levels (country, international and UHC alliances)

### 2.28 Side Meeting: Reducing 7 million deaths annually from Air Pollution; Implementing WHA68.8 (2015) through Actions at Country, City and Household level

ผู้จัด ประเทศนอร์เวย์ ร่วมกับ ประเทศแซมเบีย

วันที่/เวลา ๒๗ พฤษภาคม ๒๕๕๙ เวลา ๑๗.๔๕-๑๙.๓๐ น.

### ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

นางฉีรนุช อากาศรัส กรมอนามัย

### เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

- วิทยากร โดย Dr Flavia Bustreo, ADG/WHO, Mr. Stein Nesvag ที่ปรึกษากระทรวงต่างประเทศ นอร์เวย์, Dr Carlos Dora, Coordinator/PHE, Dr Maria Neira, WHO, Mr Bernard Jomier, Deputy Mayor of Paris for

Health and Disability Issues, Ms Charlotte Marchandise-Franquet, President of WHO Healthy Cities French Network & Deputy Mayor, France เป็นต้น

- ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการตอบสนองต่อปัญหาการเสียชีวิตจากมลพิษอากาศที่เพิ่มมากขึ้นในระดับโลก เฉลี่ยประมาณ ๗ ล้านคนในแต่ละปี และกล่าวถึงความพยายามขององค์กรระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งประเทศสมาชิกได้ให้ความสำคัญกับการดำเนินการเรื่องนี้มากขึ้นหลังจากที่มีข้อมติจาก WHA๖๘.๘ เมื่อปี ๒๐๑๕ เป็นครั้งแรก โดย Dr Carlos Dora ได้นำเสนอสถานการณ์ปัญหามลพิษอากาศกับปัญหาสุขภาพและการเสียชีวิตทั่วโลก อาทิ การเสียชีวิตจาก Stroke, lung cancer, Chronic lung disease และ heart attack การแก้ไขปัญหามลพิษอากาศจะช่วยลด NCD ได้ อีกทั้งยังมีส่วนช่วยให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ใน SDG ๓ (Health), SDG 7 (Energy) และ SDG 11 (Cities) และยังเชื่อมโยงและสนับสนุนการหยุดยั้งการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Climate Change Mitigation) ด้วย
- ประเทศสมาชิกหลายประเทศ และ WHO เห็นความสำคัญและผลักดันให้มีการเสนอ Road map for an enhanced global response to the adverse health effects of air pollution ในการประชุม WHA๖๙ เพื่อให้เป็นกรอบแนวทาง และบทบาทของภาคสาธารณสุข ในการดำเนินงานร่วมกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม การแก้ไขปัญหามลพิษอากาศที่ต้องดำเนินการ มีทั้ง Ambient air pollution และ Household air pollution (HAP) ซึ่ง HAP ส่วนใหญ่เป็นปัญหาของประเทศกำลังพัฒนา โดยผู้แทนจากประเทศแซมเบีย กล่าวสนับสนุนการดำเนินงาน Clean Cooking Stove ที่ต่อสู้และลดความเสี่ยงจากโรคมะเร็ง ที่มีสาเหตุจากมลพิษอากาศ
- เครือข่าย Healthy Cities กล่าวถึงการดำเนินงานที่มีประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกร่วมเป็นสมาชิกเครือข่าย และมีการดำเนินงานเกี่ยวกับลดมลพิษอากาศ ทั้งในเขตเมืองใหญ่และเมืองขนาดเล็ก ที่ต้องใช้หลักการ Healthy City, Health in All Policies และ Strengthening of Network ตั้งแต่ Local Empowerment ไปจนถึง National Advocacy และ วิทยากรจาก India Vital Strategies เสนอ “Strategic Communication to set Health Agenda” โดยยกตัวอย่างเรื่องการควบคุมการสูบบุหรี่ ในประเทศอินเดีย และการป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก ในประเทศเม็กซิโก

### ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

กระทรวงสาธารณสุขควรมีบทบาทในการลดปัญหาสุขภาพจากมลพิษอากาศ โดยสามารถดำเนินการได้ตั้งแต่ระดับชุมชน จนถึงระดับประเทศ ระดับภูมิภาคและระดับโลก โดยการสร้างความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมจากชุมชน สร้างความตระหนักรู้ต่อปัญหาและวิธีการป้องกัน ทำงานข้ามภาคส่วน และผลักดันเชิงนโยบาย โดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ด้านสุขภาพและผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษอากาศ และพัฒนาให้มีระบบติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ

## 2.29 Side Meeting Dengue: reframing the dialogue

ผู้จัด ประเทศมาเลเซีย ร่วมกับ ประเทศไทย สิงคโปร์ สาธารณรัฐประชาชนจีน ญี่ปุ่น บราซิล

นิวซีแลนด์ ฟิลิปปินส์ และ WHO (Neglected Tropical Diseases)

วันที่ วันที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๕๙ เวลา ๑๒:๔๕-๑๔:๑๕ (Lunch Talk) Room XXIV (Room 24)



## ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

ดร.นลินี ศรีพิวง กรมควบคุมโรค

### เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

- เป็นการประชุมในรูปแบบของเวทีอภิปรายและให้ผู้เข้าร่วมประชุมร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น โดยการอภิปรายมุ่งเน้นการกระตุ้นให้เกิดความตระหนักถึงภัยของไวรัสไข้เลือดออก รวมไปถึงไวรัสของโรคชิคุนกุนยา ชิคุงุนยา และอื่นๆ ที่มีการระบาดทั่วโลก โดยมียุงลาย (*Aedes aegypti*) เป็นพาหะ โดยเฉพาะกรณีของไข้เลือดออกที่เพิ่มจำนวนการแพร่ระบาดในหลายประเทศ ประมาณ ๑๒๘ ประเทศ มีประชากรเสี่ยงต่อโรคประมาณ ๒.๕ พันล้านคน (ร้อยละ ๔๐ ของประชากรโลก) ซึ่งการควบคุมโรคดังกล่าว เกี่ยวข้องกับการดำเนินการเกี่ยวกับเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศโลก (Climate Change) สังคมเมือง (Urbanizations) และเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (the Sustainable Development Goals)
- ผู้ร่วมอภิปราย: ประกอบด้วย Dr. S. Subramaniam, Minister of Health Malaysia: กล่าวถึงเหตุผลความเป็นมาและเป็นผู้ดำเนินการอภิปราย Mr. Gan Kim Yong, Minister for Health Singapore: กล่าวถึงการดำเนินการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายและการเฝ้าระวังสุขภาพด้วยความร่วมมือของภาครัฐและประชาชนในชุมชน Mdm Janette P. Loreto-Garin, Health Secretary, Philippines: กล่าวถึงวิธีการถ่ายทอดความรู้และการดำเนินการในพื้นที่ Representative from Ministry of Health Brazil: กล่าวถึง การควบคุมพาหะของโรคไข้เลือดออกและชิคุงุนยา Dr. Hiroki Nakatani, Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan กล่าวถึงการอุบัติใหม่ของโรคไข้เลือดออก Dr. Joachim Hombach, WHO-FWC-IVRฯ กล่าวถึงข้อเสนอแนะของ SAGE (Strategic Group of Experts) เกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ได้รับอนุญาตให้ใช้ได้ (Licensed Dengue Vaccine) Dr. Raman Velayudhan, WHO-HTM/NTD WHO-HTM/NTD: กล่าวถึง ภาระโรคและเป้าหมายของการพัฒนาอย่างยั่งยืน (SDG) สำหรับไข้เลือดออก

### ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปรายหรือถูกถามจากที่ประชุม:

- มีความต้องการเครื่องมือ (Tools) หรือวิธีการที่ดีกว่าเดิมและสามารถนำไปใช้ในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคต่างๆ โดยมียุงลาย (*Aedes aegypti* mosquitoes) เป็นพาหะอย่างยั่งยืน ซึ่งมีการอภิปรายเกี่ยวกับข้อเสนอแนะ ปัจจุบันของ SAGE และขั้นตอนแนะนำวัคซีนไข้เลือดออกที่ได้รับอนุญาตให้เริ่มใช้ได้แล้ว
- Dr. Margaret Chan Director General of WHO ได้ร่วมอภิปราย โดยเสนอให้มีวิธีการควบคุมยุงลาย *Aedes aegypti* ในการป้องกันการแพร่ระบาด ซึ่งเป็นการลงทุนที่คุ้มค่า เพราะสามารถควบคุมโรคไข้เลือดออก ชิคุงุนยา และชิคุงุนยา ไปพร้อมๆ กัน เนื่องจากยุงพันธุ์นี้เป็นพาหะของกลุ่มโรคดังกล่าว
- มีการอภิปรายอย่างกว้างขวางระหว่างญี่ปุ่น บราซิล สิงคโปร์ และฟิลิปปินส์ เกี่ยวกับวิธีการใหม่ๆ สำหรับการควบคุมยุงพาหะของโรค และการกำหนดกลยุทธ์เพื่อการพัฒนาไปสู่เป้าหมายอย่างยั่งยืน (Sustainable Development Goals (SDG))

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

๑. ควรมีเครื่องมือหรือวิธีการที่สามารถจัดการควบคุมยุง โดยเฉพาะยุงพันธุ์ *Aedes aegypti* ที่เป็นพาหะของโรคไข้เลือดออก ชิคุงุนยาและชิคุงุนยา ซึ่งจะลดภาระโรคและคุ้มค่าต่อการลงทุน โดยเป็นเครื่องมือหรือวิธีการที่ดีกว่าเดิม เช่น การเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐและประชาชนในชุมชน โดยใช้

กระบวนการมีส่วนร่วมในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงและในการเฝ้าระวังสุขภาพ การถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับเครื่องมือหรือวิธีการควบคุมโรคดังกล่าว เป็นต้น

๒. ควรมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการใช้วัคซีนไข้เลือดออกที่ได้รับอนุญาตแล้ว
๓. การจัดการการแพร่ระบาดของพาหะและโรค ควรคำนึงถึงสภาพเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศโลก สังคมเมือง และการกำหนดกลยุทธ์ในการดำเนินการเพื่อให้เกิดการพัฒนาไปสู่เป้าหมายอย่างยั่งยืน (Sustainable Development Goals (SDG))
๔. ประเทศไทยควรมุ่งเน้นการจัดการควบคุมโรคด้วยวิธีใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนและการถ่ายทอดความรู้เพื่อการสื่อสารความเสี่ยง (Risk Communication)

# ภาคผนวก

## ข้อมติและข้อตัดสินใจสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๙

เอกสารข้อมติสามารถดาวน์โหลดตาม link ต่อไปนี้ [http://apps.who.int/gb/e/e\\_wha69.html](http://apps.who.int/gb/e/e_wha69.html)

๑. **WHA69.1** Strengthening essential public health functions in support of the achievement of universal health coverage
๒. **WHA69.2** Committing to implementation of the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health
๓. **WHA69.3** The global strategy and action plan on ageing and health 2016–2020: towards a world in which everyone can live a long and healthy life
๔. **WHA69.4** The role of the health sector in the Strategic Approach to International Chemicals Management towards the 2020 goal and beyond
๕. **WHA69.5** WHO global plan of action to strengthen the role of the health system within a national multisectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children
๖. **WHA69.6** Prevention and control of noncommunicable diseases: responses to specific assignments in preparation for the third High-level Meeting of the United Nations General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable diseases in 2018
๗. **WHA69.7** Addressing the challenges of the United Nations Decade of Action for Road Safety (2011-2020): outcome of the second Global High-level Conference on Road Safety – Time for Results
๘. **WHA69.8** Decade of Action on Nutrition
๙. **WHA69.9** Ending inappropriate promotion of foods for infants and young children
๑๐. **WHA69.10** Framework of engagement with non-State actors
๑๑. **WHA69.11** Health in the 2030 Agenda for Sustainable Development
๑๒. **WHA69.12** WHO programmatic and financial report for 2014–2015 including audited financial statements for 2015
๑๓. **WHA69.13** 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
๑๔. **WHA69.14** Scale of assessments for 2017
๑๕. **WHA69.15** Report of the External Auditor
๑๖. **WHA69.16** Salaries of staff in ungraded posts and of the Director-General
๑๗. **WHA69.17** Amendments to the Staff Regulations: dispute resolution
๑๘. **WHA69.18** Process for the election of the Director-General of the World Health Organization
๑๙. **WHA69.19** Global strategy on human resources for health: workforce 2030

- ๒๐. **WHA69.20** Promoting innovation and access to quality, safe, efficacious and affordable medicines for children
- ๒๑. **WHA69.21** Addressing the burden of mycetoma
- ๒๒. **WHA69.22** Global health sector strategies on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, for the period 2016–2021
- ๒๓. **WHA69.23** Follow-up of the report of the Consultative Expert Working Group on Research and Development: Financing and Coordination
- ๒๔. **WHA69.24** Strengthening integrated, people-centred health services
- ๒๕. **WHA69.25** Addressing the global shortage of medicines and vaccines

เอกสารข้อตัดสินใจสามารถดาวน์โหลดตาม link ต่อไปนี้

[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_DIV3-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_DIV3-en.pdf)

## รายนามผู้แทนไทยเข้าร่วมการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๙

๑. ศาสตราจารย์คลินิก เกียรติคุณ นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร  
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
๒. นายแพทย์กิตติศักดิ์ กลับดี  
เลขาธิการรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
๓. นายแพทย์สุระ วิเศษศักดิ์  
ผู้ช่วยปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๔. นางสาวปวีณา ธารสนธยา  
คณะทำงานรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

### สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๕. นายแพทย์สมศักดิ์ อรรฆศิลป์  
รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๖. นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ  
ที่ปรึกษาสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขต่างประเทศ
๗. นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร  
ที่ปรึกษาสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขต่างประเทศ
๘. นายแพทย์ภูษิต ประคองสาย  
ผู้อำนวยการสำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ

### สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

๙. แพทย์หญิงมานิตา พรรณวดี  
รองผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

### สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

๑๐. ดร. เกสัชกรหญิงวลัยพร พัชรนฤมล  
เกสัชกรชำนาญการ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา  
ปฏิบัติราชการสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๑๑. ดร. ทันทแพทย์หญิงวิริศา พานิชเกรียงไกร  
ทันตแพทย์ชำนาญการ  
โรงพยาบาลมะขาม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี  
ปฏิบัติราชการสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๑๒. นางสาวอรณา จันทศิริ  
นักวิจัยฝึกหัด

**สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ**

๑๓. แพทย์หญิงอรธยา ลีมีวัฒนา ยิ่งยง  
รองผู้อำนวยการสำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ
๑๔. นางศิรินาถ เทียนทอง  
นักวิทยาศาสตร์ชำนาญการพิเศษ
๑๕. พ.ต.ต.หญิงสุรีย์วัลย์ ไทยประยูร  
นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ
๑๖. นายบรรลุ ศุภอักษร  
นักวิทยาศาสตร์ปฏิบัติการ

**โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)**

๑๗. นางสาวรัญญา รัตนวิภาพงษ์  
นักวิจัย

**สำนักวิชาการสาธารณสุข**

๑๘. ดร. กฤษดา แสงดี  
นักทรัพยากรบุคคลเชี่ยวชาญ

**สำนักการพยาบาล**

๑๙. นางสาวกาญจนา จันทร์ไทย  
ผู้อำนวยการสำนักการพยาบาล

**กรมควบคุมโรค**

๒๐. นายแพทย์โอภาส การย์กวินพงศ์  
รองอธิบดีกรมควบคุมโรค
๒๑. นายแพทย์นคร เปรมศรี  
ผู้อำนวยการสำนักงานบริหารโครงการกองทุนโลก
๒๒. ดร. นลินี ศรีพวง  
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  
สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
๒๓. อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์  
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ  
ศูนย์พัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์แผนงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ

**กรมการแพทย์**

๒๔. นายแพทย์ปานเนตร ปางพุฒิพงศ์  
รองอธิบดีกรมการแพทย์

๒๕. นายแพทย์ธงธน เพิ่มบถศรี  
 นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ และผู้ช่วยผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์  
 สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

### กรมอนามัย

๒๖. นายแพทย์ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงษ์  
 รองอธิบดีกรมอนามัย
๒๗. ดร. สิ้นศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี  
 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  
 ศูนย์อนามัยที่ ๙ นครราชสีมา
๒๘. นางณิรนุช อภาจรัส  
 นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ  
 สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม
๒๙. นายแพทย์ฐิติกร โตโพธิ์ไทย  
 นายแพทย์ชำนาญการ  
 กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ

### กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

๓๐. นายแพทย์อภิชัย มงคล  
 อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

### สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

๓๑. ดร. เกสัชกรหญิงนิธิมา สุ่มประดิษฐ์  
 เกสัชกรชำนาญการ  
 สำนักยา
๓๒. เกสัชกรหญิงสิตานันท์ พูนผลทรัพย์  
 เกสัชกรชำนาญการ  
 กองแผนงานและวิชาการ

### กรมสุขภาพจิต

๓๓. แพทย์หญิงพรรณพิมล วิปุลากร  
 รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
๓๔. นายแพทย์ปทานนท์ ขวัญสนิท  
 นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ  
 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา



**สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)**

- ๓๕ นายแพทย์ชูชัย ศรชำนิ  
 ผู้ช่วยเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- ๓๖ นายแพทย์คณิตสรณ์ สัมฤทธิ์เดชขจร  
 ผู้อำนวยการสำนักหลักประกันสุขภาพระหว่างประเทศ

**สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)**

- ๓๗ นายแพทย์กิจจา เรืองไทย  
 รองประธานคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๘ และ ๙
- ๓๘ นางสาวพัชรา อุบลสวัสดิ์  
 ผู้อำนวยการสำนักสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

**สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)**

- ๓๙ นางสาวธนาภา ลือทอง  
 ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์
- ๔๐ นายรังสรรค์ มั่นคง  
 ผู้ช่วยผู้อำนวยการสำนักพัฒนาภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์

**สภาการพยาบาล**

- ๔๑ รองศาสตราจารย์ ดร. ทศนา บุญทอง  
 นายกสภาการพยาบาล
- ๔๒ รองศาสตราจารย์ ดร. สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ  
 อุปนายกสภาการพยาบาล คนที่หนึ่ง

**สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ**

- ๔๓ รองศาสตราจารย์สุปราณี เสนาดีสัย  
 นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ
- ๔๔ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันทพันธ์ ชินล้ำประเสริฐ  
 ประธานคณะกรรมการวิเทศสัมพันธ์

**คณะกรรมการจัดการประชุมนานาชาติรางวัลเจ้าฟ้ามหิดล****(Prince Mahidol Award Conference : PMAC)**

- ๔๕ ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิจารณ์ พานิช  
 นายกสภามหาวิทยาลัยมหิดล
- ๔๖ ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์อุดม คชินทร  
 อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล
- ๔๗ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ปิยะมิตร ศรีธรา  
 คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

๔๘. รองศาสตราจารย์ ดร. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา  
ผู้อำนวยการสุขภาพโลกมhitล
๔๙. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. แพทย์หญิงภัทรวลัย ตลิ่งจิตร  
อาจารย์แพทย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
๕๐. นายแพทย์ปริญญา วาทีสาธกกิจ  
อาจารย์แพทย์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
๕๑. นางสาวนุชรภรณ์ เลี้ยงรื่นรมย์  
นักวิจัย  
กลุ่มภารกิจสุขภาพโลกมhitล สถาบันวิจัยประชากรและสังคม  
มหาวิทยาลัยมหิตล

### เครือข่ายพัฒนาศักยภาพผู้นำการสร้างสุขภาวะ (คศน.)

๕๒. ดร. กุลจิรา อุดมอักษร  
อาจารย์ประจำภาควิชาเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
๕๓. ดร. คณางค์ คันธมมธรรพจน์  
อาจารย์ประจำหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาสังคมศาสตร์สิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยมหิตล

### มูลนิธิเพื่อการพัฒนาการศึกษาบุคลากรสุขภาพ

๕๔. ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวงนิตา ชื่นกองแก้ว  
เลขาธิการมูลนิธิเพื่อการพัฒนาการศึกษาบุคลากรสุขภาพ

### กระทรวงการต่างประเทศ

๕๕. นายธานี ทองภักดี  
เอกอัครราชทูตผู้แทนถาวรไทยประจำสำนักงานสหประชาชาติ  
และองค์การระหว่างประเทศอื่นๆ ณ นครเจนีวา
๕๖. นายศศิวัฒน์ ว่องสินสวัสดิ์  
เอกอัครราชทูต รองผู้แทนถาวรไทยประจำสำนักงานสหประชาชาติ  
และองค์การระหว่างประเทศอื่นๆ ณ นครเจนีวา
๕๗. นายวรพจน์ เจนสวัสดิชัย  
ที่ปรึกษา  
คณะผู้แทนถาวรไทยประจำสำนักงานสหประชาชาติ  
และองค์การระหว่างประเทศอื่นๆ ณ นครเจนีวา
๕๘. นายชาลี กาญจนกฤษ  
ที่ปรึกษา  
คณะผู้แทนถาวรไทยประจำสำนักงานสหประชาชาติ  
และองค์การระหว่างประเทศอื่นๆ ณ นครเจนีวา