

สรุปผลการประชุม

การประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๖
ระหว่างวันที่ ๒๐ - ๒๘ พฤษภาคม ๒๕๕๖

ณ Palais des Nations

นครเจนีวา สมาพันธรัฐสวิส

การประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๖ มีการพิจารณาวาระวิชาการทั้งหมด ๒๓ วาระ และวาระรายงานความก้าวหน้า ๑๓ วาระ ดังต่อไปนี้

Agenda Item

- 11 **WHO reform**
- 12 **Programme and budget matters**
 - 12.1 Implementation of Programme budget 2012–2013: interim report
 - 12.2 Draft twelfth general programme of work
 - 12.3 Proposed programme budget 2014–2015
- 13 **Noncommunicable diseases**
 - 13.1 Draft comprehensive global monitoring framework & targets for the prevention and control of NCDs
 - 13.2 Draft action plan for the prevention and control of NCDs 2013–2020
 - 13.3 Draft comprehensive mental health action plan 2013–2020
 - 13.4 Draft action plan for the prevention of avoidable blindness and visual impairment 2014–2019 -Attaya
 - 13.5 Disability
- 14 **Promoting health through the life course**
 - 14.1 Monitoring the achievement of the health-related MDGs
 - 14.2 Follow-up actions to recommendations of the high-level commissions convened to advance women's and children's health
 - 14.3 Social determinants of health
- 15 **Preparedness, surveillance and response**
 - 15.1 Implementation of the International Health Regulations (2005)
 - 15.2 Pandemic influenza preparedness: sharing of influenza viruses and access to vaccines and other benefits
 - 15.3 Poliomyelitis: intensification of the global eradication initiative
- 16 **Communicable diseases**
 - 16.1 Global vaccine action plan
 - 16.2 Neglected tropical diseases
 - 16.3 Malaria
- 17 **Health systems**
 - 17.1 Substandard/spurious/falsely-labelled/falsified/counterfeit medical products

17.2 Follow-up of the report of the CEWG on Research and Development: Financing and Coordination

17.3 Universal health coverage

17.4 The health workforce: advances in responding to shortages and migration, and in preparing for emerging needs

17.5 eHealth and health Internet domain names

18 Progress reports

Noncommunicable diseases

A. Strengthening noncommunicable disease policies to promote active ageing (resolution WHA65.3)

B. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol (resolution WHA63.13)

C. Sustaining the elimination of iodine deficiency disorders (resolution WHA60.21) - *Meay*

Preparedness, surveillance and response

D. Strengthening national health emergency and disaster management capacities and the resilience of health systems (resolution WHA64.10)

E. Climate change and health (resolution EB124.R5)

Communicable diseases

F. Eradication of dracunculiasis (resolution WHA64.16)

G. Smallpox eradication: destruction of variola virus stocks (resolution WHA60.1)

Health systems

H. Patient safety (resolution WHA55.18)

I. Drinking-water, sanitation and health (resolution WHA64.24)

J. Workers' health: global plan of action (resolution WHA60.26)

K. Strategy for integrating gender analysis and actions into the work of WHO

L. Progress in the rational use of medicines (resolution WHA60.16)

M. Health policy and systems research strategy

และการประชุมครั้งนี้ได้มี Resolutions ทั้งหมด 24 มติ ได้แก่

- WHA66.1 Twelfth General Programme of Work, 2014–2019
- WHA66.2 Programme budget 2014–2015

- WHA66.3 Amendments to the Financial Regulations and Financial Rules
- WHA66.4 Towards universal eye health: a global action plan 2014–2019
- WHA66.5 Health conditions in the occupied Palestinian territory, including east Jerusalem, and in the occupied Syrian Golan
- WHA66.6 Financial report and audited financial statements for the period 1 January 2012–31 December 2012
- WHA66.7 Implementation of the recommendations of the United Nations Commission on Life-Saving Commodities for Women and Children
- WHA66.8 Comprehensive mental health action plan 2013–2020
- WHA66.9 Disability
- WHA66.10 Follow-up to the Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases
- WHA66.11 Health in the post-2015 UN development agenda
- WHA66.12 Neglected tropical diseases
- WHA66.13 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
- WHA66.14 Special arrangements for settlement of arrears: Tajikistan
- WHA66.15 Scale of assessments for 2014–2015
- WHA66.16 Foreign exchange risk management
- WHA66.17 Report of the External Auditor
- WHA66.18 Follow-up of the report of the Working Group on the Election of the Director-General of the World Health Organization
- WHA66.19 Real estate

- WHA66.20 Agreement between the World Health Organization and the South Centre
- WHA66.21 Reassignment of South Sudan from the Eastern Mediterranean Region to the African Region
- WHA66.22 Follow up of the report of the Consultative Expert Working Group on Research and Development: Financing and Coordination
- WHA66.23 Transforming health workforce education in support of universal health coverage
- WHA66.24 eHealth standardization and interoperability

โดยรายละเอียดสาระสำคัญและผลการประชุม แยกตามแต่ละวาระ มีดังนี้ :

Agenda ๑๑ WHO Reform

ผู้รายงาน ๑) นพ.ภูษิต ประคองสาย, ๒) นพ.คณิตสรณ์ สัมฤทธิ์เดชขจร

ความเป็นมาและสาระสำคัญของวาระ

องค์การอนามัยโลกอยู่ระหว่างการปฏิรูปองค์กรให้ตอบสนองต่อความต้องการเชิงสาธารณสุขระดับโลกอย่างมีประสิทธิภาพ โปร่งใส และฉับไว เสริมสร้างสมรรถภาพของเจ้าหน้าที่ในการตอบสนองต่อความต้องการจากประเทศสมาชิก และดำรงความเป็นผู้นำในภาวะที่การแก้ปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขต้องอาศัยความร่วมมือของหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน

การปฏิรูปดำเนินการระยะหนึ่งแล้ว โดยทวิความรวดเร็วเป็นอันมากในปี ๒๐๑๓ จนบรรลุตัวชี้วัดมุ่งผลสัมฤทธิ์ (outputs) ซึ่งมีทั้งสิ้น ๕๑ ตัวชี้วัดในแผนปฏิรูปไปแล้ว ๓๑ ตัวชี้วัด

ระเบียบวาระนี้เป็นวาระสืบเนื่องจากระเบียบวาระที่เคยเสนอในการประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลก สมัยที่ ๖๔ และ ๖๕ การปฏิรูปแบ่งเป็น ๓ ประเด็น คือ ๑) การจัดลำดับความสำคัญของแผนงาน ๒) ธรรมนูญ ๓) การบริหารจัดการองค์กร โดยอาศัยกลยุทธ์การบริหารจัดการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (change management) เพื่อโน้มน้าวใจให้การปฏิรูปเป็นที่ยอมรับโดยสมัครสมาน

การประชุมครั้งนี้แยกพิจารณาการปฏิรูปในส่วนของการเงินการคลังออกจากแผนปฏิบัติงาน

ในส่วนของการเงินการคลัง เนื่องจากงบประมาณขององค์การอนามัยโลกมาจาก ๒ แหล่ง คือ จากเงินสมทบของประเทศสมาชิก และจากเงินบริจาค ซึ่งมักถูกกำหนดล่วงหน้าแล้วเชิงการใช้สอย องค์กรจึงถูกจำกัดสิทธิ์การอนุมัติเงินได้เฉพาะเงินสมทบจากประเทศสมาชิก คิดเป็นเพียง ๒๕% ของงบประมาณสุทธิ แผนงบประมาณในปีจึงพิจารณาแบบไม่แยกส่วน งบของทุกแผนจะมาทั้งจากเงินสมทบและเงินบริจาคร่วมกัน

ถัดจากการอนุมัติแผนงบประมาณ คือ การเจรจาทางการเงินการคลัง (financing dialogue) ซึ่งถือเป็นเครื่องมือขึ้นใหม่สำหรับจัดสรรทรัพยากรที่มีจำกัดสู่ยังแผนงานจำเป็น การเจรจจะเริ่มครั้งแรกในปีนี้อำนาจ ๒ ครั้งต่อปี ครั้งแรกเพื่อให้ผู้เข้าประชุมรับทราบความต้องการด้านงบประมาณขององค์การอนามัยโลก ครั้งสองเพื่อจัดสรรงบและงานให้สอดคล้อง ผู้บริจาคที่ไม่ใช่ประเทศสมาชิกจะได้รับเชิญให้เข้าร่วมเจรจาด้วย

บทบาทของประเทศต่างๆ

ประเทศส่วนใหญ่ย้ำเน้นความสำคัญของตัวชี้วัดประสิทธิภาพการทำงาน ทั้งประสงค์ให้องค์กรสร้างความชัดเจนด้านบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของผู้เกี่ยวข้องทุกส่วน พร้อมแสดงความกังวลว่างบประมาณปี ๒๐๑๒-๒๐๑๓ ที่ลดลงราว ๕ ล้านเหรียญสหรัฐฯ อาจเป็นปัจจัยท้าทายต่อความสำเร็จของการปฏิรูป หลาย

ประเทศเห็นด้วยกับการเพิ่มความยืดหยุ่นของเงินบริจาค และมองว่ากระบวนการเจรจาทางการเงินการคลังน่าจะช่วยให้การบริหารจัดการการเงินมีความโปร่งใสและน่าเชื่อถือยิ่งขึ้น

บทบาทของประเทศไทย

ในส่วนของทางการเงินการคลัง

ประเทศไทยชื่นชมความตั้งใจขององค์การอนามัยโลกในความพยายามที่จะสร้างความโปร่งใสของการบริหารงบ ทั้งชื่นชมกลไกการเจรจาทางการเงินการคลัง ซึ่งคาดว่าจะมีส่วนช่วยระดมเงินทุนมากอบกู้แผนงานสำคัญต่างๆ กลับคืน อาทิ Human Resources for Health และ International Health Regulations เป็นต้น ประเทศไทยเห็นด้วยกับเงื่อนไขของเงินบริจาค ณ ปัจจุบันว่าทำให้ขาดอิสรภาพในการบริหารจัดการ จึงเสนอให้ PBAC พิจารณาความเป็นได้ทางการเมืองในการค่อยๆ เพิ่มสัดส่วนเงินสมทบจากประเทศสมาชิก เพื่อให้เกิดความมั่นคงทางการเงินและการกอบกู้แผนงานสำคัญต่างๆ

ในส่วนของแผนปฏิบัติงาน

ประเทศไทยชื่นชมแผนปฏิรูปที่มีความครอบคลุม เห็นว่าเป็นจังหวะดีสำหรับองค์การอนามัยโลก ซึ่งปัจจุบันไม่ใช่องค์กรเดียวที่ดูแลสุขภาพของโลก ในการยืนหยัดอย่างแข็งแกร่ง ประเทศไทยสนับสนุนการจัดลำดับความสำคัญของแผนงาน และเห็นด้วยที่แผนปฏิบัติงานได้ลดจำนวนจุดประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ที่มีอยู่มากมายลงเหลือเพียง ๖ ข้อ อย่างไรก็ดี แม้เงินที่จัดสรรสำหรับแผน NCD ซึ่งเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์จะเพิ่มจาก ๖.๗% เป็น ๘.๐% จำนวนเงินที่เพิ่มไม่น่าจะเพียงพอต่อการเผชิญความท้าทายจาก NCD จึงใคร่เสนอให้พิจารณาเพิ่มงบสำหรับแผน NCD

ประเทศไทยเห็นด้วยที่องค์การอนามัยโลก ซึ่งเป็นองค์กรมีเกียรติ น่าเชื่อถือ และเด่นด้านวิชาการ หันมาประสานกับภาคีทั่วโลกมากขึ้น ทั้งเชื่อว่าหากองค์การอนามัยโลกดำเนินการได้ตามแผนปฏิรูป เฉพาะอย่างยิ่งการคัดเลือกบุคคลเข้าทำงาน การจัดสรรงบประมาณ การบริหารจัดการงบประมาณ องค์กรน่าจะยืนหยัดโดดเด่นระดับโลกต่อไป ข้อสำคัญอยู่ที่การดึงทุกฝ่ายให้มีวัตถุประสงค์ร่วมกัน และอยู่ที่การการปฏิรูปไม่เพียง ๓ สำนักงานใหญ่ แต่ ๓ สำนักงานระดับภูมิภาคและระดับประเทศด้วย

บทเรียนที่ได้รับจากการเข้าร่วมประชุม

- การตระหนักขององค์การอนามัยโลกต่อปัญหาการบริหารจัดการ การเล็งเห็นความจำเป็นของการปฏิรูป และการน้อมรับผลการประเมินและคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญมาใช้ประกอบการวางแผนปฏิรูป
- การปฏิรูปที่ครอบคลุมทุกมิติ อันเกิดจากการมองเชิงระบบ ทั้งภายในและภายนอกองค์กร
- การใช้กลยุทธ์ change management รูปแบบต่างๆ เพื่อโน้มน้าวชักจูงทุกฝ่ายให้เห็นพ้องต้องกัน

Financing of WHO

Intervention by the Thai delegation

Thank you, Mr. Chair.

My delegation commends WHO's commitment to improve the transparency and alignment of WHO's financing. Most especially, we appreciate the innovative mechanism of the financing dialogue, which aims to increase the predictability and transparency of WHO's financing.

We are optimistic that someday soon this mechanism will succeed in mobilizing sufficient resources towards securing all essential programs, in particular Human Resources for Health, International Health Regulations and several normative functions of WHO.

In light of WHO's chronic underfunding, Thailand concurs with Kenya that this compromising situation will only impose upon WHO an ever increasing reliance on voluntary contributions which are, more often than not, earmarked, not only to the programs, but to the countries and regions.

Thailand thus would like to propose a gradual increase in size of the assessed contribution by recommending that PBAC explore the political feasibility of such an increase. This will gradually ensure the financial security of the organization and the survival or resuscitation of essential program activities and key normative functions.

Thank you, Mr. Chair.

High-level implementation plan and report

Intervention by the Thai delegation

Thank you, Mr. Chair.

Thailand commends the comprehensive report on WHO reform prepared by the Secretariat and welcomes the progress made in programmatic prioritization, governance and management reforms, and change management. WHO reform towards an effective UN organization is timely for the maintenance of its relevance and integrity. In light of an

increasing number of public and private Global Health actors, it must be admitted that WHO is no longer the single player in this arena.

Thailand supports the WHO criteria for programmatic priority setting as stated in Program Budget 2014-2015. Thailand also appreciates the whittling down of a large number of strategic objectives in the current biennium to six for the next biennium, one of which that remains is the NCDs.

With NCDs now the major killer and Number One disease burden in all countries, both rich and poor, we have expected the budget allocation for the next biennium to be proportionate to the global burden of disease.

But the increase in the budget for the NCD programs from 6.7% in the current biennium to 8.0% or 318 million USD in the next biennium, although not insignificant, might not be enough to address these huge challenges.

More financial resources should be allocated to the NCDs category. A clear and effective plan in building up and strengthening the technical capacity of member states is also needed for the successful implementation of the Global Action Plan on NCDs

One more important point, Mr. Chair,

With WHO's coffer getting smaller and most health problems spreading wider, WHO's engagement with member states, NGOs and other key actors is salutary. Knowledge power and social credibility are WHO's undeniable strengths in attracting donors to support its programs.

But as previously mentioned, WHO is no longer the single key actor in the global health movement. Partnerships between donors, both big and small, have been forged and contribute to health achievements. We thus feel that the systematic overhaul as detailed in the WHO Reform report, specifically employee selection, resource mobilization, resource allocation and resource management, will go a long way towards keeping WHO's dominant presence and relevance in the global health community.

On that note, we concur with the Report that WHO should realign its goals, not only across

the Organization, but also across partnerships.

Finally, for WHO reform to be successful, all activities as described in the WHO reform report should be rigorously implemented, not only by the Headquarter, but across all regional and country offices, as well.

Thank you, Mr. Chair.

Agenda 12 Proposed Programme Budget 2014-2015

ผู้รายงาน ๑) นพ. ภูษิต ประคองสาย, ๒) นพ. คณิตสรณ์ สัมฤทธิ์เดชขจร

ความเป็นมาและสาระสำคัญของวาระ

การประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลก สมัยที่ ๖๖ ให้การรับรองแผนงบประมาณขององค์การอนามัยโลก สำหรับปี ๒๐๑๔-๒๐๑๕ จำนวนสุทธิ ๓๙๗๗ ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ โดยคำนวณจากการติดตามรายรับรายจ่ายที่ผ่านมาจวบจนปัจจุบันและที่จะดำเนินการในอนาคต แผนงบประมาณที่ผ่านการอนุมัติแล้วนี้ถือเป็นแผนงบประมาณแรกของแผนงานรอบที่ 12 ครอบคลุมปี ๒๐๑๔-๒๐๑๕ โดยเป็นแผนงานที่รวมกรอบการบริหารจัดการรูปแบบใหม่ที่มองผลลัพธ์เป็นสำคัญ ทั้งยังแจกแจงรายละเอียดตัวชี้วัด บทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้อง จึงถือเป็นเครื่องมือหลักสำหรับช่วยตัดสินใจในการจัดสรรและแจกจ่ายทรัพยากร รวมทั้งขับเคลื่อนการปฏิรูปแผนงานให้บรรลุผล

งบประมาณสุทธิ ๓๙๗๗ ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ มาจากเงินสมทบของประเทศสมาชิก ๙๒๙ ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ เงินบริจาค ๓๐๔๘ ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ เงินส่วนหนึ่งจะถูกนำไปบริหารจัดการแผนงาน ๖ แผน คือ ๑) โรคติดต่อ—Communicable diseases ๒) โรคเรื้อรังไม่ติดต่อ—Noncommunicable diseases ๓) ส่งเสริมสุขภาพตลอดช่วงชีวิต—Promoting health through the life course ๔) ระบบสุขภาพ—Health systems ๕) เตรียมพร้อม เฝ้าระวัง และตอบสนอง—Preparedness, surveillance and response และ ๖) สนับสนุนและกรณีฉุกเฉิน—Enabling functions/corporate services and emergencies

การเปลี่ยนแปลงระหว่างแผนงานกระทำได้ไม่เกิน ๕% ของงบประมาณในแผนงานที่เป็นแหล่งเงิน ผ่านนวัตกรรม financing dialogue อันเป็นกลไกที่องค์การอนามัยโลกริเริ่มและจะดำเนินการครั้งแรกในปี นี้ ณ ที่ประชุมคณะกรรมการ Programme, Budget and Administration Committee (PBAC) สาระจากการประชุมจะนำเสนอโดยเลขาธิการใหญ่ต่อสมัชชาองค์การอนามัยโลกเป็นลำดับสุดท้าย

ประเด็นสำคัญที่หลายประเทศสมาชิกของสำนักงานภูมิภาคเอเชียอาคเนย์กังวลในแผนงบประมาณปี ๒๐๑๓-๒๐๑๔ คือ การที่งบประมาณสำหรับสำนักงานภูมิภาคเอเชียอาคเนย์ถูกลดจำนวนจาก ๓๘๔ เป็น ๓๔๐ ล้านดอลลาร์สหรัฐ หรือ ๑๑.๕% โดยถือเป็นสำนักงานภูมิภาคเดียวที่ถูกตัดงบประมาณ

บทบาทของประเทศต่างๆ

หลายประเทศให้การสนับสนุนแผนงบประมาณ ยกเว้นประเทศในภูมิภาคเอเชียอาคเนย์ โดยเฉพาะประเทศรายได้ต่ำที่ยังต้องพึ่งพาความช่วยเหลือจากสำนักงาน ที่รู้สึกผิดหวังและมองการถูกตัดงบประมาณอย่างไม่เป็นธรรมว่า อาจส่งผลถึงการดำเนินการด้านสาธารณสุขระดับประเทศและภูมิภาค ในการจัดการโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งยังเป็นปัญหาที่ภูมิภาคกำลังเผชิญหนักที่สุด หากไม่นับรวมภูมิภาคแอฟริกา

บทบาทของประเทศไทย

ประเทศไทยมองว่าการเจรจาขอให้งบประมาณถูกตัดน้อยกว่านี้หรือกลับมาอยู่ ณ จำนวนเดิมของปี ๒๐๑๒-๒๐๑๓ เป็นไปได้ยาก เรื่องหนึ่งที่ทำได้ คือ การขอให้องค์การอนามัยโลกจัดการกับงบประมาณอย่างเป็นทางการเป็นธรรม โดยเฉพาะงบประมาณจากเงินสมทบของประเทศสมาชิก ซึ่งไม่ควรเป็นส่วนที่จะถูกตัด

แม้ประเทศไทยจะได้รับผลกระทบน้อยจากการที่สำนักงานภูมิภาคถูกตัดงบ แต่ประเทศไทยขอร่วมเป็นหนึ่งในเดียวกับประเทศในภูมิภาคเอเชียอาคเนย์ในการผลักดันในรูปแบบ Regional One Voice ผ่านผู้แทนจากประเทศอินโดนีเซีย ซึ่งกล่าวชี้แจงในที่ประชุม (ภายหลังการเจรจากรอบเพื่อลดความรุนแรงใน side meeting ของ SEARO โดยมีผู้อำนวยการสำนักงานใหญ่และผู้อำนวยการสำนักงานภูมิภาคเป็นประธานร่วม) ถึงข้อกังวลว่าการตัดงบประมาณเช่นนี้จะส่งผลต่อการจัดการปัญหาสาธารณสุข ทั้งโรคติดต่อและโรคเรื้อรังไม่ติดต่อที่ยังเป็นปัญหาในภูมิภาคและมีโอกาสลุกลามไปยังจุดอื่นของโลก ทั้งยังทักท้วงว่างบประมาณสำหรับปี ๒๐๑๓-๒๐๑๔ ที่นำค่าใช้จ่ายเฉพาะ 2 ไตรมาสแรกของปีหนึ่ง (ซึ่งยังอยู่ในช่วงที่มีการใช้จ่ายน้อย) มาประกอบการคำนวณอาจไม่สะท้อนภาพการใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงเมื่อสิ้นสุดไตรมาสสุดท้ายของปีที่สอง อย่างไรก็ตาม หากงบประมาณจำเป็นต้องถูกตัด เงินที่ถูกตัดไม่ควรเป็นเงินสมทบจากประเทศสมาชิก

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ผู้อำนวยการประจำสำนักงานใหญ่เข้าใจสถานการณ์และความรู้สึกของประเทศที่ได้รับผลกระทบจากการถูกตัดงบเป็นอันดี และสัญญาว่าจะจัดการงบประมาณอย่างเป็นทางการเป็นธรรมและโปร่งใส ผ่านกระบวนการ financing dialogue โดยจะพยายามให้บในส่วนที่เป็นเงินสมทบของประเทศสมาชิกได้รับผลกระทบน้อยที่สุด

บทเรียนที่ได้รับจากการเข้าร่วมประชุม

- เทคนิคเจรจาต่อรองของฝ่ายผู้ได้ประโยชน์และผู้เสียประโยชน์
- โอกาสชนะจากการเจรจาเป็นไปได้ยาก แต่โอกาสพบกันครึ่งทางเป็นไปได้มากกว่า

- การหาเรือนกรอบเพื่อลดความรุนแรง
- การผนึกกำลังในรูปแบบ Regional One Voice
- การทบทวนผลการดำเนินงานของสำนักงานเป็นระยะๆ เพื่อปรับปรุงการทำงานให้มีประสิทธิภาพน่าจะเป็นเรื่องที่ดี

Agenda 13 Non-communicable diseases

13.1 Draft comprehensive global monitoring framework and targets for the prevention and control of noncommunicable diseases

13.2 Draft action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013– 2020

ผู้รายงาน ๑) นพ.ทักษพล ธรรมรังสี, ๒) ภญ.อรทัย วลีวงศ์, ๓) พญ. อรรธยา ลีมวัฒนาียงยง

ความเป็นมาและสาระสำคัญของวาระ

ตาม Political Declaration ว่าด้วยการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่รับรองโดยที่ประชุม High-level Meeting (HLM) of the United Nations General Assembly on the Prevention and Control of NCDs กันยายน 2554 ได้มีการขอให้ WHO ดำเนินการพัฒนา 3 เครื่องมือสำคัญ ดังต่อไปนี้

- 1) “กรอบการติดตามความก้าวหน้าและตัวชี้วัดระดับโลกและข้อเสนอแนะสำหรับชุดเป้าหมายแบบสมัครใจในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง” (Comprehensive global monitoring framework, including indicators, and a set of voluntary global targets)” ซึ่งที่ผ่านมา WHO จัดให้มีการเปิดรับฟังความคิดเห็นจากประเทศสมาชิกทางเว็บไซต์ 2 ครั้ง, ประชุมหารืออย่างไม่เป็นทางการกับประเทศสมาชิก 2 ครั้ง และหารือกับ NGO และเอกชนอีก 2 ครั้ง และประชุมปรึกษาหารืออย่างเป็นทางการครั้งสุดท้ายกับประเทศสมาชิกเมื่อเดือนพฤศจิกายน 2555 จนได้กรอบติดตามความก้าวหน้าประกอบด้วย 25 ตัวชี้วัดและ 9 เป้าหมายโดยสมัครใจ โดยตัวชี้วัดแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) การลดลงของความเจ็บป่วยและการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสี่โรคหลัก, 2) การลดลงของได้รับปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งเชิงพฤติกรรม เช่น การบริโภคยาสูบ การดื่มแอลกอฮอล์, การบริโภคเกลือ, การมีกิจกรรมทางกาย และเชิง biological เช่น ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ระดับความดันโลหิต, และ 3) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ/นโยบายต่าง ๆ ของประเทศเพื่อตอบสนองต่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ เช่น การคัดกรองเบื้องต้น

- 2) “แผนปฏิบัติการระดับโลกเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี 2556-2563” เพื่อใช้ดำเนินการต่อจากแผนปฏิบัติการฉบับปัจจุบันที่กำลังหมดอายุในปี 2556 โดยที่ผ่านมา WHO ได้พัฒนาร่างดังกล่าวขึ้นและจัดให้มีการเปิดรับฟังความคิดเห็นจากประเทศสมาชิกทางเว็บไซต์ 4 ครั้ง, จัดประชุมหารืออย่างไม่เป็นทางการกับประเทศสมาชิก 3 ครั้ง และหารือกับ NGO และเอกชนอีก 1 ครั้ง จนในที่สุดได้พัฒนาเป็นร่างสุดท้ายของแผนปฏิบัติการฯ ประกอบไปเนื้อหาสำคัญ เช่น เป้าหมายและหลักการ, วัตถุประสงค์หลัก 6 ข้อรวมทั้งข้อเสนอแนะกิจกรรมสำหรับประเทศสมาชิกและWHO, เป้าหมายโดยสมัครใจ, รายการข้อเสนอแนะมาตรการ รายการหน่วยงาน UN ที่จะทำงานด้วย เพื่อพิจารณาต่อ WHA66
- 3) แนวทางการทำงานกับเครือข่าย/ภาคส่วนต่าง ๆ ในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (Options for strengthening and facilitating multisectoral action for the prevention and control of NCDs through effective partnership)

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ที่ประชุม WHA66 นี้พิจารณาเอกสาร 2 ฉบับ ได้แก่ ร่าง Omnibus Resolution and ร่าง Global action plan ซึ่งมีเสนอเอกสาร non-paper ซึ่งเป็นผลการหารือเพิ่มเติมจากประชุม “Informal-Informals” ระหว่างประเทศสมาชิกกว่า 30 ประเทศ นำโดยอเมริกา มาพิจารณาร่วมด้วย โดยได้มีการจัดตั้งกระบวนการร่างเอกสาร (drafting group) ขึ้นเพื่อให้ประเทศสมาชิกเข้าร่วมพัฒนาเอกสารดังกล่าวต่อ โดยสรุปมีการเปิดหารือเอกสารทั้งหมด 9 รอบ โดยประเด็นที่เป็นที่ถกเถียงกันอย่างมากในการพัฒนาร่างแผนปฏิบัติการคือ

- การจัดตั้งกลไกประสานงานระดับโลก (Global coordination mechanism) เช่น บทบาท การกำหนดหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อประสาน การจัดการการมีผลประโยชน์ทับซ้อนด้วย
- ชุดรายการนโยบายและมาตรการที่แนะนำเพื่อป้องกันและควบคุม NCDs ตามแต่ละวัตถุประสงค์ เช่น การให้ลำดับความสำคัญของมาตรการตามความคุ้มค่าและประสิทธิผล, การเข้าถึงเวชภัณฑ์สำหรับ NCDs โดยลดอุปสรรคด้านราคา, มาตรการการคัดกรอง, มาตรการควบคุมกระบวนการและสารอาหารในระดับผู้ผลิต/อุตสาหกรรม
- ทางเลือกนโยบายสำหรับประเทศสมาชิก เช่น การจัดหางบประมาณเพื่อการทำงานที่ยั่งยืนในระดับประเทศ

โดยนอกจากนี้ มีหลายประเทศที่ได้แสดงท่าทีที่ชัดเจน เช่น แอฟริกาใต้เสนอให้เพิ่มความตระหนักถึง NCDs ในเด็กและวัยรุ่น, EU สนใจเรื่องการส่งเสริมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมและมาตรการฉลากอาหาร,

มองโกเลียสนใจเรื่องการจัดการปัญหาแอลกอฮอล์, ปานามาเสนอรายชื่อหน่วยงาน UN เพื่อทำงานร่วมกับ WHO เช่น UNODC INCB เรื่องการเข้าถึงยาแก้ปวดมอร์ฟีนของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นต้น

ส่วนในร่าง Resolution เน้นอภิปรายเรื่อง การจัดกระบวนการปรึกษาหารือการพัฒนาทั่วโลกประสานระดับโลก การพัฒนาตัวชี้วัดกระบวนการ (Action Plan indicator) ระยะเวลาเพื่อการดำเนินการและการรายงาน ผลความก้าวหน้า ความยืดหยุ่นเพื่อนำแผนปฏิบัติการฯ ไปปฏิบัติใช้ในระดับประเทศ

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ที่ผ่านมามาประเทศไทยได้เข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการรับฟังความคิดเห็นดังกล่าวหลายครั้งและมีการติดตามความก้าวหน้าอย่างใกล้ชิด (รายละเอียดเพิ่มเติมตามรายงานสรุปผลการเข้าร่วมประชุมของทีม Thai GHONG) ท่าทีประเทศไทยครั้งนี้สอดคล้องกับท่าทีให้ที่ผ่านมาโดยเฉพาะในประเด็น การสร้างความเข้มแข็งกระบวนการ ภายหลังจากนำแผนปฏิบัติการฯ ไปปฏิบัติใช้, การใช้มาตรการและนโยบายที่มีประสิทธิผลตามข้อมูลวิชาการ, การป้องกันการเกิดผลประโยชน์ทับซ้อนกับการทำงานกับภาคส่วนต่าง ๆ, การมีส่วนร่วมในกระบวนการหรือของประเทศสมาชิก และกลไกการทำงานในระดับภูมิภาค โดยได้เสนอเพิ่มข้อมูลวิชาการในประเด็น indoor air pollution ซึ่งเป็นเป้าหมายของ SEAR ในปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ แนบท้ายแผนปฏิบัติการด้วย

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ในที่สุด WHA รับรอง Resolution ว่าด้วยการติดตามการความก้าวหน้าการดำเนินงานตาม Political Declaration โดยมีเนื้อหาสาระสำคัญ ดังต่อไปนี้

ให้ประเทศสมาชิก

- รับรองแผนปฏิบัติการฯ และรับรองกรอบการติดตามความก้าวหน้าและ 25 ตัวชี้วัดระดับโลกเพื่อนำไปปฏิบัติใช้ในระดับภูมิภาคและประเทศ เพื่อใช้ติดตามแนวโน้มและความก้าวหน้าหลังการนำแผนปฏิบัติการไปปฏิบัติใช้ และรับรอง “ข้อเสนอแนะสำหรับชุดเป้าหมายแบบสมัครใจ 9 เป้าหมาย” ด้วยโดยเฉพาะการลดลง 25% ของอัตราการตายด้วย NCDs
- กระตุ้นให้ประเทศสมาชิกดำเนินการอย่างต่อเนื่องตาม political declaration, ยุทธศาสตร์โลกต่าง ๆ, รวมถึงการพัฒนาโลกการทำงานร่วมกันระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ
- พิจารณาพัฒนาเป้าหมายและตัวชี้วัดในระดับประเทศ ตามบริบทของแต่ละประเทศ โดยพิจารณาจากกรอบการติดตามระดับโลกและตามแนวทางของ WHO ตามความเหมาะสม รวมถึงการพัฒนาขีดความสามารถ ความเข้มแข็งของนโยบาย การพัฒนาศักยภาพทางวิชาการ และการวางแผนด้านงบประมาณ และการพัฒนาระบบติดตามและเฝ้าระวังของประเทศ เพื่อดำเนินการรายงานความก้าวหน้าตามตัวชี้วัดและเป้าหมายอื่น ๆ ของระดับภูมิภาค

โดยให้ห้องค้การอนามัยโลก

- ส่งรายงานกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการและแผนงบประมาณ
- ให้การสนับสนุนทางวิชาการแก่ประเทศสมาชิกในการดำเนินงาน
- พัฒนาร่าง TOR ของกลไกประสานงานระดับโลก (Global coordination mechanism) โดยผ่านกระบวนการปรึกษาหารือกับประเทศสมาชิก UN agencies NGOs ภาคเอกชนตามความเหมาะสม รวมถึงผ่านที่ประชุม RC รวมถึงจัดให้มีการปรึกษาหารืออย่างเป็นทางการกับประเทศสมาชิก ในเดือนพฤศจิกายน 2013 ด้วย
- พัฒนาชุดตัวชี้วัดของแผนปฏิบัติการ สำหรับใช้รายงานความก้าวหน้าของประเทศและภูมิภาคตามวัตถุประสงค์ของแผนปฏิบัติการฯ และเสนอต่อที่ประชุม WHA67
- ส่งรายงานความก้าวหน้าผลของการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการต่อ WHA69 (2016), WHA71 (2018), WHA74 (2020) และรายงานความก้าวหน้าการดำเนินการเพื่อบรรลุเป้าหมายแบบสมัครใจ ต่อ WHA69, WHA74, WHA79 (2025)

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

การทำงานในระดับประเทศ

- การพัฒนาเป้าหมายระดับประเทศ: ศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของประเทศ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาเป้าหมายระดับประเทศ โดยพิจารณาบูรณาการตามข้อเสนอเป้าหมายโดยสมัครใจของโลก 9 เป้าหมาย เป้าหมายในระดับภูมิภาค SEAR และเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขไทย รวมถึงการกำหนดระยะเวลาในการบรรลุเป้าหมายให้สอดคล้องกัน
- การพัฒนาระบบฐานข้อมูลและรายงานต่อ WHO: ทบทวนและพัฒนาฐานข้อมูลของ 25 ตัวชี้วัดโลก เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ระเบียบวิธีการวัด (measurement) และกลุ่ม/หน่วยงานที่รับผิดชอบ โดยประเทศสมาชิกจะรายงานข้อมูล baseline data ของปี 2010 เป็นรายงานแรก
- ศึกษาแผนปฏิบัติการระดับโลกเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี 2556-2563 ที่ผ่านการรับรองอย่างละเอียด ดำเนินการประเมินสถานการณ์ วิเคราะห์ส่วนขาดและโอกาสในการพัฒนามาตรการต่างๆ ทั้งการจัดการปัจจัยเสี่ยงหลักและการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และบูรณาการแนวทางดังกล่าวเข้ากับแผนป้องกันและควบคุม NCDs ระดับชาติ (เช่น ยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย) พร้อมทั้งเตรียมความพร้อมเพื่อรายงานความก้าวหน้าในการดำเนินการนำแผนปฏิบัติการไปปฏิบัติใช้ตามที่ WHO กำหนด

การทำงานในระดับนานาชาติ

- หลังจากนั้นจะมีกระบวนการปรึกษาหารือระหว่างประเทศสมาชิกใน 2 ประเด็นหลัก คือ การพัฒนา กลไกประสานงานระดับโลก และ การพัฒนาตัวชี้วัดแผนปฏิบัติการ (Action plan indicators) ประเทศไทยควรศึกษาและเตรียมท่าทีในการเสนอในกระบวนการปรึกษาหารือที่กำหนด ซึ่งเป็นไปได้ว่าอาจมีทั้งทางเว็บไซต์หรือการประชุมปรึกษาหารืออย่างเป็นทางการ
- WHO SEARO กำลังทำการศึกษาเชิงวิชาการเพื่อพัฒนาเป้าหมายระดับภูมิภาค ประเทศไทยควรเข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการนี้ด้วยเช่นกัน

Intervention by Thai delegation

Thank you, Chair.

Thailand aligns itself with the SEA Regional statement made by Bhutan on behalf of 11 member states.

Thailand welcomes the outcome of the long process to develop the comprehensive global monitoring framework including indicators and a set of voluntary global targets and the draft global action plan for the prevention and control of NCDs, we thank Member States for their engagements and contributions and appreciates Secretariat in facilitate the process.

The challenges are how to translate the global commitment into concrete actions and good outcome.

Thailand agrees with the global monitoring framework, 25 indicators and 9 voluntary targets. The critical challenges of whether or not the global community can achieve these targets is not about discussions and debates here in Geneva, but to develop targets at regional and national or even sub-national levels and supported by effective implementation strategies.

Chair, without effective implementation of these frameworks, indicators and targets at regional and national levels are only a list of good wishes which never comes true. Leadership and supports by the Secretariat are indispensable especially for developing countries. The most important entry point is to establish baseline data and setting up the

national monitoring and surveillance mechanism; let alone effective implementation to address the determinants of NCDs. Undeniably, the social determinants and behavioural risk factors are major influences on NCDs.

A few technical issues lie ahead, WHO needs to produce guidance on national targets, standard definition for each indicator and target, and indicators for global reporting. Also reporting system and information sharing among Member States should also be agreed upon.

Collaboration across sectors is crucial for NCDs prevention and control. However, the multi-sectoral engagement must safeguard the public health interests with adequate prevention and control conflict of interest.

Chair, the issues of conflict of interest should not only apply for private sector, but also to public agencies as well. For example, state own organization who manufacture and market health-detracting commodities including tobacco and alcohol.

Lastly, Thailand looks forward to constructively engage in the process ahead in the drafting group.

Thank you.

Agenda ๑๓.๔ Draft action plan for the prevention of avoidable blindness and visual impairment ๒๐๑๔-๒๐๑๙ [A66/12, EB132/2013/REC/1, resolution EB132.R1]

ผู้รายงาน ๑) พญ.ชมพูนุท ไทยจินดา, ๒) พญ.อรรธยา ลีมวัฒนา ยิ่งยง กรมควบคุมโรค

ความเป็นมาและสาระสำคัญของวาระ

องค์การอนามัยโลกและภาคีสำคัญจัดตั้ง Global initiative ขึ้นคือ “VISION 2020: The Right to the sight” และมีการจัดทำ Global plan เพื่อแก้ปัญหา Avoidable blindness ซึ่ง WHA ๖๒ ให้การรับรองและประเทศต่างๆ ได้นำไปดำเนินการต่อ

มีความก้าวหน้าในการดำเนินงานเป็นอย่างดี โดยลด avoidable blindness ได้เป็นจำนวนมากและ ทำให้ Eye healthcare system เข้มแข็งขึ้น ภาคส่วนต่างๆ ได้ร่วมกันถอดบทเรียนสำคัญและนำมาประกอบการจัดทำแผนปฏิบัติการ ซึ่งมีประเด็นสำคัญ ได้แก่ ทราบสถานการณ์ปัญหา/สาเหตุของตาบอดและสายตาสีจาง รังสีเพิ่มขึ้น ความก้าวหน้าในการขับเคลื่อนนโยบายระดับชาติและการนำมาตรการที่มีประสิทธิภาพและมี

ความคุ้มค่ามาใช้เพื่อแก้ปัญหา การพัฒนาระบบดูแลผู้ที่มีความพิการทางสายตาและผู้มีสายตาเลือนรางอย่างครบวงจร การสร้างความร่วมมือในระดับนานาชาติ การวิจัยพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหา

แผนปฏิบัติการ ๒๐๑๔-๒๐๑๙ มีวิสัยทัศน์ ๓ ด้านได้แก่) ๑ (จะไม่มีผู้ที่มีสายตาพิการ/สายตาเลือนรางจากสาเหตุที่สามารถป้องกันได้) ๒ (ผู้ที่มีสายตาพิการ/สายตาเลือนรางสามารถดำรงชีวิตหรือทำงานได้เต็มศักยภาพของตน) ๓ (มีระบบ comprehensive eye care services ที่สามารถเข้าถึงได้

บทบาทและทำที่ของประเทศอื่นๆ

ประเทศต่างๆ สนับสนุนแผนปฏิบัติการนี้ และมีข้อคิดเห็นในประเด็นสำคัญดังนี้

- ๑) การให้ความสำคัญกับปัญหาตาบอดและสายตาเลือนรางในกลุ่มเด็ก ปัญหาในผู้สูงอายุ การแก้ไข refractive errors และตาบอดจากการบาดเจ็บ
- ๒) การบูรณาการแผนปฏิบัติการกับโปรแกรมป้องกันควบคุมโรคอื่นๆ เช่น โปรแกรมป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ
- ๓) การพัฒนาการเข้าถึงยาและ medical instruments ที่มีความจำเป็น

บทบาททำที่ประเทศไทย

ประเทศไทยสนับสนุนแผนปฏิบัติการนี้ในหลักการและจะนำแผนปฏิบัติการไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศ อย่างไรก็ตามประเทศไทยมีประเด็นสำคัญที่ขอเสนอเพิ่มเติม ได้แก่

- ๑) **Universal eye care** มีความสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเข้าถึงบริการและผลิตภัณฑ์/เครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญ ดังนั้นควรมีตัวชี้วัดที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของ **universal eye care** อย่างแท้จริง
- ๒) ประเด็นด้านบุคลากรสาธารณสุขที่ดูแลสุขภาพตา ควรให้ความสำคัญทั้งในด้านปริมาณ การกระจาย รวมถึงคุณภาพ ซึ่งควรเป็นบุคลากรที่ผ่านการอบรมให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้และมีประสบการณ์เฉพาะด้าน
- ๓) ปัจจุบันมีเทคโนโลยีและผลิตภัณฑ์/เครื่องมือทางการแพทย์ที่มีราคาแพงเข้าสู่ตลาดมากมาย ประเทศไทยเห็นความสำคัญของการพัฒนากระบวนการและศักยภาพในการจัดทำ **Evidence-informed policy** ซึ่งองค์การอนามัยโลกจะเป็นแกนกลางสำคัญในการสนับสนุนด้านวิชาการในการพัฒนากระบวนการและศักยภาพด้านนี้
- ๔) ปัญหาตาบอดในเด็กมีความสำคัญ และ **School eye health program** เป็นยุทธศาสตร์หนึ่งที่มีประโยชน์และสามารถนำมาใช้ในการคัดกรองและแก้ไขปัญหาได้ อีกทั้งเป็นการสร้างความตระหนักต่อ **eye health** ในเด็กและผู้ปกครอง เพื่อการดูแลตนเองและใส่ใจสุขภาพตาต่อไปอีกด้วย

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

สมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ ๖๕ รับรอง resolution EB132.R1 และแผนปฏิบัติการนี้

บทเรียนที่ได้จากการเข้าร่วมและสิ่งที่ประเทศไทยจะนำไปดำเนินการต่อ

- ประเทศไทยควรจะนำ Global plan มาอ้างอิงเพื่อเพิ่มน้ำหนักในการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านนี้ โดยบูรณาการ Eye health care เข้ากับระบบสุขภาพ และพัฒนาระบบข้อมูล (Eye Health Information System) ที่จะเป็นพื้นฐานสำคัญในการชี้ให้เห็นสภาพปัญหาและนำไปสู่การหา strategic information เพื่อกำหนดนโยบายและแนวทางการแก้ปัญหาต่อไป ในขณะนี้ ยังไม่มีข้อมูลอย่างเป็นระบบ ข้อมูลที่มีอยู่เป็นการสำรวจสภาวะตาบอดและสายตาสั้น ซึ่งขณะนี้รายงานมาทั้งสิ้น ๔ ครั้ง ล่าสุด รายงานผลในปีพ.ศ. ๒๕๕๐ และควรมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่ National focal point ที่ดูแลในภาพรวม และเป็นแกนในการประสานขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านนี้
- การหามาตรการป้องกันตาบอดในวงกว้างที่มีประสิทธิภาพและมีความคุ้มค่ามีความจำเป็น ซึ่งควรมี การสนับสนุนศักยภาพด้านนี้ในประเทศ เพื่อกำหนดมาตรการที่มีประโยชน์และมีความคุ้มค่าในระดับ นโยบายต่อไป
- ปัจจุบัน ปัญหาตาบอดและสายตาสั้นในเด็กเป็นปัญหาสำคัญและพบบ่อย ส่วนใหญ่มีสาเหตุที่ แก้ไขได้หลายประการ เช่น สายตาสั้น ตาเข ต้อหิน ประสาทตาเสื่อม ต้อกระจก [สภาวะตาบอด ตาเลือน ราง และโรคตาที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในเด็กไทย ปี พ.ศ. 2549-2550] ซึ่งสาเหตุเหล่านี้ หากตรวจเจอ ตั้งแต่ต้น จะสามารถให้การรักษาได้ ทำให้ลดภาวะแทรกซ้อน ลดความเสี่ยงจากความพิการ และไม่เสีย โอกาสในการเรียนรู้ รวมถึงไม่เป็นภาระในระยะยาวในกรณีที่มีความพิการตั้งแต่เด็ก ดังนั้น การพัฒนา รูปแบบการป้องกันควบคุมตาบอดในเด็ก โดยใช้ School Eye Health program จึงเป็นประโยชน์อย่าง ยิ่งและมีความเป็นไปได้ในการบริหารจัดการ โดยที่ไม่ต้องลงทุนมาก และเป็นการปลูกฝังให้เด็กมีความ สนใจในการดูแลสุขภาพตาของตนเองได้
- ในบางพื้นที่ยังมีปัญหา Vitamin A Deficiency และ การระบาดของโรคหัด การบูรณาการงาน ป้องกันตาบอดกับโปรแกรมอื่นจะช่วยลดการใช้ทรัพยากรและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน เช่น ใน บริเวณพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้
- ประเทศไทยเป็นประเทศที่จะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ กอปรกับการรักษาต้อกระจกซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของ ภาวะตาบอดและสายตาสั้นในอดีตได้ผลดีและมีเทคโนโลยีในการคัดกรองโรคตาอื่นๆ ดีขึ้น (fundus camera) ทำให้สาเหตุของตาบอดจากโรคอื่นๆ เพิ่มขึ้น เช่น โรคเบาหวานขึ้นจอตา จอตาเสื่อม โรคต้อหิน เป็นต้น ซึ่งการป้องกัน/รักษาโรคเหล่านี้ มียาใหม่ๆ ที่มีราคาแพงเป็นเครื่องมือสำคัญ ดังนั้น ควรมีการศึกษาเพื่อหามาตรการ/กลไกการเข้าถึงยาและเครื่องมือ/ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น ซึ่งจะ เป็นประโยชน์ต่อประชาชนในวงกว้างและช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวมได้

Intervention by Thai Delegation

Thank you, chairperson

My delegation thanks the secretariat in facilitating the process to develop the draft action plan in close consultation with Member states and international partners.

We fully ally with the SEAR regional one voice as intervened by Sri Lanka.

Thailand sees that the action plan, as is, although very good still inadequate captures 4 important issues.

Firstly, universal eye cares mean not only the universal coverage but the real universal access. It means everyone without any barriers. The indicator on the universal eye cares must include the disaggregate figures to measure and track the progress to reduce inequity in access to the essential eye cares.

Secondly, Access to incapable health system is nothing and quality of eye health workforce is a crucial component. Indicator just on number of workforce may not be relevant to the system performance. Two major concerns include the imbalance distribution, and workforce capacity and performance. The allied ophthalmic personnel including those in the primary care services have to be trained to work effectively in specialized area with well-equipped setting which is appropriate for local context.

Thirdly, member states are encountering with the costly eye health problems with limited resources. The cost for eye health care has skyrocketed, due to new technologies and interventions introduced. The capacity of countries in evidence-informed policy decision making is limited. The potential role of the secretariat to strengthen member states in health intervention and technology assessment, is utmost important and need to be included in the action plan.

Lastly, Chair, we would reiterate the importance of childhood blindness and low vision. It should take into account the huge life-long ramification on quality and productivity of life. School eye health program has been proven to be an effective approach to detect common eye problems, to educate students and parents or care fosters. The plan should focus on early detection and care for the reversible causes of blindness and visual

impairment.

Thailand encourages the secretariat to consider our concerns and transform them into concrete actions in the implementation of this action plan. Thailand commits to implement this action plan according to our national context.

Thank you, chairperson

Agenda: 14 Promoting health through life-course

14.1 Monitoring of the achievement of the health-related Millennium Development Goals: progress in the achievement of the health-related Millennium Development Goals and global health goals after 2015

- Health in the post-2015 development agenda

ผู้รายงาน ๑) พญ.แสงนภา อุทัยแสงไพศาล, ๒) พญ.ชมพูนุช ไทยจินดา

ความเป็นมาและสาระสำคัญของวาระ

วาระนี้เป็นการติดตามความก้าวหน้าของ Health-related Millennium Development Goals อันได้แก่ เป้าหมายที่ 4,5,6 ซึ่งเป็นการติดตามต่อเนื่องจาก resolutions WHA58.31, WHA63.15, WHA63.24 รายงานของทีมเลขานุการ A66/13 และ A66/47 มีเนื้อหาสำคัญคือ

- ๑) รวบรวมแนวโน้มการบรรลุเป้าหมายดังกล่าวของประเทศสมาชิกต่างๆ
- ๒) เน้นย้ำว่าการตั้งเป้าหมาย MDGs เป็นแรงขับเคลื่อนสำคัญให้ประเทศสมาชิกมีการสนับสนุนการดำเนินการภายในประเทศ
- ๓) ตามมติจากการประชุม the United Nations High-level Plenary Meeting 2012 และ the United Nations Conference on Sustainable Development 2012 การตั้งเป้าหมายหลังปี 2015 จะมีการประชุมรวบรวมความเห็นมากขึ้นกว่าที่ผ่านมาและยกประเด็นการพัฒนาอย่างยั่งยืนเพื่อลดความยากจนของประชาชน
- ๔) ประเทศสมาชิก 30 ประเทศร่วมใน open working group เพื่อนำเสนอเป้าหมายสุขภาพหลัง 2015 แก่ที่ประชุม the United Nations General Assembly 2013

๕) ผลลัพธ์จากการประชุมที่เกี่ยวข้องได้รวบรวมไว้เป็นร่างรายงาน (draft report) เสนอต่อ high level dialogue. ที่กรุงกราโบโรน บอสวาน่า 2013

บทบาทและท่าทีของประเทศต่างๆ ยกเว้นประเทศไทย

- หลายประเทศได้แสดงความก้าวหน้าในงานของประเทศตน และแสดงความเห็นเกี่ยวกับการตั้ง
- ตัวชี้วัดสำหรับวาระการพัฒนาหลังปี 2015 ได้แก่ อิหร่าน จีน โคลัมเบีย บังคลาเทศ รัสเซีย และเกาหลี
- หลายประเทศแสดงความเห็นเชิงสนับสนุนระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเน้นว่าเป็นสิทธิมนุษยชนพื้นฐาน ได้แก่ สหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น บราซิล อาร์เจนติน่า สวิตเซอร์แลนด์ ชานลูเซีย เป็นต้น
- กลุ่มประเทศแอฟริกา โดยชิมบับเว แสดงความกังวลว่าเป้าหมายที่ 4, 5 จะไม่สามารถบรรลุได้ทันกำหนด และขอเสนอร่างมติให้แก่ประชุมพิจารณา โดยมีสาระสำคัญคือ เป้าหมายด้านสุขภาพจะยังคงเป็นเป้าหมายในเวทีสหประชาชาติต่อไปหลังปี 2015, ผู้อำนวยการและประเทศสมาชิกจะมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในการประชุมที่เกี่ยวข้องในการผลักดันวาระดังกล่าว, ประเทศสมาชิกจะยังลงทุน/ดำเนินการเพื่อบรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพต่อไปและให้ดียิ่งขึ้นในประเทศที่บรรลุเป้าหมายแล้ว
- ร่างมตินี้ได้มีการตั้ง drafting group ขึ้นและนำกลับเข้าให้ที่ประชุมพิจารณารับรองอีกครั้ง

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยได้แสดงความขอบคุณที่มีเลขานุการและรับรองรายงาน A66/13 และ A66/47 ดังกล่าว

- ๑) เสนอให้ตั้งระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นเป้าหมายการพัฒนาหลัง 2015 รวมถึงแสดงผลและหลักฐานสนับสนุนว่าประเทศสมาชิกสามารถทำได้จริงและสอดคล้องกับสถานการณ์สุขภาพโลกในปัจจุบัน
- ๒) ประเทศไทยได้มีส่วนร่วมอย่างมากในการเสนอแก้ไขและปรับร่างมติที่กลุ่มประเทศแอฟริกาเสนอ

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับรองรายงาน A66/13, A66/47 และ Resolution

บทเรียนที่ได้รับจากการเข้าร่วมประชุมและการดำเนินการต่อไป

- ๑) ได้เรียนรู้กระบวนการเสนอร่างมติแก่ที่ประชุม และกระบวนการใน drafting group รวมถึงประโยชน์จากการสังเกตการณ์บทบาทของประธาน, สมาชิกและบทบาทของประเทศไทยที่เกี่ยวข้องในกระบวนการดังกล่าว

- ๒) การศึกษา, รวบรวมและเปรียบเทียบข้อมูลการดำเนินงานของประเทศไทยกับนานาชาติ (ก่อนเข้าร่วมการประชุม)ระบบรายงานและเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพมีส่วนอย่างมากในการวิเคราะห์สถานการณ์ของประเทศ ควรได้มีการพัฒนาให้ครอบคลุมต่อไป

Intervention by Thai delegation

Thailand welcomes the comprehensive report by the secretariat. It covers wider aspects of maternal and child's health, particularly taking into account the early initiation and exclusive breastfeeding, and the UN 13 live saving commodities, as well as environmental health and sanitation. It is opportune that we monitor MDGs closely in the light of 1000 days count down.

Thai delegates appreciate that a number of countries are continuously devoting on achieving health related MDGs. Multi-sectoral were fully addressed and included in the progress and process of healthcare accessibility and quality improvement.

Thailand advocates Universal Health Coverage as an overarching development goal beyond 2015; based on the following grounds

UHC minimizes financial catastrophic health spending by households and protects them from being poverty due to medical bills. This support the current MDG1.

UHC enables access to health care, which result in the achievement of MCH services (MDGs 4,5), HIV/AIDS, TB and malaria, and also the emerging NCD conditions.

Universality is the important instrument in ensuring right to health and health care by the citizens.

UHC holds the government accountable, to invest more in health of the population while ensuring more health for money by improving health systems efficiency

Increasingly, more and more countries are now committed to moving closer to Universal Health Coverage either through national legislation or political commitments. This proves that UHC is realistic and feasible.

Thank you, Chair.

Agenda ๑๔.๒ Follow-up actions to recommendations of the high-level commissions convened to advance women's and children's health

ผู้รายงาน ๑) พญ.ชมพูนุท ไทยจินดา, ๒) พญ.แสงนภา อุทัยแสงไพศาล

ความเป็นมาและสาระสำคัญของวาระ

- เดือนกันยายน 2010 มีการประกาศ The United Nations Secretary-General's Global Strategy for Women's and Children's Health เพื่อผลักดันให้การดำเนินงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกับ MDG Goal 4 (Child mortality) และ Goal 5 (Maternal mortality) เป็นไปตามเป้าหมายมากขึ้น
- เดือนกันยายน 2011 ในการประชุม United Nations General Assembly ทาง Commission on Information and Accountability for Women's and Children's Health จึงได้ประกาศคำแนะนำ 10 ข้อเพื่อมุ่งเน้นให้มีการทบทวนและติดตามการปฏิบัติงานทั้งในระดับประเทศและระหว่างประเทศ
- เดือนกันยายน 2012 ทาง United Nations Commission on Life-saving commodities for Women and Children ได้ออกรายงานโดยมีคำแนะนำเรื่องยาที่จำเป็นสำหรับอนามัยแม่และเด็กและอนามัยเจริญพันธุ์ 13 รายการได้แก่ Oxytocin, Misoprostol, Magnesium sulfate, Injectable antibiotics, Antenatal corticosteroids, Chlorhexidine, Resuscitation devices, Amoxicillin, Oral rehydration salts, Zinc, Female condoms, Contraceptive implants, และ Emergency contraception
- จาก resolution WHA 65.7 มีข้อสรุปให้มีการรายงานความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามคำแนะนำของ Commission on Information and Accountability for women's and Children's Health และแผนการดำเนินงานของ UN Commission on Life-Saving Commodities for Women and Children ทุกปีในการประชุม World Health Assembly and Executive Board
- ในการประชุม EB 132 มีข้อสรุปเป็น EB resolution ให้นำคำแนะนำ 13 รายการนี้ไปปฏิบัติใช้
- ในการประชุม WHA 66 ครั้งนี้เพื่อรายงานความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามแผนและเพื่อขอความเห็นจากที่ประชุมในการประกาศรับข้อสรุปจาก EB (Resolution EB132.R4)

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- โดยส่วนรวม รัฐบาลรายงานและยอมรับคำแนะนำของ UN Commission on Life-saving Commodities for Women and Children เพราะเป็นข้อเสนอที่มีประโยชน์และยาทั้ง 13 รายการเป็นสิ่งจำเป็น และพร้อมที่จะนำข้อเสนอนี้ไปปฏิบัติใช้ในประเทศ
- อินโดนีเซีย ร้องขอให้ WHO พัฒนา guideline เรื่อง Postpartum hemorrhage และ new born resuscitation และรวบรวม evidence-base research ให้เป็นปัจจุบันและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

- ตรุกีและทานซาเนียขอเปลี่ยนข้อความในข้อสรุป EB 132.R4 โดยเน้นให้เพิ่มความสำคัญของยาที่จำเป็นสำหรับเด็ก วัยเจริญพันธุ์ มารดาและทารก

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

- ประเทศไทยรับรองรายงานและยินดีรับข้อแนะนำของ UN Commission on Life-saving Commodities for Women and Children นำไปปฏิบัติ
- ประเทศไทยยินดีรับรองข้อสรุปจาก EB 132.R4 โดยข้อแก้ไขข้อสรุป 1 ประเด็นในเรื่องการเข้าถึงยา ซึ่งจากข้อสรุปเดิมเน้นให้จัดหายาแก่ผู้ที่เป็นกลุ่มยากจนที่สุดเท่านั้น เปลี่ยนเป็นให้จัดหาให้ทุกคนมีสิทธิเข้าถึงเท่าเทียมกัน

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

องค์การอนามัยโลกรับข้อเสนอของประเทศสมาชิกรวมทั้งของประเทศไทยนำไปปฏิบัติ และรับรองข้อสรุป EB 132.R4

บทเรียนที่ได้รับจากการเข้าร่วม

- ประเด็นเรื่องของอนามัยแม่และเด็กเป็นประเด็นที่ทุกประเทศทั่วโลกให้ความสำคัญและมีความเห็นไปในทางเดียวกัน ข้อขัดแย้งหรือความเห็นต่างระหว่างกลุ่มประเทศมีน้อย
- ประเทศไทยสามารถบรรลุเป้าหมายของ MDG Goal 4 and 5 ได้ภายในเวลาที่กำหนด เนื่องจากมีระบบสาธารณสุขที่มีคุณภาพและมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ทำให้คนทุกคนมีสิทธิเข้าถึงบริการ ยา และการรักษาที่จำเป็นได้
- การตั้งเป้าหมายเรื่องของการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กสำหรับประเทศไทยนั้น ควรจะใช้บรรทัดฐานที่สูงกว่า MDG เพราะประเทศไทยมีศักยภาพทางโครงสร้างพื้นฐาน และระบบสาธารณสุขที่มีคุณภาพ
- ประสบการณ์ที่ได้จากการเป็น novice และต้องขอแก้ไข resolution คือ ความท้าทายในการหาจุดยืน และข้อเสนอที่เป็นประโยชน์ต่อทั่วโลก โดยต้องมีเหตุผลที่เหมาะสมสนับสนุน และการต่อรองกับประเทศอื่นเมื่อมีความเห็นต่างสำหรับประเด็นที่นำเสนอออกไป

สิ่งที่จะดำเนินการต่อในระดับประเทศ

คำแนะนำของ Commission on Information and accountability for Women's and Children's health 10 ข้อประกอบด้วย 3 หลักการสำคัญ คือ พัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการติดตามผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ การจัดสรรทรัพยากรและการใช้จ่ายเพื่อสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก และการติดตามการดำเนินงานและการจัดสรรทรัพยากร ประเทศไทยควรนำหลักการเหล่านี้มาปรับใช้ โดยเฉพาะหลักการเกี่ยวกับการพัฒนาระบบ

ข้อมูล ซึ่งฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ควรมีความเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลจากแหล่งข้อมูลอื่นๆ รวมทั้งข้อมูลจากการสำรวจด้วย

สำหรับคำแนะนำของ United Nations Commission on Life-saving commodities for Women and Children ที่มีการรับรองข้อสรุปเกี่ยวกับการใช้ยาทั้ง 13 ตัว ปัจจุบันประเทศไทยได้บรรจุยาทั้ง 13 ประเภทไว้ในรายการบัญชียาหลักเรียบร้อยแล้ว สิ่งที่ต้องดำเนินการต่อคือการสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยทุกคนจะมีสิทธิ์เข้าถึงยาอย่างเท่าเทียมกัน และพัฒนาแนวทางการใช้ยาที่ถูกต้องและเหมาะสม นอกจากนี้ทางหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งกระทรวงสาธารณสุขและมหาวิทยาลัยควรร่วมกันพัฒนา National Guideline เพื่อใช้สำหรับรักษาและดูแลผู้ป่วยภาวะรุนแรงเช่น Postpartum hemorrhage ที่เป็นไปในทางเดียวกัน

Intervention by Thai delegation (Read by Dr Chompoonut Thaichinda)

Thank you chair

Thailand delegations thank the secretariat for preparing the report.

Chair, my delegations acknowledge the recommendations of the United Nations Commission on Life-Saving Commodities for Women and Children that identified 13 essential commodities and welcomes this resolution EB 132.R4.

Having reviewed EB132.R4, my delegations have one concern and hence one amendment as follows:

Since financial barrier hampers access to and use of these commodities which can be happened not only to the poorest members of society but also the poor and the near poor groups. Therefore, Thailand reiterates the importance of universal health coverage as a mean and an overarching development goal to achieve equity and right based of the citizens and for poverty reduction.

Madam DG, as well as the president of WB have already indicated in their statements to this World Health Assembly that universal health coverage reflects the need to maximize health outcomes for everyone, not only for the poorest members of the society.

Therefore, my delegations propose one friendly amendment which is significant for health outcomes of Every Woman and Every Child, EWEC.

OP 1, sub-para 3 is reformulated at the first part of the paragraph. It would read as follows

Providing universal access to all members of society, regardless of their ability to pay, to access to the 13 life-saving commodities and other appropriately related commodities;

Thank you chair

Agenda: 14 Promoting health through life-course

14.3 Social determinants of health

ผู้รายงาน ๑) พญ.แสงนภา อุทัยแสงไพศาล, ๒) พญ.ชมพูนุท ไทยจินดา,

ความเป็นมาและสาระสำคัญของวาระ

ด้วยความตระหนักว่ามีปัจจัยหลากหลายทั้งที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุขโดยตรงและนอกแวงวงสาธารณสุขที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชากร ได้มีการจัดเวทีระดับนานาชาติเพื่อระดมความเห็นและนำไปสู่ข้อตกลงการปฏิบัติหลายครั้ง ที่สำคัญได้แก่ Rio political declaration, the International Meeting on Health in All Policies องค์การอนามัยโลกร่วมกับสำนักงานภูมิภาคได้จัดทำแผนปฏิบัติการและการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานในประเทศสมาชิก มีการศึกษาในหลายแง่มุม เช่น สาเหตุการตาย, ปัจจัยทางสังคมที่บ่งถึงการเข้าถึงบริการ, ความไม่เท่าเทียมกันทางสังคม, ความแตกต่างทางเพศ, ประชาชนชายขอบ, และภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นต้น รายงานที่นำเสนอในการประชุมครั้งนี้เน้นถึงความสัมพันธ์ระหว่าง SDH กับ health impact assessment และ health in all policies โดยมีความก้าวหน้านำดังนี้

- ๑) WHO ได้จัดให้มีเว็บไซต์ actionSDH.org เพื่อให้สมาชิกติดตามความก้าวหน้าของวาระนี้
- ๒) WHO center for health development เมืองโกเบ ได้จัดทำเครื่องมือเพื่อใช้ประเมินสุขภาพและการตอบสนอง UrbanHEART และสนับสนุนให้ประเทศต่าง ๆ นำไปใช้
- ๓) ในภูมิภาค South-East Asia ประเทศอินเดีย, อินโดนีเซีย และไทย มีความก้าวหน้ามาก รายงานของทีมเลขานุการได้กล่าวถึงการประชุมสมัชชาสุขภาพของประเทศไทยว่ามีส่วนในการขับเคลื่อนการลดช่องว่างทางสังคมโดยกลไกระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- ๔) ในภูมิภาค Western Pacific เช่น ลาว กัมพูชา ฟิลิปปินส์ และประเทศหมู่เกาะปาปัวนิวกินี ยังคงต้องมีการเพิ่มความตระหนักของรัฐบาลในการศึกษาเรื่องความไม่เท่าเทียมกัน, ความแตกต่างระหว่างเพศ, และความสัมพันธ์กับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

- ๕) การประชุมเพื่อผลักดันการดำเนินงานต่อไป คือ the 8th Global conference on health promotion, 10-14 มิถุนายน 2556 ที่กรุงเฮลซิงกิ ฟินแลนด์ และ the 21st IUHPE World Conference on Health Promotion, 25-29 สิงหาคม 2556 ที่เมืองพัทยาประเทศไทย

บทบาทและท่าทีของประเทศต่างๆ ยกเว้นประเทศไทย

ประเทศสมาชิกส่วนมากกล่าวแสดงความขอบคุณทีมเลขานุการสำหรับรายงาน A66/15 ฉบับนี้ และผู้จัดการประชุมต่างๆที่เกี่ยวข้อง สมาชิกรายงานถึงความก้าวหน้าในภูมิภาค/ประเทศของตน และตระหนักถึงความสำคัญของ political commitment, policy makers ในการผลักดันความก้าวหน้าของ SDH โดยบราซิล, สวิตเซอร์แลนด์และสหรัฐอเมริกา กล่าวถึงระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในทางสนับสนุน ส่วนแคนาดา, ปากีสถาน, ฟิลิปปินส์ และตุรกี แสดงความตระหนักและกระตุ้นให้ประเทศสมาชิกสร้างความสัมพันธ์กับ non-health sectors ในการขับเคลื่อน SDH

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยได้แสดงความขอบคุณทีมเลขานุการและรับรองรายงาน A66/15 ดังกล่าว

- ๑) ได้เน้นย้ำถึงความสัมพันธ์ระหว่าง SDH กับ HIA, health equity ซึ่งเกี่ยวข้องอย่างยิ่งกับระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าและเป้าหมาย MDGs รวมถึง post-2015 development goals
- ๒) ร้องขอให้ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกและประเทศสมาชิก ร่วมกับหน่วยงานต่างๆของสหประชาชาติมีส่วนร่วมและสนับสนุนให้เป้าหมายด้านสุขภาพยังคงเป็นเป้าหมายสำคัญในการพัฒนา โดยเน้นความเท่าเทียมกันด้านสุขภาพและสุขภาวะ
- ๓) ร้องขอให้ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกและประเทศสมาชิก เห็นถึงความสำคัญและสนับสนุนการพัฒนา basic health infrastructures, human resources for health, and access to essential medicines เพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับรองรายงาน A66/15

บทเรียนที่ได้รับจากการเข้าร่วมประชุมและการดำเนินการต่อไป

- การเชื่อมโยงประเด็นสุขภาพด้านต่างๆเข้าด้วยกัน เพื่อเพิ่มน้ำหนักให้ประเด็นอื่นเป็นเทคนิคที่จำเป็นในเวทีนานาชาติ ทั้งยังเป็นการสร้าง consistency ให้กับบทบาทของประเทศในเวทีนานาชาติ
- การดำเนินงาน SDH โดยเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับ non-health sector เป็นสิ่งที่ท้าทายในทุกประเทศสมาชิก ส่วนประเทศไทยมีสมาชิกสุขภาพแห่งชาติซึ่งเป็นกลไกที่มีส่วนช่วยในด้านนี้ ควรได้สนับสนุนให้มี Non-state actors มีบทบาทมากขึ้น และมีการผลักดันนโยบายสุขภาพที่สำคัญโดยกลไกดังกล่าว

Invention by Thai delegation (read by Dr.Saengnapha Uthaisaengnaphaisan)

Delegation of Thailand welcomes the Secretariat's report. We do have a few points to share for our future works in light of the movements on post 2015 and sustainable development goals.

Chair, Social determinants of Health relate closely to Health in All Policies and Health Impact Assessment. The issue also addresses and reinforces the issue of 'health equity', which makes it closely linked to the Universal Health Coverage.

We strongly support putting UHC as the overarching health goals as the mechanism to ensure improvement of social determinants of health.

Thus, we would like to request the DG, through you, chair, to work with Member States and other UN agencies to ensure that health targets are properly reflected and included in the new development goals, with a view to promoting health equity and well being for all.

Once the health targets are there, it is imperative for member states and the DG to provide strong support to strengthen basic health infrastructures, human resources for health, and access to essential medicines.

Chair, The Thai delegation would like to thank those organizations who continuously convene discussions on the Social Determinants of Health and Health in All Policies, which help to put this issue high on the global development agenda. This includes the upcoming WHO Global Conference on Health Promotion, 10-13 June 2013 in Helsinki, and the 21st IUHPE World Conference on Health Promotion, 25 – 29 August 2013, Pattaya, Thailand.

We hope that the outcomes of the two conferences will result in actions to promote the concept of Social Determinants of Health into real concrete practices.

Thank you, chair.

Agenda ๑๕.๑ Implementation of IHR 2005

ผู้รายงาน พญ.ดารินทร์ อารีโยชคชัย

ความเป็นมาและสาระสำคัญของวาระ

- พ.ศ. 2554-2555 องค์การอนามัยโลก ได้ให้แต่ละประเทศประเมินตนเองตามสมรรถนะหลักของ IHR 2005 โดยใช้แบบประเมินมาตรฐาน และเปิดโอกาสให้ประเทศสมาชิกที่ประเมินตนเองไม่ผ่านตามสมรรถนะหลัก ขอขยายเวลาในการปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศต่อไปได้อีก 2 ปี นับตั้งแต่ 15 มิถุนายน 2555 ถึง 15 มิถุนายน 2557
- ประเทศไทยประเมินตนเองไม่ผ่านตามสมรรถนะหลักของ IHR โดยประเด็นที่ไม่ผ่าน ได้แก่ Chemical และ Radiation hazard และได้ยื่นขอขยายเวลา 2 ปี พร้อมกับจัดทำแผนการดำเนินงานภายในระยะเวลาสองปี ให้กับองค์การอนามัยโลกแล้ว
- ในการประชุม WHA66 องค์การอนามัยโลกได้เสนอร่างข้อกำหนดในการขอขยายเวลาไปอีก 2 ปี ในปี 2557 – 2559 (Criteria for extensions in 2014) ได้แก่
 - ประเทศที่ต้องการขอขยายเวลาเพิ่มเติมอีก 2 ปีในปี 2557 – 2559 ต้องแจ้งอย่างเป็นทางการไปยังผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลก ภายในเดือนกุมภาพันธ์ 2557
 - พร้อมทั้งระบุสมรรถนะหลักที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้และเหตุผล และต้องส่ง 2-year Implementation plan ใหม่ด้วย

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- ขอให้ WHO ติดตามประเทศที่ประเมินตนเองไม่ผ่านตาม IHR 2005 เมื่อปี 2012 แต่จนถึงปัจจุบันยังไม่ส่ง Implementation plan 2012-2014 ให้กับ WHO รวมทั้งประเทศที่ยังไม่ส่งผลการประเมินตนเอง
- ขอให้มีการนำ Criteria for Extension 2014 – 2016 ไปอภิปรายต่อใน Regional committee ของทุกภูมิภาค และให้ WHO สนับสนุนการจัดทำ Implementation plan 2014 – 2016 ให้กับประเทศที่ต้องการขอขยายเวลา
- หลายประเทศชื่นชมประเทศจีนในการนำ IHR 2005 มาเป็นหลักการในการตอบโต้ต่อการระบาดของ H7N9
- ประเทศใน SEAR แสดงความมุ่งมั่นที่จะดำเนินการตาม IHR2005 ให้ผ่าน Core capacities ภายในปี 2014 (ผ่าน Regional one voice อ่านโดยประเทศมัลดีฟส์)

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

- ประเทศไทยได้ส่ง 2-year implementation plan, 2012 - 2014 ให้กับองค์การอนามัยโลกแล้ว โดยเน้นการพัฒนาสมรรถนะที่ยังไม่ผ่าน ได้แก่ chemical และ radiation hazard ซึ่งขณะนี้อยู่ระหว่างการดำเนินงานตามแผนร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับกระทรวงอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
- National IHR focal center ประเมินว่าประเทศไทยจะดำเนินงานได้ตามแผนการพัฒนาสมรรถนะหลัก และจะไม่ขอขยายเวลาการดำเนินงานต่อไปอีก 2 ปี (2014 - 2016) แล้ว
- ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลก advocate เรื่องความสำคัญของ IHR ผ่าน Ministerial meeting ต่างๆ
- WHO ควรสนับสนุนวิชาการโดยจัดทำ practical guideline ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตาม IHR 2005 เช่น แนวทางการ quarantine ที่ช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศ, แนวทางการให้วัคซีนที่จำเป็นสำหรับผู้เดินทาง เพื่อให้ประเทศสมาชิกปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

องค์การอนามัยโลกรับข้อเสนอของประเทศสมาชิกไปดำเนินการ

บทเรียนที่ได้รับจากการเข้าร่วม

- ตำแหน่ง National focal point ต้องเป็นผู้ที่ได้รับการยอมรับและได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรกำหนดผู้ที่เป็น National focal point ในตำแหน่งที่มี authority ในการประสานและขอข้อมูลจากกระทรวง รวมทั้งหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในภาวะฉุกเฉินที่เป็นภัยคุกคามระหว่างประเทศ เพื่อให้การดำเนินงานในบทบาทของ National focal point ทำได้จริง
- การผลักดันเรื่องนี้ไปสู่กระทรวงอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ต้องอาศัยผู้บริหารระดับสูงในการทำความเข้าใจกับหน่วยงานอื่นๆ ว่า IHR 2005 ไม่ใช่เรื่องภายในกระทรวงสาธารณสุขเพียงหน่วยงานเดียว

Intervention by Thai delegate (Read by Dr.Darin Areechokchai)

Chairperson,

My delegation aligns itself with the Statement made by Maldives, who spoke on behalf of 11 Member States of South East Asia Region.

Thai delegations thank the secretariat for the progress report and the proposed criteria for extensions beyond the current extended timeline of 2014.

To accelerate the implementation of IHR 2005 at national level, it is not only public health sectors that have to improve their core capacities but other related organizations such as international civil aviation and trade negotiation should also strengthen their capacities in line with IHR 2005.

Therefore, to accelerate the national policy, to advocate the other related organizations at national level, and to follow the implementation of IHR, my delegations suggest as followed;

- 1) The Director General to expedite the implementation of IHR 2005 through several existing Health Ministerial Meetings and advocate the importance of IHR and its core capacities to other related Ministerial Meetings
- 2) WHO secretariat should develop a practical -international guideline for implementation of IHR 2005 in practical situations, for example, guideline for quarantine at the Point of Entry and cross border, guideline for international contact tracing and isolation for serious diseases.

The high level policy advocacy and the practical guidelines led by WHO will assist the National IHR focal points in all member states to be able to perform effectively the mandates required by IHR 2005.

Thank you, chairperson

15.2 Pandemic Influenza Preparedness: Sharing of influenza viruses and access to vaccines and other benefits [A66/17, A66/17 add.1]

ผู้รายงาน ๑) พญ. อรรธยา ลีมวัฒนายิ่งยง

ความเป็นมาและสาระสำคัญของวาระ

- การประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 64 ให้การรับรอง PIP framework เพื่อใช้เป็นกรอบพัฒนาการเตรียมความพร้อมรับมือการระบาดใหญ่ของเชื้อไข้หวัดใหญ่/ไข้หวัดนกและประเด็นเรื่องการแบ่งปันผลประโยชน์ร่วมกันระหว่างการใช้ไวรัสไปใช้ประโยชน์

- อย่างไรก็ตาม ภายหลังรับรอง PIP framework มีความล่าช้าการดำเนินการ SMTA2 ที่องค์การอนามัยโลกต้องทำกับ Manufacturers โดยใช้เวลานานเกือบ 1 ปี จึงสามารถทำความตกลงกับ manufacturers จำนวนหนึ่งได้ ความล่าช้าในการดำเนินงานเกิดจากความซับซ้อนด้านกฎหมายกับข้อจำกัดด้านงบประมาณขององค์การอนามัยโลก
- ในการประชุมปีนี้ เป็นการพิจารณารับทราบรายงานความก้าวหน้าทุก ๒ ปี ของคณะทำงานที่ปรึกษา (PIP Framework 2013 Biennial report) โดยรายงานครั้งนี้ครอบคลุมระยะเวลาตั้งแต่พฤษภาคม ๒๐๑๑ ถึงพฤษภาคม ๒๐๑๒
- ประเด็นความก้าวหน้าที่ยังขาด ได้แก่ Laboratory and surveillance capacity (framework section 6.6), Global influenza vaccine production capacity (framework section 6.13.1, 6.13.2), Status of agreements entered into with industry including information on access to vaccines, antivirals and other pandemic material (framework section 6.14.3, 6.14.4), financial report on the use of partnership contribution (framework section 6.14.5), the experience arising from the use of the definition of PIP biological materials (framework section 4.1) ซึ่งแต่ละประเด็นที่มีการรายงาน มีความก้าวหน้าเป็นที่ยอมรับจากประเทศสมาชิก โดยเฉพาะ SMTA2
- การประชุมครั้งนี้ได้รวมรายงานผลการประชุมของคณะกรรมการที่ปรึกษาเมื่อ ๓-๕ ตุลาคม ๒๐๑๒ และข้อเสนอแนะจากคณะทำงานฯ ซึ่งมีประเด็นสำคัญในเรื่องการพิจารณาการใช้ Partnership contribution ซึ่งจะแบ่งสัดส่วนร้อยละ ๗๐ สำหรับ preparedness และ ร้อยละ ๓๐ สำหรับ response และการแบ่งงบประมาณส่วนหนึ่งสำหรับฝ่ายเลขานุการ
- ประเด็นสำคัญที่ต้องติดตามคือ ๑) ความคืบหน้าในการจัดทำ Standard Material Transfer Agreement ๒) ซึ่งต้องทำร่วมกับบริษัทผู้ผลิตวัคซีนนอก GISRS ทั้งนี้ เนื้อหาสำคัญคือ Mutual Benefit sharing จากการที่นำเชื้อไวรัสไปใช้ประโยชน์ ซึ่งบริษัทส่วนใหญ่ที่มาทำข้อตกลงเลือกที่จะบริจาควัคซีนให้องค์การอนามัยโลกไว้สำรอง แต่ไม่เลือกการถ่ายทอดเทคโนโลยี ๒) แนวทางการใช้ประโยชน์จาก Partnership contribution และแนวทางการติดตามการใช้ partnership contribution เพื่อประสิทธิภาพสูงสุดในการใช้ทรัพยากร

บทบาทที่ประเทศอื่นๆ

ประเทศต่างๆ สนับสนุนให้เร่งรัดดำเนินการเรื่อง SMTA2 และขอให้นำ partnership contribution ไปใช้ อย่างเหมาะสมเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด ซึ่งมีข้อเสนอให้นำ partnership contribution แบ่งให้เป็นงบส่วน ดำเนินการสำหรับฝ่ายเลขานุการ และใช้สำหรับ preparedness ในด้านที่มีความสำคัญอื่นๆ นอกจากนี้ มี

หลายประเทศที่อยากให้มี การสนับสนุนการถ่ายทอดเทคโนโลยีในการพัฒนาผลิตภัณฑ์และเครื่องมือทางการแพทย์ที่มีความจำเป็นต่อการระบาดให้แก่ประเทศกำลังพัฒนา

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

- ประเทศไทยขอให้องค์การอนามัยโลกดำเนินการตามกรอบ SMTA2 ให้มีความก้าวหน้ายิ่งขึ้นและขอให้ผู้รับ biological materials นอก GISRS (Pandemic Influenza Preparedness Biological Materials (PIPBM) Recipient Outside GISRS) ให้ความร่วมมือเพื่อการบรรลุข้อตกลงตามกรอบดังกล่าว;
- ขอให้องค์การอนามัยโลกมีแนวทางติดตามการใช้ทรัพยากรจาก Partnership contribution เพื่อให้เกิดประโยชน์อย่างแท้จริงและเป็นไปตาม PIP Framework
- ขอให้องค์การอนามัยโลกพิจารณา นำ partnership contribution ส่วนหนึ่งมาสนับสนุนการดำเนินงานภายใต้ Global Action Plan for influenza vaccine ซึ่งจะเป็นประโยชน์สำหรับ public health security ในระยะยาว
- เนื่องจากการถ่ายทอดเทคโนโลยีซึ่งเป็นส่วนหนึ่งใน SMTA2 มีความก้าวหน้าไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง ดังนั้นประเทศไทยขอให้ผู้ที่เกี่ยวข้องร่วมสนับสนุน การถ่ายทอดเทคโนโลยีให้แก่ประเทศกำลังพัฒนา

ผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ ๖๖ รับทราบการรายงานความก้าวหน้าตามวาระ

บทเรียนที่ได้รับและสิ่งที่ประเทศไทยจะต้องนำไปดำเนินการต่อ

- PIP framework นี้จะเป็นจุดตั้งต้นที่สำคัญที่จะขยายให้เกิด fair benefit sharing รูปแบบอื่นๆ เพื่อให้เกิดความยุติธรรมแก่ประเทศกำลังพัฒนา
- ประเทศไทยควรสนับสนุนการดำเนินการเรื่อง preparedness and response ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ และสนับสนุนการพัฒนาวัคซีนใช้หวัดใหญ่อย่างต่อเนื่องเพื่อให้สามารถผลิตวัคซีนเองได้และพึ่งตนเองได้ในระยะยาว

Intervention by Thai delegation (Read by Darin Areechokchai)

Chairperson,

Thailand notes the reports by the DG and Advisory Group. We express our appreciations for all partners and the secretariat for their tremendous contributions in making good

progresses in the implementation of the PIP framework.

Having reviewed the comprehensive report A66/17 and related documents, my delegations have a few comments as followed;

First, we welcome the progress to date in the negotiations of SMTA2s and encourage WHO to accelerate the interaction with the entities concerned and finalize these agreements. This is a critical step in the achievement of the PIP Framework. Further we would also encourage PIPBM (Pandemic Influenza Preparedness Biological Materials) recipients outside WHO GISRS to contribute based on the benefit generated from PIPBM.

Second, while we value the partnership contribution, sustainability is a major challenge if countries rely on this. Efforts should be given to mobilize more national resources to strengthen country surveillance, preparedness and response capacities. In addition, we request WHO to establish and maintain resources tracking of the partnership contributions, and call for adherence to the principles of the PIP framework.

Third, since the launch of WHO Global Action Plan for Influenza Vaccines (GAP) in 2006, GAP has proved an effective catalyst stimulating influenza vaccine manufacturing capacities in developing countries. Worldwide there was a four fold increase in five years. It has proved that building vaccine manufacturing capacity in the developing countries is possible. My delegation requests the Secretariat to continue support and boost the global health security in term of influenza vaccine supply. It is essential to continue the good works of GAP, WHO may consider to earmark part of the Partnership Contributions to support this work.

Fourth, we note with concerns that technology transfer to developing countries has shown slow progresses, we strongly urge partners to consider implementing technology transfer as stipulated in the SMTA2.

In conclusion, pandemic preparedness will be a work in progress. The PIP framework is a continuous development among Member States, with learning by doing. On our part, Thailand is ready to cooperate its part to the global preparedness system.

Thank you, chairperson.

Agenda ๑๕.๓ Poliomyelitis: intensification of the global eradication initiative [A66/18]

ผู้รายงาน พญ.ดารินทร์ อารีโยชคชัย

ความเป็นมาและสาระสำคัญของวาระ

- ในการประชุม WHA65 ปี 2012 มี resolution 65.5 ที่กำหนดให้ Polio eradication เป็น Global public health emergency โดยเรียกร้องให้ผู้ดำเนินการองค์การอนามัยโลกและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดทำ “Comprehensive polio eradication and endgame strategy to the end of 2018” เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานกวาดล้างโปลิโอในระยะสุดท้าย
- องค์การอนามัยโลกได้จัดทำ Polio endgame strategic plan 2013 – 2018 ซึ่งมีประเด็นที่สำคัญได้แก่
 - การหยุดการถ่ายทอดเชื้อ Wild type poliovirus ให้ได้ภายในสิ้นปี 2014
 - การเปลี่ยน trivalent-OPV ให้เป็น bivalent-OPV ใน Routine immunization program ของแต่ละประเทศให้ได้ภายในกลางปี 2016
 - การกวาดล้าง wild poliovirus ให้หมดไปจากทุกภูมิภาคภายในปี 2018
 - การจัดทำแผนรองรับภายหลังกวาดล้างโปลิโอ (legacy strategy) ให้แล้วเสร็จภายในปี 2015

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- ประเทศที่ยังเป็น Polio endemic country ได้แก่ ปากีสถาน อัฟกานิสถาน และไนจีเรีย รายงานความก้าวหน้าในการดำเนินงานกวาดล้างโปลิโอ
- สนับสนุน Polio endgame strategic plan 2013 – 2018 และขอให้มีการนำไปใช้ดำเนินการจริงในแต่ละประเทศและภูมิภาค พร้อมทั้งมี monitoring and evaluation อย่างเป็นระบบ
- ในระยะการเปลี่ยนผ่านวัคซีนจาก t-OPV เป็น b-OPV ต้องมี Risk assessment เรื่อง Polio type 2 reintroduction
- ควรบังคับให้ travel vaccination มีการบรรจุ Polio vaccine เข้าไปด้วย โดยคนที่เดินทางมาจาก หรือจะเข้าประเทศที่ยังเป็น endemic country ควรต้องได้รับ Polio vaccine

บทบาทท่าทีของประเทศไทย

- ประเทศไทยสนับสนุน Polio endgame strategic plan 2013 – 2018 และจะร่วมดำเนินงานตามมาตรการกวาดล้างโปลิโออย่างเต็มที่

- แสดงความกังวลเรื่อง bivalent-OPV และ IPV มีจำนวนไม่เพียงพอสำหรับทั่วโลกหรือมีราคาที่ไม่สามารถเข้าถึงได้ และจะเป็นอุปสรรคต่อดำเนินการตาม Polio endgame strategic plan 2013 – 2018
- องค์การอนามัยโลกควรให้คำแนะนำแก่ประเทศสมาชิกในการดำเนินงานตาม Polio endgame strategic plan 2013 – 2018 โดยเฉพาะแนวทางการเปลี่ยนผ่านวัคซีน

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ประเทศสมาชิกรับรอง Polio endgame strategic plan 2013 – 2018 และองค์การอนามัยโลกนำข้อเสนอของประเทศสมาชิกไปดำเนินการ

บทเรียนที่ได้รับจากการเข้าร่วม

- เมื่อมีการรับ Polio endgame strategic plan 2013 – 2018 ใน WHA66 แล้ว ประเทศไทยต้องนำแผนดังกล่าวมาดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม
- การเปลี่ยนผ่านวัคซีนจาก trivalent-OPV ไปเป็น bivalent-OPV และ IPV ต้องคำนึงถึงระยะเวลาที่เหมาะสม ความเป็นไปได้ในการบริหารจัดการ เช่น ราคา การจัดหาวัคซีน การขนส่งและการให้บริการ สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และต้องไม่กระทบต่อความครอบคลุมของวัคซีน
- ประเทศไทยควรใช้โอกาสนี้ในการกระตุ้นการดำเนินงานกวาดล้างโปลิโอของประเทศไทยในทุกๆ ด้าน ได้แก่ ความครอบคลุมของวัคซีนใน routine immunization program, การเฝ้าระวังและค้นหาผู้ป่วย acute flaccid paralysis, การรณรงค์หยุดวัคซีนในพื้นที่เสี่ยงพร้อมกันทั่วประเทศ

Intervention by Thai delegate (Read by Dr.Darin Areechokchai)

Chairperson,

Thai delegations pay tributes to the untiring contributions by WHO, partner agencies and all stakeholders in particular Member States in marshalling polio eradication to the very last moment, the endgame strategy.

Having reviewed the strategic plan, we recognize a number of important steps need to be taken in the next 6 years. My delegations have some concerns as followed;

First, on the application of bivalent OPV, all countries applying trivalent-OPV, not only need to have licensed bivalent-OPV by the national drug regulatory authority, but also the

availability and affordability of IPV is another drawback for effective interventions against the risk of poliovirus reintroduction.

My delegations refer to the recommendation by the technical advisory group on vaccine preventable diseases, in its 20th meeting in 2012; that is

Before interrupting the use of the type 2 vaccine, the following conditions should be met:

- 1) the current outbreak of circulating VDPV type 2 in Nigeria must be interrupted;
- 2) absence of outbreaks caused by circulating VDPV type 2 for at least one year;
- 3) adequate epidemiological surveillance that makes it possible to detect and control any circulating VDPV type 2 outbreak;
- 4) adequate quantities of bivalent-OPV available;
- 5) an inactivated polio vaccine at an affordable price,
- 6) a global reserve of type 2 monovalent vaccine; and
- 7) an international agreement to discontinue the global use of trivalent-OPV.

My delegation reiterates the importance of the adequate availability and affordability of IPV.

Moreover, WHO should advice Member States on practical and concrete steps under the endgame strategic plan and support member states in effective and timely implementation of the plan, especially, transition phases of polio vaccine.

Thailand strongly reaffirms our commitment to polio eradication.

Thank you chair.

Agenda 16.1 Global Vaccine Action Plan [A66/19]

ผู้รายงาน ๑) พญ. อรรธยา ลีมวัฒนายิ่งยง

ความเป็นมาและสาระสำคัญของวาระ

- Global Immunization Vision and Strategy (GIVS) 2006 -2015 ได้รับการรับรองจาก WHA ครั้งที่ 58 พ.ศ. 2549 ประเทศสมาชิก องค์การอนามัยโลก และหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้ดำเนินงานจนเกิดความสำเร็จในหลายด้าน เช่น การนำวัคซีนชนิดใหม่เข้าไปใช้ป้องกันควบคุมโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในประเทศกำลังพัฒนา การขยายอายุของกลุ่มเป้าหมายที่พึงได้รับวัคซีน เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ยังมี

ปัญหาอุปสรรคอีกหลายประการ เช่น ยังขาดการมีส่วนร่วมของผู้กำหนดนโยบายในระดับประเทศ/ภาคประชาสังคม/ภาควิชาชีพ ขาดกระบวนการติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ เป็นต้น

- การประชุม WHA 64 ประกาศยุทธศาสตร์ในระยะต่อไปตาม Decade of vaccines 2011-2020 ซึ่งเป็น การดำเนินงานสืบเนื่องต่อจาก GIVS โดยนำบทเรียนจาก GIVS มาเป็นข้อมูลสำคัญ จัดทำเป็น Global Vaccine Action Plan เพื่อใช้เป็นเครื่องมือสำคัญของการดำเนินงานในปี 2011-2020
- การประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลกครั้งที่ 65 มีวัตถุประสงค์เพื่อรับฟังข้อคิดเห็นจากประเทศสมาชิกต่อ Global Vaccine Action Plan และรับรอง Global Vaccine Action Plan
- Global Vaccine Action Plan มีสาระสำคัญดังนี้

เป้าหมายการทำงานในทศวรรษ ๒๐๑๑-๒๐๒๐ ประกอบด้วย (๑) การกวาดล้างโปลิโอทั่วโลกให้สำเร็จ (๒) บรรลุเป้าหมายการครอบคลุมและเข้าถึงวัคซีน (๓) บรรลุเป้าหมายการกวาดล้างโรคในระดับภูมิภาคและในระดับโลก (๔) พัฒนาวัคซีนชนิดใหม่และนำวัคซีนชนิดใหม่/เทคโนโลยีใหม่มาใช้ (๕) บรรลุเป้าหมาย MDG 4

Global Vaccine Action Plan ประกอบด้วย ยุทธศาสตร์ ๖ ด้าน ได้แก่ (๑) All countries commit to immunization as a priority. (๒) Individuals and communities understand the value of vaccines and demand immunization as both their right and responsibility (๓) The benefits of immunization are equitably extended to all people (๔) Strong immunization systems are an integral part of a well-functioning health system (๕) Immunization programmes have sustainable access to predictable funding, quality supply and innovative technologies.(๖) Country, regional and global research and development innovations maximize the benefits of immunization

- การประชุมครั้งนี้ฝ่ายเลขาฯ เสนอ Framework for monitoring, evaluation and accountability เพื่อใช้เป็นกรอบในการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตาม GVAP โดยครอบคลุมทุกด้านที่สำคัญ รวมทั้งประเด็นด้านการใช้ทรัพยากร และใช้เป็นกรอบในการเขียนรายงานความก้าวหน้า
 - ในการนี้ได้มีการกำหนดเป้าหมาย/ตัวชี้วัดที่จะติดตามการดำเนินงาน เป็น ๒ กลุ่ม ได้แก่
 - Goal-level indicators and targets (by ๒๐๑๕ และ ๒๐๒๐) ๑๔ เป้าหมาย และ
 - strategic objective-level indicators ๑๖ ตัวชี้วัด
- การรายงานความก้าวหน้าตามตัวชี้วัดขอให้รายงานในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกผ่านการประชุม คณะกรรมการบริหารทุกปี ยกเว้นตัวชี้วัดด้านการวิจัยพัฒนาที่ขอให้รายงานทุก ๒ ปี

บทบาทหน้าที่ประเทศอื่นๆ

ประเทศต่างๆ สนับสนุน framework of monitoring and accountability และมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมดังนี้

- ขอให้พิจารณากำหนดนิยามและแหล่งข้อมูลที่เหมาะสมสำหรับการตอบตัวชี้วัดและเป้าหมาย
- ขอให้พิจารณาตัวชี้วัดประเด็นการพัฒนาวัคซีนชนิดใหม่ให้มีเป้าหมายที่ท้าทายมากขึ้น
- ให้เร่งรัดการดำเนินงานเรื่อง measles elimination ให้สำเร็จ
- ขอให้องค์การอนามัยโลกให้การสนับสนุนการพัฒนา evidence-informed policy decision และการสนับสนุนระบบสุขภาพให้แข็งแรงซึ่งเป็นรากฐานสำคัญสำหรับการพัฒนางานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและงานด้านสาธารณสุขอื่นๆ ต่อไป
- ขอให้องค์การอนามัยโลกเป็นแกนกลางในการพัฒนากรอบการเข้าถึงวัคซีน

บทบาทและหน้าที่ของประเทศไทย

ประเทศไทยสนับสนุนการจัดทำ Framework และมีข้อประเด็นขอให้ฝ่ายเลขานุการพิจารณาแก้ไขดังนี้

- ๑) การกำหนดตัวชี้วัดเรื่องการนำวัคซีนใหม่เข้าในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศต่างๆ นั้น ควรมีการกำหนดนิยามให้ชัดเจนเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน ทั้งนี้ แต่ละประเทศล้วนมีบริบทที่แตกต่างกันไป ขอให้คำนึงถึงประเทศกลุ่มที่เป็น Non-GAVI ด้วย ซึ่งประเทศเหล่านี้จำเป็นต้องพัฒนากระบวนการพัฒนานโยบายเชิงประจักษ์ในการนำวัคซีนใหม่มาใช้ในประเทศ รวมทั้งต้องพิจารณาในหลายด้านในการนำวัคซีนมาใช้ ตั้งแต่ ขนาดของปัญหา, cost effectiveness, Programmatic issues และ financial sustainability ดังนั้น ประเทศไทยขอให้ฝ่ายเลขานุการพิจารณาในการปรับเป้าหมายโดยขอเติมวลี “บนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์และบริบทของประเทศ” ในเป้าหมายนี้ (๒๐๑๕ และ ๒๐๒๐) เพื่อให้ครอบคลุมและเหมาะสมกับประเทศต่างๆ รวมทั้งเพิ่มตัวชี้วัดอีกหนึ่งตัวเพื่อเพิ่มศักยภาพในการพัฒนา Evidence-informed policy
- ๒) ขอให้ฝ่ายเลขานุการพิจารณาใช้ตัวชี้วัดและข้อมูลที่มีอยู่แล้ว เช่น WHO GAVI โดยอาจใช้ “Percentage of routine EPI vaccines financed by government” ซึ่งจะสะท้อนการลงทุนของรัฐบาลด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคได้ดีกว่า “domestic expenditures per person targeted”
- ๓) ขอให้เพิ่มตัวชี้วัด “number of WHO prequalified vaccine manufacturers in developing countries.” ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการเพิ่มการเข้าถึงวัคซีน

ผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับรอง Framework และฝ่ายเลขานุการจะนำข้อคิดเห็นจากประเทศต่างๆ ไปปรับเพื่อพัฒนา Framework ต่อไป โดยใช้กลไกของ SAGE (Strategic Advisory Group of Experts on Immunization)

บทเรียนที่ได้รับและสิ่งที่ประเทศไทยจะต้องนำไปดำเนินการต่อ

- Decade of Vaccine และ GVAP เป็นความเคลื่อนไหวทางนโยบายที่สำคัญระดับโลก ที่จะเป็นกลไกสนับสนุนจากภายนอกให้การขับเคลื่อนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในประเทศมีความก้าวหน้าและได้รับการสนับสนุนอย่างดีขึ้น
- GVAP จะเป็นเครื่องมือสำคัญชิ้นหนึ่งที่จะทำให้ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการบรรลุ MDG4 และแผนนี้มีทิศทางที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (2555-2559) และนโยบายและแผนยุทธศาสตร์วัคซีนแห่งชาติ
- การสะท้อนยุทธศาสตร์การเข้าถึงวัคซีน มีความสำคัญมากและได้กำหนดไว้ชัดเจนในนโยบายและแผนยุทธศาสตร์วัคซีนแห่งชาติ ซึ่งหากมีการกำหนดไว้ใน GVAP จะทำให้ กรมควบคุมโรค สถาบันวัคซีนแห่งชาติและภาคีที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้อ้างอิงและช่วยสนับสนุนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ด้านนี้ ซึ่งมีความสำคัญกับประเทศไทยที่เป็น upper middle income country ซึ่งต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านนี้เอง
- หากประเทศไทยมีศักยภาพในการผลิตวัคซีนและสามารถนำกลไกส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนมาใช้ได้อย่างเหมาะสม ในระยะยาวจะทำให้ประเทศไทยมีความมั่นคงด้านวัคซีนและประชาชนมีโอกาสเข้าถึงวัคซีนที่จำเป็นอย่างเท่าเทียม

Intervention by Thai delegation

Chairperson,

We would like to express our strong support to the GVAP and the proposed framework, which are the outcomes of contributions by multiple stakeholders involved in immunization; they collectively define what the immunization community wants to achieve over the next decade. Having reviewed A66/19 and related documents, my delegations have a few friendly amendments as followed;

First, On the **“Goal-level indicators and targets by 2015 and 2020”**

“At least 90 (2015 target) and all (2020 target) of low- and middle-income countries have introduced one or more new or underutilized vaccine”

Chair, introducing new vaccines needs an evidence-informed policy decision mechanism, which depends on epidemiology, efficacy and effectiveness, cost-effectiveness, budget impact, and, cold chain and health system capacities to scale up.

So we propose to insert “based on adequate evidence and context of the country” and it would read...

“At least 90 (the 2015 target) and all (the 2020 target) of low- and middle-income countries have introduced one or more new or underutilized vaccine based on adequate evidence and context of the country”

Chair, insertion of these texts would provide flexibility for non-GAVI eligible countries to make best decision based on their context and strengthen all countries’ policy decision mechanism.

Next, to build on this proposed targets, we would propose additional indicator in the last strategic objective “Progress towards institutional capacity to generate evidence to inform the introduction of new and underutilized vaccines.”

Second, Chair

We would like to propose using the existing indicator by WHO UNICEF, the “Percentage of routine EPI vaccines financed by government” which better represent the financial investment of the country in immunization to replace “domestic expenditures per person targeted”

Third, to achieve strategic objective 3 and 5, the global expansion of vaccine production capacities is a key strategy. Evidences show that multiple sources of qualified vaccine bring down price and become more affordable by countries than single source product; in this regard, it ensures vaccine security while at the same time achieve affordable prices.

Therefore we would propose an additional indicator in the strategic objective-level “number of WHO prequalified vaccine manufacturers in developing countries.”

We, support the development of a global vaccine action plan and the framework and we are looking forward to fully participation in implementing the plan.

Thank you, chairperson

Agenda 16.2 Neglected Tropical Diseases [A66/20]

ผู้รายงาน สัตวแพทย์หญิง ดร. เสาวพัทธ์ อึ้งจ้อย

ความเป็นมาและสาระสำคัญของวาระ

- แนวทางการดำเนินงานเพื่อนำไปสู่การควบคุม การกำจัด และการกวาดล้างโรคในกลุ่ม neglected tropical diseases (NTD) มีการกำหนดเป้าหมายและแผนงานสำคัญ (milestone) ระยะเวลาดำเนินงาน ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2555 ถึง ปี พ.ศ. 2563
- มี resolutions ที่ขอให้หน่วยงานอื่นๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน NGO สถาบันการศึกษา ช่วยส่งเสริมให้ประเทศสมาชิกเข้าถึงชุดทดสอบ การรักษาพยาบาล การควบคุมแมลงที่เป็นพาหะนำโรค ตลอดจนสนับสนุนให้มีการพัฒนาชุดทดสอบใหม่ๆ ยารักษาโรค วัคซีน และยาฆ่าแมลง

บทบาทที่ประเทศอื่นๆ: ประเด็นที่ส่วนใหญ่เสนอไปในทิศทางเดียวกัน ประกอบด้วย

1. การร่วมมือกันทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาโรค NTD แบบ cross-sectoral collaborations
2. สนับสนุนแนวทางที่ปรากฏใน London Declaration โดยขอให้บริษัทฯ ช่วยส่งเสริมงานวิจัยและพัฒนา (R&D) โดยเฉพาะชุดทดสอบและยารักษาโรคใหม่ๆ
3. มุ่งเน้นความสำคัญของปัญหาโรคไข้เลือดออกและโรคที่เกิดจากแมลงเป็นพาหะนำโรค ซึ่งหลายประเทศ คาดว่าจะเป็น Global health problem ต่อไปในอนาคต
4. เพิ่มการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการแก้ไขปัญหาในกลุ่มโรค NTD เนื่องจากมีหลายโรคในกลุ่มนี้ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรม

Director General กล่าวโดยสรุปว่า แนวทางแก้ไขปัญหาสำคัญของกลุ่มโรค NTD คือ Public Health Private Partnership เพื่อส่งเสริมดำเนินงานแบบ R&D โดยเฉพาะชุดทดสอบและยารักษาโรคใหม่ๆ ที่มีประสิทธิภาพ ซึ่ง London Declaration เป็นตัวอย่างอันดีที่ได้รับความร่วมมือจากบริษัทฯ หลายบริษัทในการลงนามร่วมกันเพิ่มการลงทุนในงาน R&D แก้ไขปัญหาในกลุ่มโรค NTD และควรนำผลการวิจัยที่ได้รับ นำมาถ่ายทอดเทคโนโลยีและองค์ความรู้ต่างๆ ให้กับประเทศที่ได้รับผลกระทบจากกลุ่มโรค NTD ด้วยเช่นกัน เพื่อให้การแก้ไขปัญหาของกลุ่มโรค NTD เกิดความยั่งยืนในระยะยาว

บทบาทและทำที่ของประเทศไทย

1. ในบางโรคของกลุ่ม NTD นั้น มีอุบัติการณ์เกิดโรคลดลงอย่างต่อเนื่องในหลายประเทศ อาจทำให้ประเทศสมาชิกมีความละเลยต่อการเฝ้าระวังโรคนั้น ๆ ดังนั้น เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการกำจัดและกวาดล้าง

โรคกลุ่ม NTD ได้อย่างแท้จริง คณะผู้แทนจากประเทศไทย เสนอให้เพิ่ม 1 ข้อความย่อย โดยขอให้ประเทศสมาชิกเพิ่มความเข้มข้นการดำเนินการเฝ้าระวังโรคที่มีอุบัติการณ์ลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะโรคที่มีเป้าหมายในการกวาดล้างให้หมดไป

2. ในการแก้ไขปัญหาโรคกลุ่ม NTD นั้น หน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งไม่สามารถแก้ไขปัญหาให้ลุล่วงไปได้ ต้องอาศัยการทำงานในรูปแบบของภาคีเครือข่ายความร่วมมือกันในหลายหน่วยงานทั้งภาคสาธารณสุข ปศุสัตว์ เกษตรกรรม สิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นแนวทางสำคัญของหลักการสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health) คณะผู้แทนจากประเทศไทย เสนอให้เพิ่ม 1 ข้อความย่อย โดยขอให้ประเทศสมาชิกร่วมมือแบบภาคีเครือข่ายโดยพิจารณาถึงหลักการ One Health

ผลลัพธ์ของวาระ

1. หลายประเทศยังแสดงที่พังกังวลกับการที่ resolution ฉบับร่าง EB132/R7 นั้น เขียนระบุให้ดำเนินงานสอดคล้องกับเจตนารมณ์ที่ปรากฏใน London Declaration มากเกินไป เนื่องจากองค์กรที่ลงนามใน London Declaration นั้นมาจากบริษัทยาและภาคเอกชนเป็นส่วนใหญ่ อาจมีผลการดำเนินงานเอื้อประโยชน์ให้กับบริษัทยามากกว่าประโยชน์ของแต่ละประเทศที่จะได้รับอย่างแท้จริง ทำให้บทสรุปของวาระนี้มีารตัดคำ London Declaration ออก และขอให้ประเทศสมาชิกร่วมมือให้สอดคล้องกับ Global Plan to Combat Neglected Tropical Diseases 2008-2015 แทนคำว่าสอดคล้องกับ London Declaration
2. ที่ประชุมยอมรับข้อเสนอของประเทศไทย ที่ขอให้ประเทศสมาชิกเพิ่มความเข้มข้นการดำเนินการเฝ้าระวังโรคที่มีอุบัติการณ์ลดลงอย่างต่อเนื่อง
3. ในช่วงแรกที่คณะผู้แทนไทยเสนอการทำงานร่วมมือกันโดยพิจารณาถึงหลักการ One Health มีคณะผู้แทนจากประเทศสหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย อังกฤษ และอิตาลีไม่เห็นด้วยที่ให้ระบุหลักการ One Health ใน resolution ด้วยเกรงว่าเป็นหลักการใหม่ อาจทำให้เกิดความสับสนได้ แต่คณะที่ปรึกษาผู้แทนไทยได้ให้เหตุผลถึงหลักการ One Health ที่สอดคล้องกับข้อเสนอต่างๆ ที่ปรากฏใน resolution และอ้างถึงเอกสารที่นำหลักการ One Health ไปประยุกต์ใช้แก้ไขปัญหาในกลุ่มโรค NTD ในประเทศต่างๆ ซึ่งมีผลการดำเนินงานที่ดี ด้วยเหตุผลที่คณะที่ปรึกษาผู้แทนไทยหยิบยกขึ้นมานั้น ทำให้คณะผู้แทนจากประเทศอื่นๆ ที่ไม่เห็นด้วยในช่วงแรก ยอมรับข้อเสนอของคณะผู้แทนไทยที่ขอให้ประเทศสมาชิกร่วมมือแก้ไขปัญหาในกลุ่มโรค NTD โดยพิจารณาถึงหลักการ One Health

บทเรียนที่ได้รับและสิ่งที่ประเทศไทยจะต้องดำเนินการต่อ

- องค์ประกอบสำคัญในการทำที่จะให้ข้อเสนอของประเทศไทยได้รับการยอมรับในเวทีระดับโลก ประกอบด้วย 1) ความพร้อมในการจัดเตรียมเอกสารหลักฐาน ผลงานวิชาการ ผลงานตีพิมพ์ (literature review) ต่างๆ ที่จะทำให้อธิบายข้อเสนอนั้นหนักแน่นพอ ถ้ามีการโต้แย้งเกิดขึ้น 2) ประสบการณ์ องค์ความรู้ วิสัยทัศน์ ของคณะที่ปรึกษาฯ ทำให้การตอบโต้ข้อโต้แย้งต่างๆ บนพื้นฐานของหลักการและเอกสารนั้น

ประสบความสำเร็จในการสร้างความยอมรับให้กับนานาชาติได้ 3) กระบวนการในการจัดทำ Intervention ของแต่ละเรื่องนั้น ควรผ่านความเห็นชอบจากคณะที่ปรึกษาของกรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะทำให้คณะผู้แทนไทยเกิดความมั่นใจในข้อเสนอว่า ข้อเสนอเหล่านั้นสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของกรมฯ และกระทรวงฯ และจะเป็นประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพของประชาชนอย่างแท้จริง

- ในปี พ.ศ. 2555 สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการนำแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียวมาใช้ในแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่ แห่งชาติ พ.ศ. 2556 -2559 โดยอยู่ในส่วนของ ยุทธศาสตร์ที่ 1 “พัฒนาระบบ เฝ้าระวัง ป้องกัน รักษา และควบคุมโรคภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว” ซึ่งการนำแนวคิดเครือข่ายสุขภาพหนึ่งเดียวผนวกเข้ากับการดำเนินงานโรค NTD ที่ยังเป็นปัญหาสำคัญในประเทศไทย ได้แก่ โรคพิษสุนัขบ้า โรคเลปโตสไปโรซิส จะทำให้เป็นการดำเนินงานแบบเครือข่ายสุขภาพหนึ่งเดียวที่มีหลายภาคส่วนร่วมกันทำงานตามแผนงานอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์ส่วนรวมสูงสุด
- เป้าหมายต่อไปของประเทศไทยซึ่งสอดคล้องกับ Roadmap ของการดำเนินงานโรคกลุ่ม NTD ในกลุ่มประเทศ SEARO คือ การกำจัด lymphatic filariasis ให้หมดไป โดยมีตัวชี้วัดคือ อัตราการตรวจพบเชื้อพยาธิโรคเท้าช้างในโลหิต (microfilarial rate) น้อยกว่าร้อยละ 1 ภายในปี พ.ศ. 2559 เพื่อให้ไปถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ ประเทศไทยควรจัดระบบเฝ้าระวังโดยตรวจหาไมโครฟิลาเรียเพื่อคัดกรองสุขภาพให้มีความเข้มข้นขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานต่างด้าวและผู้อพยพต่างชาติ เนื่องจากอุบัติการณ์โรคเท้าช้างในคนไทยลดน้อยลงตามลำดับ แต่ยังมีรายงานการเกิดโรคในกลุ่มแรงงานต่างด้าวและผู้อพยพต่างชาติเป็นระยะ ซึ่งการป้องกันการติดต่อผ่านทางยุงนำโรคในพื้นที่พบผู้ป่วยจึงเป็นเรื่องสำคัญ

Interventions by Thai delegations (Read by Soawapak Hinjoy)

Chair,

My delegations align ourselves to the statement made by India on behalf of 11 member states of Southeast Asia Region.

My delegations thank the secretariat in moving the Neglected Tropical Diseases agenda toward gradually eradication of these diseases.

NTDs are the most common infectious diseases in humankind; they are the diseases of the poor and further push into poverty. Many believe that prevention and control of NTDs require huge resource. In fact, Chair, may I quote finding from a study by Hudson Institute's Center in USA that a treatment cost for just half dollar per person per year; seven of the

most common NTDs can be treated. If you go out to buy a cup of coffee in the serpent bar outside, that cup can treat five persons from NTDs. NTDs programs yield not only the best benefits for health, but also national economic benefits.

We support EB132/R7, however, we have two amendments to strengthen the text.

When a country is about to eradicate a disease; we cannot lose sight and commitment on surveillance. With this concern, my delegations introduce a new OP1 subparagraph 1(bis), to read

To further strengthen the disease surveillance system especially on Neglected Tropical Diseases targeting for eradication;

Having reviewed the successful NTDs controls, undeniably, it involves multidisciplinary collaborations. There is a need apply One Health concept to NTDs and translate it into an effective implementation. Therefore OP1, subparagraph 5c, insert at the end of the paragraph by, "taking into consideration One Health"

Thank you chair

Agenda 16.3 Malaria

ผู้รายงาน นพ.อนุดรศักดิ์ รัชตะทัต

ความเป็นมาและสาระสำคัญของวาระ

- ทุกประเทศได้ติดตามรายงานความก้าวหน้าของการปฏิบัติแผนตาม resolution WHA64.17
- อัตราการเสียชีวิตของมาลาเรียทั่วโลกลดลง 25 % ในช่วง 200-2010 แต่การสนับสนุนด้านการเงินที่ขาดแคลน อาจส่งผลกระทบต่อความก้าวหน้าในการดำเนินงาน
- หลายประเทศที่เป็นพื้นที่มาลาเรียยังคงมีปัญหาระบบเฝ้าระวัง
- ปัญหาสำคัญที่พูดถึงบ่อยคือปัญหาเรื่องการต่อต้านมาลาเรียและการต่อสู้ต่อสารเคมีของยุงพาหะ
- ความก้าวหน้าจะเกิดขึ้นหากมีการปฏิบัติการที่จริงจังในพื้นที่ที่เป็นปัญหามากที่สุดใน 17 ประเทศซึ่งครอบคลุม 80% ของมาลาเรีย

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

มีประเทศต่างๆเข้าร่วมในการนำเสนอท่าทีต่อปัญหา มาลาเรียทั้งหมด 41 ประเทศ

- ประเทศต่างๆได้เน้นย้ำว่าปัญหา มาลาเรียยังเป็นปัญหาหลักของประเทศใน Post2015 development และต้องการสนับสนุนด้านยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุม มาลาเรียในปี 2025-2016
- ขอให้ WHO accelerate Pre-qualified combine anti-malaria drugs
- ขอให้ WHO สนับสนุน technical staffs และ expert ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องให้กับประเทศที่ยังเป็น endemic country ต่อไป)ประเทศ Africa region ส่วนใหญ่(
- ขอให้ strengthen เรื่อง cross-border malaria initiative เพื่อนำไปสู่ malaria control and elimination
- ขอให้ WHO ensure Global fund ที่จะสนับสนุนการดำเนินงาน malaria อย่างต่อเนื่อง
- ขอให้ จัดทำ indicators สำหรับ pre-elimination countries ว่าต้องทำอะไรให้สำเร็จแค่ไหนบ้าง)ปัจจุบันมีแต่ malaria control และ elimination goal and indicators อยากรู้ว่า pre-elimination ต้อง meet อะไรบ้าง)
- ขอให้ประเทศต่างๆมีการดำเนินงาน แบบ multi-sectoral approach
- กังวลเรื่อง funding shortage และประเทศ developed countries หลายประเทศเช่นอังกฤษประกาศว่าจะสนับสนุนเงินใน malaria elimination program ต่อไป
- Strengthen Drug resistance surveillance และ research สำหรับยาใหม่ๆ รวมทั้ง new tools and alternative methods ในการ control malaria
- USA ขอให้ WHO และประเทศสมาชิกมีการดำเนินการอย่างจริงจัง เรื่องการกำจัด counterfeit products ของ anti-malaria
- USA ขอให้ทุกประเทศที่ยังมีปัญหา malaria พยายามเพิ่ม government funding ในการดำเนินงาน เรื่อง malaria
- ประเทศส่วนใหญ่เห็นว่าควร ban การผลิต mono-therapy

บทบาทและท่าทีขององค์การอนามัยโลก

- ทาง 'WHO จะพัฒนายุทธศาสตร์โดยผ่านคณะกรรมการที่ปรึกษานโยบาย มาลาเรีย
- ได้มีการจัดทำ management plan สำหรับเรื่อง Insecticide resistance รวมทั้ง R&D ในการหา insecticide ใหม่ๆ
- ยกประเด็นเรื่อง government funding และ ensure international funding
- จะมีการรายงานความก้าวหน้าในที่ประชุม EB meeting ครั้งถัดไป และ WHA ในปี 2015

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

- ประเทศไทยสนับสนุนการดำเนินงานขององค์การอนามัยโลกและหน่วยงานผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ ในการดำเนินงานที่ผ่านมา
- ประเทศไทยและประเทศเพื่อนบ้าน กำลังดำเนินการเฝ้าระวังเพื่อป้องกันควบคุมปัญหาเชื้อมาลาเรียดื้อยา และปัญหาการติดต่อสารเคมีของยุงพาหะ
- ประเทศไทยขอให้ทาง WHO ช่วยจัดเวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เรื่อง T3 initiative (Test/Treat/Track)
- ประเทศไทยขอให้ WHO และองค์กรต่างๆที่เกี่ยวข้อง ให้ความมั่นใจว่าจะไม่มีบริษัทที่ผูกขาดในการผลิต ยาเดี่ยวต้านมาลาเรียก่อนเรียกร้องให้ประเทศสมาชิกหยุดการทำการตลาดและการใช้ยาเดี่ยวต้าน มาลาเรีย
- เรียกร้องให้ WHO สนับสนุนอย่างต่อเนื่องในการให้แนวทางด้านวิชาการและผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่ขาดแคลนเช่น นักกึ่งวิทยาทางการแพทย์ ในการผลิตนักวิชาการทดแทนเพื่อการป้องกันและควบคุมโรค มาลาเรีย
- เน้นย้ำถึงความสำคัญของสาธารณสุขมูลฐานว่าเป็นพื้นฐานสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคมมาลาเรีย

บทเรียนที่ได้รับจากการเข้าร่วม

- ความสำเร็จไม่สามารถบรรลุได้ด้วยการทำงานเพียงแคคนเดียว การทำงานเป็นทีม การอบรมชี้แนะ การเตรียมข้อมูล การปรึกษาหารือ การมีวินัย การฝึกซ้อม การให้กำลังใจ ฯลฯ ต่างเป็นองค์ประกอบร่วมกัน ของความสำเร็จ
- การสังเกตเรียนรู้งาน Good practice จากประเทศอื่นๆจะช่วยให้มีการปรับปรุงการทำงานภายในให้ดีขึ้น
- หากสามารถทำความรู้จักและสร้างเครือข่ายกับบุคลากรจากประเทศอื่นจะช่วยทำให้การทำงาน Global health ในอนาคตสะดวกขึ้น

Intervention by Thai delegate (Read by Anuttarasakdi Ratchatatat)

Thank you, Mr. Chairman

Past experiences have shown that reductions in malaria incidence can be achieved but are

difficult to sustain. Having reviewed the document WHA 66/21 and related documents, we have some comments as followed;

First, the emergence of Artemisinin resistance at cross border area is a major challenging issue. We would reiterate the cross border collaboration and strengthening of the surveillance system, which are key main strategies in combating with this fatal disease. Therefore we would like to request WHO to convene a forum which aims at sharing good practices of T3 initiative which is Test, Treat and Track implementation among endemic countries.

Second, diagnostics, essential medicines and prevention and control instruments in many low and middle income countries are at unaffordable cost, the monopolized by one producer or consolidated market and the inadequate supply and inappropriate management of the logistic and stockpile, especially on fixed dose ACT. We would urge WHO and development partners to ensure non monopolized and low cost good quality fixed dose ACT before requesting members to cancel the marketing of single artemesinin products.

Third, lack of technical expertise and human resources at all levels is one of contributing factors in the slow progress of the implementation of Global Malaria Action Plan (GMAP). We would request WHO to continue providing technical guidance and experts in specific area of expertise such as medical entomologist, medical laboratory technician and support member states in training of malaria prevention and control personnel.

Fourth, we reiterate the importance of well functioning health systems especially primary healthcare, as fundamental platform to the accomplishment of malaria prevention and control.

Thailand reaffirms itself in collaboration with neighboring countries in the context of increasing regional high level political commitment to meet the challenge of drug-resistant malaria, calling for a tighter cross border coordination, management of field operations and strengthening of the surveillance system.

Thank you, chair

Agenda 17.1: Substandard/spurious/falsely-labelled/falsified/counterfeit medical products (Document A66/22)

ผู้รายงาน ๑) นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ๒) ญ. ดร.วัลย์พร พัทธนฤมล ๓) ญ. พัชรีวรรณ ฝิ่งนิล

ความเป็นมาและสาระสำคัญของวาระ

WHA 61

ประเด็นเกี่ยวกับ SSFFC มีการเสนอเพื่อพิจารณาครั้งแรกใน WHA 61 แต่ไม่ได้มีการพิจารณาเนื่องจากไม่ได้ผ่าน EB ก่อนนำเข้าพิจารณา ต่อมาในปี 2009 ได้มีการผ่าน EB และนำประเด็นนี้เสนอเข้าพิจารณาใน WHA 62 แต่มีความจำเป็นต้องเลื่อนไปพิจารณาใน WHA 63 แทนเพราะต้องพิจารณาเรื่องไข้หวัด 2009 เป็นหลัก

WHA 63

สืบเนื่องจากการประชุม WHA ครั้งที่ 62 มีมติให้เลื่อนการพิจารณาวาระเกี่ยวกับ Medium - Term Strategic Plan 2008-2013 (MTSP): Strategic Objective 11 เรื่อง “Counterfeit medical products” มาพิจารณาในการประชุม WHA ครั้งที่ 63 ในหัวข้อ 11.20 โดย WHO ได้จัดให้มีการประชุม drafting group ในวันที่ 21 พฤษภาคม 2553 เพื่อให้ประเทศสมาชิกได้มีโอกาสพูดคุยและกำหนดแนวทางการดำเนินการเกี่ยวกับเรื่อง “Counterfeit medical products” ร่วมกัน ซึ่งได้ข้อสรุปเป็นเอกสาร draft decision และในที่สุดผ่านการรับรองจากที่ประชุม WHA 63 โดยมีเนื้อหาสำคัญคือ

- ๑) กำหนดให้ใช้หัวข้อเป็น “Substandard/ spurious/ falsely-labeled/ falsified/ counterfeit medical products” เพื่อให้ครอบคลุมและเหมาะสมกับสถานการณ์และกฎหมายของประเทศสมาชิกต่างๆ
- ๒) กำหนดให้จัดตั้ง Intergovernmental working group (comprising of only Member States and Regional Organizations) และต้องรายงานผลการดำเนินการ (specific recommendation) ต่อที่ประชุม Executive Board ครั้งที่ 128 และเสนอให้ที่ประชุม WHA 64 พิจารณาตามลำดับ
- ๓) กำหนดให้ WG ทำการตรวจสอบบทบาทของ WHO ในเรื่องการสนับสนุนให้มีผลิตภัณฑ์สุขภาพซึ่งมีคุณภาพ ปลอดภัย ประสิทธิภาพ ที่สามารถเข้าถึงได้ในราคาที่เหมาะสม (availability and affordability), บทบาทของ WHO ในการป้องกันและควบคุมผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดมาตรฐานและปลอมว่าจะต้องมุ่งเน้นด้าน Public health เป็นหลัก โดยต้องไม่มีเรื่องของ Intellectual property และ Trade เข้ามาเกี่ยวข้อง อีกทั้งต้องมีการทบทวนความสัมพันธ์ระหว่าง WHO และ IMPACT รวมถึงประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี)

หมายเหตุ: Decision WHA63(10) ได้ขอให้ WG ดังกล่าวรายงานความคืบหน้าผลการดำเนินการต่อที่ประชุม EB128 และเสนอให้ที่ประชุม WHA 64 พิจารณาตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ในที่ประชุม EB128 เมื่อเดือนมกราคม ๒๕๕๔ ยังไม่มีการรายงานความคืบหน้าการดำเนินงานของ WG ดังกล่าว เนื่องจาก WG ได้เลื่อนกำหนดการประชุมครั้งแรกจากเดือนธันวาคม 2553 เป็นเดือนกุมภาพันธ์ 2554 อย่างไรก็ตาม ผลปรากฏว่าจำเป็นต้องยืดระยะเวลาการทำงานของ WG ออกไป และไม่สามารถเสนอรายงานผลดำเนินการของ WG ใน WHA 64 ได้เนื่องจากยังมีบางประเด็นที่ไม่สามารถหาข้อสรุปร่วมกันได้คือ นิยามที่เหมาะสมของ SSFFC และรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่าง WHO กับ IMPACT อย่างไรก็ตาม ต่อมา WG ดังกล่าวได้เสนอผลการดำเนินงานและร่างแนวทางปฏิบัติผ่าน EB130 และมีการนำร่างข้อมติ EB 130.R13 เข้าพิจารณาในการประชุม WHA 65

WHA 64

เอกสารนำเข้าในที่ประชุมเป็นการรายงานของ Director-General ให้ที่ประชุม WHA64 รับทราบความคืบหน้าการดำเนินการของ working group ซึ่งใช้ชื่อว่า Working Group on SSFFC ได้ประชุมครั้งแรกเมื่อ 28 กุมภาพันธ์ - 2 มีนาคม 2554 ซึ่งปรากฏว่า WG ยังไม่สามารถตกลงกันได้ ในบางประเด็น ได้แก่ เรื่องการใช้คำศัพท์ที่เหมาะสมที่สื่อถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีความดีเรื่องคุณภาพ ความปลอดภัย และประสิทธิผลว่าจะเลือกใช้คำใด รวมถึงเรื่องความสัมพันธ์ระหว่าง WHO กับ IMPACT ว่าควรจะยุติหรือดำเนินการต่อ ดังนั้น จึงมีข้อเสนอว่าให้มีการดำเนินการในขั้นตอนต่อไป (Next Steps) โดยกำหนดให้ (1) ยืดระยะเวลาการทำงานของ WG เพื่อให้ทำงานเสร็จและได้ข้อสรุปมาเสนอแนะโดยเร็ว (2) ให้ WHO ดำเนินการตามมติใน agenda ที่ WHA41.16, WHA47.13 และ WHA61.21 ซึ่งเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับยาที่ด้อยคุณภาพและเรื่องที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ซึ่งในมติเหล่านี้ WHO สามารถดำเนินการได้เลยโดยไม่ต้องอ้างอิง IMPACT แต่อย่างใด และ (3) กลไกใดๆ ที่ WHO รับรองให้มาทำหน้าที่จะต้องมั่นใจในเรื่องความโปร่งใส ความน่าเชื่อถือ การมีองค์ประกอบที่เหมาะสมที่คำนึงถึงการมีส่วนร่วม และการไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน

ทั้งนี้ ทุกประเทศร่วมกันพิจารณาและเห็นควรให้ working group on SSFFC ทำงานต่อตามที่ระบุใน “Next Steps” และให้ได้ข้อสรุปมาเสนอโดยเร็ว ดังนั้น จึงไม่มีการอภิปรายลงรายละเอียดต่อประเด็นที่ยังหาข้อสรุปไม่ได้ใน working group เนื่องจากทุกประเทศเห็นพ้องว่าเป็นหน้าที่ของ working group

WHA 65

การประชุม WHA 65 มีมติให้จัดตั้งกลไกของรัฐสมาชิก (Member States mechanism) เพื่อดำเนินการเกี่ยวกับเรื่อง SSFFC ซึ่งมีรัฐสมาชิกเข้าร่วม ๙๐ ประเทศ ทั้งนี้ ร่างมติดังกล่าวได้ผ่านการพิจารณาของ EB130 มาก่อนแล้ว โดยในการประชุม WHA 65 ประเทศต่างๆ ได้กล่าวแสดงการสนับสนุนต่อร่างมตินี้และที่ประชุม Committee A รับมติตามที่เสนอโดยไม่มีการแก้ไข

อย่างไรก็ตาม มีการแสดงความกังวลเกี่ยวกับการขยายนิยามรวมถึงยาปลอมผ่านทางอินเทอร์เน็ต รวมถึงความกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (โดยเฉพาะกลุ่มประเทศแอฟริกา) หากการประชุมครั้งแรก

ของกลไกของรัฐสมาชิกเพื่อดำเนินการเกี่ยวกับเรื่อง SSFFC จะจัดขึ้นที่ประเทศอาร์เจนตินา โดยหากจัดการประชุมที่นครเจนีวาซึ่งประเทศต่างๆมีคณะทูตผู้แทนถาวรประจำประเทศของตนอยู่แล้ว น่าจะมีความสะดวกมากกว่า ทั้งนี้ ฝ่ายเลขานุการฯ และผู้แทนของประเทศอาร์เจนตินาคำนี้ถึงประเด็นดังกล่าวและรับไปหารือร่วมกันอีกครั้งหนึ่ง

WHA 66

การประชุมใน WHA 66 เป็นการรายงานสรุปผลการดำเนินงานของกลไกของรัฐสมาชิก (Member States mechanism) เกี่ยวกับเรื่อง SSFFC ซึ่งได้มีการประชุมครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 19 - 21 พฤศจิกายน 2555 ณ เมือง Buenos Aires ประเทศอาร์เจนตินา โดยมี H.E. Ambassador Umunna Humphrey Orjiako of Nigeria เป็นประธาน และมีผู้แทนจาก 65 ประเทศเข้าร่วมการประชุม ทั้งนี้ รายงานดังกล่าวได้ผ่านการพิจารณาของ Executive Board ครั้งที่ 132 และเสนอรายงานดังกล่าวเข้าสู่ที่ประชุมของ WHA 66

รายงานการประชุมฉบับดังกล่าว ระบุถึงกิจกรรมที่ MS mechanism จะต้องดำเนินการ เช่น areas of work, workplan, structure and governance, funding รวมถึงรูปแบบการดำเนินงาน เช่น มีการจัดตั้ง Open-ended WG เพื่อพิจารณาระบุรายละเอียดกิจกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้อง และจัดให้มี Steering Committee เพื่อพิจารณาให้ความคิดเห็นต่อ workplan ที่ MS mechanism กำหนดไว้ โดยระบุให้ Steering Committee ต้องประกอบด้วยประธาน (chairperson) 1 คนและผู้แทนจากแต่ละภูมิภาค (region) ภูมิภาคละ 2 คนเพื่อร่วมเป็น vice-chairpersons โดยให้จัดการประชุมของ Steering Committee ครั้งแรกก่อนที่จะถึงกำหนดการประชุมของ WHA 66 และการประชุมครั้งที่ 2 ของ MS mechanism จะจัดขึ้นภายใน Q4 ของปี 2556 (คาดว่าประมาณเดือนพฤศจิกายน 2556)

อย่างไรก็ตาม ขณะนี้ยังไม่มีการประชุมอย่างเป็นทางการสำหรับการประชุม Steering Committee โดยมีเฉพาะการประชุมแบบไม่เป็นทางการเพียง 1 ครั้งเมื่อวันที่ 11 เมษายน 2556 ซึ่งในการประชุมดังกล่าวไม่มีผู้แทนของประเทศสมาชิกทำหน้าที่ประธานแต่อย่างใด โดยมอบหมายให้ฝ่ายเลขานุการฯ (secretariat) ปฏิบัติหน้าที่เป็นประธานการประชุม Steering Committee แทน

บทบาทและท่าทีของประเทศต่างๆ

ประเทศสมาชิกเล็งเห็นความสำคัญและสนับสนุนให้มีการดำเนินการเพื่อต่อสู้กับปัญหา SSFFC โดยประเทศต่างๆ ยังมีความกังวลเกี่ยวกับการดำเนินงานของ MS mechanism และ Steering Committee ที่มีความล่าช้าและอาจไม่ทันตามระยะเวลาที่กำหนด

ประเทศอาร์เจนตินา เสนอให้ใช้หลักการหมุนเวียนคน (basis of rotation) โดยการคัดเลือกประธาน (chairperson) ของ Steering Committee กำหนดให้รองประธาน (vice-chairpersons) จากภูมิภาคต่างๆ

สลับหมุนเวียนกันทำหน้าที่ประธาน ซึ่งประเทศสมาชิกอื่นๆ ได้กล่าวสนับสนุนข้อเสนอของประเทศ อาร์เจนตินาเช่น บราซิล, สหรัฐอเมริกา, อาร์เจนตินา, อินเดีย เป็นต้น

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยยืนยันท่าทีเดิม กล่าวคือ

- ๑) นิยามของคำว่า “SSFFC” จะต้องชัดเจนและมุ่งเน้นในด้าน Public health เป็นหลัก โดยจะต้องไม่เชื่อมโยงกับข้อนิยามของ WTO เกี่ยวกับ Counterfeit และข้อพิพาทใดๆ ทางด้านทรัพย์สินทางปัญญา (Intellectual property) รวมทั้งจะต้องมีความยืดหยุ่นและคำนึงถึงบริบทด้านกฎหมายของแต่ละประเทศ
- ๒) การดำเนินการใดๆ เกี่ยวกับปัญหาด้านยาปลอม จะต้องไม่ทำให้เกิดอุปสรรคต่อการเข้าถึงยาชื่อสามัญ (Generic drugs) ที่ถูกต้องตามกฎหมายในประเทศกำลังพัฒนา
- ๓) การส่งเสริมความร่วมมืออันดีในการต่อสู้กับปัญหา SSFFC ระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับประเทศ ภูมิภาค และระดับโลก โดยจะต้องคำนึงถึงความโปร่งใสและต้องไม่มีส่วนได้ส่วนเสียใดๆ
- ๔) สนับสนุนให้หน่วยงานกำกับดูแลด้านยา (National Regulatory Authority; NRA) ของแต่ละประเทศ เข้มงวดกวดขันในการตรวจสอบและดำเนินการกรณีที่ปัจจุบันพบมีการขายยาผ่านทางอินเทอร์เน็ตเพิ่มมากขึ้น
- ๕) เสนอให้เสริมสร้างระบบ Rapid Alert System (RAS) เกี่ยวกับ SSFFC ในทุกระดับ
- ๖) เสนอให้พิจารณาวิธีการดำเนินการเพื่อนำไปสู่แผนปฏิบัติการที่ชัดเจน ต้องมีการกำหนด Action plan และตัวชี้วัด (indicators) เพื่อตรวจสอบและติดตามผลการดำเนินการของ WG

นอกจากนี้ ได้แสดงความกังวลในกรณีที่การดำเนินงานของ MS mechanism อาจมีความล่าช้าและไม่เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนดไว้เช่น Steering Committee ยังไม่เคยมีการประชุมอย่างเป็นทางการเพื่อพิจารณาและสรุปรายละเอียดของ workplan ที่จะเสนอ MS mechanism ให้ทันการประชุมครั้งที่ 2 ของ MS mechanism รวมทั้งยังไม่มีกำหนดคุณสมบัติของผู้ที่จะทำหน้าที่ประธานและรองประธานของ Steering Committee ไว้ให้ชัดเจน โดยเฉพาะในเรื่องของความโปร่งใส และต้องไม่มีส่วนได้ส่วนเสียใดๆ

ทั้งนี้ ประเทศไทยเห็นชอบรายงานการประชุมของ WHO Secretariat ที่ระบุเกี่ยวกับหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกประธาน (chairperson) ของ Steering Committee โดยให้รองประธาน (vice-chairpersons) จากภูมิภาคต่างๆ สลับหมุนเวียนกันทำหน้าที่ประธาน

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

WHO Secretariat ได้สรุปรายงานเสนอ Committee B เพื่อพิจารณา โดยที่ประชุมมีมติเป็นเอกฉันท์ให้การคัดเลือกประธาน (chairperson) ของ Steering Committee จะต้องมอบหมายให้รองประธาน (vice-chairpersons) จากภูมิภาคต่างๆ สลับหมุนเวียนกันทำหน้าที่ประธาน

บทเรียนที่ได้รับจากการเข้าร่วมประชุม

การดำเนินการใดๆในระดับประเทศ ระดับภูมิภาค และระดับโลก มีความจำเป็นต้องกำหนดแนวทางปฏิบัติที่เป็นที่ยอมรับร่วมกัน เพื่อให้การดำเนินงานมีความคืบหน้าและเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การกำหนดหลักเกณฑ์ที่ชัดเจนในการคัดเลือกประธานที่ประชุมของ Steering Committee เป็นต้น

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

- มอบหมายผู้แทนเข้าร่วมการประชุม Steering Committee และ MS mechanism อย่างเป็นทางการ โดยให้มีอำนาจในการตัดสินใจตามหน้าที่ความรับผิดชอบและมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น เพื่อให้มั่นใจว่าสรุปรายงานการประชุมที่จะเสนอเข้า EB133 และ WHA67 มีความสอดคล้องกับนโยบายหรือแนวทางปฏิบัติของรัฐและกระทรวงสาธารณสุข และมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง
- ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการดำเนินการเพื่อต่อสู้กับปัญหา SSFFC อย่างเข้มงวด และให้มีการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในลักษณะบูรณาการมากยิ่งขึ้น

Intervention delivered by Thailand

Honorable Chair,

My delegations welcome the informative report on SSFFC in doc A66/22 by the Secretariat.

SSFFC has huge negative impact on health of the population, as it could be a cause of treatment failure or even death, and also contribute to increased drug-resistance. Therefore, SSFFC must be completely eliminated immediately.

However, we have the following concerns;

First, combating SSFFC must focus on public health protection for better access to efficacious and quality medical products. Moreover, the definition of SSFFC must be clearly defined and distinguished from the intellectual property and trade issues. Interpretation of SSFFC must not threaten the legitimate and good quality generic medicines.

Second, to drive a successful SSFFC agenda at national, regional and global level, effective collaboration based on trust and stakeholders must be free from conflict of interest.

Third, increased magnitude of internet sales and false claims of medical products in electronic, internet media stimulates the entry of SSFFC into the supply chain. Therefore, strong regulatory capacity and effective enforcement by National Regulatory Authority is essential. Furthermore, strengthening the existing Rapid Alert System (RAS) on SSFFC at all levels is a important instrument for protecting consumers from the harmful effects of SSFFC.

Forth, the action plans of the Member State mechanism and indicators to monitor and assess the implementation of this mechanism should be thoroughly developed.

Chairperson,

Having reviewed A66/22 on the annex of the first meeting of the Member State mechanism (held from 19 to 21 November 2012), appendix 1 and 2, my delegations have the following concerns.

1. To move forward the mechanism effectively, all activities should be regularly followed as scheduled in a timely manner; for instance, the formal meeting of the Steering Meeting chaired by the chairperson who all Member States agreed on, to feed suggestions on the elements of the workplan, with technical consultation, must be performed and the progression should be reported to the second meeting of the Member State mechanism being taken place in November 2013.
2. We reiterate the importance of the qualification and specific requirement for steering committee members including the chair-person, in particular their transparency and free from conflicts of interest,

Thank you, Chair.

Agenda 17.2 : Follow-up of the report of the Consultative Expert Working Group on Research and Development: Financing and Coordination (Document A66/23)

ผู้รายงาน ๑) นพ.วิโรจน์ ตั่งเจริญเสถียร, ๒) ภาญ. ดร.วัลย์พร พัชรนฤมล ๓) ภาญ. พัชรวิวรรณ ฝั่งนิล

ความเป็นมาและสาระสำคัญของวาระ

WHA 63

สืบเนื่องจากมติสมัชชาองค์การอนามัยโลกที่ WHA63.28 ให้จัดตั้งคณะทำงานผู้เชี่ยวชาญ Consultative Expert Working Group (CEWG) เพื่อดำเนินการสืบต่องานของ Expert Working group (EWG) และวิเคราะห์รายละเอียดของข้อเสนอจากภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อการสนับสนุนทุนสำหรับการวิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ยา วัคซีน และการตรวจวินิจฉัย) พร้อมทั้งวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติของทางเลือกต่างๆ คณะทำงานผู้เชี่ยวชาญต้องมีความโปร่งใสในวิธีการดำเนินการ มีกระบวนการปรึกษาหารือ รวมถึงความโปร่งใสของการจัดการกับผลประโยชน์ทับซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และให้รายงานผลการดำเนินงานในสมัชชาสมัยที่ 65 โดยการดำเนินงานนี้อยู่ภายใต้แผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการระดับโลกว่าด้วยการสาธารณสุข นวัตกรรม และทรัพย์สินทางปัญญา (GSPA-PHI) ปี 2008 – 2015 ในมติสมัชชาที่ WHA61.21

คณะทำงานฯ มีข้อเสนอเป็น 2 ส่วนคือ 1) กลไกการจัดทำข้อตกลงด้านการวิจัยและพัฒนาเพื่อการดำเนินการที่ชัดเจน ยั่งยืน และสอดคล้องกันในทุกด้านที่เกี่ยวข้อง 2) กรอบแนวคิดของข้อตกลงดังกล่าว ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดระบบการคลังสำหรับการวิจัยและพัฒนาที่มีประสิทธิภาพ มีกลไกการประสานงานเพื่อให้เกิดการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคที่เป็นปัญหาในประเทศกำลังพัฒนา (type II and type III diseases and specific needs in relation to type I diseases) แหล่งทุนและกลไกการระดมทุนเพื่อการวิจัยและพัฒนา รวมถึง การพัฒนาศักยภาพการวิจัยและการถ่ายทอดเทคโนโลยีให้กับประเทศกำลังพัฒนา

WHA 65

เพื่อให้เกิดการดำเนินการเรื่องดังกล่าวซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการโลกเรื่องการสาธารณสุข นวัตกรรม และทรัพย์สินทางปัญญาต่อไป รัฐสมาชิกจึงเสนอ ร่างมติ 4 ฉบับ ได้แก่ ประเทศ 1) เคนยา 2) สวิตเซอร์แลนด์ 3) สหพันธ์แห่งอเมริกาใต้ (Union of South American Nations: UNASUR), และ 4) สหรัฐอเมริกาและคณะ (ออสเตรเลีย แคนาดา ญี่ปุ่น และโมนาโค) และที่ประชุม Committee A เห็นชอบให้พิจารณาร่างมติผ่านคณะทำงานยกร่างมติ (drafting group) โดยมีสาระสำคัญคือ การรับรองรายงาน การดำเนินการตามข้อเสนอของรายงานเพื่อให้เกิดการลงทุนเพื่อการวิจัยและพัฒนา และการประสานงานอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน ทั้งนี้ น.พ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ได้รับการคัดเลือกเป็นประธานของคณะทำงานยกร่างมติ (drafting group) ดังกล่าว

คณะทำงานยกร่างมติดีสามารถตกลงให้การดำเนินงานขั้นต่อไปเป็นการประชุม Open-ended meeting of Member States เพื่อหารือเกี่ยวกับข้อเสนอแนะใน 3 ระดับคือ ระดับประเทศ ภูมิภาค และ โลก เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ของข้อเสนอแนวทางและนำเสนอผลการหารือต่อสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 66 ผ่านกระบวนการของ EB 132 โดยประเทศสมาชิกรับรองมติที่ได้จากการประชุมของคณะทำงานยกร่างมติ ซึ่งจะนำไปสู่การทำงานเรื่อง Health R&D financing and coordination ระหว่างประเทศสมาชิกต่อไปในอนาคต

WHA 66

การประชุมใน WHA 66 เป็นการรายงานสรุปผลการดำเนินงานของ Open-ended meeting of Member States to Analyse the Report and the Feasibility of the Recommendations proposed by the Consultative Expert Working Group on Research and Development: Financing and Coordination ซึ่งได้มีประชุมที่นครเจนีวา สมาพันธรัฐสวิส เมื่อวันที่ 26 - 28 พฤศจิกายน 2555 โดยผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลก (WHO Director-General; WHO DG) กล่าวเปิดประชุมและเข้าร่วมการประชุมโดยตลอด และที่ประชุมเลือก น.พ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร หัวหน้าคณะผู้แทนไทยฯ เป็นประธานการประชุม

การประชุมครั้งนี้จะมีการนำร่างมติ (draft resolution) ที่เห็นชอบอย่างเป็นเอกฉันท์จาก Open-ended meeting of Member States และผ่านการพิจารณาจาก EB 132 แล้วเข้าสู่ที่ประชุมของ WHA66

บทบาทและท่าทีของประเทศต่างๆ

ประเทศสมาชิกมีมติเป็นเอกฉันท์รับรองร่างมติ (draft resolution) แต่ประเทศสหรัฐอเมริกาเสนอให้มีการพิจารณากำหนด Decision เพิ่มเติมเพื่อให้ WHO DG สนับสนุนและผลักดันให้มีกระบวนการดำเนินการที่เป็นรูปธรรมเพื่อขับเคลื่อนมติ (resolution) ให้มีการนำไปปฏิบัติจริงอย่างมีประสิทธิภาพ

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยโดยน.พ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ในฐานะประธานที่ประชุม Open-ended meeting of Member States เป็นผู้กล่าวรายงานสรุปผลการประชุมและเสนอให้ที่ประชุมพิจารณารับรองร่างมติ (draft resolution) ที่ปรากฏตามเอกสารแนบของ A66/23 โดยมีกำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับการรายงานความคืบหน้าในการดำเนินการคือ

- (1) WHA67 - ต้องรายงานผลการทบทวน coordination mechanisms และผลการประเมิน mechanisms for contributions to health R&D ที่มีอยู่ในปัจจุบัน
- (2) WHA68 - ต้องรายงานผลการดำเนินการของ health R&D demonstration projects
- (3) WHA69 - ต้องรายงานผลการดำเนินการตามมติ (resolution) ทุกประเด็น

ทั้งนี้ ประเทศไทยยังคงยืนยันท่าทีเดิม กล่าวคือ

- ๑) ควรจัดตั้ง National Health R&D Observatory เพื่อเป็นระบบฐานข้อมูล และดำเนินการอย่างเป็นระบบเพื่อค้นหาช่องว่าง และกำหนดนโยบายการวิจัยและพัฒนาให้สอดคล้องกับความต้องการของประเทศรวมถึงการพัฒนาศักยภาพและการถ่ายทอดเทคโนโลยีอย่างจริงจัง

- ๒) ควรร่วมโครงการนำร่องกับองค์กรอนามัยโลก (health R&D demonstration projects) เพื่อรวมศักยภาพกับประเทศกำลังพัฒนาในภูมิภาค
- ๓) ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์ยาและวัคซีน โดยสนับสนุนให้มีการขึ้นทะเบียนตำรับและพัฒนาเป็นยาใหม่สำหรับป้องกันหรือรักษาโรคบางชนิดที่มีความรุนแรงและยังไม่มีวัคซีนป้องกันหรือยาสำหรับรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาหรือวัคซีนเหล่านั้นได้อย่างทั่วถึง
- ๔) พัฒนาระบบการกำกับดูแลให้ครอบคลุมถึงผลิตภัณฑ์ยาและวัคซีนที่มีการวิจัยและพัฒนาอยู่ในขั้นตอนการศึกษาในมนุษย์ โดยกำหนดให้มีมาตรการดำเนินการกรณีพบว่าผลการศึกษาในมนุษย์มีความเสี่ยงในการเกิดความไม่ปลอดภัยต่อชีวิตของผู้เข้าร่วมการศึกษา
- ๕) ส่งเสริมให้มีระบบการคลังเพื่อการวิจัยและพัฒนา การประสานงาน การพัฒนาศักยภาพ และการถ่ายทอดเทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการกำหนดหัวข้อและทิศทางในการวิจัย ให้เป็นไปตามความจำเป็นและความต้องการของประเทศกำลังพัฒนาอย่างแท้จริง
- ๖) พัฒนากลไกการส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาออกกรอบการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา โดยเฉพาะกรณีการวิจัยและพัฒนาเพื่อประโยชน์สาธารณะ เช่น กรณีการวิจัยและพัฒนาวัคซีนเพื่อป้องกัน neglected diseases เป็นต้น

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุม WHA 66 มีมติเป็นเอกฉันท์รับรองร่างมติ (draft resolution) และ WHO Secretariat ได้สรุปรายงานในที่ประชุม Committee B เกี่ยวกับ Decision ซึ่งเป็นกระบวนการที่ประเทศสมาชิกร่วมกันพิจารณา กำหนดเพื่อให้ WHO DG สนับสนุนและผลักดันให้มีกระบวนการดำเนินการที่เป็นรูปธรรมเพื่อขับเคลื่อนมติ (resolution) ให้มีการนำไปปฏิบัติจริงอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเนื้อหาใน Decision ดังกล่าวกำหนดให้มีการประชุม Technical consultative meeting ภายในปลายปี 2013 (พ.ศ.2556) เป็นเวลา 2-3 วัน เพื่อเปิดโอกาสให้ประเทศสมาชิกได้จัดส่งผู้แทนทั้งจากภาครัฐและผู้เชี่ยวชาญด้าน R&D เข้าร่วมประชุมหารือเพื่อพิจารณาเกี่ยวกับการดำเนินการของ health R&D demonstration projects

บทเรียนที่ได้รับจากการเข้าร่วมประชุม

องค์การอนามัยโลกมีวิธีการปฏิบัติเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการผลักดันให้มีกระบวนการดำเนินการที่เป็นรูปธรรมเพื่อขับเคลื่อนมติ (resolution) ให้มีการนำไปปฏิบัติจริงอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การที่ประเทศสมาชิกร่วมกันกำหนด Decision เพื่อรองรับการนำมติ (resolution) ไปสู่ภาคปฏิบัติ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

1. มอบหมายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและกำหนดผู้ประสานงานที่ชัดเจน เพื่อนำมติของ WHA ไปสู่การปฏิบัติในระดับประเทศและระดับภูมิภาค และให้มีการติดตามความคืบหน้าการดำเนินงานอย่างจริงจังเพื่อบรรลุสู่เป้าหมายในการพัฒนาเทคโนโลยีและยาสำหรับโรคที่ถูกละเลยดังกล่าว ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายหรือแนวทางปฏิบัติของรัฐและกระทรวงสาธารณสุข และมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง
2. จัดให้มีกระบวนการคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญด้าน health R&D เพื่อร่วมเป็นผู้แทนของประเทศไทยในการเข้าร่วมการประชุม Technical consultative meeting ที่จะจัดขึ้นภายในปลายปี 2013 (พ.ศ.2556)

Intervention delivered by Thailand

Chair,

I take the floor as the Chair of the open-ended meeting of Member States on the follow-up of the report of the Consultative Expert Working Group on Research and Development: Financing and Coordination, which met in Geneva from 26 to 28 November 2012.

This open ended meeting was mandated by resolution WHA65.22 followed the report of the CEWG.

This open ended meeting is a continued process of the global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property which aims to promote innovation, build capacity, improve access and mobilize resources to address diseases that disproportionately affect developing countries as well as all other related WHA resolutions.

Chair, the draft resolution as contained in the annex of A66/23 is the results of three days hard work, negotiation, compromise and in the spirit of consensus by Member States participated in the Open ended meeting in November 2012.

It should be noted that the open ended meeting continued to meet after midnight until 2:30 AM of Thursday 29 November, with the presence of Dr Chan DG of WHO.

Chair,

I wish to note that the outcome of open ended meeting reflects a continued process of this

complex endeavor, notably. There are three steps of reporting of the works to WHA as follow.

By the 67 WHA, there will be two reports: (1) the review of existing coordination mechanisms, as proposed in OP4 subparagraph (5) and (2) the evaluation of the existing mechanisms for contributions to health R&D as proposed in OP 4 subparagraph 6.

By the 68 WHA, there will be a report on the implementation of health R&D demonstration projects, as proposed in OP4 subparagraph 4.

Finally, there will be another open-ended meeting of Member States prior to WHA69, that open ended meeting will report their results to WHA69.

As chair of the November open ended meeting and also several previous related meetings, this is the maximum we can go; this is a good enough start up, where several concrete steps were proposed in the resolution, notably the development of national and global health R&D observatories for monitoring and identification of gaps, effective coordination and reviews of financing.

Finally, in the light of these clarifications, I would urge distinguished delegates to adopt the draft resolution on consensus; and diligently implement the resolution with a good outcome.

Thank you, Chair

Agenda ๑๗.๓ Universal Health Coverage

Transforming Health Workforce Education in Support of the Universal Health Coverage
[A66/A/CONF./2 Rev1]

ที่ปรึกษา

นายกสภามหาวิทยาลัยมหิดล อธิการบดี มหาวิทยาลัยมหิดล คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการอำนวยการการ
ประชุม Prince Mahidol Award Conference

ผู้รายงาน ๑) ศ.นพ.ภิศก ลุมพิกานนท์, ๒) ศ.พญ.วณิชชา ชื่นกองแก้ว

ความเป็นมาและสาระสำคัญของวาระ

- จากมติการประชุมสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ ๕๙ (WHA59.23) ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ทำให้องค์การอนามัยโลกเล็งเห็นถึง ความสำคัญในการเร่งการเพิ่มการผลิตบุคลากรทางด้านสาธารณสุข
- จากมติการประชุมสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ ๖๓ (WHA63.16) องค์กรอนามัยโลกกระตุ้นให้ประเทศสมาชิกตระหนักถึงระบบการวางแผนทางด้านกำลังคนทางด้านสุขภาพ โดยคำนึงถึงการพัฒนาศึกษาบุคลากรทางด้านสาธารณสุข
- จากมติการประชุมสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ ๖๔ (WHA64.9) องค์กรอนามัยโลกกระตุ้นให้ประเทศสมาชิก เสริมสร้างระบบการดูแลสุขภาพที่สามารถเข้าถึงได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง primary health care รวมทั้งการเพิ่มการผลิตบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพ ให้มีการกระจายอย่างทั่วถึง เพื่อลดความเหลื่อมล้ำ และตอบสนองความต้องการทางด้านสุขภาพของประชาชน ซึ่งสนับสนุนหลักการพื้นฐานของ Universal Health Coverage
- จากรายงาน คณะกรรมการอิสระเพื่อศึกษาเรื่อง Education of health professionals for the 21st century: a global independent Commission เมื่อเดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๓ โดยมี Professor Lincoln Chen (President of China Medical Board) และ Professor Julio Frenk (Dean of Harvard School of Public Health) เป็นประธานคณะกรรมการโดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก Bill & Melinda Gates Foundation, The Rockefeller Foundation, China Medical Board และ The Lancet
- ก่อนการเปิดประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๖๖ ประเทศไทยได้นำเสนอในที่ประชุมสมาชิก ๑๑ ประเทศ จากภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ที่ประชุมมีมติให้ประเทศไทย และอินโดนีเซียเป็นผู้ประสานงานหลัก (focal point) ของวาระ ๑๗.๓ เรื่อง Universal Health Coverage และจัดให้เป็น regional one voice statement และมีมติให้ทุกประเทศในภูมิภาคนี้ ให้การสนับสนุนร่างข้อมติ ที่ประเทศไทยจะนำเสนอ โดยนำข้อสังเกตจากที่ประชุมไปปรับปรุงแก้ไข โดยเฉพาะประเทศขนาดเล็ก และหมู่เกาะ ที่ไม่มี ความคุ้มทุน (economy of scale) ในการผลิตบุคลากรสุขภาพภายในประเทศของตน
- ประเทศไทยร่วมกับประเทศภาคีทั้ง ๖ ภูมิภาคขององค์การอนามัยโลก ได้แก่ ประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ๑๑ ประเทศ ประเทศสหรัฐอเมริกา จีน ญี่ปุ่น มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ เวียดนาม อาฟริกาใต้ นอร์เวย์ ปากีสถาน อิสราเอล และต่อมาภายหลังรวมประเทศฝรั่งเศส เซเนกัล สหราชอาณาจักร และ ไอร์แลนด์เหนือ รวมทั้งสิ้น ๒๔ ประเทศ ได้ร่วมกันเสนอร่างมติ “Transforming Health Workforce Education in Support of the Universal Health Coverage” ในระเบียบวาระ ๑๗.๓ Universal Health Coverage

โดยมีข้อเสนอต่อองค์การอนามัยโลก ดังนี้

- ให้ประเทศสมาชิกสร้างเสริมพัฒนาการศึกษาบุคลากรทางด้านสาธารณสุขผลักดันให้เป็นนโยบายแห่งชาติ เพื่อสนับสนุน Universal Health Coverage โดยประสานงานกันระหว่างกระทรวง หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันประเมินสถานการณ์ทางการศึกษาของบุคลากร ทางด้านสาธารณสุข โดยแบบสอบถามที่ออกแบบโดยองค์การอนามัยโลก โดยที่ประเทศสมาชิกสามารถปรับเปลี่ยนให้เข้ากับบริบทของแต่ละประเทศสมาชิกได้
- และรายงานผลการประเมินสถานการณ์และแผนงานในการขับเคลื่อนนโยบายระดับชาติตามมติในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ ๖๙ ในปี ค.ศ. ๒๐๑๖ เพื่อมุ่งสู่การกำหนดยุทธศาสตร์พัฒนาการศึกษาบุคลากร ทางด้านสาธารณสุขโดยมุ่งเน้นการเรียนรู้ร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพและการทำงานร่วมกันเป็นทีม บนพื้นฐานของความรู้ความเข้าใจในระบบสุขภาพ เพื่อให้ได้บัณฑิตที่มีความรู้ความสามารถ ที่จะทำงานในชุมชน และรายงานยุทธศาสตร์โลกว่าด้วยการปฏิรูประบบการผลิตบุคลากรสุขภาพ รวมทั้งรายงานผลการปฏิบัติตามมติในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ ๗๐ ในปี ค.ศ. ๒๐๑๗

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

มีประเทศต่างๆ ทั้งที่ให้การสนับสนุนและไม่เห็นด้วย จึงต้องมีการประชุมเพื่อรวบรวมข้อคิดเห็น และนำไปสู่การแก้ไขร่างมติร่วมกันผ่านการประชุมปรึกษาหารือ ไม่เป็นทางการ (informal consultation) จำนวน ๓ ครั้ง ในประเด็นสำคัญดังนี้

- ๑) การกำหนดกรอบเวลาในประเมินสถานการณ์ทางการศึกษาของบุคลากรทางด้านสาธารณสุข
- ๒) การจัดสรรงบประมาณขององค์การอนามัยโลกเพื่อให้ครอบคลุมแผนการปฏิบัติงานทั้งหมด

บทบาทท่าทีประเทศไทย

ประเทศไทยร่วมกับประเทศภาคีเสนอร่างมติที่ได้มีการปรับแก้ไขตามความเหมาะสม จากการประชุมเพื่อรวบรวมข้อคิดเห็นร่วมกันจำนวน ๓ ครั้ง ต่อคณะกรรมการ สมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ ๖๖

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

สมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ ๖๖ รับรอง A66/A/CONF./2 Rev1

บทเรียนที่ได้จากการเข้าร่วมและสิ่งที่ประเทศไทยจะนำไปดำเนินการต่อ

- ประเทศไทยได้เสนอมติ เรื่อง STRENGTHENING HEALTH WORKFORCE EDUCATION AND TRAINING IN THE REGION ในการประชุมกรรมการระดับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Southeast Asia Regional Committee สมัยที่ ๖๕) เพื่อเสนอต่อ Executive Board สมัยที่ ๑๓๒ เพื่อเสนอเข้าสู่

ระเบียบวาระสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ ๖๖ แต่เนื่องจาก มีระเบียบวาระค่อนข้างมาก จึงไม่ได้รับการเสนอเข้าสู่ระเบียบวาระสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ ๖๖ แต่เนื่องจากประเทศไทย และประเทศภาคีสมาชิกทั้ง ๖ ภูมิภาค เห็นว่าเป็นเรื่องที่มีความสำคัญต่อการสนับสนุน หลักการพื้นฐานของ Universal Health Coverage จึงได้เสนอร่างมติภายใต้ระเบียบวาระ ๑๗.๓ Universal Health Coverage ซึ่งสามารถทำได้ตามขั้นตอนกระบวนการเสนอร่างมติ เนื่องจากเป็นร่างมติดีก่อให้เกิดผลดีต่อส่วนรวม และไม่มีประเด็นขัดแย้งทางการเมือง

- ประสานงานกันระหว่างกระทรวงหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันประเมินสถานการณ์ทางด้านการศึกษาของบุคลากรทางด้านสาธารณสุข โดยแบบสอบถามที่ออกแบบโดยองค์การอนามัยโลก และรายงานผลการประเมินสถานการณ์และแผนงานในการขับเคลื่อนนโยบายระดับชาติตามมติในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก และดำเนินการกำหนดยุทธศาสตร์พัฒนาการศึกษา บุคลากรทางด้านสาธารณสุข โดยในเบื้องต้นประเทศไทยได้มีการดำเนินการขับเคลื่อน ร่วมกับประเทศต่างๆ ในภูมิภาคเอเชียอยู่ และจะขยายผลต่อไปเป็นการขับเคลื่อนร่วมกัน ในระดับโลก

Intervention on behalf of SEAR by Thai Delegation

Madame Chair person

I am making this statement on behalf of 11 member states of Southeast Asia Region. Universal Health Coverage (UHC) was committed by the UNGA Resolution proposed by Foreign Policy and Global Health Group on UHC, it was cosponsored by 96 countries and adopted in December 2012 by consensus.

In Botswana and Bali high level discussion, UHC was one of the overarching health goals proposed for the post 2015 development goals. UHC was also declared as one of the most important WHO policy by the DG in 2012. Madam DG and the President of the World Bank also mentioned UHC in this WHA.

Adequate number of competent health workforces is the key platform to achieve successful UHC outcome.

Effective and appropriate Health Workforce Education system is extremely important in preparing adequate number of competent health workforces, who are accountable and responsive to health needs of the population.

Health Workforce Education systems had been gradually transformed from ‘experience-

based' towards more science and technology based, since around 100 years ago, after the Flexner Report. These have advanced the health care systems and also extend life expectancy. However, science base gradually resulted in fragmentation, technology driven and high cost implications.

In December 2010, a Lancet Commission Report "Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in a global interdependent commission", synthesized by 19 renown commissioners around the world based on clear and concrete available evidences, has kicked start the Global HRH education reform processes.

A number of Health Workforce Education transforming initiatives are tested on ground, especially in African Region, notably Nursing Education Partnership Initiative (NEPI), The Medical Education Partnership Initiative (MEPI), and the Training for Health Equity Network (THEnet), and the Asia Pacific Health Professional Education Reform (ANHER). These pilots demonstrate potential positive results.

In September 2012, a Resolution on Strengthening Health Workforce Education and Training in the Region was adopted by the 65th South East Asia Regional Committee in Jogjakarta. The Regional Resolution calls the DG to insert an agenda item in EB132 session, but for whatever reason, it was not in the EB agenda, hence WHA66 agenda.

Health workforce is one of the neglected agendas, let alone the health workforce education and training, it is the most neglected of the neglected agenda.

In such neglected context, 21 Member States from six WHO regions co-sponsored a draft resolution on Conference Paper number 2.

The Conference Paper, inter alia, calls for a national assessment of health workforce education and training systems in order to formulate evidence based policy and strategies to strengthen, and transform the systems in responses to health systems and health needs of the people.

My delegation, on behalf of 11 member states of Southeast Asia region, strongly wishes that the Assembly will make a decision in adopting this conference paper, and move this most neglected agenda forwards.

At this stage, we would like to request that a scheduled informal consultative meeting at 1800 in Room XXII be replaced by a drafting group meeting.

Thank you, chair.

Intervention 2 (on Monday 27-05- 2013)

Chair,

My delegation wishes to report to the Committee the results of three informal meetings on Wednesday to Friday last week

We have discussed the draft resolution contained in A66/A/Conf/2 and come up with a negotiated text, now contained in A66/A/Conf 2 Rev 1. The revised draft resolution was cosponsored by three additional Member States, namely France, Senegal and United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland; making it 24 Member States co-sponsoring this revised draft.

Discussion went on very constructively in the spirit of moving this important agenda forward at national and global level.

Also a revised report on financial and administrative implication submitted by the secretariat was contained in doc A66/A/conf/2 Rev 1 Add 1.

Given the hard works and negotiations in the informal meetings, I strongly wish the committee would adopt this draft resolution.

Thank you Chair.

Agenda 17.4 The health workforce: advances in responding to shortages and migration, and in preparing for emerging needs

ผู้รายงาน ๑) รศ.ดร. สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, ๒) ผศ. ดร. เรณู พุกบุญมี, ๓) ดร.กาญจนา จันทร์ไทย, ๔) ดร.ธีรพร สิริอังกูร, ๕) นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ๖) เกศจักรหญิง ดร.วัยพร พัชรนฤมล

ความเป็นมา

ปี 2006, WHO ได้รายงาน 57 ประเทศที่กำลังเผชิญภาวะวิกฤตของกำลังคนด้านสุขภาพ โดยแต่ละประเทศที่มีปัญหานี้มีสัดส่วนบุคลากรด้านสุขภาพต่อประชากรต่ำมาก (น้อยกว่า 23: 10,000 ประชากร) นอกจากนี้ช่วง 10 ปีที่ผ่านมา มีการเคลื่อนย้ายอัตราากำลังของบุคลากรด้านสุขภาพเกิดขึ้นมากมายโดยเฉพาะจากประเทศที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ ทั้งในแต่ละประเทศและระหว่างประเทศ เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว WHA ได้มีมติในการแก้ปัญหา 3 resolutions ได้แก่ WHA63.16 (2010), WHA64.6 (2011), และ WHA64.7 (2011)

ความเป็นมาและสาระสำคัญของวาระ

ในการประชุมกรรมการบริหารวาระที่ 132nd ได้มีการอภิปรายในมติทั้ง 3 ดังนี้

๑) Resolution WHA63.16 (2010) :- ว่าด้วย WHO Global Code of Practice on The International Recruitment of Health Personal ซึ่ง WHO secretariat ได้รายงานความก้าวหน้าของการดำเนินงานของประเทศสมาชิกตามข้อมติดังกล่าวยังเป็นไปอย่างล่าช้า ซึ่งต้องเร่งดำเนินการในเรื่องนี้ต่อไป นอกจากนี้ได้รายงานกิจกรรมที่ประเทศสมาชิกได้ดำเนินการอย่างเข้มแข็ง โดยมีการทำ Agreements เรื่องการเคลื่อนย้ายบุคลากรระหว่างประเทศสมาชิก ความร่วมมือระหว่าง WHO กับ EU ในการวางแผนปฏิบัติการด้าน Health Workforce ของ EU เป็นต้น

๒) 2.Resolution WHA64.7(2011) ว่าด้วย Strengthening Nursing and Midwifery Secretariat รายงานความก้าวหน้าของการดำเนินการของประเทศสมาชิกในกลุ่ม Eastern Mediterranean Region ที่ได้จัดทำ Strategy for Strengthening Nursing and Midwifery (2012-2020) และ WHO ร่วมกับองค์กรพยาบาลระหว่างประเทศได้ตีพิมพ์เอกสารชื่อ “Enhancing nursing and midwifery capacity to contribute to the prevention, treatment and management of non-communicable diseases” ซึ่งสะท้อนบทบาทของพยาบาลและผดุงครรภ์ในการส่งเสริม ป้องกัน ดูแล และฟื้นฟู ใน NCD

ในตอนท้ายของการรายงาน Secretariat ได้เสนอถึง Future challenges ต่อประเทศสมาชิก 6 ประเด็น 3 ประเด็นแรก เกี่ยวข้องกับอุปสรรคที่ทำให้การดำเนินงานตามข้อมติเกิดขึ้นอย่างล่าช้า อาทิ Political Commitment การลงทุนเกี่ยวกับการพัฒนาบุคลากรทางด้านสุขภาพ การกำกับติดตามเฝ้าระวัง การพัฒนานโยบาย การผลิต การจ้างงาน การคงอยู่และการเคลื่อนย้าย ส่วน 3 ประเด็นหลัง WHO จะต้องสนับสนุน

Strengthening Nursing and Midwifery ทั่วโลกในด้านนโยบาย การศึกษา การควบคุม การกำกับ ตลอดจน การเจรจาเรื่องเคลื่อนย้ายภายใต้ The Code รวมทั้งสถานการณ์วิกฤตเศรษฐกิจโลกที่มีผลต่อการจ้างงานและ การเคลื่อนย้าย Health Workforce ซึ่งทำให้ปัญหาของ Health Workforce ทวีความรุนแรงขึ้น

บทบาททำที่ของประเทศสมาชิก

ประเทศสมาชิกต่างสนับสนุนข้อมติทั้ง 3 และรายงานการดำเนินงานตามข้อมติของแต่ละประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรายงานการเพิ่มการผลิตบุคลากรด้านการแพทย์และการพยาบาลในประเทศ ทั้งนี้ประเทศสมาชิก ก็ขอรับการสนับสนุนจาก WHO ในการดำเนินงานตามข้อมติทั้ง 3

บทบาททำที่ประเทศไทย

- ๑) รับทราบการรายงานของ Secretariat
- ๒) ประเทศไทยและสภาการพยาบาลสนับสนุนการดำเนินงานของ ทั้ง 3 Resolutions ซึ่งต้องนำสู่การปฏิบัติ อย่างจริงจัง และติดตามผลความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง
- ๓) ประเทศไทยแจ้งความประสงค์ขอให้ WHO สร้างความร่วมมือในการวางแผนปฏิบัติการด้าน Health Workforce ของประเทศสมาชิกในภูมิภาคอื่น เช่น Asia Pacific และ ASEAN เช่นเดียวกับที่ได้ร่วมมือกับ EU
- ๔) ประเทศไทยได้เน้นความสำคัญของการปฏิรูประบบ HRH Education เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันเป็น ทีมของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ตลอดจนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วนเข้ามาร่วมมือในการจัด การศึกษา เพื่อให้ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางของการศึกษาและการบริการมากกว่าเป็นการศึกษาที่เน้น เนื้อหาหรือทฤษฎีอย่างเดียว
- ๕) ประเทศไทยมีความพร้อมที่จะให้การสนับสนุนประเทศเพื่อนบ้านในการพัฒนาครุพยาบาลในระดับ บัณฑิตศึกษา เพื่อไปทำหน้าที่ผลิตพยาบาลให้กับประเทศของตนเองต่อไป

บทเรียนที่ได้รับจากการเข้าร่วมประชุม

- ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางด้านสุขภาพเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อประเทศสมาชิกอย่างเกี่ยวเนื่อง กัน การแก้ปัญหาจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือ ความจริงใจและการช่วยเหลือซึ่งกันและกันของประเทศ สมาชิกตามทรัพยากรที่มีอยู่ ตลอดจนความร่วมมือจากภาคส่วนอื่น ๆ มาช่วยกันสนับสนุนการพัฒนา กำลังคนด้านสุขภาพ
- เมื่อประเทศสมาชิกได้ตกลงในข้อมติต่าง ๆ แล้ว ควรจะนำไปปฏิบัติอย่างจริงจัง โดยมอบหมายให้มี ผู้รับผิดชอบหลักของแต่ละมติให้ชัดเจน ทำให้ไม่เกิดความล่าช้าในการดำเนินการแก้ปัญหา

สิ่งที่จะดำเนินการต่อในประเทศ

- จัดให้มีระบบฐานข้อมูล HRH ของทั้งประเทศ ซึ่งประกอบด้วย ความต้องการกำลังคน การพยากรณ์กำลังคนในอนาคต การจ้างงาน การกระจาย การเคลื่อนย้าย และการพัฒนา
- รมณรงค์ทำความเข้าใจเกี่ยวกับ The Code ให้ครอบคลุมสมาชิกผู้ประกอบการวิชาชีพทางด้านสุขภาพ รวมทั้งนักศึกษา
- องค์กรวิชาชีพด้านการพยาบาลและผดุงครรภ์นำข้อมติเกี่ยวกับการพยาบาลและผดุงครรภ์ สู่การดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งต้องได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐที่เกี่ยวข้อง
- ประสานกับ WHO Region ในความร่วมมือด้านการวางแผน Health Workforce ในภูมิภาค

Intervention:- by Thailand (Read by:- Assoc.Prof.Dr.Suchitra Luangamornlert)

Thank you Chair,

We note the document A66/25, despite the voluntary nature of the Code, although a number of WHO Member States, actively implement the Code, notably by the European Region. However, there is a huge room for improvement; notably designation of national focal points and increase number of reporting in the next three years.

Although international migration of health workforces including nurses and midwives is, currently, not a major issue in Thailand, we fully comply with the Code despite its voluntary nature.

The President of Thailand Nursing and Midwifery Council declares that Thailand strongly discourages the recruitment of foreign nurses and midwives from the countries, facing critical shortage of health workforce, despite the current Mutual Recognition Arrangement.

In response to significant increase in demand for health services, as a result of Universal Health Coverage, we increased production while at the same time, introduced and implemented several effective retention strategies, such as financial and non financial incentives and career pathways.

This is reflected by the government policy to achieve a minimum of “one nurse per one sub-district”; this policy will be fully funded by the government.

Chair, Thailand extends support to neighboring countries by training nursing educators, through post graduate education and long term support. These alumni return back and contributed hugely to faculty development and scale up nursing production.

Learning from European Union experiences on regional collaboration, it is useful to replicate these in Asia Pacific Region and ASEAN.

My delegation would also like to emphasize the importance of the collaboration among various key stakeholders within a country. Working together across sectors and professions, in a team, with patient-centered education and services, will ensure a holistic education and health service systems. The HRH education systems needs to be transformed from mainly science and technology based towards more 'art and heart' and community and health systems based. The global movement on HRH education reform is starting and this assembly is considering a draft resolution on Transforming HRH education, which expects to further the global movements to transform the HRH education systems.

Finally, we look forwards to seeing more commitment to the WHO Global Code through effective implementation and reporting the outcome and impact in the next 3 years.

Thank you Chair

Agenda 18 Progress reports on Communicable diseases

G. Smallpox eradication: destruction of variola virus stocks (resolution WHA60.1)

[A66/27, 15 March 2013]

ความเป็นมาและสาระสำคัญของวาระ

- ๑) ปัจจุบันมีการเก็บเชื้อ variola virus ที่ WHO Collaborating Centers 2 แห่ง ที่ The State Research Centre for Virology and Biotechnology (Koltsovo, Russian Federation) และที่ The Centers for Disease Control and Prevention (Atlanta, Georgia, United States of America) ซึ่งทั้ง 2 แห่งนี้ ได้รับการยืนยันจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญจากทาง WHO ร่วมกับสถาบันชั้นนำถึงความปลอดภัยทางชีวภาพและความมั่นคงทางห้องปฏิบัติการระดับสูงสุด

- ๒) บริษัทฯและเวชภัณฑ์ 3 แห่งรายงานถึงความก้าวหน้าในการผลิตวัคซีนและยาต้านเชื้อไวรัส โดยมีรายละเอียดถึงความปลอดภัย ความคงอยู่ และขั้นตอนการผลิตในโรงงาน เพื่อให้ขบวนการผลิตผ่านมาตรฐานต่างๆ ตามที่กำหนดไว้
- ๓) มีการจัดทำเครือข่ายตรวจวินิจฉัยโรคไข้ทรพิษ (ฝีดาษ) และ orthopoxvirus ทางห้องปฏิบัติการ โดย WHO กำลังรวบรวมห้องปฏิบัติการที่มีศักยภาพเพียงพอในการตรวจวินิจฉัย และในปัจจุบันนี้กำลังมีการพัฒนาชุดทดสอบที่สามารถตรวจสอบความแตกต่างระหว่างเชื้อ variola virus และ pox virus ตัวอื่นๆ
- ๔) มีการจัดทำแผนปฏิบัติงานด้านกำลังผลิตและการจัดสรรวัคซีนของ WHO เพื่อเตรียมพร้อมกรณีมีการระบาดของโรคไข้ทรพิษ แผนปฏิบัติงานประกอบด้วย ข้อพิจารณาทางกฎหมายในแง่ของการตีความของประเทศผู้บริจาควัคซีนไข้ทรพิษต่อประเทศผู้รับบริจาค และระบบการจัดส่งวัคซีน เป็นต้น

บทบาททำที่ของประเทศต่างๆ

- ๑) อิหร่านเห็นว่าควรมีการทำลายเชื้อไวรัสตามคำแนะนำของคณะกรรมการที่ปรึกษาและควรหยุดการดำเนินงานโครงการที่เกี่ยวข้องกับ Live variola ทั้งหมดภายในปี 2014
- ๒) สหรัฐอเมริกา ให้ความสำคัญกับการศึกษาทางวิทยาศาสตร์ที่มีความจำเป็นตามที่คณะกรรมการแนะนำ
- ๓) one voice of 46 African countries ควรมีการทำลายเชื้อไวรัส ตาม WHA resolution 60.1 เนื่องจากการเก็บเชื้อไวรัสจะก่อให้เกิดอันตรายในวงกว้าง ขอให้องค์การอนามัยโลกสนับสนุนทางวิชาการแก่ประเทศต่างๆ เพื่ออบรมให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์ที่ในปัจจุบันไม่มี ประสบการณ์ในการวินิจฉัยและรักษา smallpox แล้ว เพื่อเป็นการเตรียมการหากเกิด bioterrorism
- ๔) ขอให้มีการถ่ายทอดเทคโนโลยีที่สำคัญทั้งด้านการวินิจฉัย ป้องกันและรักษาแก่ประเทศกำลังพัฒนา
- ๕) ขอให้มีการดูแลเก็บรักษาเชื้อให้เคร่งครัดเพื่อป้องกันการรั่วไหล ซึ่งจะนำไปสู่การระบาด

บทบาทและทำที่ของประเทศไทย

- ๑) เพื่อเตรียมพร้อมการลงมติของประเทศสมาชิกในการทำลายเชื้อไวรัสไข้ทรพิษที่ปัจจุบันเก็บรักษาไว้ที่ห้องปฏิบัติการในประเทศสหพันธรัฐรัสเซียและประเทศสหรัฐอเมริกา โดยจะมีการลงมติก้นในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ 67 ปี พ.ศ. 2557 สำหรับการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ 66 ปี พ.ศ. 2556 นี้ WHO ควรนำเสนอความคืบหน้าผลงานทางวิชาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับเชื้อไวรัสไข้ทรพิษ เนื่องจากประเด็นสำคัญที่ประเทศสหพันธรัฐรัสเซีย ประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศสมาชิกอื่นๆ สนับสนุนการเก็บรักษาเชื้อไวรัสไข้ทรพิษ คือการคำนึงถึงการใช้ประโยชน์เชื้อไวรัสนี้ในการศึกษาวิจัย ซึ่งการนำเสนอความคืบหน้าผลงานวิชาการนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อประเทศสมาชิกในการพิจารณาและ

เตรียมพร้อมสำหรับการลงมติเรื่องการทำลายเชื้อไวรัสไข้ทรพิษให้หมดไปจากโลกนี้ ที่จะเกิดขึ้นในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งหน้า

- ๒) สำนักเลขานุการองค์การอนามัยโลกควรดำเนินการตรวจสอบมาตรฐานห้องปฏิบัติการที่เก็บเชื้อไวรัสไข้ทรพิษในประเทศสหพันธรัฐรัสเซียและประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นครั้งคราวและต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนทั่วไปเกิดความมั่นใจถึงความมั่นคงและความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการในการเก็บรักษาเชื้อไวรัสไข้ทรพิษ
- ๓) ในแผนปฏิบัติงานด้านกำลังผลิตและการจัดสรรวัคซีนของ WHO ควรพิจารณาถึงการจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมจากประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศที่ใช้ประโยชน์จากเชื้อไวรัสอันตรายชนิดนี้ในการวิจัย เพื่อนำมาเป็นทุนให้การสนับสนุนคลังวัคซีนและการผลิตยาต้านไวรัสไข้ทรพิษ ให้แก่ Global Smallpox Vaccine Reserve ซึ่งเป็นกองทุนอยู่ภายใต้การดำเนินงานของ WHO นอกจากนั้นแล้วควรให้ความสนับสนุนกับประเทศที่กำลังพัฒนาในเรื่องของการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและรายงานโรค ตลอดจนการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการในกรณีที่มีการระบาดของโรคไข้ทรพิษจากการใช้อาวุธชีวภาพที่ทำจากเชื้อไวรัส

Intervention by Thai delegation

Chair, Up to now, there are still scientific controversy for keeping the live Variola samples as for the research opportunities, a better understanding of the poxviruses and the development of new anti-viral drugs. Remaining smallpox virus samples serves no clear public health purpose, in addition prone to the risks of abuse that cause harm to human. For these reasons, my delegations consistently support to complete WHO's historic Smallpox Eradication Program by resolving to promptly destroy all the remaining live Variola samples in existence.

The destruction of variola virus will be postponed for a decision at the 67th World Health Assembly in 2014. My delegations call to you, the Secretariat, is for you providing the update of variola researches or findings to delegates. It will be well prepared for any decision on destruction of variola virus that will make be progressed at the 67th World Health Assembly.

Regardless resolution on destruction, my delegations would like the countries that yield the value of smallpox researches, provide in-kind intellectual property rights to antiviral drugs or vaccines particularly for developing world and increase a fund for stockpile of

antiviral drugs and smallpox vaccine to WHO. In addition, those countries should offer developing countries in technical assistance on national disease surveillance for prompt detection of smallpox if there is a biological incident occurring such as biological weapons.

Thank you chair

Agenda 18 Progress reports on Preparedness, surveillance, and response:

D. Strengthening national health emergency and disaster management capacities and the resilience of health systems

ความเป็นมาและสาระสำคัญของวาระ

- ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 64 ได้มีการเสนอให้ประเทศสมาชิก หน่วยงานต่างๆ จัดสรรทุนสำหรับการเตรียมความพร้อมรับมือกับภัยพิบัติ และขอให้ WHO สนับสนุนทางด้านวิชาการแก่ประเทศสมาชิก
 - ในปี 2011 – 2012 ทุกภูมิภาคได้มีการจัดทำ health emergency and disaster risk management และประเทศสมาชิกกว่า 130 ประเทศได้พัฒนา National emergency response plans ขึ้น
 - อย่างไรก็ตาม มีข้อสังเกตว่าการจัดสรรงบประมาณในเรื่องนี้ ถูกใช้ไปเพื่อการเตรียมความพร้อม (preparedness) เพียงไม่เกิน 5% ซึ่งถือว่าน้อยเกินไป
 - ยังต้องคงความพยายามและความร่วมมือในการดำเนินการและสนับสนุนให้ประเทศต่างๆ มีการเตรียมความพร้อมรับมือกับ health emergency and disaster ได้มากยิ่งขึ้น เพื่อลดผลกระทบเมื่อเกิดภัยพิบัติขึ้นให้ได้มากที่สุด
- หมายเหตุ: วาระนี้ประเทศไทยไม่ได้แสดงท่าที เนื่องจากเวลาจำกัด

Agenda 18 Progress report on Health System

H. Patient safety (Resolution WHA 55.18)

ผู้รายงาน ๑) ดร.กาญจนา จันทร์ไทย, ๒) รศ.ดร. สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, ๓) ดร.ธีรพร สิริอังกูร, ๔) ผศ ดร เรณู พุกบุญมี, ๕) นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ๖) เกศษกรหญิง ดร.วัยพร พัชรนฤมล

ความเป็นมาและสาระสำคัญของวาระ

Resolution WHA 55.18 ว่าด้วย Quality of care: patient safety ซึ่งกำหนดในปี 2002 ให้ประเทศสมาชิกเร่งดำเนินการในปัญหาเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์เพื่อยกระดับ

ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย พร้อมทั้งการกำกับติดตามการใช้ยา การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ นอกจากนี้ใน Resolution นี้ระบุให้ WHO พัฒนาโปรแกรมด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เช่น นโยบาย มาตรฐาน แนวปฏิบัติ เครื่องมือต่างๆ เป็นต้น เพื่อให้ประเทศสมาชิกใช้ในการพัฒนาการดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัย รวมทั้งสนับสนุนให้ประเทศสมาชิกดำเนินการให้เกิดวัฒนธรรมด้านความปลอดภัยในสถานบริการสุขภาพ ตลอดจนพัฒนาโลกต่างๆที่เกี่ยวข้อง เช่นการรับรองคุณภาพ การเทียบเคียงคุณภาพด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับนานาชาติ เป็นต้น ดำเนินงานและสนับสนุนให้แต่ละประเทศวิจัยในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย

ในการประชุมครั้งนี้ WHO secretariat รายงานความคืบหน้าตามที่กำหนดใน WHA 55.18 ในประเด็น hand hygiene, safe surgery, research in patient safety, reducing catheter-related bloodstream infections, patients for patient safety, patient safety education, the African Partnerships for Patient Safety รวมทั้งทบทวนงานด้าน patient safety โดยกำหนดแผน 5 ปีด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย (Five-year strategy on patient safety) ซึ่งมีวัตถุประสงค์ดังนี้คือ 1) จัดหาผู้นำระดับโลกด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย 2) รวบรวมองค์ความรู้ ผู้ทรงคุณวุฒิ และนวัตกรรมเพื่อพัฒนาด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย 3) สร้างเครือข่ายของระบบสุขภาพ องค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน และผู้นำชุมชนในระดับโลกเพื่อพัฒนาทางด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย นอกจากนี้ในการทบทวนงานนี้ได้กำหนดประเด็น medication safety, blood safety และ injection safety

บทบาททำที่ประเทศสมาชิก

ประเทศต่างๆสนับสนุนการทบทวนงานด้าน patient safety ของ WHO และเห็นชอบในการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานของ WHO นอกจากนี้ประเทศต่างๆให้ความสำคัญรวมทั้งมีการดำเนินงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในประเด็นต่างๆ เช่น hand clean, medication safety, infection control เป็นต้น รวมทั้งเสนอให้กระทรวงสาธารณสุขของแต่ละประเทศกำหนดนโยบายและดำเนินการเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างจริงจัง สำหรับข้อเสนอต่อWHO นั้นประเทศต่างๆเสนอให้เน้นการดำเนินงานด้านนี้เพิ่มมากขึ้น มีการพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลงานด้านนี้โดยมีผลลัพธ์ของการดำเนินงานด้วย

บทบาททำที่ประเทศไทย

ประเทศไทยสนับสนุนการทบทวนงานและการดำเนินงานด้าน patient safety ของ WHO ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อประเทศสมาชิกในการดำเนินงาน รวมทั้งสามารถนำมาตรฐานและแนวปฏิบัติต่างๆไปใช้ได้ ทั้งนี้ผู้แทนประเทศไทยได้รายงานว่ากระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย สถานบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชนของประเทศให้ความสำคัญด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยดำเนินการพัฒนาคุณภาพการดูแล มุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วย องค์กรวิชาชีพได้กำหนดมาตรฐานและแนวปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการบริการ รวมทั้งยืนยันว่าประเทศไทยจะเน้นการดำเนินงานในเรื่องนี้ให้มากขึ้น

โดยเฉพาะการวิจัยและการศึกษา อบรมเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังได้เสนอให้ WHO พัฒนางานทั้งสองด้านดังกล่าวด้วย

บทเรียนที่ได้รับจากการเข้าร่วมประชุม

- ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นประเด็นที่ทุกประเทศทั่วโลกให้ความสำคัญ และมีการดำเนินการเน้น hand clean, medication safety, infection control คล้ายคลึงกัน
- เครือข่ายผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในบางประเทศมีความเข้มแข็ง ทั้งนี้ WHO สนับสนุนให้มีเครือข่ายดังกล่าวในแต่ละประเทศ
- การเพิ่มความตระหนักเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยในบุคลากรสาธารณสุขมีความสำคัญ และต้องดำเนินการจนเกิดเป็นวัฒนธรรมของการดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

- เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยปี 2550-2551 ซึ่งขณะนี้ นโยบายดังกล่าวได้สิ้นสุดลงแล้ว กระทรวงสาธารณสุขจึงควรกำหนดนโยบายด้านนี้ขึ้นมาใหม่ และมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักบริหารงานสาธารณสุขดำเนินการในเรื่องนี้ และมีการกำกับติดตามผลการดำเนินการของสถานบริการสุขภาพในประเทศ มอบให้สำนักงานการพยาบาลพัฒนาการกำกับ ติดตามผลการดำเนินงาน และให้มีการเทียบเคียงคุณภาพด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับประเทศ
- จากวัตถุประสงค์ข้อหนึ่งของ Five-year strategy on patient safety ที่กำหนดโดย WHO คือ จัดหาผู้นำระดับโลกด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงควรกำหนดและมอบหมายให้มีผู้นำของประเทศด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย เพื่อเป็นผู้แทนของประเทศในการดำเนินงานด้านนี้ในระดับประเทศ ภูมิภาคและระดับโลก เพื่อให้งานด้านนี้มีความต่อเนื่อง เชื่อมโยงกับประเทศต่างๆ แก้ไขปัญหาด้านนี้

สิ่งที่จะดำเนินการต่อในประเทศ

สำนักงานการพยาบาล

1. กำหนดตัวชี้วัดด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับงานบริการพยาบาล และส่งเสริมให้สถานบริการสุขภาพภาครัฐทุกแห่งพัฒนางานในองค์กรเพื่อบรรลุตัวชี้วัดดังกล่าว
2. พัฒนา ระบบกลไกกำกับ ติดตามผลการดำเนินงาน และให้มีการเทียบเคียงคุณภาพการพยาบาลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับประเทศ

3. ส่งเสริม สนับสนุนให้ชมรมพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล และองค์กรพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขพัฒนางานบริการ และพัฒนางานวิจัยด้านป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วย

สภาการพยาบาลและสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ

1. ติดตาม Five-year Strategies on Patient Safety ซึ่ง WHO Secretariat จะต้องเผยแพร่ให้สมาชิกเข้าถึงข้อมูลได้ เพื่อนำมาจัดทำนโยบาย มาตรการ และแผนงานรณรงค์ให้ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล และผดุงครรภ์เพิ่มพูนความรู้และการตระหนักในเรื่องการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพและความปลอดภัยให้แก่ผู้รับบริการในทุกวินาทีของการปฏิบัติ
2. สนับสนุนส่งเสริมการวิจัยด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในการพยาบาลเฉพาะทาง เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลด้านความปลอดภัย (CNPNG on Patient & Nurse Safety)
3. ส่งเสริมให้เกิด CoP ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ

Intervention by Thailand (Read by Dr.Kanjana Chunthai)

Thank you Chair,

Thai delegation welcomes the report made by secretariat and would like to thank DG and the secretariats, as well as the WHO Envoy for Patient Safety, on their efforts on the five-year strategy. It will be appreciated if WHO provides the five-year Strategy document on the website which can be accessed easily. At this moment, my delegation cannot retrieve an electronic version of the Strategy from WHO website. In addition, we would like to encourage WHO to play more active role in promoting the Strategy and other activities related to Patient Safety in order to keep momentum of this issue.

In Thailand, the national policy on patient safety has been introduced since 2007-2008. Thereafter, all public and private hospitals at all levels have implemented the policy actively. Further, Standards on Medication Safety in Hospital was developed. Patient safety culture has been established in a number of the hospitals in Thailand, in which nurse administrators at all levels play key roles in patient safety management. However, there is a need to improve their competencies on patient safety in all other health related cadres. We encourage all staff to always integrate patient safety concern every minute of their practices.

In addition, various health professional councils have engaged themselves in patient safety

movements in Thailand. The Healthcare Accreditation Institute has initiated an annual Hospital Accreditation Forum on special topics related to Patient Safety which more than 6-7000 health personnel including administrative and service staffs attended and shared their knowledge, experiences and innovations in patient safety. In addition, Health Accreditation Institute has developed innovations in patient safety frameworks to be used by the healthcare professions in providing safe care to patients.

Chair, Thailand would like to raise attention to member states that Patient safety education and research need to be enhanced through strong commitment of leaders in education and service with clear budget allocation.

Thank you Chair