



สรุปผลการประชุม

สมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๗๑

วันที่ ๒๑ - ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๑

ณ Palais des Nations

นครเจนีวา สมาพันธรัฐสวิส

สารบัญ

๑) สรุปผลการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๗๑

Agenda 11.1 Draft thirteenth general programme of work 2019–2023.....	๕
Agenda 11.2 Public health preparedness and response.....	๘
• Report of the Independent Oversight and Advisory Committee for the WHO Health Emergencies Programme	
• WHO’s work in health emergencies	
• Implementation of the International Health Regulations (2005)	
Agenda 11.3 Polio transition and Post-certification.....	๑๓
Agenda 11.4 Health, environment and climate change.....	๑๖
Agenda 11.5 Addressing the global shortage of, and access to, medicines and vaccines.....	๑๙
Agenda 11.6 Global strategy and plan of action on public health, innovation.....	๒๒
and intellectual property	
Agenda 11.7 Preparation for the third High-level Meeting of the General Assembly on the.....	๒๔
Prevention and Control of NCDs, to be held in 2018	
Agenda 11.8 Preparation for a high-level meeting of the General Assembly.....	๒๗
on ending tuberculosis	
Agenda 12.1 Global snakebite burden.....	๓๐
Agenda 12.2 Physical activity for health.....	๓๓
Agenda 12.3 Global Strategy for Women’s, Children’s and Adolescents’ Health.....	๓๖
(2016–2030): sexual and reproductive health, interpersonal violence, and early childhood development	
Agenda 12.4 mHealth.....	๓๙
Agenda 12.5 Improving access to assistive technology.....	๔๒
Agenda 12.6 Maternal, infant and young child nutrition.....	๔๔
• Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition: biennial report	
• Safeguarding against possible conflicts of interest in nutrition programmes	
Agenda 12.7 Pandemic Influenza Preparedness Framework for the sharing of influenza.....	๕๐
viruses and access to vaccines and other benefits	
Agenda 12.8 Rheumatic fever and rheumatic heart disease.....	๕๓
Agenda 12.9 Eradication of poliomyelitis.....	๕๗
Agenda 12.10 Multilingualism: implementation of action plan (resolution WHA61.12 (2008)).....	๖๐

Agenda 14. Health conditions in the occupied Palestinian territory,.....	๖๒
including East Jerusalem, and in the occupied Syrian Golan	
Agenda 15.1 WHO programmatic and financial report for 2016–2017, including.....	๖๕
audited financial statements for 2017	
Agenda 15.2 Financing of the Programme budget 2018–2019.....	๖๘
Agenda 15.3 Status of collection of assessed contributions, including Member States.....	๗๒
in arrears in the payment of their contributions to an extent that	
would justify invoking Article 7 of the Constitution	
Agenda 16.1 Report of the External Auditor.....	๗๔
Agenda 16.2 Report of the Internal Auditor.....	๗๗
• Annual report	
• External and internal audit recommendations: progress on implementation	
Agenda 17.1 Human resources: annual report.....	๘๐
Agenda 17.2 Report of the International Civil Service Commission.....	๘๓
Agenda 17.3 Amendments to the Staff Regulations and Staff Rules.....	๘๖
Agenda 17.4 Appointment of representatives to the WHO Staff Pension Committee.....	๘๗
Agenda 19. Collaboration within the United Nations system and with other.....	๘๘
intergovernmental organizations	
Agenda 20.1 Global vaccine action plan.....	๙๑
Agenda 20.2 Real estate: update on the Geneva buildings renovation strategy.....	๙๔
Agenda 20.3 Progress reports.....	๙๖

๒) การประชุม Side Meetings

๒.๑ Alliance of Champions for Mental Health and Wellbeing.....	๑๒๙
๒.๒ Primary Health Care as a key to achieving UHC.....	๑๓๐
๒.๓ Assistive technology: Making Universal Health Coverage Inclusive.....	๑๓๑
๒.๔ Operationalizing UHC in fragile states and conflict – affected situation.....	๑๓๒
๒.๕ Global action on patient safety for achieving effective Universal Health Coverage.....	๑๓๓
๒.๖ Tackling noncommunicable diseases as a major contribution to universal.....	๑๓๔
health coverage: are regulatory interventions a cost-effective alternative?	
๒.๗ Achieving Universal Coverage of HIV Prevention Service and Commodities.....	๑๓๕
๒.๘ Technical briefing: Primary health care as a key to achieving Universal.....	๑๓๖
Health Coverage (lead up to 40th Anniversary of Alma Ata and 2019	
General Assembly High-level meeting on UHC)	

๒.๙	100 Years after the Pandemic: Preparedness to Protect Health for All.....	๑๓๘
๒.๑๐	Country led and country-owned efforts to eliminate malaria.....	๑๓๙
	Ministerial Call for Action to Eliminate Malaria in the Greater Mekong Subregion by 2030	
๒.๑๑	Member States commitment to the global movement towards.....	๑๔๑
	universal health Coverage: focused actions on primary health care and financing for effective delivery.	
๒.๑๒	Mobilizing society : inspiration for developing national responses to dementia.....	๑๔๒
๒.๑๓	Can Universal Health Coverage Be Achieved without Ending Violence Against Children?.....	๑๔๔
๒.๑๔	Why women, children, adolescents and youth are central to advancing.....	๑๔๖
	Universal Health Coverage (UHC); Quality, Equity and Dignity (QED); and sexual and reproductive health and rights (SRHR)	
๒.๑๕	Towards Ending TB – BRICS efforts to achieve Universal Health Coverage.....	๑๔๗
	in the context of preparations for the UN High Level Meeting on Tuberculosis	
๒.๑๖	Technical Briefing Official launch of the WHO immunization business.....	๑๔๙
	case for the African continent	
๒.๑๗	Institutionalizing social participation and hearing people’s voice to.....	๑๕๐
	secure sustainable gains for UHC	
๒.๑๘	Evidence-based policies for Universal Health Coverage.....	๑๕๒
๒.๑๙	Combatting the Challenges of Substandard and Falsified Medical Products:.....	๑๕๓
	the Critical Role of Regulators	
๒.๒๐	Towards universal access to solid organ transplantation.....	๑๕๔
๒.๒๑	Technical Briefings Health, environment and climate change.....	๑๕๕
๒.๒๒	Addressing Antimicrobial Resistance: A Threat to Global Health and.....	๑๕๖
	the Achievement of Universal Health Coverage	
๒.๒๓	Technical Briefing the Role of Parliamentarians in achieving UHC and.....	๑๕๗
	Global Health Security	
๒.๒๔	Investing millions to improve the nutrition of billions: how universal health.....	๑๕๙
	coverage is strengthened through community programmes including breastfeeding.	
๒.๒๕	Access to Medicines: Overcoming Obstacles created by monopolies- Essential.....	๑๖๐
	to UHC and the 2030 Agenda	

ภาคผนวก

	ข้อมติและข้อตัดสินใจสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๗๑.....	๑๖๒
	รายงานผู้แทนไทยเข้าประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๗๑.....	๑๖๔

สรุปผลการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๗๑

วันที่ ๒๑ - ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๑

ณ Palais des Nations นครเจนีวา สมาพันธรัฐสวิส

.....

การประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๗๑ (World Health Assembly : WHA71) จัดขึ้นระหว่างวันที่ ๒๑ - ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๑ ณ Palais des Nations นครเจนีวาสมาพันธรัฐสวิส โดยมี H.E. Dr. Pagwesese David Parirenyatwa รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขซิมบับเว เป็นประธานการประชุม และมีผู้เข้าร่วมการประชุมประมาณ ๒,๐๐๐ คน ประกอบด้วยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และข้าราชการระดับสูงจากประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลกรวม ๑๙๔ ประเทศสำหรับประเทศไทยมีศาสตราจารย์คลินิก เกียรติคุณ นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นหัวหน้าคณะผู้แทนไทยโดยหัวข้อหลักของการประชุมปีนี้เป็น “สุขภาพดีถ้วนหน้า : มุ่งมั่นต่อหลักประกันสุขภาพ” (Health for All : Commit to Universal Health Coverage) ซึ่งปีนี้ครบรอบ ๔๐ ปี ของปฏิญญาอัลมา อตา (Declaration of Alma Ata) ซึ่งมุ่งมั่นที่จะให้มี “สุขภาพดีถ้วนหน้า” และให้ความสำคัญกับการแพทย์ปฐมภูมิ โดยประเทศไทยได้สื่อสารประเด็นสำคัญที่ก่อกำเนิดจากการพัฒนาสุขภาพของประเทศกว่า ๔ ทศวรรษ คือ การมีระบบสุขภาพที่เข้มแข็งเป็นปัจจัยสำคัญที่นำสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน นอกจากนี้ ประเทศไทยได้เสนอก้าวต่อไป ๔ ประการ คือ การมีค้ำประกันระดับสูงอย่างยั่งยืน การส่งเสริมบุคลากรที่มุ่งมั่นเพื่องานสุขภาพทุกระดับให้ทำงานได้อย่างต่อเนื่องและมีความสุข การสร้างระบบสุขภาพที่เข้มแข็งและมีความยืดหยุ่นต่อบริบทที่เปลี่ยนแปลง และการสร้างความมีส่วนร่วมและความเป็นเจ้าของจากทุกคน

สำหรับรายละเอียดสรุปการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๗๑ แยกตามแต่ละวาระการประชุมมีดังนี้:

Agenda 11.1 Draft Thirteenth General Programme of Work 2019–2023

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นายแพทย์นเรศฤทธิ์ ชัดระสีมา กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
๒. นายบรรลุ ศุภอักษร กองการต่างประเทศ
๓. พันตำรวจหญิงสุรีย์วัลย์ ไทยประยูร กองการต่างประเทศ
๔. นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

สาระสำคัญของวาระ

คณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก สมัยที่ ๑๔๒ (EB 142) เห็นชอบ ร่าง 13th general programme of work 2019-2023 (GPW 13) (Resolution EB142.R2) และเสนอให้ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก ใช้ (GPW 13) เป็นกรอบในการดำเนินการวางแผน ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานขององค์การอนามัยโลก GPW

13 มีเป้าหมายที่สำคัญคือการส่งเสริมสุขภาพที่ดีให้กับประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยเพิ่มความครอบคลุมการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพของประชาชน จำนวน ๑ พันล้านคน (Achieving universal health coverage) ปกป้องประชาชนให้ปลอดภัยจากภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพ ๑ พันล้านคน (Addressing health emergencies) และสร้างเสริมสุขภาพของประชากรให้ดียิ่งขึ้น จำนวน ๑ พันล้านคน (Promoting healthier populations) หรือ “Triple billion goal” เน้นการปรับประเด็นยุทธศาสตร์ ขับเคลื่อนให้เกิดผลลัพธ์ในระดับประเทศ บนพื้นฐานการพัฒนาศักยภาพตามบริบทของพื้นที่ และรองรับการพัฒนาในอนาคต สร้างเสริมสมรรถนะ สนับสนุนเทคนิควิชาการ ให้กับสถาบันในระดับประเทศ การพร้อมรับกับภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพ โดยยกระดับความเป็นผู้นำในทุกระดับให้กับประเทศต่างๆ ให้เกิดความเท่าเทียม เป็นธรรม ทั้งด้านเพศ สุขภาพ สิทธิมนุษยชน การมีส่วนร่วมกับทุกภาคส่วน กลไกสนับสนุนทางการเงิน โดยให้ความสำคัญกับการสนับสนุนแนวทาง ข้อตกลง ข้อมูล การวิจัย และนวัตกรรม โดยปรับบทบาทภายในองค์กรของ WHO ให้สามารถตรวจสอบ จัดการ และประเมินผลลัพธ์ สร้างรูปแบบการทำงาน ปรับกระบวนการ ปรับวัฒนธรรมให้บูรณาการการทำงานและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด โดยกำหนดกรอบการทำงานใหม่ให้สามารถเกิดผลลัพธ์ โปร่งใสตรวจสอบได้ ทั้งแผนงบประมาณ การติดตามและการประเมินผลลัพธ์ โดยได้กำหนดผลลัพธ์สำคัญ ๑๐ ประเด็น เพื่อเป็นกรอบการทำงานและการจัดสรรงบประมาณ ยกตัวอย่าง การดำเนินงานด้านหลักประกันสุขภาพ WHO กำหนดกรอบการทำงานให้ประเทศสมาชิก (Road map) ให้มีนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยุทธศาสตร์ และแผนงาน โดย WHO HQ จะมีส่วนสนับสนุน การพัฒนาบุคลากร และทำงานร่วมกันกับ regional & country office โดยการใช้ความร่วมมือกับทุกภาคส่วน

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศสมาชิกกว่า ๖๐ ประเทศ องค์กรต่างๆที่ไม่ใช่หน่วยงานรัฐ (non-state actors) กว่า ๔๐ องค์กร เห็นชอบต่อร่าง GPW13 และสนับสนุนการดำเนินงานตามกรอบที่เสนอ ให้เกิดผลลัพธ์อย่างเป็นรูปธรรมต่อไป

ประเทศสมาชิกที่อยู่ในกลุ่มยุโรป ขอให้ระบุบทบาทของสำนักงานองค์การอนามัยโลกในระดับประเทศให้ชัดเจน และทวงถาม Investment case ที่ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลกสัญญาว่าจะทำให้แล้วเสร็จก่อนการประชุม WHA 71 อีกทั้งได้เรียกร้องให้องค์การอนามัยโลกดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่ระบุใน impact framework และจัดทำ transformation plan เพื่อให้สามารถมั่นใจว่า จะสามารถดำเนินการได้ตามกรอบแนวทางที่กำหนด นำไปสู่ผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

- เห็นชอบต่อร่าง GPW13 และ resolution EB 142.R2
- เรียกร้องให้ประเทศสมาชิก สนับสนุนการดำเนินงานตาม GPW13 และต้องการเห็น WHO เป็นองค์กรที่มีสมรรถนะสูงและยืดหยุ่น ทำงานประสานความร่วมมือกับทุกส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่ได้วางไว้ คือ “Triple Goals for All”
- สนับสนุนการดำเนินการด้าน UHC ที่เข้มแข็งและความยั่งยืน ตามข้อเสนอ ๔ ข้อ (four essential actions) การประชุมที่ Bellagio ดังนี้
 - 1) Sustain highest level political commitment

- 2) Identify and support UHC Champions at all levels
- 3) Maintain PHC-based resilient health systems
- 4) Effective mechanism to ensure accountability

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

๑. ที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๗๒ เห็นชอบต่อร่าง GPW๑๓ ซึ่งสามารถเพิ่มเติมสาระได้อีกภายหลัง (Living document)
๒. รับรองข้อมติ WHA ๗๑.๑ Thirteenth General Programme of Work, ๒๐๑๙-๒๐๒๓
 - ๒.๑. โดยเรียกร้องให้ประเทศสมาชิกสนับสนุนดำเนินการตามกรอบ GPW๑๓ เพื่อให้สามารถบรรลุตามวิสัยทัศน์ที่กำหนดไว้ และ เรียกร้องให้ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลกดำเนินการ ดังนี้
 - ๒.๒. (๑) ใช้ GPW๑๓ เป็นกรอบในการทำงานของ WHO ในการกำหนดทิศทางเชิงยุทธศาสตร์ วางแผน ติดตาม และประเมินผลการทำงาน ระหว่างปี ค.ศ. ๒๐๑๙-๒๐๒๓ และจัดทำแผนงบประมาณบนพื้นฐานการประเมินศักยภาพ และงบประมาณของ WHO โดยหารือกับประเทศสมาชิก
 - ๒.๓. (๒) ดำเนินงานตาม GPW๑๓ โดยคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงบริบทของสุขภาพโลกและรายงานความก้าวหน้าในการดำเนินงานให้ประเทศสมาชิกทราบอย่างสม่ำเสมอผ่าน การประชุมในระดับอภิบาลระบบ (Governing bodies)
 - ๒.๔. (๓) กำหนดแนวทาง และสนับสนุนเทคนิควิชาการ ให้กับสำนักงานภูมิภาค และสำนักงานระดับประเทศ ในการดำเนินการตาม GPW ๑๓ โดยคำนึงถึงความแตกต่างของบริบท
 - ๒.๕. รายงานความก้าวหน้าต่อที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ ๗๕ เพื่อพิจารณาการขยายระยะเวลาของ GPW ๑๓ ต่อเนื่องถึงปี ค.ศ. ๒๐๒๕ เพื่อให้สอดคล้องกับวงรอบการวางแผนขององค์กรภายใต้ต้องการสหประชาชาติ

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

การทำงานในระดับประเทศ

กองการต่างประเทศ ควรได้นำ GPW13 เสนอต่อกระทรวงสาธารณสุข เพื่อพิจารณามอบหมายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สนับสนุนการดำเนินการตาม GPW 13 ที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ (ด้านสาธารณสุข) และแผนอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

การทำงานในระดับนานาชาติ

สร้างความเข้มแข็ง โดยสนับสนุนเทคนิคเชิงวิชาการ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ต่อ WHO และกลุ่มประเทศสมาชิก โดยเฉพาะ UHC ซึ่งประเทศไทยได้ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาต่อยอดให้เกิดความยั่งยืนต่อไป

Intervention on Agenda 11.1 Draft thirteenth general programme of work, 2019–2023

Read by Dr. Naretrit khadthasrima (22 May 2018)

Thank you, Chair.

Thailand fully endorses the draft GPW 13 and Resolution EB 142 R2.

Chair, The Triple Billion Goal is good but less than ambitious. We must do ‘better than our best’ to reach the more ambitious ‘Triple Goals for All’.

We need strong commitments from member states. We need a less bureaucratic with higher performance WHO secretariat.

Chair, Our delegation would like to highlight the four recommendations, from the recent Bellagio meeting, to overcome the bottle neck to achieve UHC for all.

First: Sustaining the highest level political commitments for UHC. We must make the best use of the annual event of December 12 UHC day, the UNGA high level meeting on UHC in 2019 and the Prince Mahidol Award Conference on UHC in 2020.

Second: we need to identify and support UHC champion at all levels. Champions are those that never stop to move until the UHC is achieved.

Third: we need to maintain PHC-based resilient health systems, with competent, committed, and highly motivated health workforce.

Lastly: we need to have the effective mechanisms to ensure accountability.

Thank you, chair.

Agenda 11.2: Public Health Preparedness and response (Implementation of the International Health Regulations (2005), annual report on the implementation of the IHR (2005), Cholera resolution)

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. แพทย์หญิงภาวิณี ดั่งเงิน กรมควบคุมโรค
๒. นายแพทย์พิสุทธิ ชื่นจงกลกุล กรมควบคุมโรค
๓. แพทย์หญิงอรรธยา ลิ้มวัฒนายิ่งยง กองการต่างประเทศ

สาระสำคัญของวาระ

วาระนี้มีเอกสารสองฉบับได้แก่ ๑) รายงานการดำเนินงานของ WHO health emergencies program ต่อการตอบโต้ต่อภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข และ ๒) แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงาน IHR ๕ ปี (๒๐๑๘ – ๒๐๒๓) โดยรายงานส่วนแรกกล่าวถึงการดำเนินงานเพื่อตอบโต้ต่อเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข โดยส่วนใหญ่

เป็นการตอบโต้ต่อการระบาดของโรคติดต่อ (๗๒%) เช่น อหิวาตกโรค ไข้เหลือง การตอบโต้ต่อภัยพิบัติ (๙%) และอาหารปลอดภัย (๗%) รายงานความก้าวหน้าของการดำเนินงาน IHR โดยจนถึงวันที่ ๖ มีนาคม ๒๕๖๑ มีประเทศ ๑๕๘ จาก ๑๙๖ (๘๑%) ส่งรายงานการประเมินตัวเองจากทั้ง ๕ ภูมิภาค โดยภูมิภาคที่มีการส่งรายงานน้อยได้แก่ European Region (๖๔%) และ Western Pacific Region (๖๓%) และข้อมูลจนถึง ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ มีประเทศทั้งหมด ๖๗ ประเทศมีการทำ Joint External Evaluation นอกจากนี้ในปี ๒๕๖๐ IHR secretariat ได้สนับสนุนการทำ simulation exercise ๒๒ เหตุการณ์ และองค์การอนามัยโลกสาขาแอฟริกาได้มีการสนับสนุนการทำ After-action review ใน ๑๓ ประเทศ รายงานการทดสอบการตอบสนองของ National IHR focal point โดยพบว่า ๕๖% ตอบสนองทางอีเมลภายใน ๗๒ ชั่วโมง และ ๖๓% ตอบสนองทางโทรศัพท์ รายงานการดำเนินการของทีมเลขา IHR เพื่อสนับสนุนประเทศสมาชิกในการพัฒนา IHR นอกจากนี้ในที่ประชุมยังมีรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขจากประเทศ Democratic Republic of Congo (DRC) มาชี้แจงสถานการณ์การระบาดของโรคอีโบล่า ซึ่งผู้เชี่ยวชาญลงความเห็นจากสถานการณ์ปัจจุบันว่ายังมีความเสี่ยงน้อยต่อนานาชาติ แต่เสี่ยงสูงภายในประเทศและประเทศเพื่อนบ้านเนื่องจากพื้นที่ระบาดเป็นพื้นที่ชายแดน ที่มีการเดินทางข้ามแดนได้ง่าย

สำหรับเอกสารชุดที่ ๒ กล่าวถึงแผนยุทธศาสตร์ ๕ ปี ของ IHR โดยเขียนขึ้นจาก ๓ หลักการ ได้แก่ ๑) การสร้างความเข้มแข็งของประเทศสมาชิกในการพัฒนาศักยภาพภายใต้กฏอนามัยระหว่างประเทศ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดลำดับความสำคัญของประเทศสมาชิกที่มีความเสี่ยงสูงและมีศักยภาพต่ำเพื่อให้ IHR secretariat ทำการสนับสนุนการพัฒนาดังกล่าวก่อนเป็นลำดับต้นๆ เพื่อจัดเตรียมงบประมาณสนับสนุนในการพัฒนา IHR ในทุกระดับ และเพื่อให้การพัฒนา IHR สอดคล้องไปกับระบบสาธารณสุขของประเทศสมาชิก ๒) เพิ่มความเข้มแข็งของการดำเนินการเพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน และเพื่อให้ประเทศสมาชิกดำเนินการตามกฏอนามัยระหว่างประเทศ วัตถุประสงค์สำหรับหลักการข้อนี้ได้แก่ เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งของทีมเลขาในการเฝ้าระวังและตอบโต้ภาวะเหตุการณ์ฉุกเฉิน เพื่อสนับสนุนและเพิ่มความเข้มแข็งของ National IHR focal point เพื่อให้ประเทศสมาชิกดำเนินการตามกฏอนามัยระหว่างประเทศ และเพื่อเพิ่มความเข้มแข็งในการเตรียมผู้เชี่ยวชาญเพื่อสนับสนุนกรณีฉุกเฉินทางสาธารณสุข และ ๓) มีการติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงาน IHR ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งของทีมเลขาโดยการจัดทำรายงานความก้าวหน้าของการดำเนินงานและนำเสนอรายงานแก่ที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกทุกปี เพื่อให้ประเทศรายงานการดำเนินงาน IHR ทุกปี และเพื่อให้ทีมเลขาสนับสนุนการดำเนินงานในระดับภูมิภาคและระดับประเทศในการรับการประเมินงาน IHR โดยผู้เชี่ยวชาญจากภายนอก โดยในแต่ละหลักการจะมีกิจกรรมเพื่อดำเนินงานตามแผนกรอบเวลา และตัวชี้วัด อย่างไรก็ตามตัวชี้วัดส่วนใหญ่เป็นจำนวนของการประชุม

นอกจากนี้ยังได้มีการเสนอร่างแผนการจัดการต่อปัญหาอหิวาตกโรค เนื้อหาโดยสรุปคือ resolution เสนอให้ประเทศสมาชิกดำเนินการต่อไปนี้ ๑) มีการรายงานกรณีที่มีการระบาดของอหิวาตกโรคโดยควรให้มีการกำหนดนโยบายเรื่องอหิวาตกโรคอยู่ในแผนระดับประเทศ ๒) ควรมีแผนการดำเนินงานที่ครอบคลุมหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมและป้องกันที่มีประสิทธิภาพโดยรวมถึงการพัฒนาศักยภาพภายในประเทศในด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ๓) จัดตั้งแผนที่รวมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคอหิวาตกโรคและอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ๔) เพิ่มศักยภาพในการตอบโต้ต่อเหตุการณ์การระบาดตามกฏอนามัยระหว่าง

ประเทศ ๕) เพิ่มความเข้มแข็งในการเฝ้าระวังและรายงานอหิวาตกโรคผ่านทางกลไกภูมิกอนามัยระหว่างประเทศ
 ๖) หลีกเลี่ยงการใช้นโยบายจำกัดการเดินทางกรณีอหิวาตกโรคหากไม่มีเหตุที่ชัดเจนตามกฏอนามัยระหว่างประเทศ
 ๗) จัดตั้งเป้าหมายโดยมีงบประมาณและได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารในการควบคุมโรคภายใต้ SDG และขอให้ Director General ดำเนินการต่อไปนี้ ๑) สนับสนุนให้มีการทำงานร่วมกันจากหลายภาคส่วนผ่าน Global task force on Cholera secretariat เพื่อให้การสนับสนุนประเทศที่มีปัญหาการระบาดของอหิวาตกโรค
 ๒) เพิ่มความเข้มแข็งในการสนับสนุนให้ประเทศเพิ่มศักยภาพในการดำเนินการด้านอหิวาตกโรคโดยให้มีการบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายเพื่อการควบคุมโรค และเพื่อเตรียมความพร้อมในการตอบสนองต่ออหิวาตกโรคตามแผนการรณรงค์ Ending Cholera ๓) ให้การสนับสนุนการบริหารจัดการและจัดเก็บวัคซีน ๔) ติดตามและสนับสนุนแผนการดำเนินงานเพื่อป้องกันและควบคุมและกำจัดอหิวาตกโรคทั้งระดับประเทศและระดับภูมิภาค ๕) ยกย่องความสำคัญของปัญหาอหิวาตกโรคไปสู่เวทีอื่นๆ และเพิ่มความเข้มแข็งในการประสานงานกับภาคีเครือข่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง WASH และ ๖) เพื่อรายงานสถานการณ์อหิวาตกโรคและการดำเนินการแก่ WHA ๗๓ โดยผ่าน EB๑๔๖

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศส่วนใหญ่ชื่นชมการทำงานของ WHO Health Emergency Program (WHE) ในการตอบสนองต่อโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการระบาดของอีโบล่าในประเทศคองโก (Democratic Republic of Congo) และสนับสนุนให้แต่ละประเทศบริจาคเงินเพื่อสนับสนุนการทำงานของ WHE

สำหรับร่างอหิวาตกโรค แต่ละประเทศเห็นด้วยกับร่างดังกล่าว โดยมีประเทศบัลแกเรีย ขอเปลี่ยนแปลงเนื้อหาในเอกสารโดยขอให้ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกเพิ่มการวิจัยและประเมินผลการดำเนินงานเพื่อป้องกันและควบคุมโรค รวมถึงการใช้มาตรการ WASH (Water, Sanitation, and Hygiene)

สำหรับร่างยุทธศาสตร์แผนการทำงานของ IHR มีการนำเสนอความเห็นมากกว่า ๔๐ ประเทศ โดยส่วนใหญ่เห็นด้วยกับแผนการทำงานเพื่อเพิ่มศักยภาพในการตอบสนองต่อเหตุการณ์การระบาดและภัยสุขภาพ และสนับสนุนการประเมิน Joint External Evaluation (JEE) อย่างไรก็ตามประเทศรัสเซีย และอิหร่านไม่เห็นด้วยกับแผนเนื่องจากในแผนระบุเรื่องการทำ JEE ซึ่งการประเมินดังกล่าวครอบคลุมประเด็นที่ยังไม่ได้ผ่านการเห็นชอบจากสมัชชาอนามัยโลก ส่วนประเทศจีนเห็นด้วยในหลักการ แต่ไม่เห็นด้วยกับการนำตัวชี้วัดเรื่องจำนวนประเทศที่ทำการประเมิน JEE เข้าไปอยู่ในตัวชี้วัดของแผน

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยชื่นชมการทำงานของ WHE และสนับสนุนร่างการทำงานเพื่อป้องกันและควบคุมอหิวาตกโรค เนื่องจากมีรายงานการดื้อยาของเชื้ออหิวาตกโรคในหลายพื้นที่ในช่วง 30 ปีที่ผ่านมา จึงขอเปลี่ยนแปลงเนื้อหาในร่าง โดยขอให้ประเทศสมาชิกเพิ่มการศึกษาเพื่อติดตามการดื้อยาของเชื้ออหิวาตกโรค

สำหรับร่างแผนยุทธศาสตร์ ๕ ปี ของ IHR ประเทศไทยเห็นด้วยกับแผน แต่เรียกร้องให้ทีมเลขากลับไปแก้ไขตัวชี้วัดในแผนยุทธศาสตร์โดยปรับแก้ไขเป็นตัวชี้วัดที่เป็นการวัดผลสืบเนื่องจากการดำเนินการ มากกว่า

ตัวชี้วัดที่เป็นจำนวนชิ้นงานที่ทำ เช่น จำนวนการจัดประชุม จำนวนผู้เชี่ยวชาญของแต่ละประเทศที่มีชื่ออยู่ในรายชื่อของผู้เชี่ยวชาญ จำนวนครั้งของการเข้าร่วมการจัดประชุม National IHR Focal Center

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับทราบรายงานการปฏิบัติงานของ WHE รับร่างแผนการดำเนินการเรื่องอหิวาตกโรค โดยรับข้อเสนอแนะที่มีการขอปรับแก้ของทั้งประเทศไทยและประเทศบัลกาเรีย สำหรับร่างแผนยุทธศาสตร์ IHR๒๐๑๕-๒๐๑๘ - ๒๐๒๓ เนื่องจากมีประเทศสมาชิกไม่เห็นด้วยกับแผน ประธานจึงให้มีการประชุมนอกรอบ (Informal consultation) หลังจากการประชุมตกลงกันประมาณ ๖ ชั่วโมง ที่ประชุมจึงตกลงกันได้ว่ายินดีรับแผนยุทธศาสตร์ (Welcome with appreciation) และให้ตัดคำว่า including Joint External Evaluation ออกจากหัวข้อประเมินผลในแผนห้าปีดังกล่าว

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

๑. ติดตามสถานการณ์การระบาดของโรคอีโบล่าในประเทศคองโกอย่างใกล้ชิด เพื่อเตรียมพร้อมหากมีการแพร่ระบาดของโรคขยายในวงกว้างมากขึ้น
๒. ผู้เกี่ยวข้องวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงของโรคในพื้นที่หรือกลุ่มเสี่ยงที่อาจมีการเกิดการระบาดของโรคอหิวาตกโรค และแจ้งผลการประเมินให้ผู้บริหารทราบ เพื่อพิจารณาจัดทำแผนและมาตรการเพื่อการติดตามสถานการณ์และเตรียมพร้อมรับการระบาดที่อาจเกิดขึ้น และเน้นที่มาตรการป้องกันโรค ให้ครอบคลุมอาหารและน้ำสะอาดปลอดภัย และสุขภาวะของผู้บริโภคที่ถูกต้อง (Water Sanitation and Hygiene: WASH)
๓. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับศักยภาพหลักทุกด้านขององค์การอนามัยโลก ควรทบทวนผลจากการประเมินตนเอง และผลจากการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ (Joint External Evaluation) และวางแผนเพื่อเพิ่มความเข้มแข็งของ IHR เช่น การติดตามเชื้อมือเท้า งานด่านระหว่างประเทศ (Point of Entry)

Intervention on Agenda 11.2 WHO'S work in health emergencies, Document A71/6, A71/A/CONF./3 and A71/A/CONF.3/ Add.1 (Cholera resolution)

Delivered by Dr. Pawinee Doung-ngern

Thank you chair.

Thailand aligns ourselves with the regional statement made by Bangladesh.

Thailand appreciates the reports from the secretariat and IOAC. We acknowledge the hard work of dedicated WHO health emergency program and local staffs who work in the field to combat with recent Ebola outbreaks in DR Congo, and other public health emergencies.

Thailand supports the draft resolution contained in A71/A Conference Paper 3 on Cholera Prevention and Control. However, with evidence of drug resistance Vibrio Cholera. Thailand has one friendly amendment, on OP 1 sub-paragraph 8. Insert the term “monitoring AMR” at the end of the sentence.

It reads.... to support, including through international cooperation, research for better prevention and control, including research for improved vaccines, better rapid diagnostics and treatment, and monitoring of AMR. Thank you

Intervention on Agenda 11.2 WHO’S work in health emergencies, Document A71/8, EB142.1 (International Health Regulation, draft resolution of five year global strategic plan of IHR (2005) 2018 – 2023)

Delivered read by Dr. Pawinee Doung-ngern

.

Thank you Chair,

The recent Ebola outbreaks in DRC reiterate again the importance of public health preparedness and IHR capacities.

At EB142, Thailand raised the following concerns on the deliverables and indicators in the IHR strategic plan as also just raised by Fiji. We believe and based on the Theory of Change, these indicators could not lead to real outcomes.

First, most of the 14 indicators are process indicators, see Appendix 3 of Document A71/8. Efforts should be given when implementing the IHR Strategic Plan to develop more on outcome indicators, for example, number of member states had improved the IHR core capacities by X% compared with the baseline in 2018.

Second, these indicators have been developed without adequate participatory and inclusive processes. Although Thailand raised these concerns to Secretariat it was not complied by the Secretariat. Thailand urges Secretariat to take immediate action in engaging member states and other stakeholders in the development of more outcome indicators for the IHR strategic plan 2018-23.

Chair, Thailand stands ready to support the implementation of IHR strategic plan and endorses the strategic plan and the decision contained in EB142 (1).

Thank you

Agenda 11.3 Polio Transition and Post-Certification

ผู้รายงาน

๑. แพทย์หญิงมนัสวีรินทร์ ภูมิวัฒน์ กรมควบคุมโรค
๒. นายแพทย์นเรศฤทธิ์ ชัดชะสีมา กองยุทธศาสตร์และแผนงาน

สาระสำคัญของวาระ

- จากวาระการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๗๐ เมื่อปี ๒๐๑๗ ได้มีการประกาศใช้ สมัชชาอนามัยโลก ๗๐(๙) เรื่อง poliomyelitis และ Polio transition plan เพื่อพัฒนาแผนการปฏิบัติการเชิงกลยุทธ์และนำสู่การพิจารณาในวาระการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๗๑ ผ่าน Executive Board ๑๔๒ (๒)
- ประเด็นสำคัญจะเกี่ยวกับการลดปริมาณจนถึงยุติการระดมทุนที่ให้โดย Global Polio Eradication Initiative (GPEI) เพื่อระบุเรื่องสิทธิประโยชน์และระดับความสามารถให้แน่ชัดในการคงสถานะ Polio free world โดยเฉพาะในระดับประเทศ และเพื่อติดตามความก้าวหน้าในพื้นที่อื่นๆ ซึ่งมีแนวโน้มที่จะได้รับผลกระทบเชิงลบจากการขาดทุนสนับสนุนการกวาดล้างโปลิโอ
- องค์การอนามัยโลกได้พัฒนาร่าง Strategic Action Plan on Polio Transition โดยมีวัตถุประสงค์หลัก ๓ ประการ คือ
 - ๑) ยังคงรักษาภาวะโลกปราศจากโปลิโอหลังการกำจัดด้วยกลยุทธ์การรับรองผลเป็นเสาหลัก
 - ๒) เสริมสร้างระบบภูมิคุ้มกันรวมถึงโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน
 - ๓) การเฝ้าระวังโรคเพื่อให้บรรลุเป้าหมายแผนปฏิบัติการวัคซีนทั่วโลก โดยเตรียมความพร้อมในการรับมือภาวะฉุกเฉิน การค้นหาและการตอบสนองอย่างเต็มที่โดยการใช้กฎอนามัยระหว่างประเทศ
 แผนเหล่านี้มีจุดมุ่งหมายที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และวิสัยทัศน์โดยรวมของโครงการทั่วไปและการสนับสนุนขององค์การอนามัยโลกในระดับประเทศ ในบริบทของการลดลงหรือหมดไปของทรัพยากรจาก GPEI

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- หลายประเทศทั่วโลกยอมรับและให้การสนับสนุน Strategic Action Plan ของ Polio Transition รวมถึง National transition plans เพื่อหยุดการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรคโปลิโอและหวังว่าจะใช้กลยุทธ์หลังการรับรองเพื่อกำจัดโรคโปลิโอ

- ประเทศในกลุ่ม SEAR (นำโดยสหภาพเมียนมาร์) ทุกภูมิภาคในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มุ่งมั่นที่จะรักษา "สถานะปลอดโรคโปลิโอ" ตัวอย่าง เช่น รัฐบาลอินเดียได้ใช้ทรัพยากรภายในประเทศที่สำคัญลงในโครงการ และมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนภาวะโปลิโอเพื่อรักษาสิทธิ์และขีดความสามารถของ GPEI จากการสนับสนุนเงินทุนสำหรับเครือข่ายห้องปฏิบัติการโรคโปลิโอรวมทั้งการปรับเปลี่ยนบุคลากรที่รับผิดชอบโรคโปลิโอไปสู่งานสาธารณสุขอื่นๆ นอกจากนี้ รัฐบาลอินโดนีเซียได้ริเริ่มดำเนินการเพื่อรับมือกับในค่าใช้จ่ายจำนวนมากในการเฝ้าระวังโรค ห้องปฏิบัติการและการให้วัคซีนซึ่งได้รับการสนับสนุนก่อนหน้านี้โดย GPEI
- ประเทศสมาชิกต้องการแนวทางการเสริมสร้างระบบภูมิคุ้มกันแบบครบวงจรเพื่อป้องกันและควบคุมโรคที่สามารถป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับความสำเร็จของประเทศและภูมิภาค
- ทางเลือกในการสับเปลี่ยนและย้ายงานเป็นไปตามความพร้อมของแต่ละประเทศ มีความต้องการให้ WHO ให้ความช่วยเหลือด้านเทคนิคเพื่อช่วยเหลือประเทศในการเสริมสร้างระบบสุขภาพโดยรวมรวมถึงแผนงานการเฝ้าระวังและการตอบสนองของ VPD และการเข้าถึงวัคซีนที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ (ด้านเทคนิค การเงิน และความสามารถในการบริหารจัดการ) การจัดหาเงินทุนและการปฏิบัติงานที่มีอยู่ การสนับสนุนจากประเทศที่พัฒนาแล้วมีความสำคัญในด้านนี้

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

- ประเทศไทยสนับสนุนร่างแผนปฏิบัติการเชิงกลยุทธ์อย่างเต็มที่และหวังว่าจะมีกรอบการติดตามและประเมินผล ซึ่งจะรวมถึงเป้าหมายที่ชัดเจนและน่าพอใจที่สะท้อนถึง Polio transition ที่มีประสิทธิภาพ
- มีช่องว่างด้านเงินทุนอยู่สูงจากการระงับทุนของ GPEI เกิดความไม่แน่นอนหลังจากประกาศ Polio eradication เป็นเหตุให้เกิดความกังวลอย่างมากต่อการจัดหาเงินทุนเพื่อรักษาบทบาทหน้าที่ที่จำเป็นต่อการป้องกันควบคุมโรคโปลิโอหลังจากปี 2019 จึงขอเรียกร้องให้รัฐสมาชิกและประเทศคู่ค้าต้องสรรหาทรัพยากรที่เพียงพอ
- เน้นย้ำว่าทรัพยากรบุคคลด้านการป้องกันควบคุมโปลิโอมีความสำคัญมาก และควรปรับมาทำงานเพื่อประโยชน์ด้านสุขภาพอื่น ๆ โดยเฉพาะ UHC ขอให้ director general เร่งรัดกระบวนการเปลี่ยนย้ายงานเพื่อให้มั่นใจว่างานด้านสาธารณสุขอื่นๆ จะได้รับประโยชน์จากทรัพยากรมนุษย์อันมีค่าเหล่านี้

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

สนับสนุนและยอมรับ Strategic Action Plan on Polio Transition โดยประเทศส่วนใหญ่มุ่งมั่นที่จะรักษาสถานะโลกปลอดโปลิโอ โดยหลายประเทศที่ได้รับผลกระทบจากการระงับทุนของ GPEI ต้องการให้ WHO ให้ความช่วยเหลือด้านเทคนิคเพื่อช่วยเหลือประเทศในการเสริมสร้างระบบสุขภาพโดยรวมรวมถึงแผนงานการเฝ้าระวังโรคและการตอบสนองของ VPD และการเข้าถึงวัคซีนที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ ทางเลือกในการสับเปลี่ยนและย้ายงานเป็นไปตามเศรษฐกิจและความสามารถในการบริหารจัดการของแต่ละประเทศ

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (กรมควบคุมโรค)

การทำงานในระดับประเทศ

แม้ว่าประเทศไทยจะไม่ได้รับผลกระทบจากการระงับทุนของ GPEI แต่ยังคงดำเนินการตามวัตถุประสงค์หลักของ strategic action plan ของ polio transition ในการคงสถานะโลกปราศจากโปลิโอ สานต่อโครงการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน และการเฝ้าระวังโรคเพื่อให้บรรลุเป้าหมายแผนปฏิบัติการวัคซีนทั่วโลก

การทำงานในระดับนานาชาติ

สนับสนุนและให้ความช่วยเหลือประเทศที่ได้รับผลกระทบจากการระงับทุนของ GPEI โดยเฉพาะการตกลงในการประชุม Regional one voice ซึ่งสหภาพเมียนมาร์ที่เป็นประเทศเพื่อนบ้านได้รับผลกระทบในครั้งนี้ โดยเตรียมความพร้อมในการรับมือภาวะฉุกเฉิน การค้นหาและการตอบสนองอย่างเต็มที่โดยการใช้กลไกความร่วมมือระหว่างประเทศ

Intervention on agenda 11.3: Polio transition and post-certification”

Delivered by Manussawinee Bhumiwat

Thank you Chair,

Thailand fully supports the draft strategic action plan and looking forward to the monitoring and evaluation framework. We expect the framework to include clear and agreeable targets that reflect efficient polio transition.

The uncertainties on date of the eradication resulted in serious concern over the financing to sustain polio essential functions after 2019. There is still high funding gap on top of GPEI. We urge member states and development partners to commit adequate resources to ensure the world free of Polio.

Finally, we would like to reiterate that these human resources are essential assets and should be deployed for other essential health functions especially UHC. We would like to request, through you, to Dr. Tedros to expedite staff transition process to ensure that other programs will benefit from these valuable human assets. These social and intellectual capitals of polio eradication must be transferred to strengthen other programs.

Thank you chair.

Agenda 11.4 Health, environment and climate change

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นางสาวพนิดา เจริญสุข กรมอนามัย
๒. นางวิไลวรรณ สิริสุทธิ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

สาระสำคัญของวาระ

จากการประชุม EB142 เมื่อเดือนมกราคม ๒๐๑๘ องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญกับประเด็นผลกระทบต่อสุขภาพจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศในประเทศหมู่เกาะขนาดเล็กและประเทศกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ โดยจะบรรจุไว้ในร่าง Thirteenth general program of work (๒๐๑๙-๒๐๒๓) และสร้างความร่วมมือกับ United Nations Framework Convention on Climate Change:UNFCCC ในการดำเนินงานด้านนี้ มติที่ประชุม EB๑๔๒ (๕) ขอให้องค์การอนามัยโลกปรึกษาประเทศสมาชิกและ๑)จัดทำร่างแผนปฏิบัติการในการจัดการผลกระทบต่อสุขภาพจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศในประเทศหมู่เกาะขนาดเล็กที่กำลังพัฒนา (Action plan for the platform to address the health effects of climate change initially in small island developing States) และ๒) ทำร่างยุทธศาสตร์โลกในด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Global strategy on health,environment and climate change) และนำเสนอใน WHA ๗๒ รวมทั้ง ๓) จัดทำรายงานการปฏิบัติการเกี่ยวกับความเชื่อมโยงสุขภาพและความหลากหลายทางชีวภาพ (Road map for enhanced global response to the adverse health effects of air pollution ๒๐๑๖-๒๐๑๙) และนำเสนอใน WHA ๗๑

นอกจากนี้ข้อมติ WHA๖๘.๘ ปี ๒๐๑๕ ว่าด้วยเรื่องสุขภาพและสิ่งแวดล้อม: ผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษอากาศ (Health and the environment: addressing the health impact of air pollution) กำหนดให้จัดทำ แผนระดับโลกในการเพิ่มความสามารถในการรองรับผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษอากาศ ปี ๒๐๑๖-๒๐๑๙ แผนนี้ถูกรับรองใน WHA๖๙ (๑๑) เมื่อปี ๒๐๑๖ โดยต้องรายงานความก้าวหน้าในการประชุม WHA ๗๑

การประชุมในวาระนี้มีเอกสาร ๓ ฉบับ ประกอบด้วย ๑) รายงานสิ่งแวดล้อม สุขภาพและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ๒) รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานตามแผนระดับโลกในการเพิ่มความสามารถในการรองรับผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษอากาศ (Road map for enhanced global response to the adverse health effects of air pollution ๒๐๑๖-๒๐๑๙ และ ๓) รายงานสิ่งแวดล้อม สุขภาพและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ-สุขภาพของมนุษย์และความหลากหลายทางชีวภาพ (Human health and biodiversity) วาระนี้เพื่อให้สมัชชาอนามัยโลกบันทึก (take note) รายงาน ทั้ง ๓ ฉบับ และให้คำแนะนำต่อรายงานสิ่งแวดล้อม สุขภาพและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ: สุขภาพของมนุษย์และความหลากหลายทางชีวภาพ

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

มีประเทศสมาชิกทั้งหมด ๕๓ ประเทศให้ความเห็นต่อรายงานทั้ง ๓ ฉบับ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นประเทศกำลังพัฒนาที่เป็นหมู่เกาะขนาดเล็ก โดยทุกประเทศรับทราบรายงานและสนับสนุนการจัดทำร่างแผนปฏิบัติการในการจัดการผลกระทบต่อสุขภาพจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศในประเทศหมู่เกาะขนาดเล็กที่กำลังพัฒนา และสนับสนุนการทำร่างยุทธศาสตร์โลกในด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

ประเทศส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการสร้างความร่วมมือกับทุกภาคภาคส่วน (Intersectoral Collaboration approach) และแนวทาง Health in all policies ในการจัดการปัญหาสุขภาพ สิ่งแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ โดยปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ยังคงเป็นประเด็นสำคัญ ได้แก่ น้ำ การสุขาภิบาล และสุขลักษณะ (Water Sanitation and Hygiene :WASH) และมลพิษอากาศ ในส่วนของประเด็นมลพิษอากาศมีหลายประเทศที่ให้ความสำคัญกับประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะในเด็ก

มีหลายประเทศแสดงท่าทีต่อประเด็นความหลากหลายทางชีวภาพ รวมถึงการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับความเชื่อมโยงระหว่างความหลากหลายทางชีวภาพและผลกระทบต่อสุขภาพ ประเทศสหรัฐอเมริกาสนับสนุน para ๑๙ และเสนอให้ในรายงานมีความเชื่อมโยงระหว่างสุขภาพกับประเด็น Antimicrobial Resistance ยาฆ่าแมลง พืชและสัตว์

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

รับทราบรายงานทั้ง ๓ ฉบับ โดยในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เองได้มี Male Declaration on building health systems on climate change และรับรองกรอบการปฏิบัติการด้านความเข้มแข็งของระบบสาธารณสุขในการรองรับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ปี ๒๐๑๗-๒๐๒๒ และประเทศไทยเน้นย้ำเรื่องของการสร้างความเข้มแข็งของระบบสาธารณสุขเพื่อให้สามารถรองรับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและผลกระทบต่อประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งในการจัดการปัญหาจำเป็นต้องสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานนอกภาคส่วนสาธารณสุข

ประเทศไทยสนับสนุน Road map ในการรองรับผลกระทบจากมลพิษอากาศ และกิจกรรมที่จะทำในปี ๒๐๑๘-๒๐๑๙ และขอให้องค์การอนามัยโลกสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในการดำเนินงานเกี่ยวกับมลพิษอากาศผ่านกรอบความร่วมมือระดับภูมิภาคที่มีอยู่ในปัจจุบัน

ขอให้องค์การอนามัยโลกเร่งดำเนินการหาช่องทางในการเข้าถึงแหล่งทุนเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานเกี่ยวกับสุขภาพ สิ่งแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศของประเทศสมาชิก

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับทราบรายงานทั้ง ๓ ฉบับและประเทศสมาชิกสนับสนุนการจัดทำร่างแผนปฏิบัติการในการจัดการผลกระทบต่อสุขภาพจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศในประเทศหมู่เกาะขนาดเล็กที่กำลังพัฒนา และทำร่างยุทธศาสตร์โลกในด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

การทำงานในระดับประเทศ

กระทรวงสาธารณสุขควรประสานความร่วมมือและดำเนินงานอย่างใกล้ชิดกับหน่วยงานนอกภาคส่วนสาธารณสุข โดยเฉพาะหน่วยงานด้านการส่งเสริมการลงทุน หน่วยงานด้านพลังงาน ด้านคมนาคม ด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดการป้องกันมลพิษอากาศจากแหล่งกำเนิดอันเป็นสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ สิ่งแวดล้อมและมลพิษอากาศ

นำกรอบปฏิบัติการจาก Male Declaration รวมทั้ง Road map ในการจัดการมลพิษอากาศมาเป็นแนวทางในการดำเนินงานระดับประเทศ

การทำงานระดับนานาชาติ

การสนับสนุนและมีส่วนร่วมกับองค์การอนามัยโลกและประเทศสมาชิกในการจัดทำ Action plan for the platform to address the health effects of climate change ในประเทศหมู่เกาะขนาดเล็กกำลังพัฒนา และทำ Global strategy on health, environment and climate change

Intervention Agenda 11.4 Health, environment and climate change

Deliver by Miss Panita Charoensuk

Thank you chair,

Thailand fully supports regional one voice that will be read by Maldives. In ๒๐๑๘, Member States in South East Asia Region had endorsed Malé Declaration and Adopted the Framework for Action on Building Health Systems Resilience to Climate Change, ๒๐๑๗ to ๒๐๒๒. Among others, the Malé Declaration calls for strengthening health systems resilience for effective responses to climate changes and protect health of people.

Chair, Given these Declarations, Frameworks, various WHA resolutions; challenges lie on intersectoral actions which ensure full engagement of non-health sectors, through share responsibilities and value that climate changes affect the whole society. Most important response is the investment in primary prevention to mitigate factors contributing to environmental degradations and climate changes.

Thailand supports the implementation of the planned activities for ๒๐๑๘-๒๐๑๙ in the report in particular capacity building of health systems at national level, through the existing initiatives such as, Asia Pacific Regional Forum on Health and Environment and Urban Health Initiatives.

Thailand raises concern that available resources do not match the size of problems. There is a need to enhance WHO to access to key resources such as the Global Environment Fund and Green Climate Fund.

Thank you chair

Agenda 11.5 Addressing the global shortage of, and access to, medicines and vaccines

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. เกสซ์กรหญิงสมฤทัย สุพรรณกุล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๒. เกสซ์กรหญิงชฎาธร อินโย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
๓. แพทย์หญิงอรรธยา ลิ้มวัฒนา ยิ่งยง สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ

สาระสำคัญของวาระ

การเข้าถึงยาและวัคซีนที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และปลอดภัย สำหรับทุกคน ยังคงเป็นประเด็นสำคัญและเป็นเป้าหมายของการดำเนินงานในระบบสุขภาพ ซึ่ง “การเข้าถึง” ที่ประชุมให้ความสำคัญในประเด็นของ ราคาขายที่เพิ่มสูงขึ้น, ปัญหาขาดคร่าวและการไม่มียา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณียาในโรคกลุ่ม non-communicable disease และ วัคซีน ยาที่ไม่ได้คุณภาพและยาปลอม ที่เพิ่มมากขึ้น รวมทั้งการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมอีกด้วย ที่ผ่านมามองค์การอนามัยโลกและหน่วยงานระหว่างประเทศสนับสนุนการดำเนินงานในเรื่องต่างๆ ที่สำคัญ คือ การพัฒนานโยบายด้านยา โดยเฉพาะ นโยบายด้านราคาขายและนโยบายการเงิน ความร่วมมือในการทำงานระหว่างองค์กรต่างประเทศทั้งในระดับประเทศและภูมิภาค โดยเน้นเรื่องความโปร่งใส ตรวจสอบได้ การพัฒนาความปลอดภัยของยา การชดเชยยา การจัดหา ยา การศึกษาวิจัยยาใหม่ที่เหมาะสม และการพัฒนากฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นการประกันการเข้าถึงยาที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ ลดภาระค่าใช้จ่ายด้านยาของครัวเรือน

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศสมาชิกทั้งหมดเห็นด้วยว่า ปัญหาเรื่องการเข้าถึงยา เป็นปัญหาที่สำคัญระดับโลก และจำเป็นต้องได้รับการจัดการที่เหมาะสมอย่างรวดเร็ว ในเรื่อง การคัดเลือกยาที่เป็นปัญหา การส่งเสริมการผลิตที่มีคุณภาพ ในระดับภูมิภาคหรือประเทศ การจัดการกับระบบการกระจายยา รวมถึงการสร้างความเข้าใจในการใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสมกับบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย และสังคม ทั้งนี้ Universal Health Coverage เป็นเครื่องมือที่สำคัญที่จะทำให้เกิดการเข้าถึงยาจำเป็นได้มากขึ้นจึงควรสนับสนุนการดำเนินงานด้านนี้ และองค์การอนามัยโลก ควรมีการจัดทำ road map และแผนการดำเนินงานที่ชัดเจน เพื่อใช้ในการติดตามความคืบหน้าได้อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตาม ประเทศสหรัฐอเมริกา แม้จะมีความเห็นสอดคล้องกับทุกประเทศ แต่มีประเด็นสำคัญที่เห็นต่าง คือ การบังคับใช้ TRIP Flexibility นั้น ก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมกับบริษัทผู้ผลิตยาต้นแบบซึ่งต้องใช้ปัจจัยทางการเงินที่สูงมากในการลงทุนศึกษาค้นคว้าวิจัยซึ่งส่วนใหญ่เป็นการลงทุนในสหรัฐอเมริกา

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (แนว intervention ตอนท้าย)

ประเทศไทย เห็นด้วยกับ สนับสนุน Regional one voice ที่จัดนำเสนอโดยบังคลาเทศ อย่างไรก็ตามแม้ว่า องค์การอนามัยโลกจะมีแนวทางปฏิบัติทางด้านยามาแล้วกว่า ๕๐ แนวทางก็ตามปัญหาเรื่องการเข้าถึงยายังคงอยู่ซึ่งจำเป็นที่จะต้องมีการบริหารจัดการอย่างจริงจังมากขึ้น การเพิ่มการเข้าถึงยามีปัจจัยหลักที่สำคัญ ๓ ปัจจัย ที่สำคัญอันดับแรกคือ ต้องมจัดลำดับความสำคัญของยาจำเป็นที่ต้องเพิ่มการเข้าถึง สอง ใช้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ Universal Health Coverage ซึ่งเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการประกันการเข้าถึงยาของผู้ป่วยเป็นแนวทาง

ในการทำงาน สาม ต้องมีวิธีการหรือกลยุทธ์ที่ดีเพื่อจัดหาที่มีราคาที่เหมาะสม ไม่เป็นภาระของประเทศ ซึ่งการดำเนินงานใน ๓ ด้านนี้ ต้องมีความโปร่งใส และต้องมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง วิธีหนึ่งที่จะสามารถผลักดันให้เกิดการทำงานที่รวดเร็วยิ่งขึ้นโดยใช้การลงทุนที่ไม่มากนัก คือ การเพิ่มการเข้าถึงยาจำเป็นกลุ่มโรคหายาก เดือนมกราคม ๒๕๖๑ ที่ผ่านมา ประเทศไทยได้จัดส่งยาต้านพิษ Botulinum toxin จำนวน ๔ vial ซึ่งเป็นยาที่สำรองไว้ใช้ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพของไทย ไปช่วยผู้ป่วยในประเทศไนจีเรีย ส่งผลให้เกิดการทำงานร่วมกับกลุ่มประเทศ SEAR ภายใต้การนำของ ดร. โพนัม ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ในการที่จะพัฒนาให้เกิดระบบการสำรองยากำพร้าและขนาดานพิษสำหรับภูมิภาคแถบนี้ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกในการ ซึ่งเคยได้มาเยี่ยมดูงานระบบนี้มาก่อนจะให้ความสนับสนุน

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

มติที่ประชุมขอให้ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลก

๑. จัดทำ road map สำหรับการดำเนินการเพิ่มการเข้าถึงยาตามคำแนะนำของประเทศสมาชิกรวมทั้งกิจกรรมการดำเนินงานแต่ละขั้นตอน บทบาทหน้าที่ และ ขั้นตอนการส่งมอบงานในช่วง ปี พ.ศ. ๒๕๖๒-๒๕๖๖
๒. รายงานเกี่ยวกับ road map ที่ได้เสนอต่อที่ประชุมสมัชชาโลกในการประชุมครั้งที่ 72 ปี ๒๕๖๒ และ ที่ประชุม Executive Board ครั้งที่ ๑๔๔ ต่อไป

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

๑. สนับสนุน การพัฒนาศักยภาพของผู้ผลิตยาในประเทศ ให้สามารถผลิตยาที่มีคุณภาพ ปลอดภัยเพื่อลดภาระงบประมาณของประเทศ และทำให้ราคายาถูกลง ผู้ป่วยเข้าถึงยาได้มากขึ้น
๒. สนับสนุนและพัฒนากระบวนการกำกับติดตามตรวจสอบคุณภาพยาให้สามารถดำเนินการได้มีประสิทธิภาพ คล่องตัว ตอบสนองต่อปัญหาที่เกิดขึ้นได้ทันที่
๓. ควรมีการพัฒนากระบวนการกระจายยาจำเป็นที่มีประสิทธิภาพ ตอบสนองต่อปัญหาที่เกิดขึ้นได้ทันที่ที่เหมาะสม

การทำงานในระดับนานาชาติ

ควรสานต่อการทำงานร่วมกับองค์กรระหว่างประเทศ และประเทศสมาชิกต่าง ๆ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาที่มีผลกระทบต่อการเข้าถึงยาและแนวทางการแก้ไขเพื่อที่จะได้เพิ่มการเข้าถึงยาได้มากขึ้น และ มีความก้าวหน้าไปพร้อมๆ กันในระดับภูมิภาค

Intervention on agenda 11.5 Addressing the global shortage of, and access to, medicines and vaccines

Delivered by MS Somruethai Supungul (Day/Month/2018)

Thank you, chair

Thailand aligns itself with the regional statement made by Bangladesh.

Since 2007, WHO adopted at least 50 resolutions to improve access to medicines, but challenges remain. We really need to 'walk our talk'.

Access to medicines depends on three pillars.

First prioritization, we must focus only on access to essential medicines.

Second, the UHC is the best mechanism to ensure access.

Third, we need strategic purchasing to ensure affordable price.

All these three pillars need 'good governance' of the UHC, especially transparency and participation.

Chair, One action that we can move fast, with little cost, is the access to essential medicines for 'rare diseases'.

Last January, Thailand sent four vials of Botulinum Antitoxin to Nigeria based on WHO request.

The stockpiling of this rare drugs is possible only under the UHC strategic purchasing systems.

We are working with SEARO, under RD Dr. Poonam's leadership, to establish a sustainable regional depot. We expect WHO HQ, Dr. Tedros who have observed the systems, to move expeditiously for a sustainable global depot for rare diseases.

Finally, chair, Thailand supports the proposed draft decision.

Thank you, chair

Agenda 11.6 Global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

- | | |
|---------------------------------------|--|
| ๑. ทันทแพทย์หญิงวริศรา พาณิชเกรียงไกร | สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ |
| ๒. ดร. เกสัชกรหญิง นพคุณ ธรรมธัชอารี | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข |
| ๓. ดร. เกสัชกรหญิงชุติมา อรรถสิทธิ์ | สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ |
| ๔. เกสัชกรหญิงสิตานันท์ พูนผลทรัพย์ | สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา |
| ๕. ดร. เกสัชกรหญิงวัลย์พร พัทธนฤมล | สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ |

สาระสำคัญของวาระ

- จากมติสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๖๘ (WHA68.18) ประเทศสมาชิกขอให้ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกจัดตั้งคณะผู้เชี่ยวชาญ ๑๘ ท่านเพื่อดำเนินการทบทวนภาพรวมของ Global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property (GSPOA) ในปีค.ศ.๒๐๑๗ ในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลกสมัยที่ ๑๔๐ มีข้อตัดสินใจ EB140(8) เพื่อพิจารณาขอบเขตของงานของคณะผู้เชี่ยวชาญ และมีข้อเสนอเพิ่มเติมให้เป็นการทบทวนเชิงนโยบาย การให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานต่อไป มากกว่าเป็นการประเมินผลการดำเนินงานเพียงอย่างเดียว
- คณะผู้เชี่ยวชาญมีการดำเนินงานระหว่างเดือนมีนาคม-กันยายน ค.ศ.๒๐๑๗ เพื่อทบทวนการดำเนินงานที่ผ่านมา ความสำเร็จและจุดด้อย และความท้าทาย รวมถึงข้อเสนอแนะในการดำเนินงานต่อไปจนถึงปีค.ศ.๒๐๒๒ โดยการรวบรวมข้อมูลประกอบการสำรวจการดำเนินงานที่ผ่านมา การสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากประเทศต่างๆ องค์กรระหว่างประเทศ ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน รวมการประชุมร่วมกับตัวแทนประเทศสมาชิก และได้มีการนำเสนอผลการทบทวนในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลกสมัยที่ ๑๔๒
- นอกจากนี้ข้อตัดสินใจ EB140(8) ยังขอให้ฝ่ายเลขานุการจัดเตรียมงบประมาณให้เพียงพอต่อการดำเนินงาน ทั้งนี้จากการพิจารณาข้อดำเนินการที่สำคัญ (priority action) ๓๓ ข้อที่คณะผู้เชี่ยวชาญได้จัดลำดับความสำคัญจากข้อดำเนินการทั้งหมด ๑๐๘ ข้อ โดยฝ่ายเลขานุการได้ประมาณการงบประมาณสำหรับข้อดำเนินการในช่วงค.ศ.๒๐๑๘-๒๐๒๒ ทั้งหมดที่ ๓๑.๕ ล้านดอลลาร์สหรัฐ ซึ่งเป็นงบประมาณสำหรับการดำเนินงานของข้อดำเนินการที่สำคัญ ๑๖.๓ ล้านดอลลาร์สหรัฐ อย่างไรก็ตามจากงบประมาณที่มีอยู่ยังไม่เพียงพอ ทำให้ต้องมีการจัดหางบประมาณจากแหล่งอื่นๆ
- สำหรับการประชุมสมัชชาอนามัยโลกในครั้งนี้เป็นการรับรองข้อตัดสินใจ EB142(4) ซึ่งมีสาระสำคัญดังนี้
 ๑. ให้ประเทศสมาชิกดำเนินงานตาม GSPOA ตามความเหมาะสมและเข้ากับบริบทของประเทศ
 ๒. ให้ประเทศสมาชิกมีการหารือร่วมกันโดยเฉพาะประเด็นข้อเสนอแนะจากคณะผู้เชี่ยวชาญที่อาจไม่ได้ผ่านการเจรจาและเห็นชอบจากประเทศสมาชิก
 ๓. ขอให้ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกดำเนินงานตามข้อเสนอแนะที่ได้มีการจัดลำดับความสำคัญโดยคณะผู้เชี่ยวชาญ

๔. ขอให้ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกรายงานความก้าวหน้าของการดำเนินงานในที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๗๓ ในปีค.ศ.๒๐๒๐ โดยให้ผ่านการพิจารณาจากที่ประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก สมัยที่ ๑๔๖

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศต่างๆแสดงท่าทีสนับสนุนการดำเนินงาน GSPOA รวมถึงสนับสนุนข้อตัดสินใจ EB142(4) อย่างไรก็ตามประเทศต่างๆได้แสดงความกังวลในเรื่องงบประมาณของ GSPOA ที่ยังมีไม่เพียงพอ และเรียกร้องให้ฝ่ายเลขานุการจัดหางบประมาณที่เพียงพอและยั่งยืน ความก้าวหน้าของการดำเนินงานที่เป็นไปของการดำเนินงานของประเทศที่ยังไม่เพียงพอ นอกจากนี้ยังได้แสดงข้อเสนอเพิ่มเติม เช่น การเพิ่มการแลกเปลี่ยนข้อมูล การขยายความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน การสร้าง regulatory systems ในระดับประเทศและภูมิภาค การจัดทำ patent pool การเพิ่มการผลิตยาในประเทศ เป็นต้น

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

- สนับสนุนข้อตัดสินใจ EB142(4)
- เน้นย้ำให้ประเทศสมาชิกและฝ่ายเลขานุการให้ความสำคัญกับการดำเนินงานตาม GSPOA ซึ่งเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศต่างๆ
- เรียกร้องให้ฝ่ายเลขานุการจัดหาประมาณให้เพียงพอกับการดำเนินงานในช่วงค.ศ. ๒๐๑๘-๒๐๒๒

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับรองข้อตัดสินใจ EB142(4)

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

การทำงานในระดับประเทศ

การดำเนินงานตาม GSPOA โดยเฉพาะอย่างยิ่ง priority actions

การทำงานในระดับนานาชาติ

การดำเนินงานในระดับภูมิภาค โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงาน การสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศสมาชิกในภูมิภาค

Intervention on Agenda 11.6 Global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property

Delivered by Warisa Panichkriangkrai, Thailand (23 May 2018)

Thank you, Chair.

Thailand notes the long journey of GSPOA with slow progress, and uneven outcomes across

eight elements and countries as reflected by the comprehensive evaluation. More focused and realistic priority actions with measurable indicators are required. The Assembly is mindful that the fundamental principle of GSPOA is to secure the sustainable basis for needs-driven R&D relevant to diseases that disproportionately affect developing countries. Improved access to health products is one of foundation in achieving UHC and enshrined by SDG3b.

We appreciate the overall programme review by the expert review panel. Their recommendations and indicators on priority actions would lead to more concrete actions. We urge WHO, Member States, and all stakeholders to take immediate actions in implementing GSPOA in particular the prioritized actions. Regular monitoring by the secretariat is needed by keeping this agenda under spotlight.

In terms of financing, we hope that WHO can successfully mobilize the budget either from AC or VC to fulfill the priority mandates.

Finally, Thailand supports the decision on GSPOA as proposed by EB142.

Thank you, Chair.

Agenda 11.7 Preparation for the third High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases, to be held in 2018

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นายแพทย์พิสุทธิ ชื่นจงกลกุล กรมควบคุมโรค
๒. นายพศิน พิริยหะพันธ์ กรมอนามัย

สาระสำคัญของวาระ

- ในปีพ.ศ. ๒๕๕๔ องค์การสหประชาชาติ ได้จัดประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยสามัญ โดยมีวาระเรื่องการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อสร้างความสนใจให้กับผู้นำระดับโลกได้เห็นความสำคัญของปัญหาโรคไม่ติดต่อที่กำลังเพิ่มขึ้น โดยมีผลลัพธ์สำคัญคือการนำประกาศเจตนารมณ์ของการประชุมผู้บริหารระดับสูงในการประชุมนี้ไปใช้
- ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๗๐ ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ตามเอกสารที่ WHA๗๐/๒๗ ได้นำเสนอรายงานความก้าวหน้าการจัดทำร่างดำเนินการ ๓ ประเด็น เพื่อให้ประเทศสมาชิกรับรอง แล้วนำไปดำเนินการต่อดังนี้

- รายงานความก้าวหน้าการจัดทำร่าง updated appendix ๓ ของแผนปฏิบัติการระดับโลก เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๖-๒๕๖๓
- รายงานความก้าวหน้าในการจัดทำร่างแนวทางกำหนดบทบาทและการมีส่วนร่วมของ non-State actors เพื่อให้บรรลุเป้าหมายโดยสมัครใจ ๙ เป้าหมาย
- รายงานความก้าวหน้าในการจัดทำแผนงานกลไกการประสานงานระดับโลก (Global coordination mechanism) เพื่อการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อช่วงปี ๒๕๖๑-๒๕๖๒
- จากการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๗๐ ปีพ.ศ. ๒๕๖๐ ทางประเทศสมาชิกได้รับรองร่างแนวทางการดำเนินงานทั้ง ๓ ผ่าน resolution WHA๗๐.๑๑(๒๐๑๗) และมอบหมายให้องค์การอนามัยโลก ดำเนินการรายงานความก้าวหน้าต่อการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๗๑ ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ ผ่านการประชุม สมาชิกบริหาร (EB ๑๔๒) ซึ่งประเทศไทยเป็นหนึ่งในสมาชิกและได้กล่าวข้อสังเกตต่อร่างรายงานฉบับนี้แล้ว
- จากรายงาน WHA๗๑/๑๔ กล่าวถึงผลการดำเนินงานในภาพรวมต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังว่าไม่ค่อยมีความก้าวหน้า มีประเทศนำนโยบายด้าน NCD ไปปรับใช้ยังไม่ถึงครึ่งของประเทศสมาชิกทั้งหมด โดยอุปสรรคสำคัญมีหลายปัจจัยเช่น ผู้บริหารยังไม่ให้ความสำคัญเท่าที่ควร, การขาดศักยภาพในการรับรองหรือนำนโยบาย Best buy policy ไปปรับใช้ เป็นต้น
- ทั้งนี้เพื่อให้การดำเนินงานขับเคลื่อนการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรุดหน้าไปได้ต้องอาศัยการขับเคลื่อนเชิงนโยบายจากระดับบริหาร ซึ่งจากการจัดประชุม WHO Global Conference on NCD ตัวแทนประเทศสมาชิกได้มีการรับรองแผน Montevideo Roadmap ๒๐๑๘-๒๐๓๐ เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงาน NCD
- ในการประชุมครั้งนี้ทางทีมเลขาได้ขอให้ประเทศสมาชิกให้ข้อสังเกตต่อรายงาน

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- ประเทศสมาชิกทั้งหมดกล่าวรับรองรายงานการประชุมและมติการประชุม มี ๒ ประเทศที่รับมติการประชุมแต่มีข้อกังวลอยู่ ได้แก่ ประเทศอิตาลีและสหรัฐอเมริกา ซึ่งกังวลว่าหลักฐานทางวิชาการที่มีอยู่ไม่เพียงพอในการจะบอกว่าเมื่อมีมาตรการกักอุตสาหกรรมอาหารในการควบคุมน้ำตาลหรือเกลือแล้วจะช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ประชาชนลดการบริโภคอาหารเสี่ยงลงได้
- ประเทศสมาชิกส่วนใหญ่เน้นย้ำเรื่องการดำเนินงานแบบสหสาขา (Multi-disciplinary/Multi-sectoral approach)
- ประเทศแอฟริกาและประเทศในแถบแอฟริกา ต้องการให้เวทีสหประชาชาติกระตุ้นให้เกิดการสนับสนุนทางด้านนโยบายจากระดับบริหาร (High-level political support) เนื่องจากทรัพยากรของประเทศมีจำกัด
- บัลแกเรียและประเทศในกลุ่มสหภาพยุโรป เน้นย้ำเรื่องของการจัดการปัจจัยกำหนดทางสังคมและการค้า (Social and commercial determinants) รวมทั้งชี้ให้เห็นความสำคัญของการส่งเสริมด้านสุขภาพจิตซึ่งจะส่งเสริมการดำเนินป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อด้วย

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย(แนบ intervention ตอนท้าย)

- ประเทศไทยเห็นพ้องกับติมอร์ เลสเตและกล่าวรับรองรายงาน A๗๑/๒๔ และรับรองมติประชุมในเอกสาร A๗๑/A/conf./๒
- ประเทศไทยมีข้อเสนอแนะต่อรายงานฉบับนี้ดังนี้
 - การจัดการกลุ่มโรคไม่ติดต่อ ต้องจัดการกับปัจจัยด้านการค้าขายด้วย (Commercial determinants)
 - การดำเนินงานด้านโรคไม่ติดต่อ ต้องบูรณาการไปกับการ universal health coverage
 - ต้องทำให้เกิดการตระหนักถึงการจัดการด้านโรคไม่ติดต่อในทุกๆนโยบาย (health in all policies)
 - ต้องหาผู้นำ (champion) ในการจัดการด้านโรคไม่ติดต่อในประเทศต่างๆ ให้พบและสนับสนุนการดำเนินงานนั้น
- นอกจากนี้ ประเทศไทยขอเสนอต่อผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลก ให้ขยายนโยบายด้านการป้องกันโรคไม่ติดต่อต่างๆ ไปสู่องค์การสหประชาชาติซึ่งได้แก่ การมีอาหารหรือผลไม้ที่ดีต่อสุขภาพเป็นอาหารเลี้ยง, การไม่เสิร์ฟสุราในงานเลี้ยง, การส่งเสริมกิจกรรมทางกายและการประชุมขององค์การสหประชาชาติต้องไม่มีการประชุมภาคค่ำ
- ท้ายสุดนี้ ประเทศไทยขอแจ้งในที่ประชุมอีกครั้งว่า การประชุม Prince Mahidol Award conference (PMAC) ๒๐๑๙ นี้ มีงานหลักคือ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ประเทศสมาชิกกล่าวรับรองเอกสารการประชุม และรับมติของการประชุม ซึ่งมีสาระสำคัญคือการรับทราบถึงแนวทางการดำเนินงาน WHO Global Conference on NCDs ซึ่งจัดขึ้นที่เมืองมอนเตวิเดโอ ประเทศอุรุกวัย ระหว่างวันที่ ๑๘-๒๐ ตุลาคม ๒๐๑๗ และสนับสนุนการเตรียมข้อมูลเพื่อนำเข้าการประชุม High level meeting of General Assembly on the prevention and control of NCDs

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

มอบสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ติดตามการเตรียมการและให้การสนับสนุนต่อองค์การอนามัยโลกในการเตรียมการเพื่อการประชุม High level meeting of General Assembly on the prevention and control of NCDs ต่อไป

Agenda 11.7 Preparation for the third High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases, to be held in 2018

Delivered by Dr. Pisut Chunchongkolkul

Thank you Chair,

Thailand align ourselves with Timor leste and support the draft resolution A71/A/conf./2 and also support the report A71/14

With many resolutions, NCDs is top in the political agenda, yet neglected in

implementation. How are we going to ‘walk seriously on our talk’ and get concrete outcome from the HLM.

First, we must tackle commercial determinants of NCDs.

Second, We must integrate NCDs into the comprehensive UHC.

Third, we must make NCDs in all policies become reality.

Last but not the least, we must identify and support Champions who ‘never stop to move until the goal is achieved’.

Chair, Thailand would like to request, thru you, to Dr. Tedros to make the whole UN agencies “the role models” of NCDs. We are seeing more ‘role models’ here from the Walk the Talk event to Physical Activities in the meeting. All UN’s receptions and dinners must serve healthy foods with no or limited alcohol. All UN meetings must not have night sessions.

Chair, Lastly Thailand would like to announce that the Prince Mahidol Award conference or PMAC in January 2019 is on NCDs.

Thank you Chair

Agenda 11.8 Preparation for a High-level Meeting of the General Assembly on Ending Tuberculosis

ผู้รายงาน

๑. นายวัฒนา มะสังหลง กรมควบคุมโรค
๒. แพทย์หญิงมนัสวินีร์ ภูมิวัฒน์ กรมควบคุมโรค

สาระสำคัญของวาระ

- วัณโรคนับเป็นปัญหาสำคัญระดับโลกและเป็นหนึ่งในสิบสาเหตุหลักของการเสียชีวิตทั่วโลก
- ในปี ๒๐๑๖ นั้น จำนวนผู้เสียชีวิตจากวัณโรคมีมากถึง ๑.๓ ล้านคน และมีผู้เจ็บป่วยและทุพพิกขณ์จากวัณโรคราว ๑๐.๔ ล้านคน ทั้งนี้ มีผู้ป่วยใหม่ที่เป็นวัณโรคคือยาลถึง ๖ แสนราย
- ปี ๒๐๑๔ ที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๗ ได้มีการรับรองเป้าหมายและยุทธศาสตร์โลกเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมวัณโรค ซึ่งต่อมาในปี ๒๐๑๕ เป็นที่รู้จักในชื่อ the end TB Strategy ซึ่งประกอบด้วย ๓ เสาหลักสำคัญ คือ
 ๑. integrated, patient-centred care and prevention;
 ๒. bold policies and supportive systems;
 ๓. intensified research and innovation

- ปี ๒๐๑๖ ที่ประชุม UN General Assembly ได้รับรองมติ ๗๑/๑๕๙ ซึ่งกำหนดให้มีการประชุม the high-level meeting of the UN General Assembly to end TB ขึ้นในปี ๒๐๑๘ พร้อมทั้งกำหนดให้มีการประชุมระดับรัฐมนตรีเพื่อต่อสู้กับภัยวัณโรคขึ้นครั้งแรก ณ กรุงมอสโก ประเทศรัสเซีย ในเดือนพฤศจิกายน ปี ๒๐๑๗
- ในระหว่างกระบวนการเตรียมการสำหรับการประชุม the high-level meeting of the UN General Assembly to end TB นั้น มีการประชุมหารือเกิดขึ้นมากมายระหว่างประเทศสมาชิกและหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องเพื่อยืนยันในเจตจำนงร่วมกันในการเร่งดำเนินการเพื่อยุติภัยวัณโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การประชุม the first WHO global ministerial conference on Ending TB ณ กรุงมอสโก ประเทศรัสเซีย ในเดือนพฤศจิกายน ปี ๒๐๑๗ ซึ่งการประชุมนี้ได้มีการรับรองปฏิญญากรุงมอสโกเพื่อยุติภัยวัณโรค (Moscow declaration to end TB)
 - ที่ประชุม Executive Board สมัยที่ ๑๔๒ ได้มีมติเกี่ยวกับการเตรียมการสำหรับการประชุม the high-level meeting of the UN General Assembly to end TB โดยที่ประชุมมีมติเรียกร้องให้อิทธิพลขององค์การอนามัยโลกดำเนินการร่วมกับประเทศสมาชิกในการร่างเอกสาร the multi-sectoral accountability framework to accelerate progress to end TB และส่งร่างดังกล่าวให้ประเทศสมาชิกร่วมกันพิจารณาในที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๗๑ เพื่อที่จะดำเนินการนำเสนอต่อในที่ประชุม the high-level meeting of the UN General Assembly to end TB
- ที่ประชุม Executive Board สมัยที่ ๑๔๒ ได้มีมติเรียกร้องให้ประเทศสมาชิกดำเนินการตาม Moscow Declaration to end TB พร้อมทั้งเรียกร้องให้ประเทศสมาชิกที่ยังไม่ได้เข้าร่วมในปฏิญญา ให้การสนับสนุนร่างปฏิญญาดังกล่าว

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- ตระหนักว่าวัณโรคเป็นภัยทางสาธารณสุขโรคที่สำคัญและจำเป็นต้องรีบแก้ไขและดำเนินการ
- เห็นชอบต่อมติที่ประชุมในวาระ Preparation for a high-level meeting of the General Assembly on ending tuberculosis
- สนับสนุนร่างเอกสาร multi-sectoral accountability framework to accelerate progress to end TB และการดำเนินการตาม Moscow Declaration to end TB

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

- ประเทศไทยสนับสนุน ROV Statement ซึ่งกล่าวโดย DPR Korea
- เห็นชอบต่อมติที่ประชุมในวาระ Preparation for a high-level meeting of the General Assembly on ending tuberculosis
- สนับสนุนร่างเอกสาร multi-sectoral accountability framework to accelerate progress to end TB ซึ่งองค์การอนามัยโลก ประเทศสมาชิกและหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องได้ร่วมกันร่าง
- ให้ความสำคัญกับการนำ UHC มาใช้ในการดำเนินงานเรื่องวัณโรค

- ยืนยันว่าประเทศไทยจะดำเนินการตาม Moscow Declaration to end TB พร้อมทั้งเรียกร้องให้ประเทศสมาชิกดำเนินการตาม Moscow Declaration to end TB

ROV Statement led by DPR Korea

Thank you Mr./Mrs. Chair

๑. DPR Korea makes intervention on behalf of eleven member states of South East Asia Region. The Region has ๒๖% of global population but bears ๔๕% of the global burden of TB while Six out of ๑๑ Member States are in the list of ๓๐ high TB burden countries.
๒. DPR Korea appreciates and supports the Secretariat for making the draft Multi-sectoral Accountability Framework to Accelerate Progress to End TB by ๒๐๓๐.
๓. Implementing full set of activities in the Region will cost around US\$ ๒ billion each year. In ๒๐๑๗, only US\$ ๐.๙ billion funding was available, leaving a shortfall of US\$ ๑.๑ billion.
๔. In ๒๐๑๗, SEA Region has fully committed to Delhi 'Call for Action to end TB in the Region by ๒๐๓๐', followed by a review in March ๒๐๑๘ leading to the adoption of a 'Statement for Action' which lays out priorities for implementation with enhanced commitment on resource mobilization.
๕. SEAR highlights three observations
 - First, the regional commitment enshrined in the Delhi Call for Action is an important tool in driving TB control agenda in the Region.
 - Second, adequate funding and health systems capacities to identify new cases and ensure successful treatment are critical to achieve ending TB. While at the same time effective intervention on MDR and XDR TB are equally important.
 - Third, global communities and development partners should support countries with high disease burden, countries on the verge of ending TB to sustain their efforts, and countries having specific humanitarian needs.
๖. Finally, Chair, South East Asia endorses the adoption of Resolution contained in A๗๑/A/Conference paper XX

Thank you Chair

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

เห็นชอบต่อมติที่ประชุม (Resolution) รวมถึงร่างเอกสาร multi-sectoral accountability framework to accelerate progress to end TB และการจัดประชุม a high-level meeting of the General Assembly on ending tuberculosis

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

- ติดตามสถานะร่างเอกสาร multi-sectoral accountability framework to accelerate progress to end TB
- มอบหมายให้สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรคดำเนินงานตาม Moscow Declaration to end TB
- ติดตามข้อมูลเกี่ยวกับการจัดประชุม a high-level meeting of the General Assembly on ending tuberculosis ซึ่งจะจัดขึ้นในเดือนกันยายน ปี ๒๕๖๑

Intervention on Agenda 11.8 Preparation for a High-level Meeting of the General Assembly on Ending Tuberculosis

Delivered by Mr. Watana Masunglong

Thank you Mr.Chair,

Thailand aligns ourselves with the regional statement made by DPR Korea endorsing the Resolution.

Chair, we would like to reiterate the integration of TB into UHC. The strong and equitable health systems is the basis for the achievement of any specific disease including TB.

Finally, we strongly commit to the UNGA high-level meeting on TB. We participated and fully commit to implement the Moscow declaration.

Thank you

Agenda 12.1 Global snakebite burden

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นายแพทย์ดลสุข พงษ์นิกร กรมการแพทย์
๒. เกษัชกรหญิงสมฤทัย สุพรรณกุล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๓. แพทย์หญิงอรรธยา ลิ้มวัฒนา ยิ่งยง กองการต่างประเทศ

สาระสำคัญของวาระ

■ การได้รับพิษงู (Snakebite envenoming) เป็นโรคที่มีความรุนแรงถึงแก่ชีวิต เกิดจากการได้รับพิษงู (venom) ซึ่งมีความแตกต่างกันไปตามชนิดของงู ถึงแม้การประเมินขนาดปัญหาจะยังไม่สามารถสะท้อนขนาดปัญหาที่แท้จริง เนื่องจากการเก็บข้อมูลยังไม่ครบถ้วน แต่จากการประมาณการพบว่ามีผู้ที่เสียชีวิตจากการได้รับพิษงูทั่วโลกถึง ๘๑,๐๐๐-๑๓๘,๐๐๐ รายต่อปี การได้รับพิษงูเป็นปัญหาที่สำคัญของกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา โดยเฉพาะประเทศกลุ่มแอฟริกาและแถบเส้นศูนย์สูตร นอกจากจะทำให้เสียชีวิตและพิการทางกาย การได้รับพิษงูยังทำให้เกิดผลกระทบทางจิตใจในระยะยาว รวมถึงทำให้ยากจนลงเนื่องจากค่าใช้จ่ายในการรักษาโดยเฉพาะเซรุ่มที่มีราคาแพง นอกจากนี้ยังพบปัญหาเรื่องการจัดหา การเข้าถึง และคุณภาพของเซรุ่มในหลายภูมิภาค

■ องค์การอนามัยโลกได้กลับมาบรรจุ Snakebite envenoming ในบัญชี Neglected Tropical Disease (NTD) Category A เมื่อปีพ.ศ. ๒๕๖๐ หลังจากที่ถูกถอดจากบัญชีไปเมื่อปีพ.ศ. ๒๕๕๖ ทำให้ปัญหานี้ได้กลับมาเป็นประเด็นสำคัญในระดับโลกอีกครั้ง โดยหน่วยงานสำคัญที่พยายามผลักดันปัญหาเรื่องงูพิษมาตลอดได้แก่ หน่วยงานภาคประชาสังคม เช่น Medicins Sans Frontieres (MSF), Health Action International (HAI) และ Global Snakebite Initiative (GSI) องค์การอนามัยโลกตระหนักถึงความจำเป็นในการพัฒนาคุณภาพ ความปลอดภัย และแนวทางปฏิบัติ ในการผลิตเซรุ่ม จึงได้ตั้งคณะทำงานเรื่อง Snakebite envenoming ขึ้นเพื่อช่วยพัฒนายุทธศาสตร์ในการจัดการกับโรคนี้อย่างมีประสิทธิภาพ

■ ในการประชุม EB ครั้งที่ ๑๔๒ ได้มีร่างข้อมติ EB142.R4 “Addressing the burden of snakebite envenoming” ซึ่งประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งในผู้ร่วมร่าง โดยร่างข้อมตินี้มีประเด็นสำคัญ ได้แก่ กระตุ้นให้ประเทศสมาชิกพัฒนาระบบเฝ้าระวังเพื่อที่จะสามารถประเมิน burden of snakebite ได้อย่างถูกต้องนำไปสู่การพัฒนาการป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา นอกจากนี้คือการพัฒนาการเข้าถึงเซรุ่มในราคาที่เหมาะสม และพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ในด้านการวินิจฉัยและการรักษา โดยร้องขอให้องค์การอนามัยโลกสนับสนุนการวิจัยเกี่ยวกับปัญหาการได้รับพิษงู และประสานความร่วมมือในการเพิ่มการเข้าถึงเซรุ่มที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย ในราคาที่ทุกคนสามารถเข้าถึงได้

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ทุกประเทศเห็นด้วยกับความสำคัญของปัญหาการได้รับพิษงู โดยเฉพาะประเทศกลุ่ม PAHO โดยมีการอภิปรายถึงความสำคัญด้านการป้องกันงูกัด เช่น ระบบข้อมูลที่ต้อง การป้องกันการถูกงูกัดในอาชีพเสี่ยง หรือการปรับปรุงที่อยู่อาศัย รวมถึงการพัฒนาการ online training หลายประเทศยังได้เน้นย้ำถึงการพัฒนา วางระบบ และประสานความร่วมมือในการเข้าถึงเซรุ่มที่มีประสิทธิภาพและไม่มีค่าใช้จ่าย นอกจากนี้มีบางประเทศได้พูดถึงปัญหาพิษจาก spider และ scorpion ด้วย

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (แนว intervention ตอนท้าย)

รับรองร่างข้อมติ EB142.R4 เห็นด้วยกับภาระปัญหาของการได้รับพิษงู และขอบคุณ WHO ที่นำ Snakebite envenoming กลับมาบรรจุใน NTD list ย้ำถึงความเร่งด่วนในการพัฒนาการจัดการ การเข้าถึงเซรุ่มที่มีราคาไม่สูงมาก แสดงถึงความสำคัญของระบบบริหารจัดการให้มีเซรุ่มที่เหมาะสมทั้งด้านปริมาณและการกระจาย

ตามพื้นที่ ทำให้สามารถเข้าถึงได้รวดเร็ว โดยยกตัวอย่างการบริหารจัดการของประเทศไทยภายใต้ระบบ Universal Health Coverage และศูนย์พิษวิทยาที่สามารถปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง สนับสนุนให้ WHO นำระบบนี้ไปขยายผลต่อในระดับภูมิภาคและสามารถประสานงานข้ามภูมิภาคได้ โดยในวันที่ ๒๑ และ ๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๑ นี้จะมี การประชุมวิชาการ Snakebite from science to Society ซึ่งเป็น international, multidisciplinary, cross-sectoral conference on the medical and social impact of snake bites ณ เมือง Leiden ประเทศเนเธอร์แลนด์

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

- รับร่างข้อมติ EB142.R4 Addressing the burden of snakebite envenoming
- ให้มีรายงานความก้าวหน้าในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ ๗๓

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

- สนับสนุนการบริหารจัดการเซรุ่มพิษงู ซึ่งปัจจุบันดำเนินการโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร่วมกับศูนย์พิษวิทยาซึ่งตั้งอยู่ในมหาวิทยาลัยและสภากาชาดไทย โดยอาจจะขยายความร่วมมือไปยังศูนย์พิษวิทยาอื่น ๆ ในกระทรวงสาธารณสุข การทำงานในระดับนานาชาติ
- สนับสนุนให้สถานเสาวภา สภากาชาดไทยซึ่งเป็น WHO Collaborating Centre for Venomous Snake Toxicology and Research พัฒนางานวิจัยด้านนี้อย่างต่อเนื่อง
- สมควรขยายผลลักษณะของการบริหารจัดการเซรุ่มไปยังผลิตภัณฑ์สุขภาพ ยา เครื่องมือและเทคโนโลยี อื่นๆที่มีลักษณะความต้องการใช้ที่คล้ายกับเซรุ่มพิษงู

การทำงานในระดับนานาชาติ

- ควรขยายผลวิธีการบริหารจัดการเซรุ่มและ antidote อื่นๆ รวมถึงระบบให้คำปรึกษาของศูนย์พิษวิทยาไปยังภูมิภาค SEARO และ เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งมีลักษณะปัญหาคล้ายกัน

Intervention on Agenda 12.1 Global snakebite burden

Delivered by Dr. Donsuk Pongnikorn (24/May/2018)

Thank you Chair,

Thailand appreciates WHO and development partners on raising the snake bite challenges to a global public health attention. Bringing back “Snakebite envenoming” into the list of Neglected Tropical Disease and the adoption of this Resolution are foundation to reduce injuries,

disabilities and mortalities from snake bite that is a daily event in many parts of the world.

Translating the resolution into real actions, it is critical that antivenom is available and clinicians are competent to use them properly. Thailand had introduced a regional stockpiling based on common snakes in the region, efficient distribution and training of clinical management. This contributes to significant reduction of mortality from snake bite.

Manual on clinical management and training are provided regularly. Two poison centers provide 24-hr counseling services for prompt and effective clinical management of snakebite. While ensuring health security for all, there is also efficiency gain as stockpiling prevents waste from expiration of antivenom in one area and lack of access in another area. Between 2013 and 2016, there was a total 50% cost savings compared with the previous unorganized management systems.

In conclusion, our lessons show that active management of national or sub-national antivenom stockpiling, distribution and counseling are key factors in translating this resolution into a good outcome. Thailand endorses the draft resolution on Global Snakebite Burden in document EB142.R4

Thank you Chair.

Agenda 12.2: Physical Activity for Health

ผู้รับผิดชอบ

๑. นางสาวอรณา จันทศิริ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๒. พันตแพทย์หญิงวรมน อัครสุต กรมอนามัย

สาระสำคัญของเอกสาร

สืบเนื่องจากการประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก สมัยที่ ๑๔๐ (๑๔๐th Session of the Executive Board – EB๑๔๐) ในเดือนมกราคม ๒๕๖๐ ณ นครเจนีวา สมาพันธรัฐสวิส มีข้อตกลง (decision) ให้ฝ่ายเลขานุการจัดทำร่างแผนปฏิบัติการส่งเสริมกิจกรรมทางกายโลก พ.ศ.๒๕๖๑-๒๕๗๓ (Global Action Plan on Physical Activity ๒๐๑๘-๒๐๓๐: GAPP) และกำหนดให้ความก้าวหน้ามารายงานในการประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก สมัยที่ ๑๔๒ จากการประชุมดังกล่าวฯ มีมติเห็นชอบต่อร่างมติการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ

สาระสำคัญของร่างแผนปฏิบัติการส่งเสริมกิจกรรมทางกายโลก พ.ศ.๒๕๖๑-๒๕๗๓ (Global Action Plan on Physical Activity ๒๐๑๘-๒๐๓๐: GAPPA) มีสาระสำคัญในการกำหนดวิสัยทัศน์ เป้าหมาย ทิศทางนโยบาย และเสนอบทบาทขององค์กรที่เกี่ยวข้อง

วิสัยทัศน์ More active people for a healthier world

เป้าหมาย ลดการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ ร้อยละ ๑๕ ภายในปี พ.ศ.๒๕๗๓ (เป็นการกำหนดเป้าหมายใหม่ขยายจากที่เคยรับรองใน NCD global target จากเดิมขอให้ลดลงร้อยละ ๑๐ ภายในปี พ.ศ.๒๕๖๘)

ยุทธศาสตร์ แบ่งเป็น ๔ ยุทธศาสตร์และ ๒๐ นโยบาย ยุทธศาสตร์ได้แก่ ๑. การปรับทัศนคติของสังคมให้เห็นคุณค่าของการมีวิถีชีวิตที่กระฉับกระเฉง (เช่น การรณรงค์สื่อสาร) ๒. การสร้างสภาพแวดล้อมทางกายที่เอื้อต่อการเดิน ปั่นจักรยาน และมีวิถีชีวิตที่กระฉับกระเฉง (เช่น สร้างความปลอดภัย และเพิ่มพื้นที่) ๓. การสร้างโอกาสและกิจกรรมในบริบทที่เกี่ยวข้องกับแต่ละกลุ่มประชากร (นโยบายคาบวิชาพลศึกษา โครงการสำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้น) และ ๔. การสร้างระบบสนับสนุนเพื่อดำเนินงานอย่างยั่งยืน (เช่น ยุทธศาสตร์ชาติ ระบบข้อมูล งบประมาณ)

การติดตามและประเมินผล ใช้การติดตามระดับกิจกรรมทางกายของประชากรเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ในภาพรวม แต่ยังไม่มีการเสนอตัวชี้วัดเชิงกระบวนการและเชิงผลผลิต (process and output indicators) เพื่อประเมินความก้าวหน้าจากการปฏิบัติตามแผน

สำหรับร่างข้อมติ (Resolution) มีเนื้อหาสำคัญขอให้ประเทศสมาชิกรับรองแผนปฏิบัติการ รวมถึงเป้าหมายใหม่ที่ขยายเป็นร้อยละ ๑๕ ภายในปีพ.ศ.๒๕๗๓ และขอให้ฝ่ายเลขานุการดำเนินการจัดทำกรอบการประเมินผลและรายงานสถานการณ์ด้านกิจกรรมทางกายและพฤติกรรมเนือยนิ่ง

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศสมาชิกแสดงความยินดีแก่การจัดงาน Walk the talk: Health for All และกิจกรรมการพักเบรกกิจกรรมทางกายด้วยการโยคะ และเห็นว่าวาระการส่งเสริมกิจกรรมทางกายมีความสำคัญต่อการลดความเสี่ยงแก่การเกิดโรคไม่ติดต่อ และขอให้ฝ่ายเลขานุการสนับสนุนต่อการนำแผนปฏิบัติการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสู่การปฏิบัติต่อไป โดยเฉพาะการจัดทำเครื่องมือเพื่อสนับสนุนการติดตามและประเมินผล และส่งเสริมการดำเนินงานร่วมกับภาคส่วนต่างๆ

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

เนื่องจากประเทศไทยดำเนินการสนับสนุนการขับเคลื่อนส่งเสริมกิจกรรมทางกายในระดับโลกรวมถึงการจัดทำแผนปฏิบัติการฯ มาโดยตลอด จึงได้ร่วมกับฝ่ายเลขานุการและประเทศสมาชิกอื่นๆ ในการเสนอร่างมติ (Resolution) นอกจากนี้ วาระนี้ได้รับการเห็นชอบจากประเทศสมาชิกในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ให้เสนอเป็น Regional One Voice โดยมีประเทศไทยเป็นประเทศรับผิดชอบหลัก

ในนามของภูมิภาคฯ แสดงความชื่นชมต่อฝ่ายเลขานุการที่มีการจัดกิจกรรม Walk the talk: Health for All และกิจกรรมการพักเบรกกิจกรรมทางกายและขอให้มีการดำเนินการสืบเนื่องไป ประเด็นที่สองคือการแสดงความชื่นชมต่อร่างแผนปฏิบัติการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย นอกจากนี้ ภูมิภาคสนับสนุนต่อการร่างกรอบการ

ประเมินผลและเครื่องมือทางวิชาการที่จะช่วยให้สามารถแปลงแผนปฏิบัติการสู่การส่งเสริมกิจกรรมทางกายในประเทศให้บรรลุเป้าหมาย

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมสัชชาอนามัยโลกรับรองมติการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ และแผนปฏิบัติการส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยไม่มีข้อแก้ไข

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ขอให้ประสานงานร่วมกันต่อการปรับใช้แผนปฏิบัติการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ต่อการพัฒนาเป็นแผนปฏิบัติการระดับประเทศ

การทำงานในระดับนานาชาติ

กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ประสานความร่วมมือและดำเนินกิจกรรมกับองค์การอนามัยโลก ตามกิจกรรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายตามที่ระบุในบันทึกความร่วมมือระหว่างสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและองค์การอนามัยโลก สำนักงานใหญ่

Intervention on agenda 12.2 Physical activity for health

Read by Orana Chandrasiri (24 May 2018) Regional One Voice

Thank you, Chair

Thailand speaks on behalf of the 11 Member States of the South-East Asia Region.

First, we would like to sincerely appreciate Dr. Tedros and his team for the success of the “WHA Walk the Talk: The Health for all challenge” with more than 3,500 participants from around the world involved in this event on Sunday 20 May in Geneva, especially with his commitment to make it an annual event. South East Asia wish this becomes a daily activity for everyone. We also commend the chair of the Executive Board to lead the physical activity breaks during the Executive Board Meeting. These activities are example of ‘Actions without Planning’. We are sure that regular physical activities will become a global norm and culture of WHO, the leading role model for ‘health’.

Second, we fully commit to the global action plan on physical activity or GAPP and the draft resolution. We are convinced that soon our target would become ‘Physical Activities for all’ rather than just to reduce certain percentage of insufficiency.

We strongly support the development of the global monitoring framework. We expect the secretariat to develop technical tools alongside the global monitoring framework that can support member states in formulating and implementing their national and sub-national plans.

Chair,

In 2016, South-East Asia Region member states adopt the regional resolution SEA/RC69/R4 to promote physical activity including the alternative and traditional methods, such as yoga. We are drafting the first status report of physical activity, which will be the first regional efforts in monitoring the progress in a more sustainable way.

With this context, Chair,

South-East Asia Region suggests to adopt the resolution EB142.R5.

Lastly, we would like to reiterate that ‘Actions without planning is better than planning without action’.

Thank you, chair.

Agenda 12.3 Woman’s, Children’s and Adolescents’ Health (2016-2030): Early Childhood Development

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นางสาวพนิดา เจริญสุข กรมอนามัย

๒. นางสาวอรณา จันทศิริ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

สาระสำคัญของวาระ

- สหประชาชาติได้ออกยุทธศาสตร์ระดับโลก ค.ศ. ๒๐๑๖-๒๐๓๐ (พ.ศ. ๒๕๕๙-๒๕๗๓) สำหรับสุขภาพผู้หญิง เด็กและวัยรุ่น (The Global Strategy for Women’s, Children’s and Adolescents’ Health) ซึ่งผ่านการรับรองจากที่ประชุมสมัชชาสหประชาชาติเมื่อเดือนกันยายน ค.ศ. ๒๐๑๕ (พ.ศ. ๒๕๕๘) โดยมีวิสัยทัศน์ คือ ภายในปี ค.ศ. ๒๐๓๐ (พ.ศ. ๒๕๗๓) ทั่วโลกจะต้องตระหนักถึงเสรีภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ ความเป็นอยู่ที่ดี การได้รับโอกาสทางด้าน สังคมและเศรษฐกิจ การมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในการสร้างสังคมที่มีความเจริญรุ่งเรือง และยั่งยืนของ สตรี เด็ก และวัยรุ่นทุกคน โดยแบ่งเป็นสามเป้าหมายหลักได้แก่ Survive (เพื่อป้องกันการเสียชีวิตจากเหตุซึ่งสามารถป้องกันได้) Thrive (ทำให้มีความสุข ความเป็นอยู่ที่ดีตามศักยภาพที่มี) และ Transform (ขยายภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อความเป็นอยู่ที่ดี) และองค์การอนามัยโลกมีส่วนร่วมในการนำแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวมาปฏิบัติ
- สืบเนื่องจากข้อมติ WHA ๖๙.๒ (พ.ศ. ๒๕๕๙) องค์การอนามัยโลกและประเทศสมาชิกร่วมกันดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวและกำหนดให้รายงานความก้าวหน้าอย่างสม่ำเสมอต่อที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก เพื่อให้คณะกรรมการฯ ให้ความเห็นต่อรายงาน

- รายงานความก้าวหน้าในปีนี้ กล่าวถึงความก้าวหน้าและสถานการณ์ทั้งด้านสุขภาพสตรี เด็กและวัยรุ่น โดยรอบการรายงานนี้มีจุดเน้นคือ การพัฒนาในเด็กปฐมวัย (ตั้งแต่ในครรภ์ถึง ๘ ปี)
- ความก้าวหน้าที่สำคัญ ในเรื่องสตรีและวัยรุ่น ได้แก่ ๑. การนำเสนอ ๖๐ ตัวชี้วัดซึ่งสอดคล้องกับเป้าประสงค์ SDGs เพื่อติดตามสถานการณ์ โดยรายละเอียดของการวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ จะนำเสนอเพื่อพิจารณาในการประชุมครั้งนี้ (WHA ๗๑) ๒. การจัดทำรายงาน transformative accountability for adolescents เพื่อติดตามความก้าวหน้าและเสนอแนะทิศทางการดำเนินงานในอนาคต ความก้าวหน้าอื่นๆ ได้นำเสนอการทำงานร่วมกับองค์กรระหว่างประเทศต่างๆ ที่ร่วมกันจัดทำคู่มือ โครงการ หรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง เช่น ยุทธศาสตร์วัยรุ่น คู่มือสุขภาพเด็ก ฐานข้อมูลนโยบายการทำแท้ง และโครงการป้องกันมะเร็งปากมดลูก เป็นต้น
- สำหรับการพัฒนาในเด็กประถมวัย องค์การอนามัยโลกได้พัฒนา global framework for nurturing care เน้นการดูแลช่วง ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิตผ่านการดูแลตั้งช่วงวัยเจริญพันธุ์ แม่และเด็กทารก เด็กและวัยรุ่น ในประเด็นเรื่องการดูแลเด็กทารก โภชนาการ สุขภาพจิต และการป้องกันเชื้อเอชไอวี
- รายงานเพิ่มเกี่ยวกับประเด็นอนามัยสิ่งแวดล้อม เช่น การสุขาภิบาลน้ำ สารเคมี มีผลต่อสุขภาพเด็ก เช่น โรคอุจจาระร่วง รวมทั้งมลพิษอากาศที่ส่งผลต่อโรกระบบทางเดินหายใจ ภาชนะน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

รับทราบรายงานความก้าวหน้า สนับสนุน Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health หลายประเทศแสดงท่าทีเกี่ยวกับประเด็นดังต่อไปนี้

- ให้ความสำคัญกับเด็ก และส่งเสริมกรอบปฏิบัติการดูแลเด็กปฐมวัย (Nurturing Care Framework) และขอให้องค์การอนามัยโลกมีคู่มือโดยเร็ว
- เน้นการเข้าถึงบริการสาธารณสุขเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ การวางแผนครอบครัว การป้องกันมะเร็งปากมดลูก รวมถึงขอให้องค์การอนามัยโลกสนับสนุนเกี่ยวกับความครอบคลุมของวัคซีน
- การป้องกันและต่อต้านความรุนแรงในผู้หญิงและเด็ก
- การพัฒนาศักยภาพ Health Care Provider เกี่ยวกับการอนามัยเจริญพันธุ์
- การเข้าถึงการทำแท้งอย่างปลอดภัย

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

รับทราบรายงานความก้าวหน้า และมีท่าทีต่อ ๓ ประเด็นดังต่อไปนี้

๑. การที่องค์การอนามัยโลกเปิดตัวกรอบปฏิบัติการดูแลเด็กปฐมวัย ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๗๑ ในครั้งนี้ถือได้ว่าช่วยสนับสนุนประเทศสมาชิกในการดำเนินงานด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัย
๒. ประเทศไทยสนับสนุนการต่อต้านมะเร็งปากมดลูก โดยการกำหนดให้วัคซีน _HPV อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ส่งเสริมการฉีดวัคซีนฟรีให้เด็กผู้หญิงอายุต่ำกว่า ๕ ปี ส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการตรวจวัดสายตาในผู้หญิงทุกคน และขอให้บริษัทวัคซีนมีความรับผิดชอบในการผลิตวัคซีนที่มีคุณภาพ

๓. ประเทศไทยกำลังจะจัดประชุม Conference on Injury Prevention and Safety Promotion ภายใต้ธีม “Advancing injury and violence prevention towards SDGs” ณ กรุงเทพมหานคร ระหว่างวันที่ ๕-๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๑

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ประเทศสมาชิกรับทราบรายงานความก้าวหน้า

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

การทำงานในระดับประเทศ

- จัดทำฐานข้อมูลและติดตามสถานการณ์การดำเนินการตามตัวชี้วัดในยุทธศาสตร์ระดับโลก ค.ศ. ๒๐๑๖-๒๐๓๐ (พ.ศ.๒๕๕๙-๒๕๗๓) สำหรับสุขภาพผู้หญิง เด็กและวัยรุ่น
- ส่งเสริมการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกฟรีให้เด็กผู้หญิงอายุต่ำกว่า ๕ ปี ส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
- ดำเนินการตามกรอบการดูแลเด็กปฐมวัย (Nurturing Care Framework)

การทำงานระดับนานาชาติ

ร่วมกับองค์การอนามัยโลก และหน่วยงานระดับนานาชาติในการจัดประชุมหรือเข้าร่วมการประชุม เวทีวิชาการระดับนานาชาติเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ องค์ความรู้ best practice ของแต่ละประเทศ

Intervention Agenda 11.4 Health, environment and climate change

Delivered by Miss Panita Charoensuk

Thank you chair,

Thailand notes the comprehensive and accelerates progress of this agenda. There are four issues we would like to highlight here.

First, the launch of the Nurturing Care Framework at WHA71 would support Member States in managing program which promote physical, emotional and cognitive development and prevent major threats to early childhood development.

Second, Thailand supports the commitment on “no woman should die from cervical cancer”, by adoption of HPV vaccines into the National List of Essential Medicines, provision of free HPV vaccines to all grade five young girls and provision of pap smear screening and Visual Inspection with Acetic Acid to all women. The critical shortage of HPV hampers rapid scaling up of HPV vaccine program. Vaccine industry must be accountable to adequate production of these vaccines.

Third, we acknowledge the effects of air pollution to health in particular to children under 5. This challenge requires enables innovative measure to strengthen intersectoral actions to address air pollution.

Lastly, women, children and adolescents are often victims of domestic and inter-personal violence and road traffic injuries. Thailand gives high attention in preventing such consequences. The Royal Thai Government will host the 13th World Conference on Injury Prevention and Safety Promotion under theme “Advancing injury and violence prevention towards SDGs” in Bangkok during 5-7 November 2018. This Conference would strengthen a global community of practice in order to promote safety and prevention of violence agenda.

Thank you, Chair.

Agenda 12.4 mHealth: Use of appropriate digital technologies for public health

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นางสาวมิลินทร์ สาครสินธุ์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
๒. นางสาววิไลลักษณ์ แสงศรี โครงการประเมินด้านเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
๓. ดร. ทันตแพทย์หญิงวิริศา พานิชเกรียงไกร สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

สาระสำคัญของวาระ

WHO MS ได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับ information and communication ต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพมาเป็นระยะเวลาหนึ่ง โดยได้มีข้อมติในการพัฒนาร่วมกันตั้งแต่ปี ๒๐๐๕ ผ่าน WHA๕๘.๒๘ eHealth ผ่าน WHA๖๖.๒๔ eHealth ในปี ๒๐๑๓ และได้มีข้อมติว่าด้วยเรื่องของ mHealth (Mobile Phone Health) ซึ่งเป็นสาขาหนึ่งใน eHealth ในปี ๒๐๑๖ ผ่าน EB๑๓๙/๘ mHealth ซึ่งในทศวรรษที่ผ่านมาได้มีการพัฒนาเทคโนโลยีการสื่อสารที่ทันสมัยอย่างรวดเร็ว จากสถิติปี ๒๐๑๖ พบว่าประชากรโลกกว่า ๗,๐๐๐ ล้านคนครอบครองโทรศัพท์มือถือ ซึ่งกว่า ๗๐% มาจากประเทศรายได้ต่ำถึงปานกลาง ด้วยเหตุนี้ mobile health จึงกลายเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาบริการและช่องทางการเข้าถึงบริการทางสุขภาพที่สำคัญขึ้น อย่างไรก็ตาม ยังมีปัญหาที่ยังไม่สามารถแก้ไขได้ เช่น การไม่เชื่อมโยงกันของข้อมูลและการขาดมาตรฐานหรือการควบคุม mobile application ต่างๆ เป็นต้น

ทั้งนี้ WHO ได้มีความร่วมมือกับ ITU ในการทดลองใช้ mHealth programme สำหรับการป้องกันและควบคุม NCDs และ mHealth Technical and Evidence Review Group for reproductive, maternal and child health เพื่อเป็นตัวอย่างให้ประเทศสมาชิกนำมาใช้เป็น model ในการพัฒนาต่อไป

บทบาทและทำที่ของประเทศอื่นๆ

รับทราบและเห็นด้วยกับความสำคัญของ mHealth รวมถึงแนวโน้มการใช้ประโยชน์ซึ่งสมควรขยายขอบเขตออกไป ตลอดจนการพัฒนาบุคลากรให้สามารถใช้ digital health ได้อย่างชำนาญและเกิดประโยชน์ แต่สมาชิกหลายประเทศยังกังวลถึงผลจากการขาดมาตรฐานและการควบคุม ประเด็นเรื่องความเป็นส่วนตัว และแนวโน้มของการที่ digital health จะถูกนำมาใช้เพื่อการค้า ทั้งนี้ วาระดังกล่าวได้รับเป็น Regional one voice ของ SEAR (โดยประเทศไทยได้ให้การสนับสนุน) และ EUR

บทบาทและทำที่ของประเทศไทย (แบบ intervention ตอนท้าย)

รับทราบและเห็นด้วยกับรายงานของ WHO Secretariat และนำเสนอประเด็นรูปแบบ digital health ๒ รูปแบบ (artificial digital health และ humanized digital health) ซึ่งการพัฒนา digital health ที่ดี จะต้องสามารถให้พื้นที่ทางไกลสามารถเข้าถึงได้ อย่างไรก็ตาม การพัฒนาและใช้เทคโนโลยีที่มากเกินไป อาจส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าถึงตัวคนไข้ได้น้อยลง อาจเกิดช่องว่างระหว่างกลุ่มบุคคลดังกล่าวขึ้น จึงควรต้องรักษาความสมดุลของ digital health ทั้งสองรูปแบบไว้ให้เหมาะสม

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

จากการประชุม WHA ๗๑ วาระ ๑๒.๔ mHealth ที่ประชุมได้รับ resolution A๗๑/A/CONF./๑ Digital Health ซึ่งร่างและผลักดันโดยประเทศแอลจีเรีย ออสเตรเลีย บราซิล เอสโตเนีย เอธิโอเปีย เยอรมันนี อินเดีย อินโดนีเซีย อิสราเอล อิตาลี ลักซิมเบิร์ก มอริซุส โมร็อกโก ปานามา ฟิลิปปินส์ และแอฟริกาใต้ ซึ่งต้องการให้ digital technology ถูกนำมาใช้เพื่อบรรลุ SDGs โดยเน้นการสนับสนุนระบบสาธารณสุขในทุกประเทศ ทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ตลอดจนสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงระบบสาธารณสุขของคนทุกกลุ่ม ซึ่ง resolution ดังกล่าว ได้ให้ทางเลขาธิการฯ รายงานผลการดำเนินการอีกครั้งใน report WHA๗๓ ปี ๒๐๒๐

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

๑. การเชื่อมโยงข้อมูลจนเกิด big data จะเกิดประโยชน์อย่างยิ่งต่อระบบสุขภาพ ตั้งแต่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จนถึงการบริหารจัดการที่จำเพาะต่อความต้องการของประชาชนได้ ลดความซ้ำซ้อนและประหยัดค่าใช้จ่าย จึงควรมีการแก้ปัญหา fragmentation ของระบบข้อมูลและมีการกำหนดมาตรฐานให้ชัดเจน ตลอดจนการสร้างระบบจัดเก็บข้อมูลของคนไข้ ที่ปลอดภัย (กตท. กวท.)
๒. ขยายและพัฒนาการใช้ mHealth จนสามารถทดแทนการใช้กระดาษหรือทรัพยากรสิ้นเปลืองอื่น ลดเวลารอคอย เพิ่มความแม่นยำในการดูแลรักษาและมีความปลอดภัย มีชั้นความลับที่เหมาะสม (กสธ.)
๓. พัฒนา Application ที่น่าเชื่อถือเพื่อการสื่อสารข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและสามารถมี feedback จากผู้ใช้ได้ (กสธ.)

การทำงานในระดับนานาชาติ

๑. การสร้างบรรทัดฐานด้าน Humanized Digital Health ผ่าน Patient Empowerment ในระดับโลก ซึ่งประกอบด้วย ๓ อย่าง คือ ๑) คนไข้มีความรู้เกี่ยวกับโรคของตนเอง (education) ๒) คนไข้ใช้ความรู้นั้นในการจัดการกับโรคของตนเองได้ (self-management) ๓) คนไข้มีส่วนร่วมในกระบวนการรักษาร่วมกับบุคลากรทางสาธารณสุข (shared decision-making)

Intervention on agenda 12.4 mHealth: Use of appropriate digital technologies for public health

Delivered by: Ms. Milin Sakornsin (25/May/2018)

Thank you, Chair.

The Thai delegation would like to propose two kinds of digital health.

First, the ‘artificial digital health’ which based on digital technologies. It improve access to efficient and lower cost health services. It facilitates sharing of information for timely responses across sectors. Thus, it requires multi-sectoral collaboration.

However, its inappropriate application may result in overuse, high cost, reveal of patient confidential information, and widening social gap. Thus the situation of ‘High Tech but Low Touch’ often occurs.

Chair, the second one is ‘humanized digital health’, which based on our ten digits (show the ten digits of your two hands). Health services require intimate human touch to create trust and confidence in providers, and build close and trust based relationship. This is called ‘Appropriate Tech but High Touch’.

The digital health era should stride towards ‘a humanized health care’ instead of focusing only on “artificial digital health”.

We do need to strike a balance between the two of them.

Finally, chair, Thailand fully supports the resolution on digital health.

Thank you, Chair.

Agenda 12.5 Improve access to assistive technology

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. แพทย์หญิงปฐมพร ศิริประภาศิริ กรมการแพทย์
๒. แพทย์หญิงอรรธยา ลิ้มวัฒนา ยิ่งยง กองการต่างประเทศ
๓. นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

สาระสำคัญของวาระ

ในการประชุม World health assembly ครั้งที่ ๗๑ ปี ๒๐๑๘ มีการตกลงในข้อมติการพัฒนาการเข้าถึงเทคโนโลยีช่วยลดความพิการและการจัดระบบบริการที่เกี่ยวข้องทั้งหมด เพื่อเพิ่มความสามารถในการดำรงชีวิตด้วยตนเองให้มีสุขภาวะที่ดี ชะลอภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ประเทศสมาชิกควรทบทวนและดำเนินการตามประกาศ สิทธิของผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้แน่ใจว่าประชาชนที่ต้องการสามารถเข้าถึงอุปกรณ์ช่วยลดความพิการที่มีคุณภาพในราคาที่เหมาะสม ข้อมติ WHA67.7 WHO global disability action plan 2014–2021 เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเป็นนโยบายระดับชาติและจัดสรรงบประมาณ รวมถึงกำหนดให้อยู่ในสิทธิประกันสุขภาพ ข้อมติ WHA 69.3 Global strategy and plan of action on ageing and health 2016–2020 ให้มีการกำหนดรายการอุปกรณ์ช่วยลดความพิการขั้นพื้นฐาน

การพัฒนาการเข้าถึงเทคโนโลยีช่วยลดความพิการรวมถึงช่วยการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุจะส่งเสริมเศรษฐกิจและสังคม เช่น การเข้าถึงเครื่องช่วยฟังในเด็กเล็กช่วยด้านการศึกษา การพัฒนาจำเป็นต้องดำเนินการให้ครอบคลุมถึงการพัฒนาศูนย์ในการดูแลผู้ป่วยและอุปกรณ์ และการวิจัยพัฒนาการผลิตอุปกรณ์ช่วยลดความพิการในแต่ละประเทศ และชักชวนให้มีการจัดตั้งโรงงานผลิตอุปกรณ์ที่มีความต้องการสูงในภูมิภาคในราคาที่เข้าถึงได้ และจัดให้มีระบบฐานข้อมูลผู้พิการ

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศสมาชิกทั้งที่มาจากกลุ่มประเทศและรายประเทศ ต่างเห็นด้วยกับข้อมติในการช่วยให้มีการเข้าถึงอุปกรณ์ช่วยลดความพิการ ลดความเหลื่อมล้ำทางสังคมของผู้พิการ ประเทศที่เสนอตัวช่วยเหลือประเทศสมาชิกอื่น คือ จีน คิวบาซึ่งมีศักยภาพในการผลิตอุปกรณ์ฯ สมาชิกจากประเทศต่างๆให้ความสำคัญกับการ จัดให้มีอุปกรณ์เพื่อการบริหารเฉพาะรายบุคคล การกำหนดคุณภาพของอุปกรณ์ การแลกเปลี่ยนข้อมูลและความรู้ การกระตุ้นการสนับสนุนจากสังคม การสอนการใช้อุปกรณ์ และการกระจายอุปกรณ์สู่พื้นที่ทางไกล ซีเรียและเวียดนามให้ความสำคัญกับการช่วยเหลือผู้พิการจากการสู้รบในสงคราม

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (แนว intervention ตอนท้าย)

ประเทศไทยสนับสนุนข้อมติ EB142.R6. Improve access to assistive technology โดยขอเน้นประเด็นสำคัญ ในนำข้อมติไปปฏิบัติเพื่อพัฒนาการเข้าถึงอุปกรณ์ช่วยลดความพิการ ๓ ประการ คือ

๑. การเปลี่ยนทัศนคติในการมองผู้พิการจาก การสร้างภาระที่ต้องดูแลและค่าใช้จ่าย เป็นการมองผู้พิการเป็นสินทรัพย์ในการลงทุน การปรับแนวคิดจะนำมาซึ่งการลงทุนพัฒนาการเข้าถึงอุปกรณ์ช่วยลดความพิการ รวมถึงการปรับสภาพแวดล้อมให้ผู้พิการสามารถอยู่ในสังคมได้เช่นเดียวกับคนปกติ
๒. ภายใต้ข้อจำกัดของทรัพยากร การนำอุปกรณ์ช่วยลดความพิการ นวัตกรรมซึ่งราคาแพงใช้งานจริงต้องมีการศึกษาข้อมูล การทำ Technologies Assessment ก่อนเสนอให้กำหนดเป็นนโยบาย
๓. ทุกประเทศสมาชิกจำเป็นต้องสร้างความมั่นใจว่า จะจัดบริการที่มีประสิทธิภาพครอบคลุม ซึ่งต้องมีการติดตาม 5As ประกอบด้วย Availability, Accessibility, Acceptability, Adaptability and Affordability.

ระบบหลักประกันสุขภาพเป็นเครื่องมือที่ดีที่สุดในการสร้างการเข้าถึงที่มีประสิทธิภาพครอบคลุม และมีความท้าทายสูง

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ประเทศสมาชิกเห็นด้วยกับข้อมติ ไม่มีการขอแก้ไขในการการประชุม และ Adopt resolution EB142.R6. Improve access to assistive technology, 26 January 2018

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

๑. กรมการแพทย์ โดยสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูร่วมกับ Service plan intermediate care ดำเนินการผลักดันการพัฒนาการเข้าถึงเทคโนโลยีช่วยลดความพิการตามข้อมติ WHA ๗๑ ให้เป็นนโยบายระดับชาติ
๒. หน่วยงานที่รับผิดชอบ สร้างเครือข่ายความร่วมมือกับสมาคมวิชาการ มูลนิธิภาคประชาสังคม ดำเนินโครงการกำหนดตัวชี้วัดและติดตามผลการดำเนินงานที่สอดคล้องกับข้อมติสากลอย่างเป็นระบบ เพื่อพัฒนาการบริการภายในประเทศ และเตรียมรายงานต่อที่ประชุม WHA ตามวาระ

การทำงานในระดับนานาชาติ

กรมการแพทย์จัดทีมงานรับผิดชอบพัฒนาวิชาการ และให้ความช่วยเหลือประเทศประเทศต่างๆ เพื่อแผ้วพานความสำเร็จสู่นานาชาติ

Intervention on Agenda 12.5 Improve access to assistive technology

Delivered by Dr. Pathomphorn Siraprasiri (25/Month/2018)

Thank you, chair.

Thailand fully supports the resolution EB142.R6.

We would like to emphasize key issues to ensure the success of implementing this resolution.

The first thing is to shift our paradigm on the disables, from being our ‘burdens’ and ‘expenses’ to being our ‘assets’ and ‘investments’. The shifted paradigm means more readiness to invest on assistive technologies and conducive environment to allow the

disables to lead normal or near normal lives.

Second, with limited resources, the introduction of innovative and costly assistive technologies need adequate evidences, including Health Technologies Assessment, to inform policy decision mechanism.

Third, we need to ensure real ‘effective coverage’ which goes much beyond access. We need to tackle the 5”As” of Availability, Accessibility, Acceptability, Adaptability and Affordability.

UHC is the best means to achieve the real effective coverage. The Thai UHC benefit package covers all essential assistive technologies. Yet, the effective coverage is still challenging.

Thus this resolution should be implemented in the context of the Universal Health Coverage.

Thank you, chair

Agenda 12.6 Maternal, infant and young child nutrition

- Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition: biennial report
- Safeguarding against possible conflicts of interest in nutrition programmes

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. ทันตแพทย์หญิงวรรณ อัครสุต กรมอนามัย

๒ นางสาวอรณา จันทร์ศิริ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

สาระสำคัญของวาระ

- วาระ Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition: biennial report (เอกสาร A71/22)

เป็นการกล่าวถึงข้อตัดสินใจ (decision) จากการประชุม EB 142(6) ที่รับทราบ (note) การขยายเป้าหมายในแผนปฏิบัติการ MIYCN จาก ค.ศ. ๒๐๒๕ เป็น ๒๐๓๐ เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมาย SCGs ในปี ๒๐๓๐ และมีการปรับค่าเป้าหมายใหม่ในปี ๒๐๓๐ ดังในตาราง

Targets	2025	2030
Stunting	40% reduction in the number of children under-5 who are	50% reduction in the number of children under-5 who are

	stunted	stunted
Anaemia	50% reduction of anaemia in women of reproductive age	50% reduction of anaemia in women of reproductive age
Low Birth Weight	30% reduction in low birth weight	30% reduction in low birth weight
Childhood Overweight	No increase in childhood overweight	Reduce and maintain childhood overweight to less than 3%
Breastfeeding	Increase the rate of exclusive breastfeeding in the first 6 months up to at least 50%	Increase the rate of exclusive breastfeeding in the first 6 months up to at least 70%
Wasting	Reduce and maintain childhood wasting to less than 5%	Reduce and maintain childhood overweight to less than 3%

และรายงานความก้าวหน้าทุก ๒ ปี ของเป้าหมาย (global targets) ในการดำเนินงานของแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการในมารดา ทารก และเด็กเล็ก ดังในตาราง

Global Targets	Baseline in 2012	Target for 2030	2016 (Globally)	Thailand (Data from MICS & NHES)
1.stunting	162 million	50% reduction	155 million	In 2012 = 16.4%, 2016 = 10.5%
2.anaemia	30%	50% reduction	33%	In 2009 = 25.7%, 2014 = 22.7%
3.low birth weight	15%	30% reduction	2005-2010 = 15%	In 2012 = 7.6%, 2016 = 9.4%
4.overweight	7%	< 3%	6%	In 2012 = 10.9%, 2016 = 8.2%
5.breastfeeding	38%	70%	2011-2016 = 40%	In 2012 = 12.3%, 2016 = 23.1%
6.wasting	8%	< 3%	52 million	In 2012 = 6.7%, 2016 = 5.4%

และเสนอให้พิจารณาตัวชี้วัด ๔ ตัวที่เหลือของ global monitoring framework on MIYCN ตามข้อตกลงของการประชุม WHA68(14) (ค.ศ. ๒๐๑๕) ในครั้งนั้นรับรองตัวชี้วัดทุกตัว ยกเว้น PR1, PR4, PR6 และ PE1 ที่เสนอให้มารายงานใน ค.ศ. ๒๐๑๘

Table. Proposed additional core indicators for the global monitoring framework on maternal, infant and young child nutrition

	Indicator
<i>Intermediate outcome indicators, monitoring conditions on the causal pathways to the targets</i>	
IO1	Prevalence of diarrhoea in children under 5 years of age ¹
IO2	Proportion of women aged 15–49 years with low body mass index ²
IO3	Number of births during a given reference period to women aged 15–19 years/1000 females aged 15–19 years
IO4	Proportion of overweight and obese women aged 18+ years ³
IO5	Proportion of overweight and obesity ⁴ in school-age children and adolescents (5–18 years)
<i>Process indicators, monitoring programmes and situation-specific progress</i>	
PR1	Proportion of children aged 6 to 23 months who receive a minimum acceptable diet*
PR2	Proportion of population using a safely managed drinking water service
PR3	Proportion of population using a safely managed sanitation service
PR4	Proportion of pregnant women receiving iron and folic acid supplements*
PR5	Percentage of births in baby friendly facilities
PR6	Proportion of mothers of children aged 0–23 months who have received counselling, support or messages on optimal breastfeeding at least once in the last year*
<i>Policy environment and capacity indicators, measuring political commitment</i>	
PE1	Number of trained nutrition professionals per 100 000 population*
PE2	Country has legislation/regulations fully implementing the International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes (resolution WHA34.22) and subsequent relevant resolutions adopted by the Health Assembly
PE3	Country has maternity protection laws or regulations in place in line with the ILO Maternity Protection Convention, 2000 (No. 183) and Recommendation No. 191

* Reporting is delayed until 2018.

■ **วาระ Safeguarding against possible conflicts of interest in nutrition programmes (เอกสาร A71/23)**

เป็นการเสนอ “(ร่าง) กลไกในการป้องกันและบริหารจัดการผลประโยชน์ทับซ้อน ในการพัฒนานโยบาย และจัดทำแผนโครงการด้านโภชนาการในระดับประเทศ” (Draft approach for the prevention and management of conflicts of interest (COI) in the policy development and implementation of nutrition programmes at country level) เพื่อให้ที่ประชุมรับทราบ (note)

ร่างฯ นี้เป็นเครื่องมือในกระบวนการตัดสินใจโดย national authority ว่าการเข้ามามีส่วนร่วมนั้น ควรดำเนินการต่อหรือควรรอ ในประเทศที่มีกระบวนการประเมินความเสี่ยงและการจัดการเรื่องผลประโยชน์ทับซ้อน อยู่แล้ว สามารถนำร่างฯ นี้ไปใช้เพื่อเสริม ไม่ใช่สิ่งที่ใช้แทนของเดิมที่ประเทศมีอยู่แล้ว เครื่องมือนี้มีขั้นตอนหลัก ๖ ขั้นตอน ดังนี้

๑. Rationale for engagement เหตุผลที่เข้ามามีส่วนร่วม ต้องชัดเจนในงานสาธารณสุขด้านโภชนาการ
๒. Profiling and performing due diligence and risk assessment ประเมินความเสี่ยงในเรื่อง COI ถ้าความเสี่ยงสูงเกินไป ควรพิจารณาหลีกเลี่ยงการมีส่วนร่วม
๓. Balancing risks and benefits วิเคราะห์ความเสี่ยงและผลประโยชน์ของข้อเสนอในการมีส่วนร่วม โดยคำนึงถึงผลกระทบทางสาธารณสุข
๔. Risk management บริหารจัดการความเสี่ยง ถ้าผลประโยชน์ต่อการสาธารณสุขด้านโภชนาการมีมากกว่า ความเสี่ยงจากผลประโยชน์ทับซ้อน

๕. Monitoring and evaluation and accountability ติดตาม ประเมินผล เพื่อให้มั่นใจว่า การมีส่วนร่วมจะทำให้บรรลุเป้าหมายงานสาธารณสุขด้านโภชนาการ

๖. Transparency and communication สื่อสารถึงกิจกรรมที่มีส่วนร่วม และผลลัพธ์ กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ด้วยความโปร่งใส และทันเวลา

ในขั้นตอนต่อไป ฝ่ายเลขานุการฯ จะนำเครื่องมือนี้ไปทดลองใช้ในระดับประเทศใน ๖ ภูมิภาคขององค์การอนามัยโลก เพื่อดูความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง โดยแนวทางนี้ยังเป็น living document ที่สามารถแก้ไขได้ตามความต้องการของประเทศสมาชิกและการเปลี่ยนแปลงไปของการมีส่วนร่วมจากภายนอก

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่น ๆ

- มีการเสนอเอกสาร ๒ ฉบับคือ
 ๑. Draft resolution Infant and young child feeding (เอกสาร A๗๑/A/CONF./๔) เสนอโดย Botswana, Canada, Gambia, Georgia, Ghana, Mozambique, Pakistan, Panama, Russian Federation, Senegal, Sierra Leone, Thailand และ Zambia
 ๒. Draft decision Maternal, infant and young child nutrition (เอกสาร A๗๑/A/CONF./๕) เสนอโดยสหรัฐอเมริกา
- เนื่องจากมีการเสนอเอกสาร ๒ ฉบับ จึงได้มีประเทศสมาชิกขอให้เปิด drafting group ซึ่งในที่ประชุมประเทศสมาชิกส่วนใหญ่ เช่น ประเทศที่ co-sponsor draft resolution รวมทั้ง Kenya, Timor leste, Ethiopia, Norway, Bolivia, Brazil, China, Mexico และ กลุ่มประเทศ EU สนับสนุนเนื้อหาเดิมของ draft resolution ตามเอกสาร A๗๑/A/CONF./๔ จึงได้รับการสนับสนุนให้ใช้เป็น working text เพื่อความประนีประนอมในการเจรจาและเจตนารมณ์ของประธาน drafting group (นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร) ที่จะไม่ leave no one behind จึงเกิดการรับฟังเสียงจากทุกประเทศสมาชิก และมีการปรับข้อความบางประการตามข้อเสนอของสหรัฐอเมริกา และประเทศสมาชิกอื่น ๆ
- ประเด็นที่สหรัฐอเมริกาเสนอใน drafting group เช่น ขอให้ตัด “enforcement mechanisms” ออกจาก OP๑.๓ และขอให้เพิ่มคำว่า “evidence based” ไว้หน้าคำว่า recommendation
- ผลจากการเจรจาใน drafting group ทั้ง ๒ วัน ทำให้เกิด draft resolution Infant and young child feeding (เอกสาร A๗๑/A/CONF./๔ Rev.๑)

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

- สนับสนุน SEAR One Voice โดยประเทศศรีลังกา
- สนับสนุนและมีชื่อเป็น co-sponsor ใน draft resolution Infant and young child feeding (เอกสาร A๗๑/A/CONF./๔)

ในวาระ Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition: biennial report

- เห็นด้วยกับการขยายเวลาเป้าหมายแผนดำเนินการด้านโภชนาการในมารดา ทารก และเด็กเล็ก จากปี ๒๐๒๕ เป็น ๒๐๓๐ และการรับรอง ๔ ตัวชี้วัดเพิ่มเติม
- เมื่อพิจารณาความก้าวหน้าของตัวชี้วัด (global targets) ใน comprehensive implementation plan on MIYCN จะพบว่ายังมีบางตัวชี้วัดที่ควรให้ความสนใจ เช่น anaemia ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ prevalence ของโลกกลับเพิ่มขึ้น จาก ๒๙% ในปี ๒๐๑๒ เป็น ๓๓% ในปี ๒๐๑๖ low birth weight ของทารกในประเทศไทย กลับมีค่าเพิ่มขึ้น (จาก ๒๕.๗% ในปี ๒๐๐๙ เป็น ๒๒.๗% ในปี ๒๐๑๔) exclusive breastfeeding ประเทศไทยมีค่าค่อนข้างต่ำ และค่าเฉลี่ยทั่วโลกกลับมีค่าเพิ่มขึ้นน้อยมาก

วาระ Safeguarding against possible conflicts of interest in nutrition programmes

- ประเทศไทยสนับสนุนให้มีการทดลองเครื่องมือในการประเมินและจัดการกับปัญหา COI ในระดับประเทศ เพื่อทดสอบความเป็นไปได้และความสามารถในการนำไปปฏิบัติได้จริง

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

- ประเทศสมาชิกรับทราบ (note) เอกสารทั้ง ๒ ฉบับ Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition: biennial report (A๗๑/๒๒) และ Safeguarding against possible conflicts of interest in nutrition programmes (A๗๑/๒๓)
- Draft resolution Infant and young child feeding (เอกสาร A๗๑/A/CONF./๔ Rev.๑) ได้รับความเห็นชอบจากที่ประชุม ในวันที่ ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๑

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

การทำงานในระดับประเทศ

๑. ดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาโภชนาการ ทั้งภาวะขาดสารอาหารและภาวะโภชนาการเกิน พร้อมทั้งปรับแผนฯ เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมาย (global targets) ที่ปรับเพิ่มขึ้น ตามการขยายเวลาเป้าหมายแผนดำเนินการด้านโภชนาการในมารดา ทารก และเด็กเล็ก จากปี ๒๐๒๕ เป็น ๒๐๓๐ และการรับรอง ๔ ตัวชี้วัดเพิ่มเติม (สำนักโภชนาการ และสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข)
๒. ศึกษาเกี่ยวกับ “(ร่าง) กลไกในการป้องกันและบริหารจัดการผลประโยชน์ทับซ้อน ในการพัฒนานโยบายและจัดทำแผนโครงการด้านโภชนาการในระดับประเทศ” (Draft approach for the prevention and management of conflicts of interest (COI) in the policy development and implementation of nutrition programmes at country level) เพื่อดูความเป็นไปได้ในการใช้งานจริง และเสนอข้อคิดเห็นต่อองค์การอนามัยโลก

การทำงานในระดับนานาชาติ

๑. ติดตามการดำเนินงานตามเป้าหมาย (global targets) และตัวชี้วัด (indicators) ตามกรอบการติดตามระดับโลก (global monitoring framework on MIYCN) อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีความพร้อมสำหรับการรายงานในค.ศ.๒๐๒๐
๒. ติดตามความคืบหน้าของการทดสอบ COI tool ในระดับประเทศใน ๖ ภูมิภาคขององค์การอนามัยโลก

Intervention on agenda 12.6 Maternal, infant and young child nutrition

Delivered by Voramon Agrasuta (25 May 2018)

Thank you Chair,

Thailand aligns itself with the regional statement made by Sri Lanka. The six global nutrition targets by 2030 are more ambitious than the 2025 targets. To bring countries on track, Thailand would address a few concerns,

First, It is a long march since the 1981 International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes has been launched. It is disappointing that the coverage of exclusive breastfeeding is still low and the prevalence of anemia in reproductive age women is increasing worldwide. These do need to receive further attention. Thailand's experiences on legislating the voluntary Code into national Law faces united resistance from the BMS industries and their proxies.

Thailand supports the scaling up of Baby-friendly Hospital Initiative to a full coverage of all hospitals, we support the development of Operational Guidance on Infant and Young Child Feeding, including breastfeeding, in emergencies situation and more countries should legislate the voluntary code into national law.

Second, Chair, Thailand notes the six steps in preventing and managing conflict of interests in the nutrition programme. Thailand urges WHO to rapidly pilot the tool and looking forwards to hear its applicability and scale up implementation.

Finally, as the co-sponsor, Thailand supports the draft resolution under this agenda from the drafting group.

Thank you Chair

Agenda 12.7 Pandemic Influenza Preparedness for the sharing of influenza viruses and access to vaccines and other benefits

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

- | | |
|---------------------------------|--|
| ๑. นายแพทย์พิสุทธิ์ ชื่นจงกลกุล | กรมควบคุมโรค |
| ๒. นางสาววิไลลักษณ์ แสงศรี | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายสุขภาพ |

สาระสำคัญของวาระ

- ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๔ ที่ประชุมมีมติรับรอง Pandemic Influenza Preparedness Framework (PIP framework) และข้อมติ WHA 64.5 Pandemic Influenza Preparedness: sharing of influenza viruses and access to vaccines and other benefits ซึ่งเป็นกรอบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการระบาดของไข้หวัดใหญ่ในระดับโลก โดยกรอบการดำเนินงานนี้จะจำกัดเฉพาะเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่หรือไข้หวัดนกที่มีโอกาสทำให้เกิดการระบาดใหญ่ (Pandemic potential virus) เท่านั้น
- กรอบการดำเนินงานนี้มีวัตถุประสงค์หลักอยู่ ๒ ประเด็นได้แก่
 ๑. พัฒนาคือความร่วมมือในการแบ่งปันเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ โดยมุ่งเน้นเพื่อหาเชื้อไวรัสที่มีความเป็นไปได้สูงที่จะทำให้เกิดการระบาดใหญ่ให้ได้และดำเนินการป้องกัน
 ๒. พัฒนากลไกการแบ่งปันผลประโยชน์อย่างเหมาะสม โดยผู้รับเชื้อไวรัสจาก GISRS (Global Influenza Surveillance and Response System) ไปใช้ประโยชน์และสร้างกำไร ต้องลงนามตามข้อตกลงใน SMTA2 (Standard Material Transfer Agreement 2) ซึ่งให้ผู้รับเชื้อต้องสมทบทุน Partnership Contribution และ/หรือ ให้ผลประโยชน์แก่องค์การอนามัยโลกในแง่อื่น เช่น สนับสนุนวัคซีน, ยาหรือเวชภัณฑ์อื่นๆ
- ภายหลังการดำเนินงานครบ ๕ ปี ในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ องค์การอนามัยโลกได้ทบทวนการดำเนินงานของ PIP Framework ครั้งที่ ๑ ตามเอกสาร A70/17 และรายงานต่อสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๗๐ ซึ่งผลการทบทวนพบว่า มีความก้าวหน้าดีในหลายด้าน และมีประเด็นที่ต้องพิจารณาต่อไป ดังนี้
 ๑. การขยายขอบเขตของ PIP framework ให้ครอบคลุมไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล Genetic Sequence Data (GSD)
 ๒. ความไม่สอดคล้องกันเกี่ยวกับการแบ่งปันไวรัสภายใต้ PIP Framework และ Nagoya protocol ซึ่งกำหนดให้การแบ่งปันชีววัตถุต้องมีการตกลงระหว่างหน่วยงานผู้ให้และผู้รับเป็นรายกรณีก่อนการแบ่งปัน ซึ่งอาจทำให้เกิดความล่าช้าในการส่งเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ซึ่งส่งผลกระทบต่อให้เกิดการระบาดได้ ซึ่งจะแก้ไขได้หาก PIP framework ถูกพิจารณาเป็น specialized instrument ซึ่งจะอยู่นอกเหนือข้อตกลงข้างต้น
- จากการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๗๐ ได้มีการรับรองรายงานการทบทวน PIP Framework ดังกล่าว ตาม decision WHA70(10) และร้องขอให้ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกรายงานผลการดำเนินงานรายประเด็นตาม วรรค 8 ของเอกสารนี้ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๗๑ พ.ศ.

๒๕๖๑ รวมถึงดำเนินการวิเคราะห์โดยละเอียดถึงความเป็นไปได้ในการขยายขอบเขตของ PIP framework ให้ครอบคลุมใช้หัตใหญ่ตามฤดูกาลและ Genetic sequence data

- ในการประชุม EB 142 ได้มีการรับรองสัดส่วนการใช้เงินจาก Partnership Contribution เป็นร้อยละ 70/30 ตามแผนเดิม โดยสัดส่วนดังกล่าวจะดำเนินการต่อเนื่องไปอีก ๕ ปี (๑ มีนาคม ๒๐๑๘ ถึง ๓๑ ธันวาคม ๒๐๒๒)
- ตามเอกสาร WHA71/24 ทีมเลขานุการได้ทำรายงานความก้าวหน้ารายประเด็นตาม decision WHA70(10) วรรค ๘ และขอให้ทางประเทศสมาชิกให้ข้อสังเกตต่อรายงานความก้าวหน้า

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- ประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศบราซิล สนับสนุนข้อตกลงตามเอกสาร A71/24 โดยเพิ่มเติมเรื่องการติดตามให้เร็วกว่ากำหนดการเดิม ๑ ปี และเน้นย้ำให้ทุกประเทศส่งตัวอย่างเชื้อไวรัสใช้หัตใหญ่ให้รวดเร็วเพื่อจะได้ระบุได้ว่าเชื้อใดมีโอกาสทำให้เกิดการระบาดใหญ่ ซึ่งนำไปสู่การป้องกันที่ทันเวลา
- ประเทศจีน มีข้อกังวลถึงความโปร่งใสในการดำเนินการของกรอบดำเนินการนี้เนื่องจากว่าประเทศจีนได้ส่งตัวอย่างเชื้อไวรัสไปมาก แต่กลับได้รับการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลกไม่มากเท่าที่ควร
- ประเทศญี่ปุ่น, เม็กซิโกและประเทศแถบแอฟริกาโดยไนจีเรียสนับสนุนข้อตกลงตามเอกสาร A71/24

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

- ประเทศไทยสนับสนุนถ้อยแถลงของอินโดนีเซียในนามตัวแทนภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และรับรองรายงานฉบับนี้รวมถึงร่างข้อตกลงซึ่งทางบราซิลได้ทำการเพิ่มเติมเนื้อหา
- ย้ำให้ทุกประเทศเตรียมพร้อมต่อการระบาดของใช้หัตใหญ่อยู่เสมอ และเน้นประเด็นสำคัญดังนี้
 - สนับสนุนให้เกิดการขยายกรอบการดำเนินงาน ให้ครอบคลุมใช้หัตใหญ่ตามฤดูกาลและ genetic sequence data
 - สนับสนุนให้เกิดการทำงานอย่างใกล้ชิดระหว่างเลขานุการของ PIP framework และ Convention of biodiversity และหวังว่า PIP framework จะถูกพิจารณาเป็น Specialized instrument ภายใต้ Nagoya protocol
 - ร้องขอต่อองค์การอนามัยโลกให้สนับสนุนประเทศกำลังพัฒนาให้สามารถผลิตวัคซีนใช้หัตใหญ่เองได้ เพื่อความมั่นคงด้านการป้องกันการระบาดของโรค
- ประเทศไทยร่วมรำลึกถึงการระบาดใหญ่ของใช้หัตใหญ่สเปนในปี 1918 และขอให้องค์การอนามัยโลกและประเทศสมาชิกให้ความสำคัญต่อการดำเนินงานภายใต้ PIP Framework และร่วมกันพัฒนากรอบการดำเนินงานให้เข้มแข็ง เพื่อที่โลกจะไม่ต้องพบกับการะบาดของใหญ่อีก

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

- ประเทศสมาชิกทุกประเทศรับรองข้อตกลงตามเอกสาร A71/24 ซึ่งทางประเทศบราซิลได้เติมข้อความเพิ่ม มีใจความสำคัญคือขอให้ทางเลขานุการรายงานต่อที่ประชุมสมัชชานามัยโลกสมัยที่ ๗๒ ผ่านการประชุม executive board สมัยที่ ๑๔๔ ถึงข้อสรุปต่อข้อตกลง WHA70(10)

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

- สำนักโรคติดต่อ, กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ควรติดตามอย่างใกล้ชิดต่อความก้าวหน้าในการดำเนินงานตามข้อตกลง WHA70(10) ซึ่งจะรายงานในสมัยที่ 144 ซึ่งจะกล่าวถึงว่าจะมีการขยายกรอบการทำงานครอบคลุมถึงเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลและ genetic sequence data หรือไม่ และติดตามความก้าวหน้าของการผลิตวัคซีนไข้หวัดใหญ่ภายในประเทศให้สามารถผลิตได้โดยไว เพื่อความมั่นคงด้านการป้องกันการระบาดไข้หวัดใหญ่ของประเทศ

Intervention on Agenda 12.7 Pandemic Influenza Preparedness Framework for the sharing of influenza viruses and access to vaccines and other benefits

Thank you Chair,

Thailand align ourselves with Indonesia on behalf of SEA region. We support the document A71/24 and support draft decision as Brazil amended.

Every time, the pandemic's arrival is unexpected and its scale unprecedented, leaving the world vulnerable. The world should be well-prepared.

In the light of pandemic preparedness and the next chapter of the PIP framework, we would like to highlight 3 key points

First, influenza pandemic respects no boundary and not limited only to pandemic potential viruses.

We support the expansion of the PIP framework to seasonal influenza viruses and genetic sequencing data. Such expansion will lead to more capacity development in pandemic preparedness at national level.

Second, we appreciate the close collaboration between CBD and PIP secretariat. We would like to see PIP framework as a specialized instrument under Nagoya protocol.

Third, vaccine production capacity is one of the key elements of the prevention and control of the pandemic. We would like to request WHO to continue support capacity building of developing countries in vaccine production.

Finally, this year marks the 100th commemoration of the Spanish Flu Pandemic. Thailand would take this opportunity to ask all member states, development partners, private

sectors and civil society to work together to protect our world from the pandemic threats.

Thank you Chair.

Agenda 12.8 Rheumatic fever and rheumatic heart disease

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. แพทย์หญิงพนทิพย์ วัชรารภรณ์ กลุ่มภารกิจสุขภาพโลกมทิดล
๒. แพทย์หญิงปฐมพร ศิริประภาศิริ กรมการแพทย์

สาระสำคัญของวาระ

- ที่ประชุมได้พิจารณารายงานเรื่อง Rheumatic Fever and Rheumatic heart disease รวมถึง พิจารณา drafted resolution on Rheumatic fever and rheumatic heart disease ซึ่งอยู่ใน EB๑๔๑.R๑ โดยมีการอภิปรายดังนี้
- ประเทศสมาชิกส่วนใหญ่มีความเห็นตรงกันว่าโรคหัวใจรูมาติกเป็นปัญหาสำคัญที่ถูกละเลย
- ระบบฐานข้อมูลทางระบาดวิทยาเกี่ยวกับโรคหัวใจรูมาติกยังไม่สมบูรณ์และไม่ครอบคลุมในทุกพื้นที่ แต่โดยประมาณพบว่ามีผู้ป่วยโรคหัวใจรูมาติกอย่างน้อย ๓๓ ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตกว่า ๓๐๐,๐๐๐ คนต่อปี ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มเปราะบาง ผู้คนชายขอบ รวมทั้งกลุ่มเด็กและวัยรุ่น หญิงตั้งครรภ์ ผู้คนยากจน กลุ่มชนพื้นเมืองต่างๆ และผู้อพยพ
- โรคหัวใจรูมาติกเป็นผลที่ตามมาจากภาวะไข้รูมาติกเฉียบพลัน หรืออาจเป็น secondary sequela ที่ตามมาหลังจากภาวะ group A beta haemolytic streptococcal pharyngitis ที่สามารถป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วยยาปฏิชีวนะที่มีอยู่ในท้องตลาดและราคาถูก ทว่าในหลายประเทศกลับมีปัญหาด้านการเข้าถึงยาปฏิชีวนะดังกล่าว
- ควรมีความร่วมมือในระดับโลกเพื่อเสริมสร้างความตระหนักถึงภัยของโรคหัวใจรูมาติกตามที่ระบุใน WHO global programme for the prevention and control of rheumatic heart disease (๑๙๘๔-๒๐๐๒)
- โรคหัวใจรูมาติกเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้หากขจัดปัญหาความยากจน ดังนั้นการดำเนินการเพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (SDG) ในเรื่องยุติปัญหาความยากจน และส่งเสริม universal health coverage จึงสำคัญมาก โดยจะช่วยลดอุปสรรคในการเข้าถึงการป้องกันและควบคุมโรคหัวใจรูมาติกอย่างมีประสิทธิภาพ
- ที่ประชุมมีการเรียกร้องให้ประเทศสมาชิกดำเนินการต่างๆ ดังนี้
 ๑. ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างภาคส่วนในการยุติปัญหาความยากจนและพัฒนามาตรฐานคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ดีขึ้น รวมทั้งจัดการกับสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหัวใจรูมาติก เช่น ความแออัดในชุมชน บ้านเรือนที่ไม่สะอาด

๒. ส่งเสริมให้แต่ละภาคส่วนดำเนินการป้องกันโรคหัวใจรูมาติก และส่งเสริมให้มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลและระบบเฝ้าระวังที่มีคุณภาพ เพื่อดำเนินการวิเคราะห์สถานการณ์ของโรคหัวใจรูมาติกได้อย่างแม่นยำและทันเหตุการณ์ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีอัตราการระบาดของโรคสูง
 ๓. พัฒนาการเข้าถึงระบบบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่เพื่อให้พร้อมในการให้ความรู้ในการป้องกันโรคหัวใจรูมาติก รวมทั้งสามารถคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ
 ๔. สนับสนุนการพัฒนาและการเข้าถึงยาที่ใช้รักษาและป้องกันไข้รูมาติกและโรคหัวใจรูมาติก
 ๕. เสริมสร้างความร่วมมือทั้งในระดับชาติและนานาชาติในการจัดการกับโรคหัวใจรูมาติกโดยผ่านการสร้างเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญ เพื่อแบ่งปันแนวทางการปฏิบัติที่ได้ผลในการป้องกันและควบคุมโรคหัวใจรูมาติก
- มีการเชิญผู้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหานี้ในระดับนานาชาติ เช่น NGO, สถาบันการศึกษา ให้ร่วมมือกัน ดังนี้
๑. ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจรูมาติก
 ๒. ยกประเด็นโรคหัวใจรูมาติก และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆในเด็กวัยรุ่นเป็นวาระระดับโลก
 ๓. สนับสนุนการวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนายาและเทคโนโลยีเพื่อป้องกันและควบคุมโรคหัวใจรูมาติกที่มีประสิทธิภาพ ในราคาที่เข้าถึงได้

เรียกร้องให้ the Director-General

๑. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประเทศสมาชิกในระดับโลกเพื่อป้องกันและควบคุมโรคหัวใจรูมาติก รวมทั้งมีการสนับสนุนทรัพยากรที่เกี่ยวข้องกับการจัดการโรคหัวใจรูมาติก
๒. สนับสนุนให้มีการสร้างระบบฐานข้อมูลและระบบเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพเพื่อประเมินภาระโรคที่แท้จริง รวมทั้งสนับสนุนให้มีการพัฒนา rheumatic heart disease programmes เพื่อส่งเสริมระบบการจัดการทางสาธารณสุขที่ดี
๓. รายงานความก้าวหน้าของ resolution นี้ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๗๔

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- ประเทศนิวซีแลนด์เป็นประเทศผู้นำในการเสนอ drafted resolution on Rheumatic heart disease
- ศรีลังกา สนับสนุน resolution และเน้นเรื่อง secondary prevention
- ซาอุดีอาระเบียกังวลกับการเข้าถึงยารักษาและป้องกันโรคหัวใจรูมาติก เนื่องจากมีเพียง 4 บริษัททั่วโลกที่ผลิตยาดังกล่าว และสนับสนุนให้มี NCD control strategy
- บาห์เรนสนับสนุนให้มี National NCD Program และ National RHD program โดยให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับเรื่องการวินิจฉัยและการรักษาโรคหัวใจรูมาติก
- มาเลเซียและญี่ปุ่นเห็นว่า RHD เป็นปัญหาสำคัญ และสนับสนุน Resolution นี้
- อูกันดาสนับสนุนการป้องกันโรคหัวใจรูมาติก และร่วมเป็น co-sponsor ใน resolution นี้
- ซิมบับเวสนับสนุน primary prevention และกังวลเรื่อง supply ยา penicillin ว่าจะไม่เพียงพอ รวมทั้งสนับสนุนให้มี national RHD guideline
- วานูอาตูสนใจระบบฐานข้อมูลเพื่อการติดตามสถานการณ์โรค และให้ความสำคัญกับการส่งเสริม primary healthcare

- ออสเตรเลียเห็นด้วยกับนิวซีแลนด์ ละให้ความสำคัญกับเรื่อง primary prevention รวมทั้งการร่วมมือกันเพื่ มุ่งสู่ SDG ในการยุติความยากจน
- เนปาล เป็นผู้นำของ SEAR ในการสนับสนุน resolution นี้ โดยให้ความสำคัญกับ prevention program
- นามิเบียเห็นด้วยกับนิวซีแลนด์ และรับ resolution นี้ โดยเน้นในเรื่องการบูรณาการ primary health care ร่วมกับ UHC
- เม็กซิโก ขาดระบบฐานข้อมูลทางระบาดวิทยาที่มีประสิทธิภาพ และต้องการให้มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ให้พร้อม รัมือกับโรคหัวใจรูมาติก รวมทั้งสนับสนุนให้มี R&D ยาที่เกี่ยวข้อง
- ฟิจิ เห็นด้วยกับนิวซีแลนด์ในการรับ resolution รวมทั้งส่งเสริมให้มี early detection รวมทั้ง global regimen on RHD
- ตุวาลู มีผู้ป่วยใช้รูมาติกจำนวนมาก จึงให้ความสำคัญกับ early screening และ early detection
- ปาปัวนิวกินี เห็นด้วยกับนิวซีแลนด์ และสนับสนุนให้ WHO มี action plan ในการจัดการกับโรคหัวใจรูมาติก ทันที รวมทั้งสนับสนุนการพัฒนา health information system เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล
- สหรัฐอเมริกา สนับสนุนวาระนี้และสนับสนุนการพัฒนาวัคซีน
- แคนาดา ร่วม co-sponsor resolution นี้
- ดิมอร์-เลสเต ร่วม co-sponsor resolution นี้ และเสนอว่าควรให้ความสำคัญกับการควบคุมโรค และส่งเสริม ทักษะของบุคลากรในการรักษาโรค
- World Medical Association เน้น education ในเด็กและผู้หญิง และเน้น equity ในการได้รับการรักษา
- Global Health Council สนับสนุนการอบรมเจ้าหน้าที่ในการป้องกันโรค และสนับสนุนการฝึกอบรม ศัลยแพทย์หัวใจให้มีความเชี่ยวชาญมากขึ้น
- National Council of Medicine มองว่า UHC เป็นเครื่องมือสำคัญในการจัดการ และแนะนำให้ WHO ทำ Guideline สำหรับ treatment และ prevention RHD นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้มีการลงทุนในการฝึกอบรม เจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข รวมทั้งแนะนำให้มี training guideline to healthcare professional
- NGO ต้องการให้ WHO พัฒนาระบบเฝ้าระวัง และสนับสนุนทางการเงินสำหรับประเทศที่ประสบปัญหา

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

- ประเทศไทยมองว่าโรคหัวใจรูมาติกเป็นปัญหาที่สำคัญ โดยจากข้อมูลของ WHO พบว่า โรคหัวใจรูมาติกเป็นหนึ่งในสาเหตุการตาย 50 อันดับแรกของประชากรไทย โดยไทยมองว่านอกจากการพัฒนาและวัคซีนในการรักษาและ ป้องกันโรคแล้ว การส่งเสริมความร่วมมือระดับโลกในการทำ primary และ secondary prevention ก็ถือเป็น เรื่องสำคัญเป็นอย่างยิ่ง อีกทั้งการพัฒนาฐานข้อมูลทางระบาดวิทยาและระบบเฝ้าระวังโรคหัวใจรูมาติกก็เป็นสิ่งที่ ควรพัฒนาเพื่อจะได้ประเมินสถานการณ์ของโรคได้อย่างแม่นยำ ดังนั้นไทยจึงยอมรับ resolution EB141.R1

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ทุกประเทศเห็นว่าวาระนี้เป็นวาระสำคัญ และยอมรับ Resolution EB141.R1

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

ควรให้ความสำคัญกับ primary และ secondary prevention มีการฝึกอบรมบุคลากรให้มีความรู้ความเข้าใจในการจัดการไข้รูมาติกและโรคหัวใจรูมาติก รวมทั้งควรพัฒนาระบบฐานข้อมูลทางระบาดวิทยาและระบบเฝ้าระวังให้มีประสิทธิภาพ มีการรายงานข้อมูลโรคได้อย่างแม่นยำและรวดเร็ว เพื่อจะได้ออกมาตราการในการป้องกันและรับมือกับไข้รูมาติกและโรคหัวใจรูมาติกได้อย่างเหมาะสม

การทำงานในระดับนานาชาติ

ส่งเสริมความร่วมมือในการทำ primary และ secondary prevention และมีการแลกเปลี่ยน best practice ในการรับมือกับโรค นอกจากนี้ยังอาจสนับสนุนการทำ R&D ยาและวัคซีนในการป้องกันและรักษาไข้รูมาติกและโรคหัวใจรูมาติกซึ่งอาจทำให้การควบคุมโรคดังกล่าวมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

Intervention on Agenda item 12.8: Rheumatic fever and rheumatic heart disease

Delivered by Dr. Fonthip Watcharaporn (25 May 2018)

Thank you Chair, Thailand aligns itself with the regional statement made by Nepal on behalf of the SEAR member States. Thailand appreciates WHO secretariat for a comprehensive report on the prevention and control of Rheumatic Fever and Rheumatic Heart Disease.

Rheumatic heart disease is the most serious complication of rheumatic fever. Patients with acute rheumatic fever may develop varying degrees of pancarditis with associated valve insufficiency, heart failure, pericarditis, and even death. According to the latest WHO data published in 2017, mortality from Rheumatic Heart Disease is still in the Top 50 of Thailand total death, mortality rate was 0.70 per 100,000 populations.

Apart from research agenda on the development of a safe and effective group A streptococcal vaccine and long-acting penicillin formulation that can improve adherence to secondary prophylaxis regimens, there is a need for coordinated global responses on the effective primary and secondary prevention of Rheumatic Fever and Rheumatic Heart. Accurate epidemiological evidence on this disease should be improved to estimate the national baseline burdens and monitor progress of program implementation.

Finally, Thailand fully supports the draft resolution contained in EB141.R1. This draft resolution will contribute to fulfilling the global goals on controlling and eliminating rheumatic heart disease.

Thank you Chair.

Agenda 12.9 Eradication of Poliomyelitis

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. แพทย์หญิงภาวีนี ดั่งเงิน กรมควบคุมโรค
๒. แพทย์หญิงมนัสวินีร์ ภูมิวัฒน์ กรมควบคุมโรค
๓. แพทย์หญิงอรรธยา ลิ้มวัฒนา ยิ่งยง กองการต่างประเทศ

สาระสำคัญของวาระ

องค์การอนามัยโลกรายงานสถานการณ์การระบาดของโรคโปลิโอและความก้าวหน้าเรื่องการกวาดล้างโรคโปลิโอ โดยสถานการณ์การระบาดของ Wild Polio ในปัจจุบันพบผู้ป่วยโปลิโอ (Wild Polio type ๑) ใน ๓ ประเทศ ได้แก่ ประเทศไนจีเรีย อัฟกานิสถาน ปากีสถาน โดยในประเทศไนจีเรียพบผู้ป่วยรายล่าสุด ๑ รายในปี ๒๐๑๗ ประเทศปากีสถานพบผู้ป่วย ๒๐ และ ๘ ราย ในปี ๒๐๑๖ และ ๒๐๑๗ ส่วนในประเทศ อัฟกานิสถานพบผู้ป่วย ๑๓ และ ๑๔ ราย ในปี ๒๐๑๖ และ ๒๐๑๗ ซึ่งนับว่าพบผู้ป่วยลดลงจากปีก่อนไนจีเรียและปากีสถาน สำหรับสถานการณ์การระบาดของ cVDPV พบในสองประเทศ ได้แก่ ประเทศ คองโก และ ซีเรีย โดยในปี ๒๐๑๗ พบผู้ป่วย cVDPV type ๒ จำนวน ๑๗ และ ๗๔ ราย ในสองประเทศ ตามลำดับ ซึ่งบ่งชี้ให้เห็น ว่ายังคงมี Immunity gap และมีความเสี่ยงที่จะเกิดการระบาดแม้จะเลิกใช้วัคซีนโปลิโอแบบสามสายพันธุ์ไปแล้ว โรคโปลิโอนับเป็น Public Health Emergency of International Concern ซึ่งประเทศสมาชิกต้องมีการรายงานและจัดการการระบาดอย่างทันที่

เพื่อไปสู่เป้าหมายการกวาดล้างโปลิโอ ได้มียกเลิกการใช้วัคซีนที่มีเชื้อโปลิโอสายพันธุ์ที่สอง และเน้นย้ำให้ทุกประเทศเฝ้าระวังโรคโปลิโออย่างจริงจัง โดยองค์การอนามัยโลกได้จัดเตรียม Polio type ๒ monovalent vaccine ๘๓ stock piles เพื่อใช้ควบคุมการระบาดกรณีพบผู้ป่วย สำหรับการขาดแคลนวัคซีน IPV คาดว่าภายในครึ่งปีแรกของปี ๒๐๑๘ จะมีวัคซีนใช้อย่างเพียงพอ ปัจจุบันมีประเทศ บังกลาเทศ อินเดีย ศรีลังกา และบางประเทศในภูมิภาคอเมริกา ที่ได้เริ่มใช้ IPV fractional dose ตามที่ SAGE แนะนำ

การกักกันเชื้อโปลิโอนั้น มี ๑๗๔ ประเทศที่รายงานว่าไม่ได้มีการเก็บเชื้อ Poliovirus/ vaccine-derived poliovirus type ๒ ไว้ และมี ๒๘ ประเทศที่รายงานว่าจะเก็บเชื้อโปลิโอสายพันธุ์ที่สองที่ essential facility ในประเทศ องค์การอนามัยโลกได้จัดตั้ง the Containment Advisory Group เพื่อให้ข้อแนะนำเรื่องประเด็นวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตาม GAPIII ทั้งนี้แนวทางการจัดการกับตัวอย่างที่อาจมีเชื้อโปลิโอสายพันธุ์ที่สองนั้นใกล้เสร็จเรียบร้อยแล้ว

ทั้งนี้การประชุมครั้งนี้ได้มีการเสนอผลการร่างการกักเก็บเชื้อโปลิโอให้ที่ประชุมพิจารณารับรอง โดยมีเนื้อหาที่สำคัญคือ

- เรียกร้องให้ประเทศสมาชิกทุกประเทศ ดำเนินการตามแผน Polio eradication and endgame strategic plan ๒๐๑๓ - ๒๐๑๘ เพิ่มความพยายามในการสร้างความก้าวหน้าตามที่แนะนำโดย GAPIII เน้นให้มีการเพิ่มความพยายามในการทำลาย type ๒ polioviruses และเริ่มแผนเพื่อรองรับการทำลาย type ๑, type ๓ polioviruses ในอนาคต และท้ายสุดให้เพิ่มความเข้มแข็งในการ

ดำเนินการเฝ้าระวังและมีการแจ้งข่าวทันทีหากมีการกระทำที่ไม่เป็นไปตามแนวทาง poliovirus containment

- เรียกร้องให้ประเทศสมาชิกทุกประเทศที่มีการเก็บเชื้อไวรัสโปลิโอ ดำเนินการลดจำนวนห้องปฏิบัติการที่เก็บเชื้อให้น้อยที่สุด จัดตั้งคณะกรรมการ National Authority for Containment ภายใน ปี ๒๕๖๑ และยื่นหนังสือให้ห้องปฏิบัติการได้รับรอง (Polioviruses Essential Facility: PEF) ในคณะกรรมการ National Authority for Containment ควรประกอบไปด้วยหลายภาคส่วนทั้งการบริหารจัดการการเงิน ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านโปลิโอ เรียกร้องให้ห้องปฏิบัติการที่มีการเก็บเชื้อโปลิโอจัดส่งเอกสารว่าได้รับการรับรองแล้วภายใน มิถุนายน ๒๕๖๒ ให้เตรียมความพร้อมในการเก็บ Poliovirus type ๑ and type ๓ และท้ายสุดให้มีแผนและแนวทางการดำเนินงานกรณีที่มีการแจ้งข่าวทันทีหากมีการกระทำที่ไม่เป็นไปตามแนวทาง poliovirus containment
- เรียกร้องให้ Director general ดำเนินการสนับสนุนประเทศสมาชิกในการดำเนินการกักเก็บโปลิโอ และการพัฒนาห้องปฏิบัติการให้มีศักยภาพในการเก็บโปลิโอไวรัสตามเกณฑ์ของ GAPIII สนับสนุนกลไกการดำเนินการและเสริมสร้างความยั่งยืนในการกักเก็บไวรัสโปลิโอเมื่อการกวาดล้างโรคสำเร็จ ให้มีการรายงานความก้าวหน้าของการกักเก็บเชื้อไวรัสโปลิโอต่อคณะผู้บริหารและสมัชชาอนามัยโลกอย่างสม่ำเสมอ

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศสมาชิกชื่นชมการปฏิบัติงานของประเทศต่างๆและองค์กรต่างๆที่สนับสนุนการดำเนินงานเพื่อกวาดล้างโปลิโอ ทั้งนี้ประเทศในกลุ่มยุโรปรวมถึง Russia ได้ขอแก้ไขเนื้อหาในร่างแผนเรื่องการเก็บเชื้อโปลิโอ โดยขอให้ตัดคำว่า Polio type ๑, ๓ ออกไปก่อน และขอขยายเวลาการส่งรายชื่อห้องปฏิบัติการเพื่อขอรับรองจากองค์การอนามัยโลกให้เป็นห้องปฏิบัติการที่สามารถเก็บเชื้อโปลิโอไวรัสออกไปจากเดิม เดือนมิถุนายน ๒๕๖๑ เป็นธันวาคม ๒๕๖๑ สำหรับประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่ยื่นใบสมัครเพื่อขอเป็นห้องปฏิบัติการที่สามารถเก็บเชื้อไวรัสโปลิโอได้ (PEF) คือ อินโดนีเซียและอินเดีย

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยชื่นชมการดำเนินงานของผู้ปฏิบัติทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการกวาดล้างโปลิโอ และเรียกร้องให้องค์การอนามัยโลกติดตามสถานการณ์การระบาดของโรคโปลิโออย่างใกล้ชิด และให้แน่ใจว่าระบบเฝ้าระวัง AFP รวมถึงความครอบคลุมของวัคซีนโปลิโอในพื้นที่ดังกล่าวรวมถึงพื้นที่ที่มีสงครามยังสามารถทำงานได้ และขอให้องค์การอนามัยโลกมั่นใจว่าวัคซีนโปลิโอชนิดฉีดมีเพียงพอสำหรับการกวาดล้างโรค และเรียกร้องให้ประเทศสมาชิกเพิ่มความเข้มแข็งในการเฝ้าระวังโปลิโอและ AFP ในพื้นที่ นอกจากนี้ยังได้ตั้งคำถามต่อทีมเลขานุการฯ ว่า “destroy unneeded type ๒ materials” เพื่อทราบความชัดเจนเรื่องการทำลายตัวอย่างวัคซีนตัวอย่างชนิดใดบ้าง

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

นานาชาติให้การรับรองข้อเสนอในแผนการดำเนินการเพื่อเก็บเชื้อโปลิโอไวรัส (Polioviruses containment)

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

สำหรับประเทศไทยที่ยังไม่มีห้องปฏิบัติการที่ผ่านการรับรองจากองค์การอนามัยโลก (PEF) ดังนั้นจึง

- ควรมีการหารือระหว่างผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายทั้งห้องปฏิบัติการของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เครือข่ายและห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลและมหาวิทยาลัย รวมถึงผู้เชี่ยวชาญเพื่อทบทวนท่าทีของประเทศต่อการเก็บและทำลายตัวอย่างที่อาจปนเปื้อนเชื้อไวรัสตามคำแนะนำใน GAPIII
- ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องให้ดำเนินการตามแผนการกวาดล้างโปลิโออย่างเคร่งครัด ทั้งในด้านการเฝ้าระวังและสอบสวนผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงเฉียบพลัน (Acute Flaccid Paralysis) และการติดตามความครอบคลุมของวัคซีนโปลิโอให้ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

Intervention on Agenda 12.9: Eradication of Poliomyelitis, draft resolution on polioviruses containment

Delivered by Dr. Pawinee Doung-ngern

Thank you Chair,

Thailand acknowledges the secretariat for the comprehensive report and the hard work of all staffs dedicated to make the eradication of poliomyelitis closer to the goal. We welcome the report with a few comments as follow:

WHO should closely monitor the areas with potential outbreak and ensure that AFP surveillance is established and functioning. Furthermore, WHO should ensure the availability and feasibility of vaccine for outbreak control.

In addition, we would like to reiterate that before withdrawal of OPV in the near future, WHO should ensure the availability and affordability of IPV to all Member States.

AFP surveillance is crucial for early detection of cases. As we get closer to the polio endgame, we urge Member States to ensure that well-functioning of AFP surveillance is in place.

Thailand would like to request the secretariat to clarify the term in the draft resolution operative paragraph 1. Subparagraph 3, the term “unneeded type 2 materials” and have its definition included in the new version of the draft resolution.

Mr. Chair, we look forward to the discussion on the new version of the draft resolution which we hope it will be published early so that we can have time to discuss with our capital.

Thank you

Agenda 12.10 Multilingualism: implementation of action plan

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

- ๑ นางสาวมิลินทร์ สาครลีนธุ์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
- ๒ นางสาวอรนา จันทรศิริ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๓. นางสาวเบญจพร นิยมในธรรม คณะผู้แทนถาวรไทยประจำสหประชาชาติ ณ นครเจนีวา

สาระสำคัญของวาระ

WHO ใช้ภาษาทางการทั้งหมด ๖ ภาษา (อังกฤษ ฝรั่งเศส รัสเซีย สเปน อารบิก และจีน) ซึ่งถือเป็นกฎหมายขององค์กรภายใต้ต้องการสหประชาชาติ โดยเรียกพันธกิจนี้ว่า Multilingualism มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสาธารณสุขได้กว้างขึ้น เพื่อให้เกิดความเป็นกลางในการเข้าถึงข้อมูล และสร้างประโยชน์ได้สูงสุด Multilingualism จะช่วย WHO ให้สามารถแนะนำ guideline, best practice ข้อเสนอแนะ ให้เข้าถึงกลุ่มคนที่ต่างชาติ ต่างภาษา ตลอดจนเพิ่มโอกาสให้แต่ละประเทศ สามารถแสดงความต้องการด้านสาธารณสุขต่อ WHO ได้ ซึ่งจะเป็นอีกหนึ่งปัจจัยส่งเสริมให้ประชาคมโลกมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น ทั้งนี้ ในปี ๒๐๐๘ WHA๖๑ ที่ประชุมฯ ได้มีมติรับ resolution on multilingualism ของ UNGA ปี ๒๐๐๗ โดยได้ขอให้ secretariat กลับมารายงานผลดำเนินการ ใน WHA๗๑ secretariat ทั้งนี้ทาง secretariat ได้นำเสนอรายงานผลการดำเนินการดังกล่าวแล้ว (A๗๑/๕๐)

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

รับทราบและเห็นด้วยกับความสำคัญของ multilingualism โดยส่วนใหญ่ต่างเข้าใจและให้ความสำคัญของการใช้ multilingualism ใน WHO ที่สร้างโอกาสให้แต่ละประเทศสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพได้อย่างเท่าเทียม อย่างไรก็ตาม อย่างไรก็ดี MS เรียกร้องให้มีการกำหนดขอบเขตระดับของข้อมูลที่ต้องทำการแปล เพื่อเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง อีกทั้งยังอยากให้ WHO เปิดจ้างงานเจ้าหน้าที่ที่ใช้ภาษาอื่นมากขึ้น ทั้งนี้ประเทศรัสเซียได้ตั้งข้อสังเกตว่าเอกสารวิชาการส่วนใหญ่ล้วนเป็นภาษาอังกฤษ ซึ่งถือเป็นข้อจำกัดแก่ประเทศอื่น ๆ ที่ไม่ได้ภาษาอังกฤษเป็นหลัก ทั้งนี้รัสเซียได้มอบเงินสนับสนุนแก่ WHO ในการพัฒนาประสิทธิภาพการทำ publication และเอกสารวิชาการเป็นภาษารัสเซีย อย่างไรก็ตามสหรัฐอเมริกาได้ตั้งข้อสังเกตเกี่ยวกับแผนการดำเนินการด้าน multilingualism ในอนาคต ว่างบประมาณค่อนข้างสูง ต้องการการชี้แจงจาก secretariat ซึ่ง secretariat ให้เหตุผลว่างบประมาณทั้งหมด ใช้สำหรับ ๔ ปี มิใช่ ๒ ปี และจะพัฒนาขยายขอบเขตภาษาเป็น ๑๐ ภาษาในอนาคต

บทบาทและทำที่ของประเทศไทย (แบบ intervention ตอนท้าย)

รับทราบและเห็นด้วยกับรายงานของ WHO Secretariat โดยมองเห็นประโยชน์ของ multilingualism ซึ่งเป็นหนึ่งใน Right of health for all และเป็นที่ยอมรับและสร้าง diversity ในองค์กรฯ ทั้งนี้ประเทศไทยมองว่าเทคโนโลยีจะเป็นอีกหนึ่งตัวช่วย ที่จะสามารถทำให้ระบบ multilingualism ดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถให้ประชาชนเข้าถึงได้มากขึ้น

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

จากการประชุม WHA ๗๑ วาระ ๑๒.๑๐ Multilingualism ที่ประชุมได้รับ resolution A๗๑/B/CONF./๓ Multilingualism: respect for equality among the official languages ซึ่งร่างและผลักดันโดยประเทศ เอกวาดอร์ ปานามา และรัสเซีย โดยมีสาระสำคัญคือขอให้ WHO ใช้ multilingualism ในงานประจำวัน เพิ่มทักษะ multilingualism ใน job description ของ WHO และให้มีการจัดตั้ง Coordinator for Multilingualism เพื่อดูแลการใช้ multilingualism และสุดท้ายขอให้ทาง secretariat จัดทำรายงานการปฏิบัติการด้าน multilingualism ที่ผ่านมา ตลอดจนนวัตกรรม หรือวิธีการจัดการดำเนินการโปรแกรม และงบประมาณ และนำกลับมารายงานผ่าน EB๑๔๔ เพื่อนำเข้า WHA๗๒ ต่อไป

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับนานาชาติ

ประเด็น multilingualism นอกจากจะเป็นการอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูล ลดกำแพงภาษา แต่ก็แฝงไปด้วยประเด็นด้านการเมืองของประเทศมหาอำนาจ ที่ต้องการให้ภาษาของตนถูกใช้แพร่หลายมากขึ้น ซึ่งเวทีโลกอย่าง WHO ก็เป็นอีกหนึ่งเป้าหมาย ที่จะช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งนี้

Intervention on Agenda 12.10 Multilingualism: respect for equality among the official languages

Delivered by Milin Sakornsini (25/May/2018)

Thank you Chair,

The multilingualism provides opportunity for larger population to access to critical information which contributes to the promotion and protection of right to health for all, as well as increase health literacy to ensure a state of complete physical, mental and social well-being.

To ensure unity in diversity, WHO should respect the principle of multilingualism and try its utmost to uphold this principle in a cost neutral approach. In this regard, Thailand encourages WHO to take advantage of the technology for the translation, communication and dissemination the health information to the widest public.

Lastly, we would request WHO to also facilitate the authorization process for translation of

technical documents into non-official languages of WHO to assist Member States in their implementation of WHO norms, guidelines, tools and recommendations at the national and local level.

ขอบคุณค่ะ

Thank you, chair.

Agenda 14. Health Conditions in the occupied Palestinian territory, including east Jerusalem. And in the occupied Syrian Golan

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นางสาววิไลวรรณ สิริสุทธิ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
๒. ดร.ไพบุลย์ ช่วงทอง สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
๓. นางสาวเบญจพร นิยมในธรรม กระทรวงการต่างประเทศ

สาระสำคัญของวาระ

- รายงานนี้จัดทำขึ้นตามที่ได้มีมติใน WHA70(12) โดยขอให้ DG รายงานผลการดำเนินงานและให้คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพของประชาชนในเขตปาเลสไตน์และที่ราบสูงโกลันของซีเรียภายใต้การยึดครองของอิสราเอลจากการเข้าไปสำรวจประเมินสุขภาพในเขตพื้นที่ดังกล่าว โดยเนื้อหาครอบคลุมข้อมูลในเชิงประชากรศาสตร์ ผลลัพธ์ และความเหลื่อมล้ำทางด้านสุขภาพ กฎ ระเบียบ ระบบการเงินการคลัง และความพร้อมของระบบสุขภาพ การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ สถานการณ์ให้บริการแก่ผู้ถูกคุมขังชาวปาเลสไตน์ที่ยังมีอุปสรรคต่อการได้รับการบริการขั้นพื้นฐานจากหน่วยงานทางด้านสาธารณสุขของอิสราเอล นอกจากนี้ในเนื้อหาของร่างมติดังกล่าวถึง รายงานขององค์กรอิสระทางด้านสิทธิมนุษยชนที่ได้ติดตามและเฝ้าระวังสถานการณ์ที่ได้รับปัญหาและอุปสรรคในการเข้าพื้นที่คุมขัง แม้ว่าองค์กรนานาชาติ คือ คณะกรรมการกาชาดสากล เข้าถึงพื้นที่คุมขังแต่ก็ไม่สามารถเปิดเผยข้อมูลสู่สาธารณะได้ ในร่างของมติได้อ้างถึงรายงานของหน่วยงานราชทัณฑ์ของอิสราเอลที่ระบุว่า ผู้ถูกคุมขังต้องเผชิญกับภาวะโภชนาการที่ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ บางคนป่วยเป็นมะเร็ง ไม่สามารถเข้าถึงบริการ รวมทั้งผู้ป่วยที่ต้องการรักษาสุขภาพจิต นอกจากนี้ญาติของผู้ถูกคุมขังไม่สามารถเข้าไปเยี่ยมหรือติดต่อได้ หลังจากเกิดการประท้วงของผู้ถูกคุมขังชาวปาเลสไตน์ในกลางปี 2017 หน่วยงานราชทัณฑ์ของอิสราเอลจึงได้อนุญาตให้ ญาติผู้ป่วยที่ถูกคุมขังสามารถเข้าเยี่ยมได้ สองเดือนต่อครั้ง

- นอกจากนี้ในร่างมติ ยังได้รายงานถึงการโจมตีทางสุขภาพของผู้ป่วย (WHO ให้คำนิยามว่าการโจมตีทางสุขภาพ คือ การกระทำความรุนแรงต่อผู้ป่วยทั้งในเชิงร่างกาย และวาจา การใช้ความรุนแรงในการข่มขู่ หรือกระทำความรุนแรงต่อสภาพจิตใจ การหน่วงเหนี่ยว ชัดขวาง ต่อการเข้าถึงการได้รับบริการสุขภาพทั้งในเชิงรักษาและเชิงป้องกัน) ซึ่งชาวปาเลสไตน์ในเขตยึดครอง ต้องเผชิญกับสภาวะความไม่มั่นคงของอาหาร การขาดแคลนน้ำดื่ม น้ำใช้ ระบบสุขอนามัย และที่พักพิงที่เหมาะสม โดยเฉพาะประชากรในกลุ่มที่อ่อนแอ ซึ่งเป็นปัจจัยที่กำหนดปัจจัยสุขภาพพื้นฐานทั้งสิ้น

- มีข้อเสนอแนะของ DG ให้ดำเนินการ ดังนี้ (๑) อิสราเอลปฏิบัติตามกฎหมายระหว่างประเทศ (๒) ให้อิสราเอลรับประกันการทำงานของบุคลากรทางด้านสุขภาพให้สามารถเข้าถึงสถานที่ทำงานของตนเองได้ และได้รับประกันในความก้าวหน้าทางอาชีพของบุคลากร (๓) ปาเลสไตน์ ภายใต้ความร่วมมือของภาคีองค์กรนานาชาติ ปรับปรุงระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ (๔) ปาเลสไตน์ ผลักดันให้เกิดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผ่านการหารือด้านนโยบาย เพื่อให้เกิดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและยั่งยืน (๕) ปาเลสไตน์หาทางเลือกเพื่อให้อุปกรณ์ทางการแพทย์ได้รับการยกเว้นจากข้อจำกัดด้านการค้า ตาม Paris Protocol ภายใต้เงื่อนไขของหลักการแห่งมนุษยธรรม (๖) รัฐบาลปาเลสไตน์ควรร่วมมือกับแพทยสภาปาเลสไตน์เพื่อพัฒนายุทธศาสตร์ด้านบุคลากรด้านสาธารณสุข ซึ่งเชื่อมโยงกับการป้องกันโรคและ การให้บริการอื่นๆ (๗) พยายามก้าวข้ามการแบ่งแยกทางการเมืองระหว่างเขต West Bank และ ฉนวนกาซ่า รวมถึงควรมีการบรรลุข้อตกลง เพื่อให้เกิดค่าตอบแทนที่เท่าเทียม (๘) ให้ทุกภาคส่วน ปฏิบัติตามข้อตกลงของสภาความมั่นคงแห่งสหประชาชาติ UNSC 2286 (2016) ในการให้ความคุ้มครองผู้ป่วยและผู้บาดเจ็บ บุคลากรสาธารณสุขที่อยู่ระหว่างที่ปฏิบัติหน้าที่ ในขณะการขนส่งและการให้บริการทางการแพทย์ (๙) ขยายผลยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพจิตที่พัฒนาโดยรัฐปาเลสไตน์ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญทุกราย เพื่อพัฒนาการจัดเก็บข้อมูล อุปสรรคในการเข้าถึงบริการ และเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสุขภาพจิตในการเฝ้าระวังและประเมินสถานการณ์การให้บริการด้านสุขภาพจิต

- ร่างข้อเสนอที่จัดทำขึ้นโดยประเทศ แอลแบเรีย, บาเรห์น, คิวบา, อียิปต์, อิรัก, จอร์แดน, คูเวต, เลบานอน, ลิเบีย, มัลดีฟ, มัวริทาเนีย, โมร็อกโก, โอมาน, ปากีสถาน, ปาเลสไตน์, การ์ตาร์, ซาอุดีอาระเบีย, โชมเลีย, แอฟริกาใต้, ซูดาน, ตูนิเซีย, ตุรกี, สหราชอาณาจักรอาหรับอิมิเรท, สาธารณรัฐโบลีเวียแห่งเวเนซุเอลา และ เยเมน ที่เสนอให้ DG ดำเนินการดังนี้ ๑) ให้รายงานผลการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะโดย DG บนโดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจ เพื่อรายงานใน WHA72 ๒) ให้สนับสนุนปาเลสไตน์ในการให้บริการด้านสุขภาพ การพัฒนาแผนยุทธศาสตร์เพื่อการลงทุนในด้านการพัฒนาศักยภาพการวินิจฉัยและการรักษา ๓) ให้สนับสนุนการให้ความช่วยเหลือด้านเทคนิคเกี่ยวกับสุขภาพแก่ประชากรซีเรียที่ถูกครอบครองในเขตโกลัน ๔) ให้ความช่วยเหลือด้านเทคนิคที่จำเป็นเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพชาวปาเลสไตน์ รวมถึงนักโทษและผู้ที่ถูกคุมขัง โดยการประสานความร่วมมือกับกาชาดสากล รวมถึงให้ความช่วยเหลือด้านสุขภาพของผู้พิการและผู้บาดเจ็บ ๕) สนับสนุนการพัฒนากระบวนสุขภาพในเขตยึดครองปาเลสไตน์และเยรูซาเลม โดยมุ่งพัฒนาเรื่องของการบุคลากรในการให้บริการสุขภาพ เพื่อลดการส่งต่อและลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสุขภาพเบื้องต้นได้อย่างครบวงจร และ ๖) ยืนยันให้มีการจัดสรรบุคลากรและงบประมาณในการดำเนินการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ข้างต้น

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- ประเทศส่วนใหญ่ได้ให้การสนับสนุนต่อร่างข้อเสนอ อาทิ ซูดานในนามกลุ่มอาหรับ มอริเทเนียในนามกลุ่มแอฟริกา (African Group) แอลจีเรียในนามภูมิภาคแอฟริกา (AFRO) แอฟริกาใต้ มัลดีฟส์ เยเมน อียิปต์ เลบานอน อัฟกานิสถาน ตูนิเซีย นามิเบีย อิรัก ตุรกี โดยแสดงความห่วงกังวลต่อสถานการณ์ที่แย่งของการเข้าถึงบริการสาธารณสุขให้เขตพื้นที่ปาเลสไตน์ เยรูซาเลมตะวันออกและที่ราบสูงโกลันที่อยู่ในการยึดครองของอิสราเอล และสถานการณ์ความรุนแรงในพื้นที่ กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยจากเขตปาเลสไตน์ในการยึดครองของอิสราเอลไปยังโรงพยาบาลในเขตเยรูซาเลมตะวันออกที่ใช้เวลาพิจารณานาน การทรมานนักโทษ และการที่นักโทษไม่สามารถ

เข้าถึงการรักษาที่เหมาะสมและทันเวลา และปัญหาการตัดไฟและขาดสาธารณสุขปโภค นอกจากนี้ หลายประเทศ ประนามอิสราเอลที่ละเมิดกฎหมายระหว่างประเทศในการยึดครองดินแดน และละเมิดสิทธิมนุษยชน และกล่าวถึงความล่าช้าในการเผยแพร่รายงานของ WHO ซึ่งซีเรียได้ขอให้ WHO และองค์กรต่าง ๆ ประสานกับรัฐบาลซีเรีย โดยตรงในการเข้าไปให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ แก่ชาวซีเรียในดินแดนยึดครอง และปาเลสไตน์ ได้กล่าวชื่นชมความพยายามของ WHO ในการให้ความช่วยเหลือด้านสุขภาพในปาเลสไตน์ และกล่าวอ้างว่าบางประเทศ พยายามทำให้เป็นเรื่องนี้เป็นเรื่องการเมือง ทั้งที่ร่างข้อตัดสินใจเป็นเพียงเรื่องกระบวนการเท่านั้น และย้ำถึงผลกระทบทางสุขภาพจิตที่เกิดจากสถานการณ์ความรุนแรงต่อชาวปาเลสไตน์ โดยเฉพาะเด็กและผู้หญิง ทั้งยังกล่าวถึงการกระทำของอิสราเอลที่ละเมิดกฎหมายระหว่างประเทศ และวิธีการโจมตีของอิสราเอลที่ทำให้มีผู้พิการมากมาย และขอให้ที่ประชุม รับรองร่างข้อตัดสินใจ

- ฝ่ายที่คัดค้านร่างข้อเสนอ ได้แก่ อิสราเอล ที่ไม่ยอมรับร่างรายงานดังกล่าว โดยให้เหตุผลว่าไม่มีการกล่าวถึงการให้ความช่วยเหลือและโครงการความร่วมมือต่างๆ ที่อิสราเอลดำเนินการในพื้นที่ ทำให้เป็นเรื่องการเมืองซึ่งการพิจารณาระเบียบวาระนี้ทำให้เสียเวลาและทรัพยากรของ WHO และกล่าวถึงสถานการณ์ในซีเรียว่าเป็นการกระทำของรัฐบาลซีเรียเองที่ทำให้สถานการณ์แย่ลง นอกจากนี้ซีเรียยังไม่ยอมรับการให้ความช่วยเหลือด้านมนุษยธรรม โดยอิสราเอลประสงค์ให้ยุติการมีระเบียบวาระนี้ใน WHA และมี sunset clause ในร่างข้อตัดสินใจ แต่ได้รับการปฏิเสธ จึงขอให้มีการลงคะแนนเสียงแบบ roll call (ซึ่งเป็นการโหวตด้วยวิธีขานชื่อที่ละประเทศเพื่อโหวตว่าเห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วยต่อร่างข้อเสนอ) และ สหรัฐอเมริกา ซึ่งได้ตะโกนคัดค้านระหว่างการกล่าวถ้อยแถลงของเวเนซุเอลา ได้ขอให้ฝ่ายเลขานุการระบุในรายงานเกี่ยวกับการขอ point of order ของสหรัฐฯ ดังกล่าวเพื่อประท้วงการที่เวเนซุเอลาใช้ถ้อยคำว่าการฆ่าล้างเผ่าพันธุ์ (genocide) ในถ้อยแถลงและเห็นว่าไม่ควรนำเรื่องการเมืองซึ่งไม่เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพมาอภิปรายในเวที WHO ในกรณีของซีเรียเป็นการโจมตีประชากรของตนเองด้วยอาวุธเคมี ทำให้ซีเรียประท้วง และคัดค้านร่างข้อตัดสินใจและสนับสนุนอิสราเอล ให้มีการลงคะแนนเสียง อนึ่ง ซีเรียได้พยายามประท้วงแต่ประธานให้สหรัฐฯ กล่าวจนจบ ซึ่งซีเรียย้ำว่าเป็นการขอ point of order ซึ่งประธานควรให้กล่าวเมื่อมีการร้องขอ โดยประท้วงว่าสหรัฐฯ กล่าวถึงประเด็นที่ไม่อยู่ในกรอบการหารือของระเบียบวาระนี้ ประธานจึงได้เตือนให้กล่าวถึงประเด็นที่กำลังอภิปรายกันอยู่เท่านั้น

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

- ไทยรับทราบรายงานของ WHO และให้การสนับสนุนร่างข้อมติ เนื่องจากพิจารณาแล้วเห็นว่า เนื้อหาของร่างข้อมติมุ่งพัฒนาสุขภาพของประชาชนในเขตปาเลสไตน์และที่ราบสูงโกลันของซีเรียภายใต้การยึดครองของอิสราเอล

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

- ประธานการประชุม ให้หาข้อยุติโดยการโหวตแบบ roll call โดยประเทศที่มีสิทธิ์โหวตมีจำนวน ๑๘๔ ประเทศ ประเทศที่ลงมติสนับสนุนร่างข้อเสนอจำนวน (Votes in favour) ๙๐ ประเทศ (รวมทั้งไทย) คัดค้าน (Votes against) ๖ ประเทศ ได้แก่ ออสเตรเลีย, แคนาดา, กัวเตมาลา, อิสราเอล, อังกฤษ, และสหรัฐอเมริกา งดออกเสียง (Abstention) ๒๐ ประเทศ และประเทศที่ไม่เข้าร่วมการลงคะแนนโหวตจำนวน ๖๘ ประเทศ

- ประเทศในอาเซียนทั้ง ๑๐ ประเทศ ลงมติสนับสนุนร่างข้อเสนอ ได้แก่ บรูไน กัมพูชา อินโดนีเซีย ลาว มาเลเซีย พม่า ฟิลิปปินส์ สิงคโปร์ เวียดนาม และไทย
- สรุปร่างมติ ผ่านมติการรับรองในที่ประชุม
- ภายหลังจากลงคะแนนเสียง แคนาดา ไชปรัส นอร์เวย์ สหรัฐอเมริกา เช็ก ออสเตรเลียและออสเตรีย ได้กล่าวอธิบายการลงคะแนนเสียง ซึ่งส่วนใหญ่เห็นว่าที่ไม่สามารถสนับสนุนได้เนื่องจากข้อตัดสินใจมีเนื้อหาเป็นเรื่องทางการเมือง และขอให้อิสราเอลและปาเลสไตน์หาหรือกันในอนาคตเพื่อหาฉันทมติ สำหรับแคนาดา สหรัฐอเมริกา และ ออสเตรเลีย ซึ่งลงคะแนนเสียงคัดค้านเห็นว่า เรื่องสุขภาพของประชากรในดินแดนที่ถูกยึดครองถูกทำให้เป็นเรื่องทางการเมืองและไม่ควรเป็นระเบียบวาระเฉพาะ แต่ควรเป็นประเด็นเพื่ออภิปรายภายใต้ระเบียบวาระทางเทคนิค

ข้อสังเกต

- ประเด็นปาเลสไตน์ ได้รับการพิจารณาจาก WHA ทุกปีโดยข้อมติหรือข้อตัดสินใจจะได้รับการรับรองโดยการลงคะแนนเสียงมาตลอด โดยทั้งฝ่ายที่สนับสนุนร่างข้อตัดสินใจและฝ่ายคัดค้านต่างโจมตีฝ่ายตรงข้ามว่าพยายามทำให้ประเด็นดังกล่าวเป็นเรื่องการเมือง และมีการขอให้ลงคะแนนเสียงเพื่อสร้างความยุ่งยากให้กับอีกฝ่าย

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

- ศึกษาความเป็นมาและความขัดแย้งในอดีตและพิจารณาเนื้อหาของรายงานและร่างข้อมติร่วมกับกระทรวงการต่างประเทศอย่างใกล้ชิด เพื่อประเมินท่าทีของไทย

การทำงานในระดับนานาชาติ

- สร้างสายสัมพันธ์อันดีกับฝ่ายเลขานุการ WHO และประเทศสมาชิก เพื่อหาข้อมูลเชิงลึกและนำมาประมวลท่าทีของประเทศต่าง ๆ

Agenda 15.1 WHO programmatic and financial report for 2016–2017, including audited financial statements for 2017

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นายพศิน พิริยหะพันธุ์ กรมอนามัย
๒. นายแพทย์นเรศฤทธิ์ ชัดระสีมา กองยุทธศาสตร์และแผนงาน

สาระสำคัญของวาระ

๑. WHO ได้จัดทำ WHO Results Report Programme Budget ๒๐๑๖-๒๐๑๗ ซึ่งเป็นเอกสารที่มีข้อมูลทางการเงินของปี ๒๐๑๖ – ๒๐๑๗ การดำเนินการโปรแกรมต่างๆ และงบประมาณที่ใช้ในทุกโปรแกรม พร้อมให้ข้อมูลสรุปเกี่ยวกับความสำเร็จในโปรแกรม

๒. ๙๘% ของเงินทุนโดยรวมของปี ๒๐๑๖ – ๒๐๑๗ ถูกนำไปใช้กับ base programme แม้ว่าบางโปรแกรมจะมีระดับเงินทุนต่ำเป็นอย่างมาก (เช่น non communicable diseases (สนับสนุนได้เพียง ๗๔% จากที่เสนอไว้) และโครงการ WHO Health Emergencies Programme ใหม่ (๗๙% จากที่เสนอไว้)
๓. งบประมาณไม่เพียงพอใน Regional Office ในภูมิภาค Americas, Europe และ Eastern Mediterranean ซึ่งต้องการ specified voluntary contribution โดยตรงเป็นจำนวนมาก
๔. เงินทุนจาก core voluntary contribution ในปี ๒๐๑๖ – ๒๐๑๗ เท่ากับ ๑๘๔ ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ ลดลงจาก biennium ก่อนหน้านี้ ๖๗ ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ ส่งผลให้ขาดงบประมาณที่สามารถนำไปเติมเต็มให้กับโปรแกรมที่งบประมาณไม่เพียงพอ และโปรแกรมที่มีความสำคัญในลำดับต้นๆ
๕. ยอดรวม VC ทุกประเภทในปี ๒๐๑๗ มีจำนวน ๒,๑๓๙ ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ เพิ่มขึ้นจากปี ๒๐๑๖ ซึ่งมีจำนวน ๑,๗๕๑ ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ
๖. ความเสี่ยงจากรายงาน Audit Financial Statements
 - a. PB 2018 - 2019 มีความเสี่ยงหลักเกี่ยวกับ flexible funding เนื่องจากการลดลงของ core voluntary contribution และความไม่แน่นอนเกี่ยวกับแนวโน้มเงินทุนในอนาคต)
 - b. เงินทุนและความพร้อมในการดำเนินงานของ WHO Health Emergency Programme
 - c. Polio transition มีความเสี่ยงต่อโครงการหรือสำนักงานที่ต้องพึ่งเงินทุนที่ได้จากโครงการโปลิโอเป็นหลัก ภาระทางการเงินกับเจ้าหน้าที่ประจำในโครงการต่างๆ และความล่าช้าที่อาจเกิดขึ้นในการกำจัดโปลิโอได้ตามเวลา
 - d. เงินทุนสำหรับภาระระยะยาว โดยเฉพาะอย่างยิ่งค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพหลังจากได้รับบริการ
 - e. การฉ้อโกง/คอร์รัปชัน/การประพฤติมิชอบ
 - f. ความเสี่ยงด้านการต่อเนื่องของธุรกิจจากเหตุการณ์ที่สำคัญที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของ WHO (เช่น ภัยพิบัติจากธรรมชาติ และการจู่โจมจากผู้ก่อการร้าย)

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศสมาชิกชื่นชม Result Report on Programme Budget ๒๐๑๖ – ๒๐๑๗ รูปแบบใหม่ที่มีคุณภาพดี เต็มไปด้วยข้อมูลที่เชื่อถือได้ และมีประโยชน์ รวมถึงมีเรื่องราวความสำเร็จในแต่ละประเด็นที่ WHO ดำเนินการ รวมถึง Web Portal ที่ช่วยให้สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย และเป็นแบบอย่างที่ดีที่แสดงถึงการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ

ทั้งนี้ ข้อกังวลที่ประเทศสมาชิกมีเหมือนกัน ได้แก่ Flexible Funding ที่ลดลงและทำให้เกิด shortfall ในประเด็นที่สำคัญ เช่น NCD และ Health Emergencies Programme โดยผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกชี้แจงว่า ปัญหานี้ไม่ใช่ปัญหาใหม่ เป็นปัญหาเรื้อรังมาหลายปี ซึ่งสามารถแก้ได้จาก ๒ ปัจจัย ได้แก่ ๑. หาผู้บริจาคเพิ่มเติม และ ๒. ใช้ Flexible funding ซึ่งผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกเรียกร้องให้ประเทศสมาชิกจัดสรรเงิน flexible funding มากยิ่งขึ้น (แนวคิด Instead of quantity, add more quality) และเรียกร้องให้ระดับผู้นำในแต่ละประเทศมี political commitment เพื่อให้มีความมั่นคงด้านทรัพยากร ส่วนในด้านการหาผู้บริจาค WHO เน้นว่าต้องเพิ่ม proactive resource mobilization เพื่อเพิ่มปริมาณผู้บริจาค

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

รับรองรายงาน WHO programmatic and financial report for ๒๐๑๖-๒๐๑๗ รวมถึง audited financial statements for ๒๐๑๗

๑. แสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวกับ financial risk issue ที่บางส่วนยังมี shortfall ค่อนข้างมาก
๒. ตั้งข้อสังเกตเรื่องแผนการรองรับ polio transition เนื่องจากยังมีการจ้างงานโครงการโปลิโออย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในสำนักงานในพื้นที่ที่ไม่มีเรื่องโปลิโอ why concern only polio? Need to justify
๓. ข้อกังวลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่างๆ ที่นำเสนอใน audited statement เช่น งบประมาณ non-earmarked ในปี ๒๐๑๘ - ๒๐๑๙ เนื่องจาก core voluntary contribution ที่ลดลง และความไม่แน่นอนเกี่ยวกับแนวโน้มเงินทุนในอนาคต)

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

การประชุมสมัชชาอนามัยโลกรับรอง WHO programmatic and financial report for ๒๐๑๖-๒๐๑๗ รวมถึง audited financial statements for ๒๐๑๗

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

ติดตามความเสี่ยงที่ระบุไว้ในรายงานของปี ๒๐๑๖ - ๒๐๑๗ และข้อกังวลของประเทศสมาชิกที่แสดงท่าที ว่ามีความก้าวหน้าหรือพัฒนาดียิ่งขึ้นในด้านใดบ้างในปีงบประมาณ ๒๐๑๘ - ๒๐๑๙

Intervention 15.1 on Agenda 15.1 WHO programmatic and financial report for 2016–2017, including audited financial statements for 2017

Read by Pasin Piriayahaphan (24/05/2018)

Thank you Chair,

Thailand welcomes the new format of the WHO results report of programme budget two thousand sixteen to two thousand seventeen (2016–2017).

Although we note a number of achievements highlighting in the Report, we are concerned with financial challenges in the organization, in particular the unpredictability of Voluntary Contributions as there are many programme areas that depend mainly on this contribution.

Chair, Thailand welcomes the audited financial statements for two thousand seventeen, and take note on the most significant risks issues posing on the Organization, especially on funding adequacy and operational readiness of the WHO Health Emergencies Programme, among others, as this Programme is one of flagships in the GPW 13; while there is currently Ebola outbreak in the DR Congo. WHO needs to reassure member state of its performance in

tackling global health threats with sufficient funding.

In conclusion, Thailand accepts the Results Report for Programme Budget two thousand sixteen to two thousand seventeen and the audited financial statements for two thousand seventeen.

Thank you Chair

Agenda 15.2 Financing of Programme budget 2018–2019

ผู้รายงาน

๑. นายวัฒนา มะสังหลง กรมควบคุมโรค
๒. นายบรรลุ ศุภอักษร กองการต่างประเทศ

สาระสำคัญของวาระ

Programme Budget ขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. ๒๐๑๘-๒๐๑๙ มีดังนี้

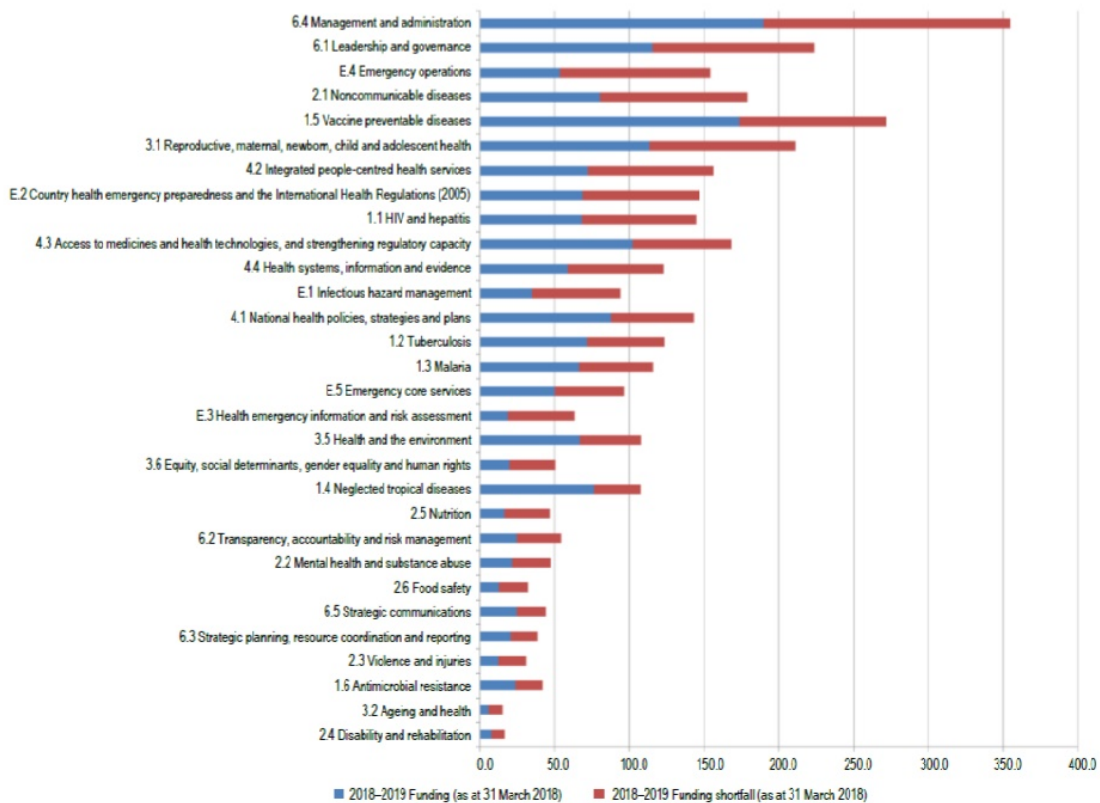
- WHA๗๐ ได้มีการรับรองงบประมาณขององค์การอนามัยโลก ๔,๔๒๑.๕ ล้านดอลลาร์สหรัฐประกอบด้วย
 - ๑) งบประมาณ ๓,๔๐๐.๓ ล้านดอลลาร์สหรัฐ เป็น Base Budgetที่ได้รับจาก Assessed Contributions (AC) จำนวน ๙๕๖.๙ ล้านดอลลาร์สหรัฐ และ Voluntary Contributions (VC) จำนวน ๒,๔๔๓.๔ ล้านดอลลาร์สหรัฐ
 - ๒) งบประมาณ ๑,๐๒๑.๒ ล้านดอลลาร์สหรัฐ เป็น Adjustable Budgetซึ่งได้รับจาก VC ใช้สำหรับงานที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิกฤติการกวาดล้างโรคโปลิโอ งานวิจัยด้านโรคในเขตร้อนและงานวิจัย ด้าน human reproduction
- รายงานฉบับนี้เป็นการรายงานสถานะภาพรวมของการสนับสนุนเงินทุนสำหรับ program Budget ปี ๒๐๑๘ - ๒๐๑๙ ในช่วงไตรมาสแรก และเป็นการรายงานความก้าวหน้าเกี่ยวกับการปรับปรุงการสนับสนุนเงินทุน รวมถึงแผนมาตรการเพื่อรับมือกับปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นในช่วงปีงบประมาณ ๒๐๑๘ - ๒๐๑๙

ระดับการสนับสนุนเงินทุนสำหรับ program Budget ปี ๒๐๑๘ - ๒๐๑๙ ในช่วงไตรมาสแรก ดังตารางต่อไปนี้

		Financing of Programme budget ๒๐๑๘-๒๐๑๙ (as at ๓๑ March ๒๐๑๘)	
Segment	Approved Programme budget ๒๐๑๘-๒๐๑๙	US\$ millions	%
base	๓๔๐๐.๓	๒๙๒๙.๑	๘๖ %
Polio	๙๐๒.๘	๑๑๓๗.๐	๑๒๖ %
Humanitarian response plans and other appeals		๖๕๘.๑	
Special programmes	๑๑๘.๔	๑๒๘.๓	๑๐๘ %
Grand total	๔๔๒๑.๕	๔๘๕๒.๕	

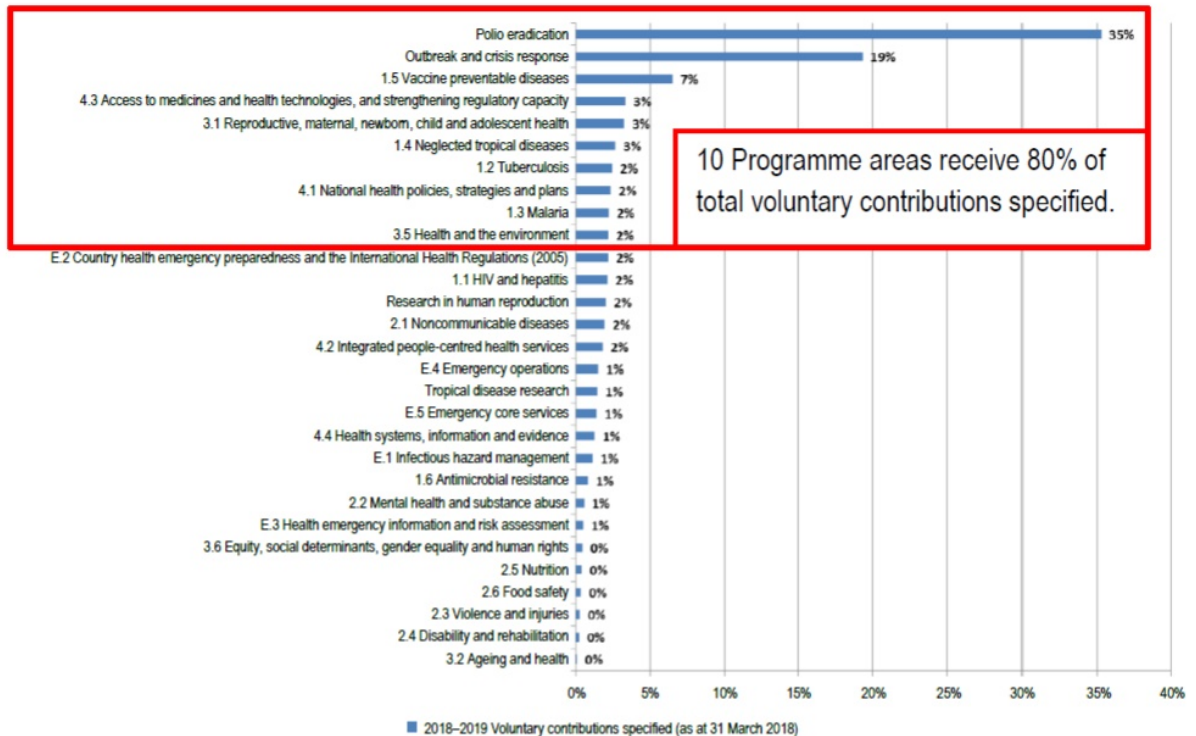
- มีสองเหตุผลหลักที่ทำให้การสนับสนุนเงินทุนมีการพัฒนามากยิ่งขึ้นในช่วงใกล้สิ้นไตรมาสแรกของปีงบประมาณ ๒๐๑๘ - ๒๐๑๙ คือ ๑. มีการเพิ่มขึ้นของการเคลื่อนย้ายแหล่งทุนระหว่างหน่วยงาน ๒. การขยายโอกาสเพื่อได้รับเงินสนับสนุนมากขึ้นจากผู้สนับสนุน กลุ่มแหล่งทุน รวมถึงสำนักงานภูมิภาค
- การที่มีเวทีหารือเรื่องความโปร่งใสกับกลุ่มผู้สนับสนุน (เช่น WHO financing dialogue และ bilateral meeting) นั้นช่วยพัฒนางานในแง่ของการคาดคะเนที่แน่ชัดของเงินบริจาคสนับสนุนที่จะได้รับ ทั้งนี้ WHO ได้มีการพัฒนาเรื่องความโปร่งใสของเงินทุนสนับสนุน คือได้สร้าง web portal ขึ้นมาสำหรับรายงานและอัปเดตข้อมูลเกี่ยวกับการเงิน(โดยปกติแล้วจะมีการรายงานในทุกๆไตรมาส)

Fig. 1. Programme area financing and shortfalls as at 31 March 2018



- จาก Fig ๑ จะเห็นได้ว่าภาพรวมการสนับสนุนเงินทุนในปี ๒๐๑๘ - ๒๐๑๙ นั้นมีแนวโน้มที่ดี แต่ก็ยังมีปัญหาเรื่อง Funding shortfall ในบาง Program areas ทั้งนี้ ภาพรวมของ WHO Health Emergency Programme, vaccine-preventable diseases and health และ environment programme นั้นได้รับการสนับสนุนดีมากขึ้นเมื่อเทียบกับปี ๒๐๑๖ -๒๐๑๗

Fig. 2. Specified voluntary contributions received for 2018–2019 (as at 31 March 2018)



- จาก Fig ที่ ๒มี ๑๐ โครงการที่ได้รับ ๘๐% จากเงินบริจาคสนับสนุนทั้งหมด ขณะเดียวกันมีถึง ๑๔ โครงการที่ได้รับเงินไม่ถึง ๒% จากเงินบริจาค สิ่งนี้แสดงให้เห็นว่า ๑๔ โครงการดังกล่าวนี้ไม่เป็นที่น่าดึงดูดใจผู้สนับสนุนเท่าใดนักและอาจไม่ได้รับการสนับสนุนที่ยั่งยืนต่อไปในอนาคต อย่างไรก็ตามข้อมูลจากรายงานเปิดเผยว่าระดับเงินทุนบริจาค (VC) นั้นกำลังมีจำนวนที่ลดลง
- การระดมเงินทุนนั้นเป็นหนึ่งในนโยบายหลักที่สำคัญของผู้นำคนใหม่ของ WHO โดยมีการดำเนินกิจกรรมซึ่งมุ่งเน้นการชักจูงแหล่งทุนต่างๆให้เข้ามาบริจาคเงิน (VC) ให้กับทาง WHO โดยเฉพาะอย่างยิ่งเข้ามาสนับสนุนเงินทุนในโครงการเร่งด่วนสำคัญของ WHO ทั้งนี้แนวทางและการดำเนินงานเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจาก Secretariat และกลุ่มผู้สนับสนุนเงินทุนเพื่อที่จะได้บรรลุเป้าหมายของการดำเนินงานตาม Thirteenth General Programme of Work
- มีการดำเนินการพัฒนากระบวนการของการระดมเงินทุน (resource mobilization) เพื่อเพิ่มเงินทุนสนับสนุนองค์การอนามัยโลกซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมที่สำคัญ อาทิ Financing campaign, การประสานงานกับ Donors และ contributors เพื่อขอโอกาสรับเงินทุนสนับสนุนมากขึ้น รวมถึงการดำเนินการเรื่องความโปร่งใสผ่านการรายงานข้อมูล Financial report บน WHO Programme budget web portal
- Secretariat กำลังเริ่มดำเนินการแผนงานและวิธีการแบบ value-for-money เพื่อประโยชน์สูงสุดในการดำเนินงานของ WHO

ท่าทีของประเทศอื่นๆ

- แสดงความกังวลต่อปัญหา Funding shortfall ของโครงการบางโครงการ เช่น โครงการในส่วนของ NCD ซึ่งปัญหานี้เป็นปัญหาที่ WHO เฝงิยามาตลอด
- เรียกร้องให้ WHO แสดงบทบาทสำคัญในเรื่องของการรายงาน Financial report ให้มีประสิทธิภพมากยิ่งขึ้นกว่าเดิม
- Secretariat แจงต่อที่ประชุมว่า รายงานฉบับนี้เป็นรายงานผลการดำเนินงานในช่วง ๓ เดือนแรกเท่านั้น ดังนั้นข้อมูลอาจจะยังไม่ชัดเจนหรือมีรายละเอียดไม่มากเท่าใดนัก ในรายงานช่วงไตรมาสถัดไปจะแสดงข้อมูลที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น

ท่าทีของประเทศไทย

- ขึ้นชมการทำงานของ DG และ คณะทำงาน ที่พยายามดำเนินงานขององค์การอนามัยโลกให้มีประสิทธิภพมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาปรับปรุงเรื่องความโปร่งใสและการบริหารจัดการเงิน
- สนับสนุน WHO การระดมเงินทุนจากหลากหลายแหล่งโดยวิธีที่กล่าวไว้ในรายงาน เช่น the coordination of engagement with donors และ financing campaign
- แสดงความกังวลต่อปัญหา Funding shortfall ของโครงการบางโครงการซึ่งปัญหานี้เป็นปัญหาที่ WHO เฝงิยามาตลอด รวมทั้งความไม่ยั่งยืนของการสนับสนุนเงินทุนในอนาคตเนื่องจากความไม่คงที่และไม่แน่นอนของ Flexible funding
- ขอให้มีการประเมินผล value –for – money plan ของ Secretariat

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

รับทราบรายงาน Financial report ของ Secretariat ในช่วงไตรมาสแรก (สามเดือน)

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

- ติดตามรายงาน Financial report จาก Secretariat เพื่อตรวจสอบความโปร่งใสและประสิทธิภพในการเบิกจ่ายเงินสนับสนุนโครงการต่างๆ

Intervention on agenda15.2 Financing of Programme budget 2018-2019

Delivered by Wattana Masunglong

Thank you, Chair

Thailand thanks the secretariat for the Report.

We note a positive financial outlook of PB ๒๐๑๘-๒๐๑๙ and observed that there is a

similar trend of underfunding in specific programme areas such as WHO Health Emergency and the Health and Environment which are the strategic priorities in the GPW๑๓. This situation needs to be solved seriously to ensure sustainable financial security of the Organization.

There is also a need to explore the circumstance of chronic underfunded programme areas as suggested by PBAC. We urge WHO to accelerate its efforts in mobilizing resources to support the implementation of strategic priorities of the GPW ๑๓ to ensure that the current and future programme budgets will not repeat a similar challenge.

Chair, Thailand welcomes the implementation of a value – for – money plan and approach and urge WHO to evaluate the effectiveness of this implementation at the end of the current biennium.

Thank you, Chair.

Agenda Item 15.3 Status of collection of assessed contributions, including Member States in arrears in the payment of their contributions to an extent that would justify invoking Article 7 of the Constitution

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. แพทย์หญิงฝนทิพย์ วัชรภาภรณ์ กลุ่มภารกิจสุขภาพโลกมติดล
๒. นายบรรลุ ศุภอักษร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สาระสำคัญของวาระ

STATUS OF COLLECTION

- ภายใต้ข้อบังคับทางการเงินที่ ๖.๔ ประเทศสมาชิกจะต้องชำระเงินค่าบำรุงสมาชิกเต็มจำนวนและตรงเวลา คือ ภายในวันที่ ๑ มกราคมของทุกปี เพื่อที่ WHO จะนำงบประมาณไปจัดสรรในโปรแกรมต่างๆที่วางไว้
- สำหรับงบประมาณที่ WHO ได้รับในปี ๒๕๖๐ มีประเทศสมาชิกชำระค่าบำรุงสมาชิกทั้งหมด ๑๕๑ ประเทศ จาก ๑๙๖ ประเทศ คิดเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๑๗๕.๑ ล้านดอลลาร์สหรัฐ

MEMBERS' CONTRIBUTIONS RECEIVED IN ADVANCE

จากข้อมูลที่รวบรวมเมื่อ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๑ มีประเทศที่ชำระค่าบำรุงสมาชิกล่วงหน้าทั้งเต็มจำนวนและชำระบางส่วน รวมทั้งมีประเทศที่ชำระเงินภายใต้ข้อตกลงพิเศษที่ได้รับการเห็นชอบจากมติที่ประชุม โดย WHO ได้รับเงินค่าบำรุงสมาชิกล่วงหน้าสำหรับปี ๒๕๖๑ เป็นจำนวนเงิน ๕๑.๘ ล้านดอลลาร์สหรัฐ

MEMBERS IN ARREARS AND SPECIAL ARRANGEMENTS

- ตามมาตรา ๗ ของธรรมนูญองค์การอนามัยโลก และมติสมัชชาอนามัยโลกที่ WHA๔๑.๗ ได้ระบุเกี่ยวกับการค้างชำระเงินบำรุงสมาชิกไว้ว่า หากสมาชิกค้างชำระเงินบำรุงสมาชิก ๒ ปี ติดต่อกันจะมีผลทำให้หมดสิทธิในการออกเสียงในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกจนกว่าจะมีการชำระเงินจนถึงจำนวนที่กำหนด
- ตามมติสมัชชาอนามัยโลกที่ WHA๗๐.๘ (๒๕๖๐) หากประเทศสมาชิก ได้แก่ สาธารณรัฐแอฟริกากลาง อโมโรส แคมเบีย เกรนาดา กินีบิสเซา ซูดานใต้ และยูเครน ยังไม่จ่ายเงินค่าบำรุงสมาชิกก่อนการประชุม WHA ๗๑ ประเทศเหล่านี้จะถูกระงับสิทธิในการโหวต โดยการถูกระงับสิทธิในการโหวตนี้จะดำเนินต่อไปจนกว่าประเทศเหล่านี้จะชำระเงินตามอัตราขั้นต่ำที่ระบุไว้ตามมาตรา ๗ ของธรรมนูญองค์การอนามัยโลก
- สำหรับประเทศอัฟกานิสถาน บังกลาเทศ แคมเมอรูน เอลซัลวาดอร์ ลิเบีย ไนเจอร์ นีวเว ซูรินาม และเวเนซุเอลา ยังไม่ชำระค่าบำรุงสมาชิกครบตามที่กำหนดก่อนเริ่มการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๗๑ ที่ประชุมต้องร่วมกันลงมติว่าจะระงับสิทธิในการโหวตของประเทศเหล่านี้หรือไม่
- สำหรับข้อมูลอัปเดตล่าสุดเมื่อวันที่ ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๖๑ ประเทศที่ชำระค่าบำรุงสมาชิกก่อนการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๗๑ ได้แก่ อัฟกานิสถาน บังกลาเทศ เอลซัลวาดอร์ และ นีนิว
- เพื่อให้สอดคล้องกับมาตรา ๗ ของธรรมนูญองค์การอนามัยโลก และมติสมัชชาอนามัยโลกที่ WHA๔๑.๗ ประเทศแอมเมอรูน ลิเบีย ไนเจอร์ ซูรินาม และ เวเนซุเอลา จะถูกระงับสิทธิการโหวตต่อไป โดยประเทศเหล่านี้จะได้รับสิทธิการโหวตคืน หากชำระเงินค่าบำรุงสมาชิกที่ค้างก่อนถึงการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๗๒

ACTION BY THE HEALTH ASSEMBLY

ทุกประเทศให้การยอมรับกับมติดังกล่าว

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

รับทราบและให้การรับรองมติดังกล่าว

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

- รับทราบมติดังกล่าว ประเทศไทยมองว่าถึงแม้บางประเทศสมาชิกจะถูกระงับสิทธิการโหวตเนื่องจากค้างค่าบำรุงสมาชิก แต่ประเทศเหล่านั้นก็ควรได้รับการสนับสนุนเชิงเทคนิค และมีสิทธิ์ที่จะมีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียมกับประเทศต่างๆในบริบทอื่น
- ทั้งนี้ประเทศไทยกำลังอยู่ระหว่างการขออนุมัติคณะรัฐมนตรีเพื่อจ่ายค่าบำรุงสมาชิก Assessed Contribution ๗ % แบบ non-earmarked Voluntary Contribution เพื่อสนับสนุนการทำงานของ WHO

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมให้การรับรองมติดังกล่าว

ข้อเสนอแนะ

กองการต่างประเทศประเทศควรชำระ Assessed Contribution ให้กับองค์การอนามัยโลกตามเวลาที่กำหนด เพื่อป้องกันการถูกตัดสิทธิออกเสียง

Intervention on agenda Item 15.3 Status of collection of assessed contributions, including Member States in arrears in the payment of their contributions to an extent that would justify invoking Article 7 of the Constitution

Delivered by Dr. Fonthip Watcharaporn (24 May 2018)

Thank you, Chair,

Assessed contribution is the backbone of WHO financial resources as they are not earmarked. Thus the commitment of member states is most essential. We highly commend those member states who have tried, even with difficulties, to deliver their commitment. However, even when member states may lose that right to votes in the WHA, we urge the secretariat to continue to provide technical supports and allow their equal participation.

Chair, As the new GPW has just been approved, in order to allow more resources for implementation, we have submitted to our cabinet for the approval of additional 7% of our assessed contribution as non-earmarked voluntary contribution to WHO.

Thank you Chair.

Agenda 16.1 Report of the External Auditor

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นางสาววิไลลักษณ์ แสงศรี โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
๒. เกษักรหญิงสีตานันท์ พูนผลทรัพย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)

สาระสำคัญของวาระ

การตรวจสอบดำเนินการและให้ข้อเสนอแนะโดยสาธารณรัฐฟิลิปปินส์ ซึ่งได้รับการแต่งตั้งให้เป็นหน่วยตรวจสอบภายนอกขององค์การอนามัยโลกสำหรับปี ๒๐๑๖ ถึง ๒๐๑๙ โดยการประชุมสมัชชาสุขภาพโลก สมัยที่ ๖๘ เพื่อเสนอต่อที่ประชุมสมัชชาสุขภาพโลกเพื่อการรับรอง ซึ่งการตรวจสอบครอบคลุม ๓ ประเด็นหลัก ได้แก่ การเงิน การบัญชี การบริหารจัดการ และการประเมินความเสี่ยง

ในบรรดาหน่วยงานที่ได้รับการตรวจสอบในปีงบประมาณนี้ มีสำนักงานใหญ่ สำนักงานประจำภาคพื้นแปซิฟิกตะวันตก (WPRO) และสำนักงานประจำประเทศ ได้แก่ แองโกลา อียิปต์ อินโดนีเซีย เคนยา ลาว และเนปาล รวมอยู่ด้วย จากรายงานพบว่าสำนักงานประจำภาคพื้นแปซิฟิกตะวันตก (WPRO) และสำนักงานประจำประเทศ

ลาว ปฏิบัติงานตามกฎระเบียบและข้อบังคับของ WHO ได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ และไม่พบการส่งรายงาน DFC ล่าช้าในพื้นที่ WRPO ซึ่งถือเป็นตัวอย่างที่ดีของการปฏิบัติงานสำหรับสำนักงาน WHO ทั่วโลก

การใช้ระบบ Global Inventory Management System (GIMS) ช่วยให้เกิดการบูรณาการการบริหารจัดการคลังสินค้า การจัดซื้อ และการเงินบัญชี ส่งผลให้มีความพร้อมในการรายงานจำนวนสินค้า และจำนวนสินค้าเป็น ปัจจุบันอยู่เสมอ ทำให้สามารถแลกเปลี่ยนสินค้านระหว่างคลังสินค้าซึ่งเป็นการกระตุ้นให้เกิดการใช้สินค้าอย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการตรวจสอบในประเด็นงบการเงิน (Financial Statement) พบว่าตลอดปีงบประมาณ ๒๐๑๗ WHO ได้เสนอสถานะการเงินตามความเป็นจริง ชูธุรกรรมต่าง ๆ ดำเนินการสอดคล้องกับนโยบายการบัญชี สำหรับงบประมาณ สมทบแบบสมัครใจ (Voluntary Contribution; VC) ยังคงพบปัญหาเรื่องการได้รับงบประมาณล่าช้า ซึ่งเกิดจากการส่งรายงานให้แก่แหล่งทุน (donors) ล่าช้า

ผลการตรวจสอบเรื่องค่าใช้จ่าย พบว่ายังมีการระบุรายจ่ายผิดหมวดหมู่อยู่บ้าง อีกทั้งยังไม่มี ความชัดเจนเรื่องการ จัดซื้อจัดจ้างหุ้นส่วน (partner) กล่าวคือ เอกสารสัญญาการจัดซื้อจัดจ้างยังไม่มี ความชัดเจนว่าสำนักงานเลือก หุ้นส่วนรายนั้น ๆ เพราะเหตุใด มีการคำนวณราคาที่จัดซื้อจัดจ้างอย่างไร และราคาดังกล่าวสมเหตุสมผลหรือไม่ นอกจากนี้ ยังพบความผิดพลาดในการตรวจสอบการจ่ายค่าตอบแทนแก่พนักงานอีกด้วย อย่างไรก็ตาม ในปีงบประมาณ ๒๐๑๗ พบว่าจำนวนรายงาน DFC ที่ส่งล่าช้าลดลงกว่า ๔๒% จากเดือนพฤศจิกายน ปี ๒๐๑๖

ผลการตรวจสอบเรื่องการบริหารจัดการ พบว่าควรปรับปรุงโครงสร้างองค์กรและบทบาทหน้าที่ของ Asset Management Group (AMG) โดยให้มีการแยกการบันทึกธุรกรรมทางการเงิน และการรายงานทางการเงินออกจากกิจกรรมด้านธุรกรรมของ AMG และให้เป็นหน้าที่ของ Department of Finance (FNM) แทน ซึ่งกิจกรรมทางการเงินดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่ AMG ดำเนินการในช่วงปี ๒๐๑๒-๒๐๑๗ ทั้งที่ไม่ได้อยู่ในงานที่ได้รับมอบหมาย (mandate) ของ Operational Support Services (OSS) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ดูแล AMG ส่วนเรื่องการบริหารจัดการยานพาหนะ WHO ได้จัดตั้งโครงการ WHO Fleet Services (WFS) เพื่อบริหารจัดการการใช้ยานพาหนะ ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่การดำเนินโครงการดังกล่าวถูกเลื่อนออกไปเนื่องจากข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคคลในประเทศนาร์รอง ซึ่งความล่าช้าในการดำเนินโครงการอาจทำให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรมากยิ่งขึ้น

แม้จะมีการควบคุมภายใน (Internal Control) แต่ผู้ตรวจสอบพบว่าไม่มีรายละเอียด นโยบาย และกระบวนการ ในการจัดทำรายงานการควบคุมภายใน (Statement of Internal Control; SIC) หรือแม้กระทั่งบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบของผู้ที่ต้องรับผิดชอบในการจัดเตรียม และการเชื่อมโยง SIC กับระบบที่เกี่ยวข้อง ซึ่งหลายปีที่ผ่านมาหน่วยงานที่มีบทบาทหน้าที่ใกล้เคียงและมีความรู้ในเรื่องดังกล่าว ดังนั้นผู้ตรวจสอบภายนอกจึงให้ ข้อเสนอแนะว่า WHO ควรจัดทำแนวทางการจัดทำ SIC โดยให้ระบุบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของผู้รับผิดชอบให้เป็นรูปธรรม

ผู้ตรวจสอบยังให้ข้อเสนอแนะต่อนโยบายการเดินทางของเจ้าหน้าที่ WHO อีกว่าการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับนโยบาย การเดินทางใน eManual ไม่สัมพันธ์กับแนวทางการปฏิบัติในการเดินทาง (Travel SOPs) ที่มีอยู่ อีกทั้งยังขาดคำ จำกัดความที่ชัดเจนของคำว่า “emergency travel” ใน eManual และ SOPs ตลอดจนขาดการวางแผนการเดินทางของพนักงานในสำนักงานประจำประเทศบางแห่งและบางหน่วยงานในสำนักงานใหญ่

ทั้งนี้ ผู้ตรวจสอบได้รายงานการดำเนินการแก้ไขโดยองค์การอนามัยโลกตามข้อเสนอแนะของผู้ตรวจสอบภายนอก ตั้งแต่ปี ๒๐๑๗ พบว่าจากข้อเสนอแนะ ๒๖ ข้อ ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว ๑๕ ข้อ (คิดเป็นร้อยละ ๕๘) ปิดไปแล้ว ๕ ข้อและอีก ๖ ข้ออยู่ระหว่างการดำเนินการ ซึ่งจะนำกลับมารายงานในการประชุม WHA สมัยที่ ๗๒

บทบาทและทำที่ของประเทศอื่นๆ

ประเทศเยอรมนีชื่นชมการทำงานของ WHO ในการลดจำนวนรายงาน DFC ที่ล่าช้าและขอให้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องเพื่อลดจำนวนรายงาน DFC ล่าช้าดังกล่าวในอนาคต ทั้งนี้ได้แสดงความกังวลเรื่องการบริหารจัดการ และ accountability ในองค์กรในบางภูมิภาค ในขณะที่ประเทศบาบาโดสและแองโกลาได้สอบถามสาเหตุของการส่งรายงาน Direct Implementation (DI) ล่าช้า การขาดแผนการจัดซื้อจัดจ้าง และการส่งรายงานให้แหล่งทุนล่าช้า เช่นเดียวกันกับประเทศเม็กซิโกที่ขอให้ฝ่ายเลขานุการ ดำเนินงานตามข้อเสนอแนะของผู้ตรวจสอบภายนอกอย่างต่อเนื่อง

บทบาทและทำที่ของประเทศไทย (แบบ intervention ตอนท้าย)

ประเทศไทยชื่นชมองค์การอนามัยโลกที่พยายามดำเนินการตามข้อเสนอแนะของผู้ตรวจสอบอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการแก้ปัญหาตามคำแนะนำของผู้ตรวจสอบอย่างเข้มแข็งและมีประสิทธิภาพจะช่วยปรับปรุงการบริหารจัดการและการอภิบาลระบบขององค์การอนามัยโลกใน ๓ ระดับ แต่มีข้อกังวลเกี่ยวกับความหลากหลายในการบริหารจัดการ แผนงานที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลกที่ได้รับการสุ่มตรวจในรอบนี้ แม้จะมีปริมาณรายงานที่ส่งล่าช้าลดลงจากปี ๒๐๑๖ แต่ก็ยังถือว่ามีจำนวนมากอยู่ อีกทั้งยังเน้นย้ำให้ปรับปรุงความโปร่งใสในการจัดซื้อจัดจ้าง และการวางแผนการเดินทางของพนักงาน โดยขอให้ฝ่ายเลขานุการหากลไกป้องกันปัญหาที่เป็นระบบ

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ฝ่ายบริหารรับทราบข้อกังวลของประเทศสมาชิก ในเรื่องของการส่งรายงาน DFC ล่าช้าส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับบริบทและสถานการณ์ภายในแต่ละประเทศซึ่งอยู่นอกเหนือการควบคุมของ WHO อย่างไรก็ตาม จำนวนรายงาน DFC ที่ล่าช้าถือว่าลดลงมากเมื่อเทียบกับปี ๒๐๑๖ ในเรื่องการวางแผนการเดินทางของพนักงาน WHO ได้อัปเดต eManual และ SOP และได้นำมาใช้แล้วและเห็นว่าสามารถประหยัดค่าเดินทางได้จริง

WHO ได้รับการสนับสนุนจากแหล่งทุนกว่า ๓,๐๐๐ แห่ง ซึ่งแต่ละแหล่งทุนมีกำหนดการส่งรายงานแตกต่างกัน ทั้งนี้งบประมาณที่ได้รับจากแหล่งทุนเพื่อให้ใช้ในวัตถุประสงค์เฉพาะ (earmarked) มีการปรับเปลี่ยนแผนงานบ่อยครั้ง ซึ่ง WHO ไม่ต้องการให้เกิดข้อผิดพลาดในการดำเนินงานจึงจำเป็นต้องดำเนินงานตามกำหนดเวลาสิ้นสุดโครงการใหม่ ซึ่งมักจะเกินกำหนดเวลาส่งงานเดิมทำให้ส่งรายงานให้แหล่งทุนล่าช้าไปด้วย

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

การทำงานในระดับประเทศ

กองการต่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุขเชื่อมประสานกับองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับประเทศในการกำกับติดตามการบริหารจัดการแผนงานขององค์การอนามัยโลกให้เป็นไปตามกำหนดเวลา มีคุณภาพ และถูกต้องน่าเชื่อถือ

การทำงานในระดับนานาชาติ

ประเทศไทยควรดำรงตนให้เป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่ประเทศอื่นทั้งในและนอกภูมิภาค ในการทำงานร่วมกับองค์การอนามัยโลก เช่น การปฏิบัติตามระเบียบที่เป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ เป็นต้น

Intervention on agenda 16.1 Report of External Auditor

Thank you Chair,

We believe that the recommendations of the auditor, if implemented swiftly and efficiently, will improve the good governance of WHO across three levels. We are happy with the continuing efforts of WHO in implementing the majority of recommendations addressed in prior year report.

Nevertheless, Thailand is still concerned with the inadequate management of DFC report and the Statement of Internal Control. The 430 overdue DFC reports are still significantly high. Furthermore, we would like to emphasize the need of improving the transparency in procurement and the efficiency of travel arrangement.

Chair, Thailand requests the Secretariat to rectify these issues in a systematic and efficient manner.

Thank you Chair.

Agenda 16.2 Report of the Internal Auditor

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

- | | |
|------------------------------|---|
| ๑. เกษัชกรหญิงชฎาธร อินไย | สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา |
| ๒. นางสาวมิลินทร์ สาครสินธุ์ | สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ |

สาระสำคัญของวาระ

- รายงานการตรวจสอบภายใน (Internal Audit Report) ประจำปี จัดทำขึ้นโดย Office of Internal Oversight Service; OIOS หน่วยงานภายใต้กำกับขององค์การสหประชาชาติ มีหน้าที่ดำเนินงานตาม Rules XII ภายใต้ Financial rules ในการตรวจสอบภายใน สอบสวน เฝ้าระวัง และประเมินผลการดำเนินงานของระบบการควบคุมภายใน การบริหารจัดการการเงิน และสินทรัพย์ รวมถึงการสอบสวนการกระทำที่ไม่ถูกต้องขององค์การอนามัยโลกและหน่วยงานภายใต้การกำกับขององค์การอนามัยโลก
- รายงานการตรวจสอบภายในฉบับนี้ครอบคลุมการดำเนินการตรวจสอบทั้งหมด ดังนี้
 - การตรวจสอบโดยภาพรวม (Integrate audits) เพื่อประเมินผลการดำเนินงานของสำนักงานใหญ่ และหน่วยงานอื่นๆ ภายใต้กำกับขององค์การอนามัยโลกในส่วนภูมิภาค ครอบคลุมใน ๓ ส่วนคือ ทิศทางการดำเนินงานขององค์กร (the organization setting) การดำเนินงานขององค์กร (the programmatic and operation process) และการบรรลุเป้าหมายของผลการดำเนินงาน (the achievement of result) ในปี ๒๐๑๗ OIOS ยังเพิ่มการตรวจสอบพิเศษเพื่อประเมินความพร้อมต่อการตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉินด้วย
 - การตรวจสอบการดำเนินงาน (Operational audits) เพื่อประเมินการบริหารความเสี่ยง และการควบคุมกระบวนการในด้านการเงินและการบริหาร
 - การวิเคราะห์ผลจากการตรวจสอบ (Analysis of audits findings) เพื่อวิเคราะห์ผลภาพรวมจากการตรวจสอบภายใน โดยรายงานฉบับนี้นำเสนอข้อมูลระหว่างปี ๒๐๑๕ – ๒๐๑๗ ถึงแนวโน้มการดำเนินการตามข้อกำหนดขององค์การอนามัยโลก บ่งชี้ส่วนของการดำเนินงานที่มีความท้าทายสูงสุด และรายงานกระบวนการดำเนินงานที่ขาดประสิทธิภาพ
 - การดำเนินงานตามข้อเสนอแนะจากผลการตรวจสอบ (Implementation of audit recommendations) เพื่อติดตามการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะของหน่วยตรวจประเมิน โดยในปี ๒๐๑๗ สามารถรายงานผลการดำเนินงานผ่านระบบ web-base ได้ มีรายงานการสอบสวนเกี่ยวกับการกระทำผิดที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน (Investigation) และการประเมินความเสี่ยงในภาพรวมขององค์กร (Assessment of corporate risks) ด้วย
- การบริหารจัดการของหน่วยงาน OIOS มีการแก้ไขปัญหาจากข้อกังวลที่เคยถูกเสนอโดยประเทศสมาชิกจากการประชุมครั้งก่อน ประกอบด้วย การเพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่ชั่วคราวและที่ปรึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาทางคงค้าง อย่างไรก็ตามมีบางตำแหน่งที่ว่างลงจำเป็นต้องจัดหาบุคลากรใหม่เพื่อให้ทันต่อการดำเนินงานในไตรมาสต่อไป รวมถึงเพิ่มการพิจารณาค่าจ่ายในการเดินทางของเจ้าหน้าที่ให้เหมาะสมโดยการตรวจสอบแบบนั่งโต๊ะ
- ผลการตรวจสอบในภาพรวมของสำนักงานใหญ่ องค์การอนามัยโลก และหน่วยงานอื่นๆ ในส่วนภูมิภาคที่อยู่ในลำดับการประเมิน มีการดำเนินการหลายเรื่องที่เป็นแนวปฏิบัติที่ดี แตกต่างกันไปตามหน้าที่ความรับผิดชอบของหน่วยงาน ผลการประเมินภาพรวมอยู่ในระดับน่าพึงพอใจบางส่วน (partially satisfactory) อย่างไรก็ตามมีประเด็นที่ต้องปรับปรุงโดยเฉพาะความชัดเจนในหน้าที่ความรับผิดชอบของหน่วยงานย่อย
- ผลการตรวจสอบการดำเนินงานพบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับน่าพึงพอใจบางส่วน (partially satisfactory) ประเด็นที่มีความเสี่ยง เช่นการจัดการเอกสารเกี่ยวกับนโยบายที่ไม่เป็นระบบ การประเมินแบบลงพื้นที่ (On-site audits) และการประเมินแบบนั่งโต๊ะ (Desk review) พบว่าอยู่ในระดับระดับน่าพึงพอใจบางส่วน

- การดำเนินงานตามข้อเสนอแนะจากผลการตรวจสอบของ OIOS ถูกนำไปใช้ปรับปรุงผลวิเคราะห์ภาพรวมสำหรับช่วงปี ๒๐๑๕ – ๒๐๑๗ โดยตัวชี้วัดที่ขาดประสิทธิภาพมากที่สุดคือ การจัดซื้อวัสดุคงคลัง และการบริหารสินทรัพย์และการลงทุน ปี ๒๐๑๗ มีผลการประเมินเป็นไปในทิศทางที่น่าพอใจ อย่างไรก็ตามผลการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะจากระบบ web-base พบว่าลดลง ๘.๖% จากเดิมที่ลดลง ๒.๑% ในปี ๒๐๑๖
- ด้านการสืบสวนกรณีที่มีการร้องเรียนพบว่ามีจำนวน ๘๒ กรณีซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี ๒๐๑๖ เรื่องที่มีการร้องเรียนสูง ได้แก่ การทุจริต (Fraud) การคอร์รัปชัน (Corruption) การล่วงละเมิด (Harassment) นอกจากนี้ยังพบกรณีการคุกคามทางเพศและการข่มขืนด้วย ปัจจุบันมีข้อร้องเรียนทั้งหมด ๑๐๒ กรณี อยู่ระหว่างรวบรวมข้อมูล ๒๓ กรณี กำลังดำเนินการสอบสวน ๓๘ กรณี กำลังจัดทำรายงาน ๑๑ กรณี และปิดคดีได้แล้ว ๓๐ กรณี คาดการณ์ระยะเวลาในการดำเนินการข้อร้องเรียนทั้งหมดที่คงเหลืออยู่ ๙๕๙ วันทำการ

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- มี ๘ ประเทศเสนอความเห็นต่อวาระนี้ โดยส่วนใหญ่มีความห่วงกังวลต่อการบริหารจัดการภายในที่มีผลการประเมินลดลง วิธีการวัดและประเมินผลที่ขาดประสิทธิภาพ และระยะเวลาในการจัดการข้อร้องเรียนที่อาจทำให้เกิดปัญหาทางนอกระบบได้ โดยขอให้หน่วยงานเร่งหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา ประเทศนอร์เวย์เสนอข้อคิดเห็นในประเด็นการจัดการด้านการเงินที่มีผลประเมินลดลงในส่วนของ Country office เนื่องจากงบประมาณกว่า ๕๐% ถูกนำไปใช้ในส่วนนี้
- เนื่องจากรายงานปี ๒๐๑๗ พบประเด็นที่เกี่ยวกับการล่วงละเมิดทางเพศเพิ่มขึ้น และพบข้อร้องเรียนการฉวยโอกาสทางเพศและการข่มขืน ประเทศส่วนใหญ่ที่แสดงความเห็นในวาระนี้แสดงความห่วงกังวลกับสิ่งที่เกิดขึ้นและขอให้ WHO หาแนวทางที่มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาอย่างเด็ดขาด

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (แนว intervention ตอนท้าย)

- **ชื่นชม** การดำเนินงานของหน่วยงาน Office of Internal Oversight Service; OIOS ในการตรวจประเมินภายใน ซึ่งเป็นการดำเนินงานที่สำคัญเพื่อให้องค์กรอนามัยโลกสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานได้
- **รับรอง** รายงานผลการตรวจสอบภายในประจำปี โดยมีข้อกังวลทั้งสิ้น ๓ ประเด็นดังนี้
 ๑. มีข้อกังวลเกี่ยวกับระยะเวลาที่คาดว่าจะใช้เพื่อพิจารณาข้อร้องเรียน ๙๕๙ วัน ซึ่งเป็นระยะเวลาสำหรับข้อร้องเรียนเก่า ข้อร้องเรียนใหม่ที่เกิดขึ้นในแต่ละปีอาจทำให้เกิดปัญหาทางนอกระบบ และข้อร้องเรียนเก่าหมดอายุความได้
 ๒. มีข้อกังวลในเรื่องการขาดการปรับปรุงเอกสารอย่างเป็นระบบอาจทำให้การวางแผนการดำเนินงาน รวมถึงแก้ไขปัญหาที่จำเป็นบางอย่างเกิดความล่าช้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะฉุกเฉินได้
 ๓. ปี ๒๐๑๗ มีรายงานการกระทำความผิดของเจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้น และพบการกระทำความผิดในการฉวยประโยชน์ทางเพศและการข่มขืน ซึ่งเป็นการกระทำที่ต้องไม่เกิดขึ้น ประเทศไทย **ยืนยัน** ในการใช้แนวทางการความอดทนเป็นศูนย์หากไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบ ต่อการกระทำความผิดในทุกระดับ

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมมีมติรับรองรายงานการตรวจสอบภายใน และรายงานผลการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

กองการต่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข ติดตามข้อมูลการตรวจสอบภาพในขององค์การอนามัยโลก โดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับประเทศ หรือภูมิภาคเพื่อร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา

การทำงานในระดับนานาชาติ

ติดตามผลการข้อมูลการตรวจสอบภาพใน และการดำเนินงานเพื่อปรับปรุงการดำเนินงานขององค์การอนามัยโลกตามข้อเสนอแนะ

Intervention on Agenda 16.2 Report of the Internal Auditor

Delivered by Ms. Chadathorn Inyai (24/May/2018)

Thank you Chair,

Thailand welcomes this report and believes that the audit, investigation, inspection, and evaluation are crucial process for WHO to deliver their works efficiently and achieve their goals successfully.

After review the report, Thailand noted with some concerns as follow;

First and foremost, the estimated time to complete the remaining complaints is 959 working days which is nearly 3 years. It is too long and some cases may be expired. We recommend WHO to accelerate this process as quick as it could be.

The global policy serves as an important component to defining a plan for achieve the goals. Lack of systematic documentation updates on global policy matters may cause delays in planning, implementation and troubleshooting.

Last but not least, the significant increases in wrongdoings were presented in 2017. Sexual exploitation and abuse is a crime that **MUST NOT** happen in our humanitarian aid organizations. Thailand strongly insists that WHO must have zero tolerance with non-compliance for all the staff, at all levels.

Thank you, Chair.

Agenda 17.1 Human Resources Annual Report

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. ศาสตราจารย์ นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

๒. นางสาวอรณา จันทศิริ

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

สาระสำคัญของวาระ

วาระนี้เป็นรายงานประจำปีเรื่องการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลภายในองค์การอนามัยโลก ระหว่างวันที่ ๑ มกราคมถึง ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๐ เพื่อให้ประเทศสมาชิกให้ความเห็นต่อรายงาน ซึ่งกล่าวถึงสถานการณ์และการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์บริหารจัดการบุคลากร (Implementation of Human Strategy) ข้อมูลที่รายงานสอดคล้องกับทิศทางการบริหารองค์กรที่แสดงเจตจำนงให้ส่งเสริมความเท่าเทียมทางเพศและกระจายเจ้าหน้าที่ไปประจำที่สำนักงานระดับประเทศมากขึ้น มีข้อมูลรายงานที่น่าสนใจ ได้แก่

- ในรอบ ๓ ปีที่ผ่านมา (ปีพ.ศ.๒๕๕๖ กับ พ.ศ. ๒๕๕๙) องค์การอนามัยโลกมีจำนวนบุคลากรเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ ๑๑ จาก ๗,๐๙๗ คนเป็น ๗,๙๑๖ คนตามลำดับ โดยจากจำนวนดังกล่าวแบ่งเป็นเพศหญิงร้อยละ ๔๒.๘ จำนวนเพิ่มขึ้นร้อยละ ๒.๔ เมื่อเทียบกับข้อมูลปีพ.ศ.๒๕๕๖
- การกระจายบุคลากรไปยังสำนักงานองค์การอนามัยโลกระดับประเทศ พบว่ามีจำนวนเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการและระดับบริหารย้ายสำนักงานสูงขึ้นเล็กน้อย จาก ๑๔๖ คน เพิ่มเป็น ๑๖๒ คนในปีพ.ศ. ๒๕๕๗ และพ.ศ.๒๕๕๙ ตามลำดับ
- ด้านทิศทางการกระจายเจ้าหน้าที่ระหว่างภูมิภาคเพิ่มขึ้น มีเจ้าหน้าที่ประจำสำนักงานระดับประเทศเพิ่มขึ้นเล็กน้อย (ร้อยละ ๒) จำนวนเจ้าหน้าที่ที่สำนักงานใหญ่คงที่ และสำนักงานระดับภูมิภาคลดลงเท่ากับร้อยละ ๒

ยุทธศาสตร์บริหารจัดการบุคลากรมี ๓ ส่วน คือ สร้างความดึงดูดผู้มีความสามารถ รักษาผู้มีความสามารถให้อยู่ในองค์กร และสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดี โดยมีหลักการ ๔ ด้าน คือ ความเท่าเทียมทางเพศ ความแตกต่างหลากหลาย ความร่วมมือ และพันธะรับผิดชอบต่อสังคม

สาระสำคัญของครั้งนี้มีการนำเสนอร่างข้อมติการปฏิรูปโครงการบริหารจัดการนักศึกษาฝึกงาน (Reform of the global internship programme) มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการกระจายโอกาสแก่นักศึกษาอย่างทั่วถึงต่อการได้รับประสบการณ์ทำงานในองค์การอนามัยโลก ข้อมติมีการตั้งเป้าหมายให้ภายในปี พ.ศ.๒๕๖๕ (ค.ศ. ๒๐๒๒) อย่างน้อยร้อยละ ๕๐ ของนักศึกษาที่ได้รับการตอบรับมาฝึกงานผ่านโครงการฯ ต้องมาจากกลุ่มประเทศรายได้น้อยและปานกลาง ตามเจตนารมณ์ของการส่งเสริมความเท่าเทียมของการกระจายทางภูมิภาคและเพศ ข้อปฏิบัติที่ระบุในข้อมติโดยสรุปกล่าวถึงการพัฒนาโครงการเพื่อบริหารจัดการนักศึกษาฝึกงานอย่างมีระบบ ตั้งแต่กระบวนการคัดเลือกที่สามารถเข้าถึงได้ทั่วโลก การกำหนดขอบเขตการปฏิบัติการงานให้เกิดประโยชน์แก่การเรียนรู้มากที่สุด และการจัดสรรทุนบางส่วนเพื่อบริหารจัดการต่อการขยายโอกาสและช่วยเหลือด้านการเดินทางและที่พักอาศัยของนักศึกษาฝึกงาน ฝ่ายเลขานุการฯ จะนำเสนอกลไกการเงินและหลักเกณฑ์การสนับสนุนทุนแก่นักศึกษาในการประชุมบริหารองค์การอนามัยโลก สมัยที่ ๑๔๔

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศสมาชิกแสดงความเห็นต่อรายงานประจำปีเรื่องการบริหารจัดการบุคลากรองค์การอนามัยโลก ประเด็นที่กล่าวถึงมากคือนโยบายการกระจายบุคลากร จากสำนักงานใหญ่สู่สำนักงานระดับประเทศ และแสดงการสนับสนุนต่อการปฏิรูปโครงการบริหารจัดการนักศึกษาฝึกงาน

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยเห็นชอบต่อร่างข้อมติการปฏิรูปโครงสร้างการบริหารจัดการนักศึกษาฝึกงาน และได้เสนอวาระนี้ให้แสดงท่าทีในนาม Regional One Voice เนื่องจากพิจารณาจากข้อมูลรายงานเรื่องนักศึกษาฝึกงาน(ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๕๘-๒๕๖๐) มีจำนวนทั้งหมด ๒,๗๘๕ คน นักศึกษาเหล่านี้ถึงร้อยละ ๔๕ มาจากเพียง ๕ ประเทศพัฒนาแล้ว นอกจากนี้ยังพบว่าประเทศสมาชิกร้อยละ ๕๓ แทบไม่มีนักศึกษาฝึกงานที่องค์การอนามัยโลก (ร้อยละ ๐) และมาจากประเทศในกลุ่มภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เพียงร้อยละ ๔ ข้อมูลเหล่านี้แสดงให้เห็นความไม่เท่าเทียมทางโอกาสต่อการพัฒนาคนรุ่นใหม่ เนื่องจากนักศึกษาฝึกงานต้องครอบคลุมค่าใช้จ่ายทั้งการเดินทางและการอยู่อาศัยในประเทศที่ฝึกงานโดยไม่ได้ค่าตอบแทน

ท่าทีของภูมิภาคฯจึงกล่าวถึงสถานการณ์ความไม่เท่าเทียมของการกระจายโอกาสดังกล่าว และได้กล่าวถึงประเด็นท้าทาย ได้แก่ การแสดงรายจ่ายที่จะเกิดขึ้นให้ผู้ฝึกงานทราบ บทบาทผู้นำต่อการบริหารจัดการโครงการให้เกิดประสิทธิภาพ โดยขอให้ฝ่ายเลขานุการไปดำเนินการเสนอแนวทางการบริหารการเงินอย่างยั่งยืน ลดภาระค่าใช้จ่ายแก่นักศึกษาฝึกงาน เช่น การเสนอที่พักราคาประหยัด การให้ส่วนลดค่าอาหารกลางวัน เป็นต้น

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมสมัชชานามัยโลกรับทราบรายงานประจำปีบุคลากรองค์การอนามัยโลก และรับรองข้อมติเอกสาร A๗๑/B/CONF./๑. โดยไม่มีข้อแก้ไข

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

๑. กองการต่างประเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ให้ติดตามการเสนอกลไกการบริหารจัดการงบประมาณที่จะนำเสนอต่อคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลกสมัยที่ ๑๔๔
๒. สถาบันการศึกษาที่มีหลักสูตรเกี่ยวกับบุคลากรด้านสาธารณสุข สนับสนุนงบประมาณและประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างโอกาสให้นักศึกษาฝึกงานไปยังองค์การอนามัยโลกจากประเทศไทยเพิ่มมากขึ้น

Intervention on agenda 17.1 Human Resources Annual Report

Delivered by Orana Chandrasiri (24 May 2018) Regional One Voice

Thank you, Chair

Thailand speaks on behalf of Member States of the South-East Asia Region (SEAR).

SEAR strongly supports the principles of geographical diversity, equal opportunity, gender equity, merit-based recruitment and programme effectiveness. The internship programme is an important capacity building platform to create the future global health leaders. The programme should rectify the current severe under-representation of interns from developing countries. The intern statistic between 2015 and 2017 reflects the large scale difference and gross inequality against developing countries. The top five countries of interns are all from developed countries

which accounts around 45% of total 2,587 interns. On the other hand, more than 50% of Member States do not have any intern representation.

In order to achieve the target of at least 50% of interns from developing countries and ensure geographical diversity by 2022, WHO needs to address several structural limitations, including financial affordability awareness, and living cost in duty stations which requires strong leadership of the Director General, effective programme management, and partial financial subsidy from development partners, and host institutions.

Finally, South-East Asia Region urges WHO to effectively implement the reform of the global internship programme set out in the conference paper A71/B/CONF./1. We are looking forward to see the innovative financial mechanism report in the 144th Session Executive Board to ensure proportionate geographical diversity and financial sustainability of the Internship Programme.

Thank you, Chair.

Agenda Item 17.2 Report of the International Civil Service Commission invoking Article 7 of the Constitution

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. แพทย์หญิงพนทิพย์ วัชรารัตน์ กลุ่มภารกิจสุขภาพโลกมหิตล
๒. นางสาวมิลินทร์ สาครสินธุ์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

สาระสำคัญของวาระ

- ภายใต้ระเบียบและข้อบังคับการประชุมที่ระบุใน ICSC/๑/Rev.๑, Article ๑๗ คณะกรรมการพลเรือนนานาชาติจำเป็นต้องส่งรายงานประจำปีเพื่อส่งต่อข้อมูลไปยังคณะประศาสน์การขององค์กรในระบบของสหประชาชาติให้กับสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติ
 - ผู้อำนวยการใหญ่แห่งองค์การอนามัยโลกได้ส่งต่อรายงานของคณะกรรมการพลเรือนนานาชาติประจำปี๒๕๖๐ มาให้สมัชชาใหญ่พิจารณา โดยรายงานฉบับปัจจุบันของคณะกรรมการพลเรือนนานาชาติได้ผ่านการเห็นชอบในการประชุมคณะกรรมการบริหารขององค์การอนามัยโลก สมัยที่ ๑๔๒ แล้ว
 - มติของคณะกรรมการพลเรือนนานาชาติ มีประเด็นต่างๆ ดังนี้ **๑) Reporting and monitoring** คณะกรรมการพลเรือนนานาชาติให้ความสำคัญกับการผลิตรายงานประจำปีเกี่ยวกับการอนุมัติข้อตกลงและข้อเสนอแนะต่างๆ อย่างตรงเวลา เพื่อให้สมัชชาใหญ่ประกาศใช้ต่อไป
- ๒) Conditions of service applicable to both categories of staff** คณะกรรมการพลเรือนนานาชาติเสนอให้สมัชชาใหญ่พิจารณาว่ามีแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐานในการจัดสรรเงินเดือนให้กับเจ้าหน้าที่ ทั้งเจ้าหน้าที่ทั่วไป และผู้เชี่ยวชาญในวิชาชีพ

๓) **Study on performance management and proposals on performance incentives** คณะกรรมการพลเรือนนานาชาติยืนยันตามมติสมัชชาใหญ่ในการอนุมัติหลักการการประเมินผลการปฏิบัติงาน โดยมีหลักเกณฑ์คือ สำหรับโครงการของแต่ละหน่วยงาน เงินรางวัลตอบแทนจะต้องไม่เกินร้อยละ ๑.๕ ของค่าตอบแทนของโครงการทั้งหมดของหน่วยงาน (รวมเงินเดือนของเจ้าหน้าที่ทั้งหมด) และสำหรับเจ้าหน้าที่รายบุคคล เงินรางวัลตอบแทนจะต้องไม่เกินร้อยละ ๑๐ ของฐานเงินเดือน

๔) **Review of pensionable remuneration: grossing-up factors, income inversion and options for updating pensionable remuneration based on the unified scale and for ungraded officials** คณะกรรมการพลเรือนนานาชาติเห็นชอบกับข้อพิจารณาในเรื่องค่าตอบแทนบำนาญของเจ้าหน้าที่ โดยในกรณีที่การกลับกันของเงินเดือน เช่น เจ้าหน้าที่ทั่วไปมีอัตราตอบแทนสูงกว่าผู้เชี่ยวชาญในวิชาชีพ จะต้องมีการคำนวณด้วยหลักเกณฑ์อื่น ๆ ที่ได้มาตรฐาน เพื่อคำนวณค่าตอบแทนให้เหมาะสมกับที่ผู้เชี่ยวชาญในวิชาชีพควรจะได้รับจริง

๕) **Conditions of service of the professional and higher categories** คณะกรรมการพลเรือนนานาชาติแนะนำสมัชชาใหญ่ให้ทบทวนการปรับฐานเงินเดือนของผู้เชี่ยวชาญในวิชาชีพ และตำแหน่งที่สูงกว่า ซึ่งจะเริ่มมีผลบังคับใช้ตั้งแต่ ๑ มกราคม ๒๕๖๑

๖) **Evolution of the United Nations/United States net remuneration margin** คณะกรรมการพลเรือนนานาชาติรายงานค่าความแตกต่างของเงินเดือนของผู้เชี่ยวชาญในวิชาชีพและตำแหน่งที่สูงกว่าระหว่างเจ้าหน้าที่ประจำการที่ New York และ Washington, DC โดยสมัชชามีมติว่าควรทำการศึกษาหาโอกาสปรับค่าตอบแทนที่เหมาะสมต่อไป

๗) **Children's and secondary dependant's allowances: review of the methodology** คณะกรรมการพลเรือนนานาชาติยังคงยึดตามหลักการเดิมสำหรับการจ่ายเงินสงเคราะห์บุตร แต่ได้ขอให้เลขาธิการทบทวนและเปรียบเทียบถึงความเหมาะสมในการปรับเปลี่ยนโครงสร้างของเงินสงเคราะห์บุตร

๘) **Report on diversity, including gender balance and geographical distribution in the United Nations common system** คณะกรรมการพลเรือนนานาชาติได้เน้นย้ำถึงความสำคัญของความเสมอภาค โดยเฉพาะความเสมอภาคทางเพศ การกระจายตัวอย่างเท่าเทียมกันตามเขตภูมิศาสตร์ และการคำนึงถึงกลุ่มผู้เปราะบางและกลุ่มคนชายขอบ โดยได้มีการอ้างถึง “The new Human Resources Management Framework” ทั้งนี้คณะกรรมการพลเรือนนานาชาติได้สนับสนุนให้สมัชชาใหญ่มีมาตรการที่เหมาะสมและวัดผลได้ในการเพิ่มความเสมอภาคของการจ้างงาน การฝึกอบรม และการมีส่วนร่วมของกลุ่มประชากรที่หลากหลายอย่างเท่าเทียม

๙) **Danger pay: methodology for adjustment and review of level of allowance** คณะกรรมการมีมติให้คงการจ่ายค่าแรงอันตราย (Danger pay) แก่เจ้าหน้าที่ในอัตราเดิมคือ ๑๖๐๐ ดอลลาร์สหรัฐต่อเดือน จนกว่าจะมีการทบทวนใหม่ในครั้งต่อไป

๑๐) **Security evacuation allowance: review of the level** สำหรับเบี้ยขุดเขยกรณีต้องลี้ภัย (Security evacuation allowance) จะถูกพิจารณาใหม่ทุก ๓ ปี โดยเริ่มจากปี ๒๐๑๗ โดยสำหรับปีนี้ไม่มีมติให้

คงอัตราเดิม คือ วันละ ๒๐๐ ดอลลาร์สหรัฐสำหรับเจ้าหน้าที่ และวันละ ๑๐๐ ดอลลาร์สหรัฐ สำหรับสมาชิกครอบครัว เป็นเวลา ๑ เดือน และลดลงเป็น ๑๕๐ และ ๗๕ ดอลลาร์สหรัฐ ตามลำดับ เป็นเวลาไม่เกิน ๖ เดือน

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

รับทราบและให้การรับรองมติดังกล่าว

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยรับทราบรายงานของคณะกรรมการพลเรือนนานาชาติ และได้ยกประเด็นเรื่องกรอบบริหารงานบุคคลขึ้นมา โดยเฉพาะเรื่องของความเท่าเทียมในเรื่องของการพัฒนาทรัพยากรบุคคล เนื่องจากมองว่าบุคคลากรคือทุนที่สำคัญขององค์กร ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญในด้านการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่อย่างเท่าเทียม และไม่ควรละเลยกลุ่มประชากรที่เปราะบาง เพื่อช่วยให้องค์การอนามัยโลกทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมความเสมอภาคให้เกิดขึ้น

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับทราบและให้การรับรองมติดังกล่าว

ข้อเสนอแนะ

การทำงานในระดับประเทศ

หน่วยงานต่างๆทั้งภาครัฐและเอกชน ควรตระหนักถึงความสำคัญของทรัพยากรบุคคล และมีการบริหารจัดการที่ดี ตั้งแต่การคัดเลือกเจ้าหน้าที่ให้เหมาะสมกับงาน การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ และการดูแลเจ้าหน้าที่ให้มั่นคงและปลอดภัยอย่างเสมอภาค

การทำงานในระดับนานาชาติ

ควรประสานความร่วมมือในการพัฒนาและแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล รวมทั้งมีการจัดสรรคนให้เหมาะสมกับหน้าที่ต่างๆตามความเชี่ยวชาญ

Intervention on Agenda 17.2 Report of the International Civil Service Commission

Delivered by Dr. Fonthip Watcharaporn (24 May 2018)

Thank you, Chair, Thailand notes the Report. We appreciate that the report also focuses on the new Human Resource Management Framework. We believe that the efficient implementation of the strategic HR management will maximize human resource capacity.

Furthermore, we strongly support the actions to ensure equity in all aspects, especially gender equity and geographical representation. Last but not least, as DG Tedros addressed in the previous Agenda, we must prioritize the vulnerable and marginalized people, including the disabled, indigenous and migrant populations. Thank you Chair

Agenda 17.3 Amendments to the Staff Regulations and Staff Rules

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นายบรรลุ ศุภอักษร กองการต่างประเทศ
๒. นายผศิน พิริยหะพันธ์ กรมอนามัย

สาระสำคัญของวาระ

- รายงานฉบับนี้เป็นการรายงานต่อที่ประชุม WHA ของผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลกในการเปลี่ยนแปลง Staff Regulation หลังจากได้รับการรับรองจากที่ประชุมคณะกรรมการบริหาร ซึ่งเป็นไปตาม Staff Regulations ที่ ๑๒.๑ and ๑๒.๒
- จากที่ประชุม EB๑๔๒ ได้มีการรับรองข้อมติ ๓ เรื่อง ดังนี้
 - Resolution EB๑๔๒ R๗ มีรายละเอียดเกี่ยวกับการปรับค่าตอบแทนตามข้อเสนอแนะของ International Civil Service Commission โดยมีผลตั้งแต่ ๑ มกราคม ๒๐๑๘ และการเริ่มบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๐๑๘ โดยมีประเด็นหลักๆ เช่น definitions, education grants, settling-in grants, repatriation grants, mobility, special leave, leave without pay, resignations, administrative reviews and the Global Board of Appeal
 - Resolution EB ๑๔๒ R๘ เกี่ยวกับการแก้ไข Staff Regulation ๑.๑๑, ๓.๑ และ ๔.๕ มีผลตั้งแต่ ๑ มกราคม ๒๐๑๘ (ซึ่งเกี่ยวกับอำนาจ หน้าที่ ค่าจ้างของ DDG ซึ่งมีมากกว่า ๑ คน)
 - Resolution EB ๑๔๒ R๙ เกี่ยวกับการปรับค่าตอบแทนของผู้บริหารระดับสูง ดังนี้
 - DG จะได้รับ US\$ ๒๓๙ ๗๕๕ ต่อปี ได้รับเงินสุทธิ US\$ ๑๗๓ ๗๓๘
 - DDG จะได้รับ US\$ ๑๙๔ ๓๒๙ ต่อปี ได้รับเงินสุทธิ US\$ ๑๔๓ ๗๕๗
 - ADG and RD จะได้รับ US\$ ๑๗๖ ๒๙๒ ต่อปี ได้รับเงินสุทธิ US\$ ๑๓๑ ๘๕๓

คณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลกได้เสนอให้ที่ประชุม WHA รับรองข้อมติ EB๑๔๒ R๘ และ EB๑๔๒ R๙

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ไม่มีประเทศสมาชิกแสดงความเห็นในวาระนี้

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยไม่ได้แสดงความเห็นในวาระนี้

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมให้การรับรองข้อมติตามข้อเสนอมติจากที่ประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก สมัยที่ ๑๔๒ ดังนี้

[EB142.R8](#) Deputy Directors-General

[EB142.R9](#) Salaries of staff in ungraded positions and of the Director-General

Agenda 17.4 Appointment of representatives to the WHO Staff Pension Committee

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ โตสิงห์ ประชาสัมพันธ์ สภาการพยาบาล
๒. ดร. ชีรพร สติรอังกูร กองการพยาบาล

สาระสำคัญของวาระ

ตามระเบียบของ กองทุนบำนาญสำหรับพนักงานสหประชาชาติเป็นไปตาม resolution WHA๒.๔๙ ซึ่งได้ระบุไว้ว่า องค์ประกอบของคณะกรรมการกองทุนบำนาญของเจ้าหน้าที่องค์การอนามัยโลกประกอบด้วยสมาชิก ๑๘ คน ในจำนวนนี้มีกึ่งหนึ่ง (๙ คน) ที่เป็นกรรมการเดิมที่อยู่ในวาระและอีกกึ่งหนึ่ง (๙ คน) ที่เป็น กรรมการใหม่ที่ได้รับการเสนอชื่อทดแทนคนที่หมดวาระไป ทั้งนี้ เพื่อให้การดำเนินกิจการในการบริหารกองทุนฯ เป็นไปอย่างต่อเนื่อง องค์ประกอบของคณะกรรมการชุดนี้ มีความหลากหลายและมีระบบการคัดเลือกร่วมกับการแต่งตั้ง แต่ละคนสามารถอยู่ในวาระได้ ๓ ปี โดยที่หนึ่งในสาม (๖ คน) จะถูกสรรหาจาก สมัชชา หนึ่งในสาม (๖ คน) ได้รับการแต่งตั้งจาก Director General และ อีกหนึ่งในสาม เป็นผู้แทนที่ถูกคัดเลือกมาจาก region ต่างๆของ WHO เพื่อเป็นผู้แทนของภูมิภาคนั้นๆ ในการสรรหาหรือแต่งตั้งคณะกรรมการใหม่แต่ละครั้ง จะเปลี่ยนครึ่งละ หนึ่งในสาม (๖ คน)

สำหรับการประชุม WHA ๗๑ ปี ค.ศ. ๒๐๑๘ นี้ สมัชชาอนามัยโลกขอเสนอ

๑) Dr Palitha Gunarathna Mahipala ผู้แทนจากประเทศปากีสถานซึ่งจะคงอยู่ในวาระถึงเดือน พฤษภาคม ปี ค.ศ. ๒๐๑๙ (WHA๗๒)

๒) Dr Gerardo Lubin Burgos Bernal ผู้แทนจากประเทศ Colombia เป็นคณะกรรมการที่มาแทนคนเก่าซึ่งจะคงอยู่ในวาระถึงเดือน พฤษภาคม ปี ค.ศ. ๒๐๒๐ (WHA๗๓)

๓) Dr Assad Hafeez ผู้แทนจากประเทศปากีสถาน เป็นคณะกรรมการที่มาแทนคนเก่าซึ่งจะคงอยู่ในวาระถึงเดือน พฤษภาคม ปี ค.ศ. ๒๐๒๐ (WHA๗๓)

๔) Dr Alan Ludowyke ผู้แทนจากประเทศศรีลังกา เป็นคณะกรรมการซึ่งจะคงอยู่ในวาระถึงเดือน พฤษภาคม ปี ค.ศ. ๒๐๒๐

๕) Dr Chieko Ikeda ผู้แทนจากประเทศญี่ปุ่น จะดำรงตำแหน่งในวาระ ถึงเดือน พฤษภาคม ปี ค.ศ. ๒๐๒๑

๖) Dr Christoph Hauschild ผู้แทนจากประเทศเยอรมันนี้จะดำรงตำแหน่งในวาระ ถึงเดือน พฤษภาคม ปี ค.ศ. ๒๐๒๑

ซึ่งเมื่อสืบค้นประวัติการทำงานทั้ง ๖ คนแล้วพบว่า เป็นผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานในองค์กรระดับชาติ และระดับนานาชาติ จามเรื่องที่เกี่ยวข้อง และคาดว่าจะบริการกองทุนได้อย่างมีประสิทธิภาพสูง

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ทุกประเทศไม่คัดค้าน

บทบาทและทำที่ของประเทศไทย (แบบ intervention ตอนท้าย)

ประเทศไทยสนับสนุนและยอมรับคณะกรรมการที่คงอยู่วาระ และทั้งที่มีการแต่งตั้งใหม่

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับรองคณะกรรมการกองทุนบำนาญของเจ้าหน้าที่องค์การอนามัยโลกตามที่คณะกรรมการประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลกครั้งที่ ๗๑ (WHA๗๑)

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

การจัดตั้งคณะกรรมการกองทุนบำเหน็จ บำนาญสำหรับเจ้าหน้าที่ หรือพนักงานที่ทำงานให้กับหน่วยงานต่างเป็นเรื่องที่ช่วยให้เกิดความมั่นคง และกำลังใจในการปฏิบัติงาน ดังนั้น หน่วยงานที่มีลูกจ้าง ควรใช้แนวทางดังกล่าว และคัดเลือกผู้ที่มีความสามารถด้านการเงิน และการลงทุน เพื่อช่วยพัฒนากองทุนให้มีมูลค่าสูงขึ้น

การทำงานในระดับนานาชาติ

ประเทศไทย ควรหาผู้ที่มีความสามารถด้านการบริการกองทุน เข้าไปทำงานด้านนี้อย่างจริงจัง เพื่อเพิ่มมูลค่ากองทุนสำหรับการจัดสวัสดิการที่ดี สำหรับคนกลุ่มนี้

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

เตรียมไว้แต่ไม่ได้นำเสนอ เพราะประธานในที่ประชุมได้ใช้คำถามในการพิจารณาวาระนี้ว่า จะมี member state ไດ คัดค้านหรือไม่

Dear Chair,

Thailand welcomes the new members of WHO staff pension committees.

These new members who are appointed to work in the next 3 years will have to face with many challenges due to unpredictable changes of world economic status and others.

To manage the pension fund among this world situation is very challenging. However, Thailand believes in the remarkable experiences of these committee members.

We are **much obliged** to former members who retired this year for your contribution during your term.

In conclusion, Thailand accepts the report for Appointment of representatives to the WHO Staff Pension Committee as proposed by DG.

Thank you Chair

Agenda 19. Collaboration within the United Nations system and with other intergovernmental organizations

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นายพศิน พิริยหะพันธุ์ กรมอนามัย
๒. นายวัฒนา มะสังหลง กรมควบคุมโรค

สาระสำคัญของวาระ

๑. จุดประสงค์หลักของวาระคือ การรายงานถึงความร่วมมือระหว่างองค์กรภายใต้ UN และความร่วมมือกับองค์กรระหว่างรัฐอื่นๆ ให้ WHA ทราบถึงการดำเนินการในปีที่ผ่านมา
๒. WHO ปรับใช้การดำเนินการรูปแบบใหม่ที่สอดคล้องกับการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals - SDGs)
๓. เอกสารรายงานแบ่งเป็น ๓ หัวข้อใหญ่ ได้แก่ การส่งเสริมการดำเนินการใหม่เพื่อวางกลยุทธ์การมีส่วนร่วมกับพาร์ทเนอร์ (Promoting a new approach to strategic engagement with partners) การสร้างความมั่นใจถึงการสอดรับระหว่างวาระการเปลี่ยนแปลง WHO (Ensuring synergies between WHO's transformation agenda and the United Nations' reforms) และการปฏิรูปของ United Nations และการส่งเสริมความสอดคล้องและประสิทธิภาพในการนำส่งผลลัพธ์ในระดับประเทศ (Promoting coherence and efficiency in delivering results at country level)
๔. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในความร่วมมือ ถือเป็นหนึ่งในการดำเนินงานหลักของ WHO โดยร่าง General Programme of Work ๒๐๑๙ – ๒๐๒๓ ให้คำมั่นว่า WHO จะยกระดับการเป็นผู้นำในทุกกระดับ เพื่อให้มั่นใจว่าหุ้นส่วนด้านการพัฒนาที่มีศักยภาพเหล่านี้ดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพ ในการช่วยเหลือประเทศต่างๆ ให้บรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพและการพัฒนา
๕. WHO ลงนามในกรอบงานความร่วมมือกับ United Nations Environment Programme (UNEP) (ลงนามเมื่อเดือนมกราคม ๒๐๑๘) โดยให้ความสำคัญกับการดำเนินงานแบบทันทีและระยะยาวเพื่อลด global burden of disease และลดความเสี่ยงด้าน environmental health ซึ่งข้อหลังได้รับการคาดการณ์ว่าเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตถึง ๑๒.๖ ล้านคนต่อปี โดย UNEP จะร่วมมือกับ stakeholder และจัดสรรริชอร์สเพื่อดำเนินการในแนวทางที่เลือก เช่น Climate Change, อากาศ, น้ำ, ความหลากหลายทางชีวภาพ, AMR, food system, สารเคมี และขยะ
๖. WHO มีกรอบงานความร่วมมือทางกลยุทธ์กับ World Bank Group เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความเข้มแข็งของความร่วมมือที่มีอยู่เดิม ภายใต้เป้าหมายหลักในการสนับสนุนประเทศต่างๆ ให้บรรลุในด้าน universal health coverage นั้น กรอบงานนี้ให้การส่งเสริมต่อนโยบายสุขภาพ กลยุทธ์ แผน และไรด์แมปในระดับประเทศด้าน universal health coverage และสร้างองค์ความรู้ที่มีร่วมกัน
๗. WHO มีกรอบความร่วมมือกับ Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR) ลงนามเมื่อเดือนพฤศจิกายน ๒๐๑๗ ตามคำแนะนำของ High Commissioner for Human Rights Working Group ด้านสุขภาพและสิทธิมนุษยชน กรอบงานนี้ระบุถึงกิจกรรมที่เฉพาะเจาะจงในทุกระดับเพื่อ

ส่งเสริมการยอมรับและยกระดับความสามารถของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่แตกต่างกันในระดับประเทศ เพื่อให้ตระหนักถึงบรรทัดฐานและมาตรฐานระหว่างประเทศในส่วนของสิทธิมนุษยชนและสุขภาพ

๘. ในด้าน WHO Transformation ซึ่งจะเป็นแนวทางการดำเนินงานของ WHO ในช่วงต่อไป จะเป็นไปในแนวทางเดียวกับหลักการและเป้าประสงค์ของ United Nations Reform โดย GPW (General Programme of Work ๒๐๑๙ – ๒๐๒๓) มีแนวทางหลักๆ ได้แก่ Shared core principles (มีหลักการร่วมกันในการบรรลุ SDGs), Countries at the centre (มีกรอบงานให้กับทุกประเทศเพื่อดำเนินการแตกต่างกันตามบริบทของประเทศ), Multisectoral approach, Focus on impact and measuring outcome (วัดผลกระทบที่ได้ เพื่อให้ WHO มีข้อมูลที่แม่นยำและจัดการผลลัพธ์ที่ได้), Strengthened collaboration (นำปัญหาด้านสุขภาพเข้าสู่ body ของ UN เพื่อเร่งขับเคลื่อนการดำเนินการทางการเมือง)

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- เม็กซิโกเห็นด้วยกับ GPW 13 ในแนวทางที่ WHO ปรับใช้เพื่อประสานกับหน่วยงานต่างๆ ของระบบ UN และคาดหวังให้ WHO เป็นผู้นำในการปฏิรูป UN ซึ่งจะประสบความสำเร็จไม่ได้หาก WHO ไม่คลายปัญหา silo จากทางฝั่ง WHO ก่อน
- ฝรั่งเศสเห็นด้วยว่าต้องบูรณาการการดำเนินงานให้สอดคล้องกับ SDG เพื่อให้มั่นใจว่าจะไม่ทิ้งใครไว้เบื้องหลัง
- ฟินแลนด์เสนอว่าวาระการปฏิรูปในระดับประเทศถือเป็นสิ่งสำคัญเช่นกัน และให้เน้นความร่วมมือด้านผู้สูงอายุมากขึ้น รวมถึงด้านความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานของผู้ป่วย

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (แนว intervention ตอนท้าย)

๑. สนับสนุนการดำเนินงานที่สอดคล้องกันระหว่างองค์กรภายใต้ UN
๒. Health ต้องเข้าไปตอบสนองต่อการพัฒนาด้านอื่นๆ ด้วย ไม่ต้องรอให้ด้านอื่นเข้ามาเชื่อมโยงกับ Health เพียงฝ่ายเดียว (Health in All Policies)
๓. สนับสนุนด้านเทคนิคในระดับประเทศเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย SDGs
๔. สนับสนุนประเด็นการเปลี่ยนแปลงด้านการดำเนินงานใน WHO ตามที่ประเทศสมาชิกเห็นชอบ โดยเฉพาะในแนวทาง Countries at the centre

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ประเทศสมาชิกรับทราบรายงานของฝ่ายเลขานุการ WHO

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

การทำงานในระดับประเทศ ควรร่วมมือและประสานงานกับ WHO และองค์การระหว่างประเทศอื่นๆ รวมทั้งกระทรวงต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพซึ่งจะนำไปสู่การบรรลุ SDGs การทำงานในระดับนานาชาติ ติดตามความก้าวหน้าของเป้าหมาย SDGs อย่างต่อเนื่อง และมีส่วนร่วมกับการบูรณาการงานที่มีอยู่ในปัจจุบันอย่างเต็มที่ เช่น UNPAF

การทำงานในระดับนานาชาติ

ควรสร้างความเป็นหุ้นส่วนระหว่างประเทศไทยกับ WHO และองค์การระหว่างประเทศอื่น ๆ รวมทั้ง ประเทศสมาชิกอื่นๆ ในการขับเคลื่อนการพัฒนางานด้านสุขภาพแบบบูรณาการเพื่อบรรลุ SDGs

Intervention on agenda 19: Collaboration within the United Nations system and with other intergovernmental organizations

Delivered by Pasin Piriyahaphan (24/05/2018)

Thank you Chair

Thailand notes the report.

Chair, to achieve Sustainable Development Goals, we need solidarity among all sectors and the UN systems must be the role model for member states.

The secretariat should integrate the concept of and actions on ‘Health in All Policies’ into all of the flagships under the approved GPW.

Chair, we fully support the “Countries at the Centre” in WHO transformation. It’s the countries’ ownership that will sustain the transformation. From what the DG tried to move so far, we are convinced that ‘Countries focus’ will be the core business of WHO.

Thank you Chair

Agenda 20.1 Global vaccine action plan

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นายแพทย์พิสุทธิ์ ชื่นจงกลกุล กรมควบคุมโรค
๒. นางสาววิไลลักษณ์ แสงศรี โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายสุขภาพ

สาระสำคัญของวาระ

- ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๖๖ ปีพ.ศ. ๒๕๕๕ ได้มีการรับรองแผนปฏิบัติการวัคซีนโลก (global vaccine action plan) สำหรับปี ๒๕๕๕-๒๕๖๓ และร้องขอให้ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกติดตามความก้าวหน้าและรายงานต่อสมัชชาอนามัยโลกทุกปีจนถึงสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๗๑ ในประเด็นของความก้าวหน้าและผลสำเร็จตามเป้าหมายการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในระดับโลก
- จากการประชุมนี้ สมัชชาอนามัยโลกได้ให้ข้อสังเกตต่อข้อเสนอกรอบการติดตามและประเมินผล และกระบวนการทบทวนและรายงานถึงความก้าวหน้าของแผนปฏิบัติการภายใต้คณะผู้เชี่ยวชาญ (Strategic Advisory Group of Experts on immunization: SAGE)

- ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๗๐ ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ สมัชชาอนามัยโลกรับมติ WHA๗๐.๑๔ ซึ่งกระตุ้นประเทศสมาชิกและร้องขอผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกแสดงบทบาทที่เหมาะสมในการสร้างความเข้มแข็งของระบบสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายตามแผนปฏิบัติการวัคซีนโลก
- สืบเนื่องจากกระบวนการติดตามและประเมินผล ทางคณะผู้เชี่ยวชาญ (SAGE) ได้ทบทวนความก้าวหน้ารายตัวชี้วัดความสำเร็จและตามยุทธศาสตร์ของแผนปฏิบัติการวัคซีนโลกและเตรียมรายงานผลการทบทวนของปี พ.ศ. ๒๕๖๐
- จากผลความก้าวหน้าที่ผ่านมา เมื่อพิจารณาตามเป้าหมายของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับโลกแล้วพบว่ามีความล่าช้ากว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ให้สำเร็จในปีพ.ศ. ๒๕๖๓
- คณะผู้เชี่ยวชาญได้มีข้อเสนอแนะสำคัญในปี ๒๕๖๐ ดังนี้
 ๑. การให้ความสำคัญในเชิงนโยบายโดยอาศัยการบูรณาการไปกับวาระสำคัญระดับโลกอื่นๆเช่น ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UHC), ภูมูอนามัยระหว่างประเทศ (IHR) และการจัดการปัญหาเชื้อดื้อยา
 ๒. การเปลี่ยนผ่านงบประมาณสำหรับกวาดล้างโปลิโอสำหรับประเทศที่มีปัญหาสำคัญ ๑๖ ประเทศควรจะถูกไว้วางใจว่าจะกวาดล้างโปลิโอสำเร็จ
 ๓. ประเทศสมาชิกควรคงระบบการเฝ้าระวังโปลิโอไวรัสให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและนำไปสู่การสร้างเสริมความเข้มแข็งในระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับโรคหัด, หัดเยอรมันและโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนอื่นๆ
 ๔. สำหรับประเทศที่มีข้อจำกัดหรือมีอุปสรรคในการดำเนินงานมาก สำนักงานองค์การอนามัยโลกส่วนภูมิภาคควรทำงานร่วมกับประเทศในการพัฒนาแผนและดำเนินการแบบครอบคลุมในทุกมิติรวมถึงบูรณาการเข้ากับแผนพัฒนาประเทศที่มีอยู่เดิม
 ๕. องค์การอนามัยโลกควรสังเคราะห์องค์ความรู้ในการเข้าถึงพื้นที่ห่างไกลและประชากรกลุ่มเคลื่อนย้ายและถูกทอดทิ้ง รวมถึงประชากรในพื้นที่ขัดแย้งหรือประสบภัยพิบัติ, ผู้อพยพจากสาเหตุต่างๆ เพื่อดำเนินการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคให้ครอบคลุม
- ในการประชุมครั้งนี้ที่ประชุมขอให้ประเทศสมาชิกให้ข้อสังเกตต่อรายงานดังกล่าว

บทบาทและทำที่ของประเทศอื่นๆ

- ประเทศสมาชิกทั้งหมดกล่าวรับรองรายงานฉบับนี้
- ประเทศสมาชิกหลายแห่งเช่นออสเตรเลีย, โคลัมเบีย แสดงความกังวลต่อเรื่อง vaccine hesitancy ที่จะส่งผลต่อความครอบคลุมวัคซีนในระดับโลก
- ประเทศเกาหลี, เม็กซิโกและอิหร่าน เน้นย้ำถึงการป้องกันการขาดแคลนวัคซีน โดยให้ความสำคัญต่อระบบการจัดซื้อวัคซีนของประเทศและการเข้าถึงวัคซีนที่มีราคาแพงโดยกระบวนการจัดซื้อหรือต่อตรงกับบริษัทวัคซีน ซึ่งต้องการให้องค์การอนามัยโลกให้การสนับสนุน

บทบาทและทำที่ของประเทศไทย(แนบ intervention ตอนท้าย)

- กล่าวขอบคุณทีมเลขานุการสำหรับรายงานฉบับดังกล่าว และรับรองรายงาน
- แสดงความกังวลต่อผลการดำเนินงานที่ล่าช้าและมีความเสี่ยงต่อการไม่บรรลุตามเป้าหมาย
- เน้นย้ำความสำคัญของการเข้าถึงวัคซีนในกลุ่มเข้าถึงยาก และร้องขอให้องค์การอนามัยโลก เป็นตัวกลางในการขับเคลื่อนการดำเนินงานของประเทศสมาชิกร่วมกับเครือข่าย ในการสนับสนุนการแลกเปลี่ยนและสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อการเข้าถึงวัคซีนของกลุ่มประชากรประเภทต่างๆ, ประชาชนที่มีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับอันตรายของวัคซีน, ประชาชนในพื้นที่ขัดแย้งและประชาชนในพื้นที่ประสบภัยพิบัติ รวมถึงเสนอให้ประเทศสมาชิกที่ประสบปัญหาเห็นความสำคัญของการสร้างระบบสาธารณสุขมูลฐานและระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- เรียกร้องให้องค์การอนามัยโลกและสำนักงานส่วนภูมิภาค สนับสนุนประเทศที่มีรายได้ระดับต่ำและกลางให้สามารถเข้าถึงวัคซีนสำคัญได้ในราคาที่เหมาะสม ผ่านเครื่องมือทางเศรษฐศาสตร์ต่างๆเช่น voluntary and compulsory licensing หรือ joint procurement
- ประเทศไทยวางแผนขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่องในอัตราเร่งที่มากขึ้นเพื่อไปสู่เป้าหมายของแผนปฏิบัติการวัคซีนโลก โดยเฉพาะการกำจัดโรคหัด ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายและต้องได้รับการสนับสนุนจากระดับบริหารทั้งในประเทศและระหว่างประเทศ ซึ่งการกำจัดโรคหัดจะเป็นยุทธศาสตร์สำคัญที่นำไปสู่การจัดการโรคติดต่อป้องกันได้ด้วยวัคซีนอื่นๆต่อไป

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมกล่าวรับรองรายงาน WHA A๗๑/๓๙

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

สำนักวัคซีนและสำนักโรคติดต่อทั่วไป พิจารณาข้อเสนอแนะของคณะผู้เชี่ยวชาญจากองค์การอนามัยโลก(SAGE) ตามเอกสาร WHA A๗๐/๒๕ มาปรับปรุงแผนกำจัดโรคหัดเดิม รวมถึงกำหนดให้การกำจัดโรคหัดเป็นวาระสำคัญของกรมและกระทรวงฯ เพื่อให้สอดคล้องกับวาระสำคัญของภูมิภาค (Flagship priority) ซึ่งทางรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย ได้ร่วมประชุมทวิภาคีกับทางผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกและวางแผนร่วมกันในการขับเคลื่อนต่อไป

Intervention on Agenda 20.1 Global vaccine action plan

Read by Dr. Pisut Chunchongkolkul

Thank you chair,

Thailand appreciates the secretariat for the comprehensive report and expresses our concerns over the slow progress toward GVAP goals.

First, we highlight the importance of mobile and neglected populations. We request WHO to synthesize the knowledge on outreaching to these vulnerables, and likewise, we urge

member states to strengthen primary health care and scale up efforts to accelerate the transition towards universal health coverage to ensure that we leave no one behind.

Second, MICs are home of almost 70% of the World's poor and the majority of the world's unvaccinated children. Pool vaccine procurement has been shown to benefit some MICs, but there was some conflicting report on its impact on countries outside the pool. Thailand requests WHO to review the impact of current pool vaccine procurement on vaccine price negotiation in self-procured MICs and support member states to develop financial innovative mechanism that would foster equitable immunization as we envision in the Decade of Vaccines.

Finally, Thailand commits to accelerate our effort toward the GVAP goals. Measles elimination is a challenging target and it needs concerted efforts from all partners under continuous high-level policy commitment and support. The strategies to eliminate measles will pave the way to strengthen immunization platform from national to community level.

Thank you Chair.

Agenda 20.2 Real estate: update on the Geneva buildings renovation strategy

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. เกสซ์กรหญิงสิตานันท์ พูนผลทรัพย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
๒. นายวัฒนา มะสังหลง กรมควบคุมโรค

สาระสำคัญของวาระ

- รายงานฉบับนี้ประกอบด้วยข้อมูลสถานะปัจจุบันของโครงการก่อสร้างและปรับปรุง Geneva building และรายละเอียดของกลไกการบริหารต้นทุนและความเสี่ยง พร้อมทั้งรายละเอียดดังต่อไปนี้ ความคืบหน้าของการดำเนินงานตามแผน งบประมาณที่คาดว่าจะใช้สร้างอาคารเสริมใหม่ และค่าใช้จ่ายในการปรับปรุงอาคารหลัก รายงานฉบับก่อนหน้านี้ได้รับการพิจารณาโดยคณะกรรมการบริหารงบประมาณ (Budget and Administration Committee) ของคณะกรรมการบริหารในการประชุม Executive Board ครั้งที่ ๒๗ ครั้งที่ ๒ โดยผ่านการพิจารณาและรับทราบจาก การประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลกครั้งที่ ๑๔๒ การดำเนินการก่อสร้างอาคารหลังใหม่เป็นไปตามแผน การก่อสร้างเริ่มเร็วกว่ากำหนดเนื่องจากระยะเวลาการสร้างอาจนานกว่าที่วางแผนไว้ โดยระยะเวลาที่นานขึ้นใช้เพื่อการจัดการกับการรบกวนจากเสียงและการสั่นสะเทือนระหว่างอาคารใหม่และอาคารเก่า เพื่อให้อาคารเก่าสามารถทำงานได้ตลอดระยะเวลาการก่อสร้าง รวมถึงดำเนินการวางแผนการออกแบบภายในไปพร้อมกันด้วย ขั้นตอนการดำเนินการและผลการดำเนินการตามแผน มีรายงาน การจัดซื้อจัดจ้างได้ดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้ว
- **คาดการณ์ความท้าทายที่อาจเกิดขึ้นจากโครงการ**
การก่อสร้างอาคารหลังใหม่

รายงานฉบับเดิมแจ้งว่าจะมีการใช้เงินสำหรับอาหารใหม่ ๑๔๐ ล้านดอลลาร์ อย่างไรก็ตามหลังจากที่มีการศึกษาอย่างละเอียดทำให้พบว่างบประมาณสำหรับการสร้างอาคารหลังใหม่อยู่ที่ ๑๓๙.๙ ล้านดอลลาร์ ซึ่งร่วมงบประมาณสำหรับค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดจากเหตุไม่คาดคิด ๘.๙ ล้านดอลลาร์

การปรับปรุงอาคารหลังเดิม

การศึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับการปรับปรุงอาคารหลังเดิม แสดงให้เห็นแผนการปรับปรุงโดยมีวัตถุประสงค์ในการลดการใช้วัสดุจำพวกแร่ใยหิน และการป้องกันการอุนทมิของตึกโดยวัสดุส่วนนอกอาคารและหลังคา โดยคาดว่าจะใช้งบประมาณทั้งหมด ๑๐๙,๕๔๕,๕๐๐ ดอลลาร์

งบประมาณที่จะใช้สำหรับการปรับปรุงอาคาร

งบประมาณที่ใช้ทั้งหมดไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิม โดยจะกู้ยืมเงินจากรัฐบาลประเทศสวีเซอร์แลนด์เป็นจำนวน ๑๔๐ ล้านบาท ปลอดภาษี ๕๐ ปี และการจ่ายเงินกู้ยืมจะใช้จาก real estate component of infrastructure fund ซึ่งเป็นกองทุนที่จัดตั้งตาม WHA ๖๓.๗ (๒๐๑๐) โดยมีเงินสมทบมาจากประเทศสมาชิกประเทศละ ๑๐ ล้านดอลลาร์ และค่าเช่าอสังหาริมทรัพย์ ๑๕ ล้านดอลลาร์ อย่างไรก็ตามจะต้องประเมินเงินสนับสนุนกองทุนทุกปี โดยเฉพาะจะต้องมีการนำเงิน ๘ ล้านดอลลาร์ มาใช้เพื่อปรับปรุงเพื่อการดำเนินงานของ WHO เอง ปัจจุบันมีเงินเหลือ ๙๙,๐๐๘,๗๓๓ ดอลลาร์ งบประมาณที่มีอยู่สามารถใช้เพื่อการดำเนินการในไตรมาสต่อไปได้ครบถ้วน

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

-

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (แนว intervention ตอนท้าย)

๑. ประเทศไทยเคยตั้งข้อสังเกตในเรื่องสิทธิเจ้าของอาคารในการประชุม WHA ครั้งที่ ๖๙ เนื่องจากสิทธิดังกล่าวอาจหมดลงในปี ค.ศ. ๒๕๖๕ ภายหลังจากการซ่อมแซม ๔๐ ปี และอาคารที่ถูกสร้างสามารถถูกยึดจากมลรัฐเจนีวาได้ ขอให้ WHO ช่วยชี้แจงการดำเนินการในส่วนนี้ด้วย
๒. ยินดีที่มีการประเมินความเสี่ยงในทุกขั้นตอน อย่างไรก็ตามควรนำเสนอความเสี่ยงหลักจากการประเมินในรายงานการประชุมทุกครั้งเพื่อให้ประเทศสมาชิกรับทราบ และเสนอแนวทางในการแก้ไขปัญหาพร้อมกัน
๓. เนื่องจากองค์การอนามัยโลกได้มีการจัดตั้งคณะที่ปรึกษาจากประเทศสมาชิก (Member state advisory committee) ขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยดูแลโครงการ ข้อมูลจากคณะที่ปรึกษานี้จะเป็นข้อมูลนำเข้าสำคัญต่อการวางแผนแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ ขอให้ WHO รายงานผลการดำเนินงานจากคณะกรรมการในรายงานด้วย

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ฝ่ายเลขาได้ชี้แจงในที่ประชุมว่าขณะนี้อยู่ในระหว่างการเจรจาเรื่องของสิทธิกับมลรัฐเจนีวา และจะดำเนินการรายงานในประเด็นความเสี่ยงสำคัญๆ และ ทางองค์การอนามัยโลกไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงานของคณะที่ปรึกษาจากประเทศสมาชิก (Member state advisory committee) เนื่องจากยังมีอีก ๒ ภูมิภาค คือ AFRO

และ EMRO ที่ยังไม่ส่งรายชื่อที่ปรึกษา ดังนั้น WHO จะดำเนินการติดตามทั้ง ๒ ภูมิภาค เพื่อจะได้ดำเนินการต่อไป
ที่ประชุมมีมติรับรองรายงานดังกล่าว

การทำงานในระดับนานาชาติ

ติดตามผลการดำเนินการจัดตั้งคณะที่ปรึกษาจากประเทศสมาชิก (Member state advisory committee) และ พิจารณารายงานผลการดำเนินงาน

Intervention on Agenda 20.2 Real estate: update on Geneva buildings renovation strategy

Delivered by Mrs. Sitanun Poonpolsub

Thank you Chair,

Thailand noted the report with some observations.

First, the ownership of the building by WHO ends in B.E. 2065, 40 years after completion of this project. We request for clarification on the future status.

Second, we would like to know the main risks of this project, on top of the risk management, so that solutions can be discussed.

Third, we would like to see the report of the Member States Advisory committee.

Thank you Chair.

Agenda 20.3 Progress Report: Communicable diseases

A. Global health sector strategies on HIV, Viral Hepatitis and STIs for the period of 2016–2021 (Resolution WHA 69.22 (2016))

ผู้รายงาน

๑. แพทย์หญิงมนัสวินีร์ ภูมิวัฒน์ กรมควบคุมโรค
๒. แพทย์หญิงภาวิณี ดั่งเงิน กรมควบคุมโรค

สาระสำคัญของวาระ

ที่มาของวาระนี้เป็นการติดตามผลจากผลการประชุมองค์การอนามัยโลกสมัยที่ ๖๙ ซึ่งที่มเลขานุการได้พัฒนา Draft global health sector strategies on HIV, Viral Hepatitis and STIs ๒๐๑๖-๒๐๒๑ ของ ๓ โรคไปพร้อมกัน ตั้งแต่ปี ๒๐๑๔ กลยุทธ์ทั้ง ๓ โรคมีการปฏิบัติตามโครงสร้างและกรอบการทำงานของ Universal

Health Coverage มีความต่อเนื่องของบริการและแนวทางการสาธารณสุขสอดคล้องกับนโยบายในวาระปี ๒๐๓๐ เพื่อเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDG) มีที่ปรึกษาคณะกรรมการด้าน HIV, Viral Hepatitis และ STIs ในระดับโลก มีนวัตกรรมและเป้าหมายที่ชัดเจนสำหรับปี ๒๐๒๐-๒๐๓๐ สำหรับวาระการประชุม WHA๗๑ / EB๑๔๓: ๒๐.๓ (A) มีนโยบายที่ยุติการแพร่ระบาดของโรคและการระบาดของโรค HIV, Viral Hepatitis และ STIs ภายในปี ๒๐๓๐

เป้าหมายภายในปี ๒๐๒๐ ของ HIV คือ ลดการติดเชื้อรายใหม่ ๕๐๐,๐๐๐ ราย การติดเชื้อใหม่ในกลุ่มเด็กเป็นศูนย์ ลดการเสียชีวิตจาก HIV น้อยกว่า ๕๐๐,๐๐๐ ราย ๙๐% ของผู้ติดเชื้อได้รับการตรวจหา HIV, ๙๐% ได้รับการรักษาและ ๙๐% มีจำนวนเชื้อที่ลดลง ส่วน Viral Hepatitis มีการลดอุบัติการณ์ของ Hepatitis B และ C ลง ๓๐% ลดอัตราการตายเนื่องจาก Viral Hepatitis B และ C ลง และ ๑๐% สำหรับ STIs - ลดอุบัติการณ์ซิฟิลิสและหนองในลง ๙๐% และการครอบคลุมของวัคซีน HPV ๘๐% ในหมู่วัยรุ่นอายุ ๙-๑๓ ปีใน ๘๐% ของประเทศทั่วโลก

การเข้าถึงการรักษาโรค Viral Hepatitis มีข้อจำกัด แต่ด้วยความพร้อมของยาที่ทำได้โดยตรงสำหรับ Viral Hepatitis C จึงมีแนวโน้มจะลดต้นทุน ประเทศในภูมิภาคหลายแห่งกำลังวางแผนที่ผลิตวัคซีนรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีในโครงการระดับชาติ

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- ประเทศส่วนใหญ่ให้การยอมรับและสนับสนุน Global health sector strategies on HIV, Viral Hepatitis and STIs มีการนำเสนอ intervention รวมกันของทั้ง ๓ โรคในเกือบทุกประเทศ โดยส่วนใหญ่เน้นประเด็นของ HIV และ Viral Hepatitis ประเทศยูกันดา เรียกร้องให้ WHO และองค์กรที่เกี่ยวข้องสนับสนุนด้านเงินทุนและนวัตกรรมอย่างต่อเนื่องให้แก่กลุ่มประเทศในทวีปแอฟริกาเป็นลำดับแรกๆ เนื่องจากประสบปัญหาดังกล่าวมากที่สุดทั้งในเรื่องการตรวจวินิจฉัยและรักษา HIV, Viral Hepatitis และ STIs
- หลายประเทศยังคงแสดงท่าทีกังวลเกี่ยวกับราคายาที่สูงสำหรับการรักษาไวรัสตับอักเสบบีและซีและการเข้าถึง โดยเฉพาะกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาและการขับเคลื่อนงานผ่านระบบการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal health coverage, UHC) ยังเป็นปัญหาในหลายประเทศ มีการเสนอให้มีการผลิตยารักษาภายในภูมิภาคเอง เพื่อลดรายจ่ายดังกล่าวรวมทั้งกลุ่มประเทศกำลังพัฒนายังคงต้องการการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจาก WHO เพื่อสามารถให้วัคซีนไวรัสตับอักเสบบีและซีครอบคลุมทั่วประเทศและภูมิภาค (ยูกันดา, ปารากวัย, สหรัฐอเมริกา,)
- มีการนำเสนอโครงการที่ประสบความสำเร็จในการลดการแพร่เชื้อ HIV, Viral Hepatitis และ STIs จากประเทศสมาชิก เช่น การให้ยาต้านไวรัสผ่านระบบการประกันสุขภาพถ้วนหน้าในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ กลุ่ม post exposure หญิงตั้งครรภ์และเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี จากประเทศปารากวัย
- สหรัฐอเมริกาเสนอให้ WHO สนับสนุนการกำจัดเอชไอวี และซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก และการเฝ้าระวังโรคหนองใน โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาโดยช่วยเหลือด้านเงินทุน เทคโนโลยีและนวัตกรรม

บทบาทและทำที่ของประเทศไทย

ประเทศไทยยอมรับ Global health sector strategies on HIV, Viral Hepatitis and STIs ซึ่งยังต้องการแนวทางตรวจคัดกรองวินิจฉัยและรักษาตามยุทธศาสตร์ที่กำหนดไว้อย่างครบถ้วนและชัดเจน

ในส่วนของไวรัสตับอักเสบยังมีประเด็นเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและค่าใช้จ่ายในการรักษา ประเทศไทยขอให้ WHO เร่งรัดและติดตามความคืบหน้าของเทคโนโลยีการผลิตวัคซีนโดยใช้ต้นทุนต่ำอย่างใกล้ชิด และถ่ายทอดไปยังผู้ผลิตในประเทศกำลังพัฒนา

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

สนับสนุนและรับร่าง Global health sector strategies on HIV, Viral Hepatitis and STIs, ๒๐๑๖-๒๐๒๑

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

นำยุทธศาสตร์การยุติการแพร่ระบาดของโรคและการระบาดของโรค HIV, Viral Hepatitis และ STIs ไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะกับบริบทของประเทศสอดคล้องกับนโยบายในวาระปี ๒๐๓๐ โดยมีหน่วยงานขับเคลื่อนหลักคือ กรมควบคุมโรค

การทำงานในระดับนานาชาติ

สนับสนุนและแลกเปลี่ยนข้อมูลในระดับนานาชาติระหว่างประเทศสมาชิก รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ โดยประสานความร่วมมือกับองค์กรระดับชาติอย่าง Global Fund และ International AIDS Society, ADC/CDS

Intervention on agenda 20.3 Progress Report: Communicable diseases

Global health sector strategies on HIV, Viral Hepatitis and STIs for the period of 2016–2021 (Resolution WHA 69.22 (2016))

Thank you, Chair.

Thailand adopts the global health sector strategies on HIV, Viral hepatitis, and STIs. We still do need a comprehensive package of screening, diagnosis and treatment in accordance to the strategies.

On viral hepatitis, we would like to express concern about the access of health services and treatment costs. Now the hepatitis C vaccine is the major area of focus. We urge WHO to expedite and closely monitor the progress of vaccine technology and transfer to manufacturers in developing countries

Finally, we would like to urge member states to build up capacity on economic evaluation of new health technology with the support from development partners including

WHO and implement the strategies according to their contexts. WHO should be responsible for recommending for specific interventions. Member states should decide on the valuable for money, budget impact, and feasibility of delivery to ensure long term sustainability.

Thank you, Chair.

Agenda 20.3 B. Eradication of dracunculiasis (resolution WHA64.16 (2011))

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. ดร. ชีรพร สติธรังกูร กองการพยาบาล
๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันทพันธ์ ชินล้ำประเสริฐ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ

สาระสำคัญของวาระ

- Dracunculiasis เป็นโรคที่เกิดจากพยาธิ มาจากน้ำที่ไม่สะอาด ได้มีการรณรงค์ในระดับโลกในปี ๑๙๘๖ จำนวนผู้ป่วยในมนุษย์ประมาณ ๓.๕ ล้านคน ลดลงเหลือ ๓๐ คนในปี ๒๐๑๗ องค์การอนามัยโลก โดยความร่วมมือกับ The Carter Center, UNICEF และศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่น ๆ ได้ร่วมกันทำงานเพื่อให้ Dracunculiasis ถูกกำจัดไปจากโลกนี้
- มีรายงานการติดเชื้อ Dracunculus medinensis ในสุนัข ในปี ๒๐๑๗ มาจากประเทศชาติ เอธิโอเปีย และประเทศมาลี และมีรายงานว่าจำนวนการติดเชื้อในสุนัขลดลง แต่ยังคงต้องติดตามอย่างจริงจัง ควบคุมและป้องกันการแพร่เชื้อพยาธิที่เกิดจากสุนัขและมนุษย์ที่ติดเชื้อ อย่างไรก็ตามประเทศชาติและเอธิโอเปียยังมีรายงานผู้ป่วยทั้งหมด ๓๐ รายจากทั้งหมด ๒๐ หมู่บ้าน ซึ่งต้องมีการเฝ้าระวังชุมชนอย่างเข้มข้น เช่นเดียวกับประเทศมาลี เขาที่ชูดานและชูดานที่เป็นประเทศที่มีการระบาดของโรคนี้
- ปัจจุบันมีประเทศที่องค์การอนามัยโลกได้ให้การรับรองว่าปราศจากการแพร่กระจายของ Dracunculiasis ถึง ๑๙๙ ประเทศ ซึ่งประเทศล่าสุดที่ได้รับรอง คือประเทศเคนยา ในเดือนกุมภาพันธ์ ๒๐๑๘ และประเทศเซาท์ซูดานและชูดานอยู่ระหว่าง precertification phase
- กลยุทธ์ในการกำจัดโรค Dracunculiasis ขึ้นอยู่กับการค้นหาผู้ติดเชื้อในระดับหมู่บ้าน ร่วมกับการเฝ้าระวังที่เข้มแข็ง การจัดหาต้มน้ำใช้ที่สะอาด ปลอดภัย การควบคุมการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วย ตลอดจนการให้สุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- มติที่ประชุม ติดตามการแพร่กระจายของ Dracunculiasis อย่างใกล้ชิดและรายงานความคืบหน้าในการประชุมสมัชชาโลกทุก ๆ ปีจนกว่า Dracunculiasis จะถูกกำจัดจนหมดสิ้น

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

-

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (แนว intervention ตอนท้าย)

- ขึ้นชมประเทศที่สามารถกำจัดโรคนี้ได้สำเร็จ และได้รับ certification

- สนับสนุนให้ Dracunculiasis ถูกกำจัดให้หมดไปจากโลกนี้

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

รายงานความคืบหน้าในการประชุมสมัชชาโลกทุก ๆ ปีจนกว่า Dracunculiasis จะถูกกำจัดจนหมดสิ้น

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

กระทรวงสาธารณสุขควรติดตามเรื่องนี้ในการประชุมสมัชชาโลกทุกปี

การทำงานในระดับนานาชาติ

สนับสนุนให้ประเทศทุกแห่งสามารถกำจัดโรคนี้ได้สำเร็จ และได้รับ certification

Agenda 20.3 C. Elimination of schistosomiasis (resolution WHA65.21 (2012))

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. รองศาสตราจารย์ ดร. อรรถพรณ โตสิงห์ ประชาสัมพันธ์ สภาการพยาบาล

๒. ดร. ชีระพร สิริอังกูร กองการพยาบาล

สาระสำคัญของวาระ

Schistosomiasis หรือพยาธิใบไม้เลือด (blood fluke) เป็นโรคติดเชื้อที่ถูกค้นพบครั้งแรกโดย Dr. Theodor Bilharz แพทย์ชาวเยอรมัน การติดเชื้อเกิดจากพยาธิ Schistosomiasis ที่อาศัยในแหล่งน้ำจืด โดยสามารถเข้าสู่ร่างกายคนได้ สองวิธี คือ การสัมผัสโดยตรงกับเชื้อโรคในแหล่งน้ำ เช่นการที่คนถูกพยาธิเจาะเข้าผิวหนังโดยตรงขณะย่ำน้ำในนา หรือแหล่งน้ำจืดอื่นๆ หรืออาจเกิดจากการดื่มน้ำในแหล่งน้ำที่มีพยาธิ การแพร่กระจายของพยาธิ Schistosomiasis ยังเกิดได้จากการที่วัวหรือควายติดพยาธิจากแหล่งและถ่ายอุจจาระออกมา เมื่อหอยทากในแหล่งน้ำกินอุจจาระวัวหรือควาย พยาธิ Schistosomiasis จะไปเติบโตในตัวหอยทาก ดังนั้นการเพิ่มขึ้นของพยาธิจึงเป็นไปอย่างรวดเร็วด้วยวงจรดังกล่าว

เมื่อพยาธิเข้าสู่ร่างกายของมนุษย์ ไช้ของพยาธิ ทำให้เกิดแผล granuloma ที่ผนังของกระเพาะปัสสาวะ และท่อไตอาจเป็นสาเหตุของการอุดตันของทางเดินปัสสาวะ และมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ตัวของพยาธิทำให้เกิด Immune complexes ซึ่งจะไหลเวียนอยู่ในกระแสเลือด ในที่สุดจะตกค้างและจับอยู่ที่ไต ทำให้เกิดพยาธิสภาพในไต ได้แก่ glomerulonephritis, nephrotic syndrome, amyloidosis และ pyelonephritis นอกจากนี้ การที่พยาธิตัวอ่อนไชเข้าผิวหนังจนเจริญเป็นตัวเต็มวัยนั้น อาจจะทำให้เกิดการระคายเคืองที่ผิวหนัง มีลมพิษ ผื่นคัน และหากไม่ได้รับการรักษาภายใน 10 สัปดาห์ ผู้ป่วยอาจมีอาการเบื่ออาหาร ปวดศีรษะ ปวดหลังและแขนขา มีไข้ เมื่อพยาธิวางไข่ใหม่และตรวจพบไข่ในปัสสาวะ ผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะ อ่อนเพลีย มีไข้ ถ่ายปัสสาวะบ่อย คล้ายกับอาการกระเพาะปัสสาวะอักเสบ ปวดบริเวณท้องน้อย ระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะอ่อนเพลียมาก เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลงอย่างค่อยเป็นค่อยไป มีอาการปวดมากขณะถ่ายปัสสาวะ ซึ่งจะถ่ายบ่อยแต่มีปริมาณน้อย ในที่สุดอาจถ่ายออกมาเฉพาะเลือดและหนอง แสดงถึงความเสื่อมของไต ผู้ป่วยกลุ่มที่มีภูมิคุ้มกันต่ำอาจเกิดอาการ

รุนแรงและเสียชีวิต การวินิจฉัยโรคทำได้โดย ตรวจจากอาการและอาการแสดง ตามพยาธิสภาพของโรค ร่วมกับ การซักประวัติผู้ป่วยว่ามาจากถิ่นระบาดของโรคหรือไม่ ตรวจปัสสาวะเพื่อหาไข่พยาธิ ตรวจหาไข่พยาธิจาก rectal scrapings หรือ rectal biopsy ตรวจน้ำเหลือง โดยวิธีทางภูมิคุ้มกันวิทยา เช่น ELISA, Immunoblot Schistosomiasis อีกสายพันธุ์หนึ่งคือ Schistosomiasis mansoni ซึ่งทำให้เกิดอาการในระบบ ทางเดินอาหาร อาการที่พบได้บ่อยคือเลือดออกจากระเพาะอาหารและหลอดเลือด ตับและม้ามโต ท้องเดิน ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด หากเกิดในเด็กจะทำให้พัฒนาการช้าลง ไม่เป็นไปตามวัย การพัฒนาการทางเพศล่าช้า และมีอาการผิวหนังอักเสบเรื้อรัง

แม้ว่าจะมีการสำรวจทั่วโลกแล้วพบว่า ในภาพรวมอุบัติการณ์ของโรคนี้ไม่สูงมาก และพบเฉพาะในบาง ภูมิภาค เช่น แอฟริกา อเมริกาใต้ และบางประเทศในเอเชีย และเมื่อพิจารณาจากความรุนแรงของการติดเชื้อแล้ว พบว่ามีความรุนแรงมาก แต่การระบาดและความชุกของโรคลังอยู่ในอัตราที่สูงมากในกลุ่มประชาชนในประเทศ รายได้ต่ำ การสุขาภิบาลไม่ดี และในกลุ่มที่ทำเกษตรกรรม ตลอดจนประชาชนที่อาศัยอยู่ในถิ่นฐานที่มีการทำ เกษตรกรรม มีระบบการจัดการน้ำที่ไม่ได้มาตรฐาน หรือมีสุขอนามัยไม่ดี เช่นอัตราเกิดในประเทศ Nigeria พบได้ สูงสุดถึง ร้อยละ 91.4 เมื่อการประชุม WHA ครั้งที่ 65 ในปี ค.ศ 2012 ได้มีมติให้ลดจำนวนการเกิด schistosomiasis โดยนำเสนอกลไกต่างๆให้ประเทศสมาชิกไปดำเนินงาน อาทิ การเพิ่มการเข้าถึงยา praziquantel ในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำซึ่งพบว่า ร้อยละ 70 ไม่สามารถเข้าถึงยาได้ จากรายงานของ DG เมื่อต้น เดือนพฤษภาคม 2018 พบว่า ประเทศรายได้ต่ำยังคงเข้าถึงยาได้ในอัตราที่เท่าเดิม แม้จะมีการนำเอาวิธี preventive chemotherapy มาใช้ในการป้องกัน แต่ยังไม่มีความชัดเจนถึงความปลอดภัยในวิธีการ ดังกล่าวนี

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศ ชารด ได้ขอให้ WHO ช่วยเหลือในเรื่องการบริจาคยา และเพิ่มกลไกการเข้าถึงยาเพื่อการรักษา โรคนี้ ร่วมกับการรณรงค์ เรื่องแหล่งน้ำสะอาด

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ได้เสนอให้ WHO ออก guidelines สำหรับประเทศยังคงมีปัญหาเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุม การระบาดของโรค มีการสนับสนุนให้ประเทศรายได้สูงบริจาคยา praziquantel เพิ่มขึ้น สร้างกลไกให้ผู้ติดเชื้อ เข้าถึงยา praziquantel และศึกษาประสิทธิผลและผลข้างเคียงของการใช้ preventive chemotherapy

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

Chairman ได้รับข้อเสนอและจะมีการเฝ้าระวัง และขอให้ secretariat เผยแพร่และผลักดัน ให้นำ guidelines เรื่อง vector control ไปใช้เพื่อการควบคุมวงจรการเติบโตของ พยาธิ Schistosomiasis

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุนุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)
การทำงานในระดับประเทศ

สำรวจอุบัติการณ์ของการเกิด Schistosomiasis และวิธีป้องกัน ควบคุม รักษา ติดตามผู้ป่วยกลุ่มนี้
การทำงานในระดับนานาชาติ

ทำงานวิจัยร่วมกับประเทศที่มีการระบาดของโรคในเอเชียเพื่อ ๑) พัฒนารูปแบบการควบคุม ป้องกัน ๒) ส่งเสริม
 ให้ผู้ติดเชื้อเข้าถึงยา และ ๓) ศึกษาติดตามกลุ่มที่ได้รับ preventive chemotherapy ว่าเกิด adverse events
 หรือไม่

Intervention on agenda 20.3 Progress report-Communicable diseases

- A. Global health sector strategies on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, for the period 2016-2021
- B. Eradication of dracunculiasis
- C. Elimination of schistosomiasis

Delivered by Dr. Teeraporn Sathira-Angkura (25/May/2018)

Thank you, Chair.

Thailand would like to express concern the high cost of viral hepatitis treatment. Currently, the hepatitis C vaccine is the major focus for primary prevention. We urge WHO to expedite and closely monitor the progress of vaccine technology and transfer to developing countries for increasing the availability of affordable Hep C Vaccine.

Regarding dracunculiasis, Thailand appreciates the countries that had complete eradication. These achievements demonstrate the commitment of the countries. Thailand would like to continually campaign effective surveillance through village-based activities in the remaining countries to fight with dracunculiasis and obtain necessary support from WHO.

Concerning Schistosomiasis, the focus is to improve field diagnosis and surveillance among animal hosts, and to foster the engagement of the pharmaceutical industry to increase donation of praziquantel. Moreover, WHO and other relevant partners could provide adequate research funding to ensure the effectiveness of preventive chemotherapy, including its adverse events.

Thank you, Chair.

Agenda 20.3 D Public health dimension of the world drug problem (decision WHA70(18) (2017))

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นายแพทย์ดลสุข พงษ์นิกร กรมการแพทย์
๒. เกสัชกรหญิงสิตานันท์ พูนผลทรัพย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
๓. ดร. เกสัชกรหญิงวัลย์พร พัทธนฤมล สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

สาระสำคัญของวาระ

WHA69 ปี 2016 ได้มีวาระ Public health dimension of the world drug problem including in the context of the Special Session of the United Nations General Assembly on the World Drug Problem to be held in 2016 โดยเป็นการรายงานผลจากการประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยปัญหาเสพติดโลก (UNGASS) ที่เน้นบทบาทขององค์การอนามัยโลกและมุมมองทางสาธารณสุขในการต่อสู้กับปัญหาเสพติด และได้บรรจุวาระ Public health dimension of the world drug problem เพื่อพิจารณาใน WHA70 ปี 2017 โดยมีสาระสำคัญเรื่องความร่วมมือระหว่าง WHO และ UNODC โดยมุ่งเน้นการ implementation of health-related operational recommendations included in the outcome document จากการประชุม UNGASS2016 ซึ่งมีมติรับรอง decision WHA70(18) ที่เน้นความพยายามในการจัดการปัญหาเสพติดในมุมมองทางด้านสาธารณสุขแบบ comprehensive, integrated and balanced approach และขอให้ WHO พยายามอย่างต่อเนื่องที่จะประสานความร่วมมือระหว่าง WHO, UNODC และ International Narcotics Control Board (INCB)

จุดประสงค์หลักของวาระนี้ คือ การรายงานการพัฒนาความร่วมมือระหว่าง WHO และ UNODC เช่น Joint Programme on Drug Dependence Treatment and Care, Clinic tool and training materials to facilitate implementation of the WHO guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy และ Community-based management of opioid overdose นอกจากนี้ยังรายงานความร่วมมือระหว่าง WHO และ INCB เช่น การประชุม WHO Expert Committee on Drug Dependence

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ชื่นชม WHO ที่พัฒนาความร่วมมือกับ UNODC และ INCB และสนับสนุนให้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ประเทศเนเธอร์แลนด์เน้นย้ำถึงความสำคัญของ harm reduction ในกลุ่ม HIV, TB, Hepatitis ประเทศสหรัฐอเมริกาเน้นย้ำถึงความสำคัญของปัญหา new psychoactive substance

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (แนว intervention ตอนท้าย)

ชื่นชมความพยายามอย่างต่อเนื่องของ WHO ที่ประสานความร่วมมือกับ UNODC และ International Narcotics Control Board (INCB) ในการนำ Operational recommendations ที่ผ่านการรับรองจากการ

ประชุม UNGASS มาดำเนินการ โดยประเทศไทยก็ได้มีการนำนโยบายยาเสพติดจากการประชุม UNGASS2016 มาประกอบการจัดทำแผนแม่บทด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ จาก progress report ประเทศไทยได้เสนอให้ WHO สนับสนุนการนำการบำบัดรักษาโดยมีส่วนร่วมของชุมชน (Community-based treatment) ซึ่งเป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพไปใช้ในประเทศสมาชิก และเน้นย้ำให้มีการรายงานข้อมูลจากการเฝ้าระวัง new psychoactive substance เพื่อที่จะสามารถจัดการกับปัญหานี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและทัน่วงที

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

รับทราบรายงาน

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

หน่วยงานทางสาธารณสุขที่ทำงานเกี่ยวข้องกับยาเสพติด เช่น กรมการแพทย์ และกรมสุขภาพจิต ควรนำ Operational recommendations ที่ผ่านการรับรองจากการประชุม UNGASS มาดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะการใช้วิธีการทางสาธารณสุขมาจัดการปัญหาด้านยาเสพติด harm reduction และการบำบัดรักษาโดยมีส่วนร่วมของชุมชน (Community-based treatment)

การทำงานในระดับนานาชาติ

ควรมีการประสานงานกับ WHO, UNODC และ INCB อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการจัดการกับ new psychoactive substance

Agenda 20.3 E WHO global plan of action to strengthen the role of the health system within a national multidectoral response to address interpersonal violence, in particular against woman and girls, and against children (Resolution WHA 69.5 (2016))

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. แพทย์หญิงวิรัชพัชร กิตติธระพันธ์ุ กรมสุขภาพจิต
๒. พันตแพทย์วีระศักดิ์ พุทธาศรี สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

สาระสำคัญของวาระ

WHO global plan of action to strengthen the role of the health system within a national multidectoral response to address interpersonal violence, in particular against woman and girls, and against children ได้รับการรับรองในที่ประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลกในปี 2016 ใน Resolution WHA 69.5 โดยมีหลักสำคัญ คือ เพิ่มศักยภาพและบทบาทของระบบบริการสุขภาพให้ตระหนักและจัดการปัญหาความรุนแรงให้ดีขึ้นโดยเฉพาะความรุนแรงต่อผู้หญิงและเด็ก โดยกรอบของร่างคือการจัดการความรุนแรงระหว่างบุคคล ซึ่งจะขับเคลื่อนงานหลักด้วยระบบบริการสุขภาพและมีประสานงานร่วมกันของทุกภาคส่วน (multi-sectoral

response) บนพื้นฐานการคำนึงถึงสิทธิมนุษยชน ร่างดังกล่าวนำเสนอภาพรวมของปัญหาความรุนแรงต่อผู้หญิงและเด็กทั่วโลกที่ถูกละเลยโดยเฉพาะผลกระทบทั้งด้านสุขภาพกายและจิตระยะยาวและช่องว่างในการดำเนินงานที่ผ่านมาในระดับประเทศ, ภูมิภาคและระดับโลกรวมทั้งกลยุทธ์การแก้ไขปัญหา

สรุปผลลัพธ์วาระ

ประเทศสมาชิกตระหนักถึงความร่วมมือแก้ปัญหาและนำร่างแผนการจัดการความรุนแรงระดับโลก (global plan) นี้ไปลงดำเนินการเป็น national action plan และมีระบบติดตามผลการดำเนินงานเพื่อลดผลกระทบของความรุนแรงโดยเฉพาะต่อผู้หญิงและเด็กทั่วโลก

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศส่วนใหญ่สนับสนุนและรับร่างดังกล่าวไปดำเนินการต่อในระดับประเทศ เน้นความสำคัญของระบบบริการสุขภาพที่ไม่ควรให้การดูแลเฉพาะเรื่องการบาดเจ็บเท่านั้นหากแต่ควรเป็นแหล่งให้ข้อมูลและสนับสนุนการประสานงานร่วมกันกับภาคส่วนอื่นด้วยและการปรับค่านิยมทางสังคมที่มีส่วนต่อการเกิดความรุนแรง

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (แนว intervention ตอนท้าย)

ประเทศไทยสนับสนุนและรับร่างดังกล่าวและย้ำความสำคัญของการประสานงานร่วมกันของทุกภาคส่วนบนแนวคิด “health in all policies” และร้องขอ WHO ให้การสนับสนุนองค์ความรู้เพื่อสร้างระบบข้อมูลเรื่องปัญหาความรุนแรง ที่มีประสิทธิภาพและย้ำความสำคัญของการดำเนินงานนำร่างนี้ไปปฏิบัติในประเทศผ่านกลไกร่วมกันของการดำเนินงานของ SDGs ด้วยเวทีนโยบายระดับประเทศ

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

การขับเคลื่อนงานหลักประกอบด้วยการทำงานตามระบบบริการสุขภาพและมีการประสานงานร่วมกันของทุกภาคส่วน โดยมีกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลัก (focal point) และหน่วยงานอื่น ประกอบด้วย กระทรวงพัฒนาความมั่นคงของมนุษย์, กระทรวงศึกษาธิการ, กรมตำรวจ กระทรวงมหาดไทยและหน่วยงานเอกชนด้านเด็กและสตรีทำงานร่วมกัน

การทำงานในระดับนานาชาติ

มีการประสานงานเพื่อแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ระดับนานาชาติเพื่อแก้ไขปัญหาความรุนแรงรวมถึงการสร้างภาคีเครือข่ายการทำงานร่วมกันในระดับนานาชาติเพื่อขับเคลื่อนและกำกับติดตามแผนการจัดการความรุนแรงระดับโลกให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

Agenda 20.3 F. Global burden of epilepsy and the need for coordinated action at the country level to address its health, social and public knowledge implications (resolution WHA68.20 (2015))

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันทพันธ์ ชินล้าประเสริฐ สมคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ
๒. แพทย์หญิงวิรัชพัชร กิตติธระพันธ์ุ กรมสุขภาพจิต
๓. เกศษกรหญิง ชฎาธร อินโย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
๔. ดร. เกศษกรหญิง วลัยพร พัทธนฤมล สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๕. นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

สาระสำคัญของวาระ

โรคลมชัก (Epilepsy) เป็นปัญหาหนึ่งทางระบบประสาทที่มีผลกระทบต่อประชากรโลก ๕๐ ล้านคนในทุกกลุ่มอายุ ผู้ป่วยลมชักมักมีตราบาปและถูกเลือกปฏิบัติ และโลกนี้พบในทุกกลุ่มเพศภาวะ เชื้อชาติ เศรษฐฐานะ โดยเฉพาะกลุ่มที่ยากจนและกลุ่มเปราะบาง แต่ละประเทศมีความแตกต่างของจำนวนแพทย์เฉพาะทางระบบประสาท การบริหารจัดการด้านการดูแล การขาดยาต้านโรคลมชัก เนื่องจากโรคลมชักสามารถป้องกันได้ และจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนนอกเหนือจากองค์กรด้านสุขภาพ และผู้ป่วยความได้รับการรักษาที่เหมาะสม คุ่มค่าราคาในราคาที่สามารถจ่ายได้ ปัจจุบันยังขาดแคลนเทคโนโลยีที่ทันสมัยในการรักษา ตลอดจนการวิจัย ซึ่งที่ประชุมมีมติให้แต่ละประเทศรับผิดชอบในการลงทุน การกำหนดนโยบาย รวมทั้งการพัฒนาบุคลากรและทรัพยากรอื่นๆ แกไขความไม่เท่าเทียมด้านสิทธิมนุษยชนและความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ ตลอดจนเน้นการให้บริการโดยมีชุมชนเป็นฐาน ทั้งด้านสุขภาพและสังคม ตลอดจนการฟื้นฟูสมรรถภาพ และผลักดันให้บริการในระดับ Primary Health Care รวมทั้งอยู่ในหลักประกันสุขภาพของประเทศนั้นๆ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาในราคาไม่แพง นอกจากนี้ เน้นการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคลมชักและครอบครัว การให้สุขศึกษาในโรงเรียน เพื่อลดความเชื่อผิดๆเกี่ยวกับโรค การลงทุนด้านการวิจัยอย่างจริงจังและทั่วถึง การจัดให้ภาคประชาสังคมมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการดำเนินงานด้านนี้

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ชื่นชมผลการดำเนินงานและรายงานความก้าวหน้าของ WHO หลายประเทศที่เห็นสนับสนุนว่าความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการดำเนินงานเป็นสิ่งสำคัญ และควรมีการบริหารจัดการให้ผู้ป่วยเข้าถึงยา ในราคาที่พอเหมาะ ไม่แพงเกินไปและเน้นเรื่องการสนับสนุนงานวิจัยเพื่อการรักษาและการป้องกัน

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (แนว intervention ตอนท้าย)

- ชื่นชมผลการดำเนินงานของ WHO เกี่ยวกับการติดตามผลการดำเนินงานของแต่ละประเทศ และรายงานความก้าวหน้า ตลอดจนการจัดให้มี platform ใน website ของ WHO เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้

- เห็นชอบต่อในหลักการดูแลผู้ป่วยโดยมีชุมชนเป็นฐาน และการจัดให้บริการโรคนี้อำนาจในหลักประกันสุขภาพของประเทศ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และประสิทธิภาพ
- เรียกร้องให้ WHO รายงานเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการวิจัยเกี่ยวกับการบริหารจัดการเพื่อการรักษาผู้ป่วย ตลอดจนทุนสนับสนุนการพัฒนานักวิจัยและการวิจัย

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ทุกประเทศยอมรับในรายงานความก้าวหน้าที่น่าเสนอโดยฝ่ายเลขานุการของ WHO โดยมีข้อเสนอแนะให้เพิ่มเติมเรื่องความชัดเจนของรายงาน และฝ่ายเลขานุการ ได้ตอบข้อซักถามในประเด็นย่อยต่างๆ

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุมกรม/กองหรือหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง)

ติดตามผลการดำเนินงานในชุมชนอย่างจริงจังเกี่ยวกับการลดอคติ และความไม่เข้าใจอย่างถูกต้องในเรื่องโรคลมชัก รวมทั้งเน้นเรื่องการวิจัยเพื่อการป้องกัน ตลอดจนจัดให้มีการเข้าถึงยารักษาและป้องกันลมชักในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างต่อเนื่อง

Intervention on Agenda 20.3 F. Global burden of epilepsy and the need for coordinated action at the country level to address its health, social and public knowledge implications (resolution WHA68.20 (2015))

(Not to Deliver)

Thank you Chair,

Thailand commends WHO secretariat for the efforts to coordinate the action plan and follow up the progress of the action regarding the implementation of the resolution at the country level. We appreciate that the management of epilepsy has been integrated into primary health care as part of mental health Gap Action Programme (mhGAP) implementation across all WHO regions.

Thailand fully supports WHO to ensure that comprehensive implementation package guidelines can be used to strengthen countries' capacities to develop and scale up services for persons with epilepsy as planned.

Chair, Finally, Thailand emphasizes the need of capacity building for Epilepsy research. We look forward to seeing the successful development of the guidelines on the diagnosis and treatment of Taenia Solium Neurocysticercosis to prevent epilepsy this year.

Thank you, chair.

Agenda 20.3 G Comprehensive mental health action plan 2013-2020 (resolution WHA66.8 (2013))

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. แพทย์หญิงวิรัชพัชร กิตติธระระพันธ์ุ กรมสุขภาพจิต
๒. ดร. เกสัชกรหญิง นพคุณ ธรรมธัชอารี สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
๓. ดร. เกสัชกรหญิงวัลย์พร พัทธนฤมล สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

สาระสำคัญของวาระ

WHO's comprehensive mental health action plan 2013-2020 ได้รับการรับรองในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 66 ถือเป็นกรอบนโยบายที่สำคัญที่ทำให้นานาประเทศให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งมีผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และสิทธิแห่งมนุษยชน โดยแผนปฏิบัติการนี้ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทั้งด้านเจตคติ การลดตราบาปและการแบ่งแยกผู้ป่วยกลุ่มนี้ออกจากสังคม ตลอดจนเป็นการเรียกร้องให้มีการเพิ่มการบริการให้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ทั้งในส่วนของงบประมาณ ศักยภาพบุคลากรและเทคโนโลยี เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยหาย ทุเลา มีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้ตามศักยภาพ

แผนปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์ ๔ ประการ คือ

๑. การสร้างความเข้มแข็งในภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิต
๒. การจัดการบริการผู้ป่วยจิตเวชในระดับชุมชนที่มีการบูรณาการ
๓. การใช้ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีและการป้องกันความเจ็บป่วยทางจิต
๔. การสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบข้อมูล การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และการศึกษาวิจัยทางด้านสุขภาพจิต

โดยแต่ละวัตถุประสงค์จะมีการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดเฉพาะ ๖ ตัว ซึ่งจะใช้เป็นพื้นฐานและประเมินความก้าวหน้าของการดำเนินงานของประเทศต่างๆ เพื่อบรรลุเป้าหมายในระดับโลก โดยมีภารกิจรวบรวมข้อมูล ติดตามประเมินผลผ่านโครงการจัดทำ Mental Health Atlas ซึ่งจะมีการจัดทำทุก ๓ ปี และกำหนดให้มีการรายงานความก้าวหน้าในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก ในครั้งที่ ๖๘, ๗๑ และ ๗๔

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศต่างๆ ต่างเห็นความสำคัญของปัญหา เห็นชอบและผลักดันให้เกิดการดำเนินงานในระดับประเทศ โดยมีความร่วมมือทั้งภาครัฐ เอกชนและภาคประชาสังคม นอกจากนี้รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขของประเทศออสเตรเลีย แคนาดา และอังกฤษ ได้ร่วมกันจัดตั้ง Alliance of Champions for Mental Health and Wellbeing เพื่อสร้างเจตนาธรรม์ทางการเมืองและการผลักดันเรื่องสุขภาพจิตเพื่อลดตราบาป และเพิ่มความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในการทำงานด้านสุขภาพจิต

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (แนบ intervention ตอนท้าย)

ประเทศไทยมีการวางยุทธศาสตร์ชาติทางด้านสุขภาพจิต และมีการกำหนดแผนการดำเนินงานทั้งในระยะสั้นและระยะยาว อ้างอิงตาม WHO comprehensive action plan 2013-2020 และให้ความร่วมมือกับองค์การ

อนามัยในการจัดทำ Mental Health Atlas อย่างต่อเนื่อง มีการพัฒนา พรบ สุขภาพจิต การสร้างระบบบริการจิตเวช การกำหนดตัวชี้วัดเรื่องการฆ่าตัวตายเป็นตัวชี้วัดระดับประเทศ การส่งเสริม ประสานงานให้เกิดความร่วมมือของภาครัฐ เอกชน ประชาสังคมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จนส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่สำคัญสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น ได้รับการรักษาที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน ก่อให้เกิดการหาย ทูเลาและไม่กลับเป็นซ้ำ นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาองค์ความรู้ นวัตกรรม งานวิจัยเพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วย ควบคู่ไปกับการให้ความรู้ การปรับทัศนคติของสังคม การลดตราบาปผู้ป่วยจิตเวชผ่านกลไก Mental Health Literacy และ District Health System

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

จากรายงานความก้าวหน้าของการดำเนินงาน ปัจจุบันพบว่ามี ๑๐๔ ประเทศที่ได้มีการกำหนดยุทธศาสตร์ แผนการดำเนินงานระดับประเทศเพื่อพัฒนางานด้านสุขภาพจิต และมี ๙๔ ประเทศที่มีการปรับกฎหมายทางด้านสุขภาพจิตให้สอดคล้องกับนานาชาติและหลักสิทธิมนุษยชน รวมทั้งมีประเทศต่างๆ ๖๒% ที่ดำเนินงานทางด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตอันดีและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

กรมสุขภาพจิต ร่วมกับราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย และภาคีเครือข่ายร่วมกัน

- การพัฒนาระบบฐานข้อมูลที่สามารถเป็นตัวแทนในระดับประเทศ
- การพัฒนา surveillance system และ epidemiology ทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช
- การพัฒนาศักยภาพและกำลังคนเพื่อดำเนินงาน

การทำงานในระดับนานาชาติ

- การก้าวสู่การเป็น WHO Collaborative Center ทางด้าน Mental health workforce เพื่อเป็นแหล่งสนับสนุน capacity building บุคลากรที่ทำงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชใน region และนานาชาติ
- การถ่ายทอด best practice, innovation และเทคโนโลยีให้กับนานาชาติ

Agenda 20.3 H Comprehensive and coordinated efforts for the management of autism spectrum disorders (resolution WHA 67.8 (2014))

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. แพทย์หญิงวิรัชพัชร กิตติธระระพันธ์ กรมสุขภาพจิต
๒. ผศ. ดร. นันทพันธ์ ชินล้ำประเสริฐ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย
๓. ดร. เกสัชกรหญิงวัลย์พร พัทธนฤมล สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

สาระสำคัญของวาระ

Comprehensive and coordinated efforts for the management of autism spectrum disorders ได้รับการรับรอง resolution จากการประชุม World Health Assembly สมัยที่ ๖๗ ขอให้แต่ละพื้นที่ (REGION) มีการจัดทำ national strategy ของ ASD เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติของประเทศสมาชิกในการดูแลบุคคล ASD และความล่าช้าของพัฒนาการ พัฒนาแนวทางในการดูแลช่วยบุคคลออทิสติกและครอบครัวตามศักยภาพของแต่ละประเทศ และและกำหนดให้มีการรายงานความก้าวหน้าในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก ในครั้งที่ ๖๘, ๗๑ และ ๗๔

ประเด็นความก้าวหน้าที่น่าสนใจ ได้แก่ การดูแลทั้งบุคคลออทิสติก ผู้ดูแลและครอบครัวแบบองค์รวม (Health and Wellbeing) การใช้โปรแกรมผู้ปกครองและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลบุคคลออทิสติก (Parent/Community Mediated) การมีระบบหลักประกันสุขภาพ (Universal Health Coverage) เพื่อเพิ่มความเท่าเทียม (Equity) และการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ (Access to care) และประเด็นด้านกฎหมาย (Legislation, judicial and guardianships) การดูแลตลอดช่วงชีวิต (Life course approach) โดยคำนึงถึงสิทธิมนุษยชน และสิทธิของผู้พิการ (Conventional on the Rights of Persons with Disabilities, United Nations Convention on the Rights of the Child and other international and regional human rights conventions)

บทบาทและทำที่ของประเทศอื่นๆ

ประเทศต่างๆ มีความก้าวหน้าในการดำเนินงานในการดูแลบุคคลออทิสติกอย่างก้าวกระโดด โดยกำหนดเป็นนโยบายระดับชาติและสร้างความร่วมมือของเครือข่าย (partnership) โดยเฉพาะประเทศบังคลาเทศ ภายใต้การนำของ Saima Hossain, WHO Goodwill Ambassador for Autism in South-East Asia Region

แต่ยังพบปัญหาที่สำคัญ คือความจำกัดของบุคลากร (Human Resources) งบประมาณ (Budget) และเทคโนโลยี (Technical Advances) การเข้าถึงระบบบริการ (Difficulty in accessibility and affordability of health care) ตลอดจนการขาดความตระหนักของสังคม (Lack of awareness and stigma)

บทบาทและทำที่ของประเทศไทย (แบบ intervention ตอนท้าย)

- ประเทศไทยมีการดำเนินการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยออทิสติกและปัญหาพัฒนาการช้า โดยกำหนดเป็นนโยบายระดับชาติ โดยเด็กทุกคนได้รับการคัดกรองพัฒนาการที่อายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ เดือน ณ รพสต. และได้รับการส่งเสริมพัฒนาการทันทีเมื่อพบปัญหา หากไม่ดีขึ้นก็จะมีส่งต่อเพื่อขอรับบริการการวินิจฉัยและรักษาในระดับรพท/รพจ/รพศ และหน่วยงานของกรมสุขภาพจิตตาม Service Delivery and Referral Cascade ตลอดจนบูรณาการเข้ากับระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System)
- การดำเนินงานเพื่อดูแลบุคคลออทิสติก ถูกบรรจุอยู่ในแผนของ Service Plan ของแต่ละ Area Health Board โดยมีแนวทางการดูแลช่วยเหลือในระดับต่างๆ ร่วมกับการดูแลกลุ่มโรค MR, ADHD และ LD ร่วมกับการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก

- การดำเนินงานได้รับการสนับสนุนจากเอกชน ตลอดจนมี NGO เช่น สมาคมบุคคลออทิสติก ร่วมดำเนินงานในระดับชุมชน ครอบคลุม ตลอดจนสร้างความตระหนักและลดอคติของบุคคลออทิสติกโดยผ่านภาคประชาสังคมและกิจกรรม Autistic Awareness Campaign

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

- กรมสุขภาพจิตร่วมกับราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยและหน่วยงานภาคีเครือข่ายร่วมกันพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ สามารถประยุกต์ใช้ในพื้นที่ระดับ community service เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน
- การพัฒนาระบบบริการจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวชเด็ก ออทิสติกและพัฒนาการช้า

การทำงานในระดับนานาชาติ

- กรมสุขภาพจิตจัดตั้ง WHO collaborative center ทางด้าน Child development mental health เพื่อเป็น hub ของ technology transfer, capacity building
- การขอสนับสนุนจาก WHO และ SEARO และผู้สนับสนุนการวิจัย (Research sponsor) เช่น Autistic Speak และภาคีที่เกี่ยวข้องร่วมกันสนับสนุนการทำวิจัย การสร้างองค์ความรู้ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ และนวัตกรรม/เทคโนโลยีเพื่อการดูแลช่วยเหลือบุคคลออทิสติกที่มีประสิทธิภาพ (Cost-effective Technology)

Intervention on agenda 20.3 Progress report – Non communicable diseases (Item D, E, F, G and H)

Delivered by Professor Dr.Nunthapan Chinlumprasert (25/05/2018)

Thank you Chair,

Thailand appreciates the report of NCD. We would like to raise our concerns regarding topic D and E to focus more on community-based treatment and multisectoral collaboration to ensure the effective strategies in combating issues of drug used that can eventually reduce violence.

We witness the implementation of the comprehensive mental health action plan. The report shows no significant progress of our efforts. Mental health still obtains very limited resources. The median number of mental health workers globally at 9 per 100,000 has remained unchanged since 2013. The efforts should be made on overcoming these challenges through various mechanisms such as mhGAP.

The report indicates that “in 2017, there was less than 50% of countries have functioning prevention and promotion programmes”. Less than 50% could be ranged from zero to fifty.

Therefore, Thailand requests the secretariat to provide exact percentage in order to compare with the 41% indicated in the Atlas 2014.

Finally, we look forward to seeing a full report of the Atlas 2017 on the WHO website soon.

Thank you chair,

Agenda 20.3 Promoting Health through the Life Course:

I. The Global strategy and action plan on ageing and health 2016–2020: towards a world in which everyone can live a long and healthy life

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประเสริฐ าสันตชัย คณะแพทยศาสตร์ ศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล

๒. รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ โตสิงห์ สภาการพยาบาล

สาระสำคัญของวาระ

ตั้งแต่ ค.ศ. ๑๙๔๘ สมัชชาสหประชาชาติได้ออกคำประกาศ “สิทธิมนุษยชน” และในมาตรา ๒๕ ของประกาศดังกล่าวได้ระบุไว้ว่าบุคคลย่อมมีสิทธิในการดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพดี มีความสุข และมีความมั่นคง โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ต่อมาในปี ค.ศ. ๑๙๗๐ เลขาธิการองค์การสหประชาชาติได้รายงานว่า โลกกำลังเผชิญกับสถานการณ์ใหม่ ในขณะที่สังคมกำลังพยายามหาวิธีการในการลดอัตราการเสียชีวิตของมนุษย์ร่วมกับการควบคุมจำนวนการเกิดของเด็กมีผลให้สัดส่วนของผู้สูงอายุเริ่มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ในขณะเดียวกันยังขาดมาตรการในการจัดการที่เหมาะสมทำให้ผู้สูงอายุต้องประสบปัญหาเกี่ยวกับความพิการ ความเสื่อมถอยของร่างกายและการปรับตัวทางด้านจิตสังคม (UN Doc. A/๘๓๖๔) ด้วยเหตุดังกล่าว ปี ค.ศ. ๑๙๘๒ ที่ประชุมสมัชชาสหประชาชาติได้ออกมาตรา ๓๓/๕๒ เพื่อลงมติให้สมัชชาอนามัยโลกหยิบยกประเด็นเรื่อง “Aging” เป็นวาระสำคัญ ร่วมกับการขับเคลื่อนให้มีโปรแกรมเชิงปฏิบัติการระดับสากลว่าด้วยเรื่องการพัฒนาความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคมสำหรับผู้สูงอายุและผลักดันให้ผู้สูงอายุมีโอกาสในการเป็นผู้ให้แก่สังคม ต่อมา General Assembly มีการออก resolution ๓๕/๑๒๙ ซึ่งได้ระบุว่า the World Assembly on Ageing ควรขับเคลื่อนสังคมอย่างเต็มรูปแบบ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้อยู่ในสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคมที่เอื้อประโยชน์และได้รับการตอบสนองตรงตามความต้องการ หลังจากนั้น the Secretary-General ได้ติดตาม และประเมินผลความก้าวหน้าของโปรแกรมดังกล่าวตลอดมา

ในปี ค.ศ. ๑๙๙๐ the General Assembly ได้กำหนดให้วันที่ ๑ ตุลาคมของทุกปี เป็นวันผู้สูงอายุโลก (resolution ๔๕/๑๐๖) ปี ๑๙๙๑ ได้กำหนดหลักการของ ‘Add life to the years that have been added to life’ และได้กำหนดว่า ผู้สูงอายุ ต้องพึ่งพาตนเองได้ มีส่วนร่วม ได้รับการเอาใจใส่ รู้สึกถึงความสำเร็จของตนเอง และมีศักดิ์ศรี และในการประชุมทุกๆปี ประเด็นของผู้สูงอายุเป็นประเด็นสำคัญที่มีการติดตามความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง ที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก ปี ค.ศ. ๒๐๑๒ (WHA๖๕) ได้มีมติ WHA๖๕.๓ ซึ่งครอบคลุมเรื่องการพัฒนาความเข้มแข็งของนโยบายการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD) เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนสูงวัยอย่างมีสุขภาพดีและได้กระตุ้นเตือนให้ประเทศสมาชิก พัฒนานโยบาย พัฒนาโปรแกรม นำไป

ปฏิบัติ ติดตามและประเมินผลสัมฤทธิ์ โดยเน้นว่าการปฏิบัติตามนโยบายดังกล่าวต้องใช้ความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค NCD เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพสูง ทั้งนี้เพื่อให้เกิดผลลัพธ์สูงสุดคือ เพื่อให้ประชาชนสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี ยังประโยชน์ต่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจ สังคมและสุขภาวะที่ยั่งยืนของพลเมือง ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกได้ผลิตเอกสาร Active ageing; a policy framework: WHO ๒๐๐๒, WHO Global strategy and action plan on ageing and health in the year ๒๐๑๗ อันมีเป้าหมายให้ประชากรโลกอายุยืนยาวและมีสุขภาพดี ร่วมกับ แผนกลยุทธ์ ๕ ข้อ ได้แก่ ๑) ทุกประเทศสมาชิกทั่วโลกยอมรับในพันธกิจในการผลักดัน healthy aging ๒) พัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ ๓) วางระบบบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ๔) พัฒนาระบบการดูแลระยะยาวที่ยั่งยืนสำหรับผู้สูงอายุ และ ๕) พัฒนาระบบการวัด ติดตามผลลัพธ์ และงานวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เพื่อเป็นกรอบให้ประเทศสมาชิกใช้ดำเนินงาน

อย่างไรก็ตามมีข้อสังเกตจากการรายงานของ DG ว่า ประเทศเป้าหมาย ประมาณ ร้อยละ ๒๐ ยังไม่ได้มีการกำหนดแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านผู้สูงอายุ และหลายประเทศยังขาดการบูรณาการทุกภาคส่วนในแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

สหรัฐอเมริกา แคนาดา จีน รายงานความก้าวหน้าในการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ด้านผู้สูงอายุ และแสดงความห่วงใยเรื่องการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุในทุกประเทศทั่วโลก พร้อมกับเสนอเรื่องการควบคุม NCD ในทุกช่วงวัยเพื่อส่งเสริม healthy aging

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ห่วงใยประเทศที่ยังไม่มีแผนระดับชาติด้านผู้สูงอายุ กระตุ้นเตือนให้ประเทศสมาชิกมีแผนผู้สูงอายุ และใช้ evidences เพื่อ วางนโยบายและใช้เป็นกรอบในการตัดสินใจ บรรจุประเด็นผู้สูงอายุในทุก agenda ที่เกี่ยวข้อง เพราะโลกกำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบในเวลาอันใกล้ ปรับมุมมองเกี่ยวกับผู้สูงอายุ โดยมองว่าผู้สูงอายุเป็นทรัพย์สินของสังคมและเป็นผู้สร้างสรรค์ มากกว่ามองว่าผู้สูงอายุเป็นภาระ

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ประธานได้ระบุว่าในการประชุม WHA๗๒ จะมีการนำเสนอร่าง the Decade of Healthy Ageing ซึ่งเป็นการวางกรอบใหม่ในการรับมือสังคมสูงวัย

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

สมาพันธ์สภาวิชาชีพควรร่วมกันกำหนดหลักสูตรฝึกอบรมระยะสั้นสำหรับการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้หลัก Interdisciplinary Education

การทำงานในระดับนานาชาติ

ทำวิจัยร่วมกันกับประเทศใน SEARO เพื่อพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมระยะสั้นสำหรับการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้หลัก Interdisciplinary Education และติดตามประเมินผลหลักสูตร

Intervention I. The Global strategy and action plan on ageing and health 2016–2020: towards a world in which everyone can live a long and healthy life

Thank you chair,

Thailand would like to urge all member state to announce a national health policy on aging and health to ensure that the Global strategy and action plan on ageing and health will be achieved within 2030. We also need to shift the paradigm to see elderly as ‘assets or human capital’ not a ‘burden’ of society.

All member state should be aware of the development of age-friendly environments, raising awareness about the autonomy, dignity and engagement of older people and actively work on advocacy for healthy ageing over the life course, combat age-based discrimination and elderly abuse in all forms.

Since older people experience multiple pathology, especially non-communicable diseases, and need assistive devices to maintain their autonomy. All other relevant WHO resolutions must address clearly the issue of aging in each article.

Thailand requests the DG to provide technical support to Member States of which do not have the national plan to establish both short and long term national plans for healthy ageing; to develop health and long-term care systems that can deliver good-quality integrated care; to implement evidence-based interventions that deal with key determinants of healthy ageing; and to strengthen systems to collect, analyze, use and interpret data on healthy ageing over time and to address clearly the issue of ageing in other relevant WHO resolutions.

Finally Thailand is looking forward to seeing the final proposal for the Decade of Healthy Ageing which will be considered by the Seventy-second World Health Assembly next year

Thank you chair

Agenda 20.3 K. Promoting the health of refugees and migrants (resolution WHA70.15 (2017))

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นายแพทย์นเรศฤทธิ์ ชัดระสีมา กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
๒. ดร. เกสัชกรหญิงนพคุณ ธรรมธัชอารี สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
๓. ดร. ทันตแพทย์หญิงวิภา ปานิชเกรียงไกร สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๔. นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

สาระสำคัญของวาระ

ตามเอกสารการประชุม WHA 70.15 (2017) สืบเนื่องจากที่ประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก สมัยที่ ๑๔๐ เมื่อเดือนมกราคม ๒๕๖๐ ที่ประชุมมีมติรับข้อเสนอร่าง framework of priorities and guiding principle to promote the health of refugees and migrants ในการประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลก ครั้งที่ ๗๐ เพื่อสื่อสารกับประเทศสมาชิก และหน่วยงานระดับนานาชาติที่เกี่ยวข้อง ได้นำกรอบแนวทางการดำเนินงานไปสู่การขับเคลื่อนระดับโลก ภูมิภาค และประเทศสมาชิก ให้เกิดการสนับสนุนกฎหมาย นโยบาย การพัฒนาศักยภาพในเรื่องปัจจัยทางสังคมที่กระทบต่อสุขภาพ ระบบข้อมูลและการติดตามประเมินผล การลดอัตราการป่วยตาย ดูแลสุขภาพของเด็กและสตรี การดูแลที่มีคุณภาพและต่อเนื่อง ระบบอาชีวอนามัยที่มีประสิทธิภาพ ผ่านบทเรียน ประสบการณ์ การทำงานของประเทศสมาชิกที่ประสบความสำเร็จ กลไกการมีส่วนร่วมระหว่างประเทศสมาชิก และองค์กรที่เกี่ยวข้อง รวมถึงระดับนานาชาติ เพื่อให้สามารถดำเนินการที่จะบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ความก้าวหน้าของการดำเนินงานได้ร่วมกับกลุ่มประเทศสมาชิกในการพัฒนา ตามหลักการ “Making migration work for all” โดยเนื้อหาหลักการสำคัญของร่าง ประกอบด้วย สิทธิในการได้รับบริการที่ดีที่สุดที่สามารถจะพึงได้ในด้านสุขภาพกาย และสุขภาพจิต ได้รับการปฏิบัติอย่างเสมอภาค มีความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ระบบสุขภาพต้องคำนึงถึงผู้อพยพ และผู้ลี้ภัย ไม่จำกัดแนวทาง/วิธีการรักษาพยาบาล บูรณาการอย่างเป็นองค์รวมในนโยบายของรัฐต่อผู้อพยพ และผู้ลี้ภัย สามารถมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้อง และมีการประสานงานในหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ได้มีการแสดงความเห็นเป็นลักษณะของ Cluster Health System ของตัวแทนกลุ่มประเทศสมาชิก เช่น เซียร์ราลีโอน ซึ่งเป็นตัวแทน กลุ่มประเทศภูมิภาคแอฟริกา Guatar และ ภูมิภาค ยุโรป UK อิตาลี เป็นต้น มีท่าทีสนับสนุนต่อร่าง และการดูแลเพื่อสิทธิมนุษยชนดังกล่าว สำหรับภายใต้ความเห็นเป็นหนึ่งในเดียวของกลุ่มประเทศสมาชิกเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (SEA ROV) โดยมีประเทศศรีลังกาเป็นตัวแทน ได้ให้ความเห็นสนับสนุน โดยมีการเข้าร่วมโปรแกรมระดับชาติซึ่งพัฒนาโดยประเทศบังคลาเทศ ให้ความสำคัญต่อการปรับปรุง การดูแลสถานะสุขภาพของกลุ่มประชากรผู้อพยพ และผู้ลี้ภัย โดยบังคลาเทศได้ให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพกลุ่มประชากรโรฮิงญา ซึ่งมีการอพยพ เคลื่อนย้ายของประชากร เพื่อช่วยหยุดยั้งการระบาดของโรคโปลิโอจากประเทศอินเดีย การประเมินสถานะสุขภาพของผู้ที่ต้องการการขอใบอนุญาตเข้าประเทศและพักอาศัยในระยะยาว กรณีที่พบผลตรวจเป็นบวกต่อ TB, HIV, Malaria และ Filariasis เพื่อการรักษาและติดตาม เป็นการปกป้องสาธารณสุขด้านสุขภาพ และให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยในกลุ่มผู้อพยพเหล่านี้จะสามารถเข้าถึงการรักษา ยกตัวอย่าง ประเทศไทย ได้มีการให้ ARV กับผู้ป่วยในกลุ่มนี้ เช่นเดียวกับ ประเทศเนปาล ศรีลังกา ซึ่งมีนโยบายการเข้าถึงบริการสาธารณสุขให้กับประชากรกลุ่มนี้ในทุกรูปแบบ มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ และรวมถึงระบบการติดตามภาวะสุขภาพ และเรียกร้องให้ WHO ได้ผลักดัน วาระของการดูแลสุขภาพผู้อพยพ และผู้ลี้ภัย ใน Global Compact ให้เกิดการดำเนินงาน และความร่วมมือในทุกภาคส่วนต่อไป

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (แนบ intervention ตอนท้าย)

ประเทศไทยสนับสนุนร่างดังกล่าว ตามข้อเสนอของประเทศศรีลังกา ภายใต้ความเห็นเป็นหนึ่งในเดียวของกลุ่มประเทศสมาชิกเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (SEA ROV) และมุ่งมั่น ขับเคลื่อนการดำเนินการตามกรอบแนวทางที่ได้วางไว้ โดยให้ความชื่นชมกับทีมเลขานุการในการประสานการพัฒนาร่างดังกล่าวร่วมกับ UNHCR และทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำเข้าข้อมูล และสนับสนุนเทคนิควิชาการแก่ประเทศที่ดูแลผู้อพยพและผู้ลี้ภัย และบรรจุอยู่ในร่าง 13th General programme of work, 2019-2023 เพื่อนำไปสู่ความเชื่อมั่นในการดำเนินการให้เกิดผลลัพธ์อย่างจริงจังต่อไป แม้ว่าจะมีความมุ่งมั่น การกำหนดนโยบาย และนำไปสู่การดำเนินงานเพื่อให้เกิดความยั่งยืน สามารถเป็นตัวอย่างเป็นหลายๆ ประเทศ แต่กลไกการสนับสนุนของ WHO ที่จะช่วยสร้างความเข้มแข็ง และบูรณาการระหว่างทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ยังเป็นส่วนที่สำคัญ โดยเฉพาะ การสร้างความเข้มแข็งของประเทศสมาชิกที่ดูแลผู้อพยพ และลี้ภัยให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน ผ่านกรอบยุทธศาสตร์ กระบวนการ ตามแนวทาง 13th general programme of work ซึ่งได้กำหนดเป้าหมาย “Triple billion Goal” ประเด็นที่ควรให้ความสำคัญในการที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ คือ การประเมิน ติดตาม การรายงานความก้าวหน้าของการดำเนินการ และผลลัพธ์ตามเป้าหมายในแต่ละระยะให้ต่อเนื่องต่อไป

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับทราบ และเห็นชอบตามร่างข้อเสนอ ตามเอกสาร WHA 70.15 (2017)

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

กองการต่างประเทศ นำร่างตามเอกสาร WHA 70.15 (2017) เสนอต่อกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ใช้เป็นกรอบแนวทางการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการดูแลด้านสิทธิมนุษยชน ให้กับกลุ่มผู้อพยพ และกลุ่มผู้ลี้ภัยเพื่อการดำเนินงานที่ต่อเนื่องของไทยต่อไป

การทำงานในระดับนานาชาติ

ร่วมผลักดัน ให้ WHO นำวาระของการดูแลสุขภาพผู้อพยพ และผู้ลี้ภัย ใน Global Compact ให้เกิดการดำเนินงาน และความร่วมมือในทุกภาคส่วน และสนับสนุนให้เกิดการประเมิน ติดตาม การรายงานความก้าวหน้า และผลลัพธ์ตามเป้าหมายในแต่ละระยะให้ต่อเนื่องต่อไป

Intervention on agenda 20.3 K. Promoting the health of refugees and migrants (resolution WHA70.15 (2017))

Delivered by Dr. Naretrit khadthasrima

Thank you, Chair.

Thailand aligns ourselves with statement made by Sri Lanka on behalf of South East Asia Region and strongly support to adopt the resolution.

Thailand appreciates the efforts of WHO secretariat in providing the report A71/41 regarding framework of priorities and guiding principles to promote the health of refugees and migrants.

We recognize the significant progress of the development and closely worked with UNHCR and other parties. The development of draft global action was created carefully and provided the necessary capacity for relevant stakeholder. Moreover, this framework already included in the draft thirteenth general programme of work, 2019-2023 to ensure the member states for addressing.

However, of each region in certain points of the implementation in particular the political commitment to and action on “Making migration work for all” approach. Although efforts have been made substantially in the area sharing experiences on adaptation, mechanism support for inter-sectoral contribution by WHO is important.

Regarding sustainable strategic priorities in general programme of work, the commitment of host refugees and migrants to achieving the “triple billion” goal is crucial. Therefore, measurement and reporting in terms of its progress and achievement should be concerned.

Thank you, Chair.

Agenda 20.3 L. Strengthening integrated, people-centred health services (resolution WHA 69.24, 2016)

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. แพทย์หญิงปฐมพร ศิริประภาศิริ กรรมการแพทย์
๒. ดร. ทันทแพทย์หญิงวิริศา พานิชเกรียงไกร สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๓. นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

สาระสำคัญของวาระ

วาระการติดตามการดำเนินการสร้างความเข้มแข็งของการจัดบริการโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สืบเนื่องจากการข้อสรุปการประชุม WHA ๖๙.๒๔ ปี ๒๐๑๖ มุ่งเน้นการการจัดบริการตาม SDG ๓.๘ ว่าด้วยการเข้าถึงระบบประกันสุขภาพป้องกันการล้มละลายจากการรักษาพยาบาล กระตุ้นให้ประเทศสมาชิกจัดระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาล เพื่อให้มั่นใจได้ว่าประชาชนจะสามารถเข้าถึงการดูแลได้ตามนโยบาย

- ๑) จัดระบบประกันสุขภาพเพื่อกำจัดความไม่เท่าเทียมในการรับบริการสุขภาพ
- ๒) ใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการจัดบริการ
- ๓) ทุกภาคส่วนดำเนินการร่วมกันเพื่อตามแนวทาง health in all policies

โดยการดำเนินการให้แต่ละประเทศดำเนินการตามข้อมติต่างๆ เช่น การรับบุคลากรชาวต่างประเทศเข้าทำงาน การพัฒนาบุคลากร การพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพนำสู่กำหนดนโยบายและกำกับติดตาม การบริหาร

ระบบยาและเวชภัณฑ์ นวัตกรรม-เทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์ และยาสมุนไพร ตามกรอบการจัดบริการโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามบริบทของประเทศ กำหนดนโยบายเพื่อนำไปสู่ระบบประกันสุขภาพ การให้ความรู้ การป้องกันควบคุม วินิจฉัย รักษา ฟื้นฟู ตลอดจนการดูแลระดับประคอง ที่ตอบสนองความต้องการของประชาชน ปลอดภัย มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ อย่างเป็นองค์รวม

บทบาทและทำที่ของประเทศอื่นๆ

มีการรวม progress report health system

บทบาทและทำที่ของประเทศไทย (แบบ intervention ตอนท้าย)

ประเทศไทยซึ่งเป็นประเทศรายได้ปานกลาง สนับสนุนดำเนินการสร้างความเข้มแข็งของภาวะจัดบริการ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางอย่างจริงจัง ไทยเริ่มระบบหลักประกันสุขภาพตั้งแต่ปี ๒๐๐๒ เพื่อให้ประชาชนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงการบริการสุขภาพที่ปลอดภัย มีคุณภาพ และประสิทธิภาพ ระบบประกันสุขภาพควรดำเนินการในรูปแบบของนโยบายรัฐ และกำหนดให้มีหน่วยงานรับผิดชอบในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศ หน่วยงานกำหนดมาตรฐานการบริการสุขภาพและควบคุมคุณภาพการบริการ

อีกส่วนหนึ่งของปัจจัยความสำเร็จ คือ บุคลากรผู้ให้บริการตระหนักถึงประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับ สามารถปรับตัวกับการสังการรักษามีความคุ้มค่า ให้ผลการรักษาดี ในขณะที่ควบคุมรายจ่ายของโรงพยาบาลและประเทศ และเข้าใจการเพิ่มจำนวนผู้เข้ารับบริการจากการเข้าถึงที่เพิ่มขึ้นขึ้น สำหรับประเทศกำลังพัฒนา มนุษย์คือ ปัจจัยสำคัญของเป้าหมายการไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับทราบ

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

หน่วยงานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงหน่วยงานด้านการรักษาพยาบาลภาครัฐ ควรรับทราบนโยบายของ WHO เกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพ และร่วมกับ ๓ กองทุนในการกำหนดแนวทางจัดบริการสุขภาพที่เกิดประโยชน์กับประชาชน โดยสถานพยาบาลมีสภาพคล่องทางการเงินพอสมควร

การทำงานในระดับนานาชาติ

สนับสนุนการดำเนินนโยบาย universal health coverage ผ่านกระทรวงการต่างประเทศตามที่ได้รับคำร้องขอ

Intervention on agenda 20.3L Strengthening integrated, people-centred health services (resolution WHA 69.24, 2016)

Draft by Dr.Pathomphorn Siraprapasiri (not read this intervention)

Thank you, chair

Thailand, low-middle income country, sincerely support people centered health service. Thailand has started universal health coverage programs since 2002 for improve an access essential health care service with safety quality and effectiveness. Universal health coverage should implement as national policy and assign responsible organization to develop strategic plan appropriate to country contents, and organization of standard of health care and service accreditation.

In addition, an important factor is human resource mindset who realized the benefit of people, adjusted a valued treatment for good results while control hospital expenditure and national budgets, understood the increasing number of patients from the increasing access. In developing countries. human is the key success for an objective “Leaving No One Behind”

Thank you, chair

Agenda 20.3 O. Availability, safety and quality of blood products (resolution WHA63.12 (2010))

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นายแพทย์ดลสุข พงษ์นิกร กรมการแพทย์
๒. รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ โตสิงห์ สภาการพยาบาล
๓. ดร. ทันทแพทย์หญิง วิชา พานิชเกรียงไกร สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

สาระสำคัญของวาระ

มติ WHA๖๓.๑๒ เมื่อปี ๒๐๑๐ ได้เรียกร้องให้ประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลก ดำเนินการพัฒนาให้มีนโยบายและแผนการให้บริการโลหิตแห่งชาติ ซึ่งครอบคลุมเกี่ยวกับการมีโลหิตที่ปลอดภัย มีคุณภาพดี และมีใช้อย่างเพียงพอในแต่ละประเทศ ซึ่งเน้นแหล่งที่มาของโลหิตจากการรับบริจาคโดยไม่มีการจ่ายค่าตอบแทน นอกจากนี้ยังรวมถึงการพัฒนาและควบคุมคุณภาพในการนำพลาสมามาสกัดแยกเป็นผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ที่สำคัญ โดยมีมติให้รายงานความก้าวหน้าทุก ๔ ปี คือ ปี ๒๐๑๔ และ ๒๐๑๘ ปัจจุบันประเทศไทยใช้นโยบายบริการโลหิตแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๓ ซึ่งเป็นฉบับที่ ๓ โดยมี ๘ เป้าประสงค์ได้แก่ ๑) การบริหารจัดการงานบริการโลหิตของประเทศมีประสิทธิภาพ และมีการประสานงานอย่างเป็นเอกภาพ โดยศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย เป็นองค์กรหลัก ๒) มีโลหิตในปริมาณเพียงพอต่อความต้องการของประเทศ ๓) ผู้ป่วยได้รับโลหิตที่ปลอดภัย ตามหลักการขององค์การอนามัยโลก ๔) งานบริการโลหิตมีคุณภาพในทุกกระบวนการและทุกระดับ

๕) มีการใช้โลหิตอย่างเหมาะสม มีเกณฑ์ และแนวปฏิบัติไปในทางเดียวกัน ๖) มีกฎ ระเบียบ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับงานบริการโลหิตตามความเหมาะสมและจำเป็น ๗) การศึกษาวิจัยด้านบริการโลหิตได้รับการส่งเสริมสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ๘) การผลิตผลิตภัณฑ์จากพลาสมาเพื่อใช้รักษาผู้ป่วย ได้รับการส่งเสริม และพัฒนา เพื่อลดการนำเข้าจากต่างประเทศ โดยมีศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทยเป็นองค์กรหลัก ๙) บริการเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตจากอาสาสมัครผู้บริจาคเซลล์ต้นกำเนิดให้แก่ผู้ป่วยได้รับการพัฒนาเพื่อมุ่งสู่คุณภาพตามมาตรฐานสากล

ฝ่ายเลขานุการองค์การอนามัยโลกรายงานความก้าวหน้าของวาระนี้ใน WHA๗๑ ปี ๒๐๑๘ โดยได้รายงานถึงบทบาทของ WHO ในการสนับสนุนและเพิ่มศักยภาพระบบบริการโลหิตของประเทศสมาชิก รวมถึงระบบเฝ้าระวังความปลอดภัยของโลหิต และการพัฒนาเครื่องมือและแนวทางในการควบคุมคุณภาพและความปลอดภัยของการให้บริการโลหิต

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ไม่มี

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (แนบ intervention ตอนท้าย)

ถึงแม้ประเทศไทยจะมีปริมาณโลหิตในภาพรวมเพียงพอต่อความต้องการของประเทศ แต่ในบางสถานการณ์ยังเกิดภาวะขาดแคลนโลหิตในบางพื้นที่ ซึ่งจำเป็นต้องขอรับบริจาคเป็นการเร่งด่วน ทั้งนี้ประเทศไทยมีความกังวลถึงปัจจัยที่ทำให้ปริมาณโลหิตจากการบริจาคลดลง ซึ่งได้แก่ อายุของประชากรที่มากขึ้นทำให้ไม่สามารถบริจาคได้ตาม Criteria for Blood Donor Selection และการรักษาทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าขึ้นจำเป็นต้องใช้ผลิตภัณฑ์จากโลหิตมากขึ้น ทั้งนี้การจะปรับเกณฑ์อายุของผู้บริจาคจำเป็นต้องพิจารณาถึงผลเสีย และความปลอดภัยของผู้บริจาคด้วย นอกจากนี้ประเทศไทยสังเกตเห็นประโยชน์ของการใช้ social media ในการส่งเสริมการบริจาคโลหิต แต่ก็มีมีความกังวลถึงปัญหาการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่อาจเกิดจากการใช้ social media ได้ ประเทศไทยได้กระตุ้น WHO ให้ส่งเสริมการวิจัยหาเทคโนโลยีในการผลิตสารที่ทดแทนโลหิต และสนับสนุนการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ที่สกัดแยกจากพลาสมาที่มีราคาถูกลง ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพเหมาะสมกับแต่ละประเทศ

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

รับทราบรายงาน

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

ควรสนับสนุนให้หน่วยงานที่มีการให้บริการทางโลหิต รายงานข้อมูลการเฝ้าระวังความปลอดภัยของโลหิตให้ครอบคลุมและถูกต้อง เพื่อให้ได้ข้อมูลของประเทศ (National Hemovigilance) นำไปสู่การใช้ข้อมูลในการวางแผนและบริหารจัดการต่อไป

Agenda 20.3 P. Human organ and tissue transplantation (resolution WHA 63.22, 2010)

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. แพทย์หญิงปฐมพร ศิริประภาศิริ กรมการแพทย์
๒. ดร. ทนตแพทย์หญิงวิโรจนา พานิชเกรียงไกร สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๓. นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

สาระสำคัญของวาระ

วาระการติดตามการดำเนินการเกี่ยวกับการปลูกถ่ายอวัยวะและเนื้อเยื่อ สืบเนื่องจากการข้อสรุปการประชุม WHA ๖๓.๒๒ ปี ๒๐๑๐ มีการรับรอง WHO Guideline Principles on Human Cell, Tissue and Organ Transplantation ซึ่งกำหนดและบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการได้มาและการปลูกถ่ายอวัยวะ สร้างกระบวนการการรับบริจาคอวัยวะภายในประเทศตามความสมัครใจทั้งในผู้ที่มีชีวิตและการแสดงความประสงค์การบริจาคอวัยวะเมื่อเสียชีวิตต่อต้านการค้าอวัยวะทุกรูปแบบ สร้างการรับรู้ให้บุคลากรทางการแพทย์ถึงการขีดความสามารถในการปลูกถ่ายอวัยวะของประเทศ อย่างไรก็ตามให้ระมัดระวังการให้บริการที่ผิดกฎหมาย จัดให้มีระบบการรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะที่โปร่งใสร่วมกันระหว่างภาครัฐ มุนิธิและองค์กรภาคประชาสังคม พัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในการให้บริการครบวงจร กำหนดให้มีองค์กรเฉพาะกิจที่มีอำนาจหน้าที่ในการควบคุมกำกับกับการบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะประสานงานดูแลผู้บริจาค ควรสร้างความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ ติดตามผลการรักษาทั้งในผู้บริจาคและผู้รับบริจาคระยะยาว และสร้างระบบการสืบค้นย้อนหลังถึงที่มาของอวัยวะ

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

มีการรวม progress report health system

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (แนว intervention ตอนท้าย)

ประเทศไทยตระหนักถึงความสำคัญและสนับสนุนของการพัฒนาการปลูกถ่ายอวัยวะ เนื่องจากเห็นประโยชน์ของการปลูกถ่ายอวัยวะว่าช่วยยืดอายุและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้สูญเสียการทำงานของอวัยวะเป็นอย่างมาก ทั้งนี้ปัจจัยความสำเร็จของการพัฒนาการเข้าถึงบริการขึ้นกับจำนวนอวัยวะที่บริจาค ทั้งนี้การประชาสัมพันธ์ สาธารณะ และนโยบายของรัฐบาลช่วยให้เพิ่มจำนวนประชาชนผู้บริจาคด้วยความสมัครใจ รวมถึงการจัดกระบวนการนำอวัยวะที่บริจาคออกจากร่างผู้บริจาค การนำส่ง และปลูกถ่ายสู่ผู้รับบริจาคที่มีประสิทธิภาพ ช่วยป้องกันการเกิดการสูญเสียอวัยวะ

โดยดำเนินการต้องยึดตามหลักการองค์การอนามัยโลก WHO Guideline Principles on Human Cell, Tissue and organ Transplantation ว่าด้วยการได้มาของอวัยวะอย่างถูกต้องตามหลักการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และความสมัครใจ ป้องกันการค้าอวัยวะ ตลอดจนการดูแลรักษาทั้งผู้บริจาคและผู้รับบริจาคตามมาตรฐานความปลอดภัยและคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดตลอดช่วงระยะเวลาที่มีชีวิตอยู่

สรุปผลลัพธ์ของวาระ
ที่ประชุมรับทราบ

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

๑. มอบหมายให้ผู้รับผิดชอบงานปลูกถ่ายอวัยวะของกรมการแพทย์และ service plan การปลูกถ่ายอวัยวะ ดำเนินการผลักดันการปลูกถ่ายอวัยวะตามข้อมติ WHA ๗๑ ให้เป็นนโยบายระดับชาติ
๒. หน่วยงานที่รับผิดชอบ สร้างเครือข่ายความร่วมมือกับสมาคมวิชาการ มูลนิธิภาคประชาสังคม ดำเนินโครงการ รักษาคัดตัวชีวิตและติดตามผลการดำเนินงานที่สอดคล้องกับข้อมติสากลอย่างเป็นระบบ เพื่อพัฒนาการบริการภายในประเทศ และเตรียมรายงานต่อที่ประชุม WHA ตามวาระ

การทำงานในระดับนานาชาติ

กรมการแพทย์จัดทีมงานรับผิดชอบพัฒนาวิชาการ และให้ความช่วยเหลือประเทศประเทศต่างๆ เพื่อแผ้วความสำเร็จสู่นานาชาติ

Intervention on agenda 20.3 P. Human organ and tissue transplantation (resolution WHA 63.22, 2010)

Draft by Dr.Pathomphorn Siraprapasiri (not read this intervention)

Thank you, chair

Thailand concern the important of human tissue and organ transplantation which is benefit on prolong survival and quality of life to safe life of the recipient who has organ failure.

Key success factor of access to organ transplantation is increasing number of donated organs. Public announcement and national policies will recognize an ability to express an intention of organ donation. Efficiency processes of harvesting, transferring and transplantation organ can reduce loss of donated organs.

However, donated procedure must follow WHO Guideline Principles on Human Cell, Tissue and organ Transplantation which mention to human dignity and solidarity, prevention trafficking organs and standard of care in donor and recipient.

Thank you, chair

Agenda 20.3 Q. WHO strategy on research for health

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. เกษัชกรหญิงนพคุณ ธรรมธัชอารี สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
๒. ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประเสริฐ อัสสันตชัย คณะแพทยศาสตร์ ศิริราช
๓. ดร. ทันทแพทย์หญิงวิภา พานิชเกรียงไกร สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๔. นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

สาระสำคัญของวาระ

เป็นการรายงานความก้าวหน้าภายหลังจากที่ได้มีมติสมัชชานามัยโลกสมัยที่ ๖๐ และ ๖๓ คือ WHA60.15 (2007) และ WHA63.21 (2010) ซึ่งมีการรายงานความก้าวหน้าครั้งสุดท้ายเมื่อปี ๒๐๑๒ ใน progress report A65/26 หลังจากนั้นแล้ว วาระนี้ไม่มีการรายงานความก้าวหน้าในการดำเนินงานเพิ่มเติมอีก จากที่กำหนดให้รายงานทุก ๒ ปี

จากมติสมัชชานามัยโลกสมัยที่ ๖๓ WHO คาดหวังให้ประเทศสมาชิกมีการผลักดันยุทธศาสตร์งานวิจัยระดับชาติ โดยเฉพาะในประเทศระดับรายได้ต่ำถึงปานกลาง มีการลงทุนในด้านงานวิจัย มีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ เสริมสร้างศักยภาพนักวิจัยให้เกิดเครือข่ายนักวิจัย ที่มีการประเมินผลกิจกรรมและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านงานวิจัยอย่างสม่ำเสมอ

โดยรวมจาก progress report ในปี 2012 WHO ประสบความสำเร็จในการผลักดันให้ประเทศสมาชิกสร้างความร่วมมือระหว่างภูมิภาคในการสร้างศักยภาพงานวิจัย ผ่านกรอบแนวคิดและแนวทางการดำเนินงานที่ WHO เสนอ เช่น ทวีปแอฟริกาเตรียมประกาศ “Algiers Declaration to Strengthen Research for Health: Narrowing the Knowledge Gap to Improve Africa’s Health” กลุ่มประเทศเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออกมีการประชุม “Eastern Mediterranean Regional Advisory Committee for Health Research” เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม ความร่วมมือระดับภูมิภาคที่มีผลงานโดดเด่น ได้แก่ เครือข่าย PAHO (Pan American Health Organization) ที่สนับสนุนงบประมาณในการวิจัยระบบสุขภาพที่พัฒนานโยบายจากการวิจัยเพื่อนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ หรือการวิจัยประเมินผลเพื่อปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงนโยบายที่มีอยู่แล้ว และเครือข่ายทวีปยุโรปที่ได้จัดตั้ง Evidence Informed Policy Network (EVIPNet) ที่ให้ทุนการจัดตั้งเครือข่ายนักวิจัยเพื่อสร้างความรู้ที่นำไปสู่การปฏิบัติได้

ผลงานของ WHO ที่ต่อเนื่องมาจากการประกาศมติสมัชชานามัยโลกสมัยที่ ๖๓ นั่นคือในปี 2013 WHO ออกรายงาน World Health Report ภายใต้อชื้อ Research for Universal Health Coverage ซึ่งเน้นความสำคัญของการใช้งานวิจัยระบบสุขภาพเป็นส่วนสำคัญในการผลักดันนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งการผลักดันให้เกิดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นตัวอย่างหนึ่งที่เราเห็นได้ชัดว่าการผลักดันนโยบายสุขภาพจะต้องอาศัยการขับเคลื่อนจากผลงานวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้องอย่างรอบด้าน

<เนื้อหาด้านล่างสรุปจากการประชุม committee B ที่เป็นการรวม sub-items ของหัวข้อ health systems เข้าไว้ด้วยกัน>

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศสมาชิกที่เสนอ intervention ส่วนใหญ่ ได้แก่ ศรีลังกา อิตาลี อิรัก ญี่ปุ่น กาตาร์และเครือข่ายประเทศแอฟริกา แสดงท่าทีสนับสนุนให้ WHO และประเทศสมาชิกให้ความสำคัญกับ migrant health ที่มีการนำเสนอ framework ไปใน WHA70 เพื่อให้ผู้อพยพรวมถึงคนไร้รัฐได้เข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นอย่างเหมาะสมตามสิทธิมนุษยชนและกฎหมายที่คุ้มครองผู้อพยพและคนไร้รัฐ โดยที่ศรีลังกาได้แสดงความชื่นชมประเทศไทย ในการให้ free access ในการใช้บริการสุขภาพให้คนกลุ่มนี้ด้วย

ประเด็นอื่นๆที่ประเทศสมาชิกกล่าวถึง ได้แก่ เรื่องงบประมาณด้านงานวิจัยที่จะไปสู่ UHC และ SDG การร่วมมือระดับเครือข่ายที่จะเสริมความมั่นคงของระบบสุขภาพทั้งในระดับประเทศ เครือข่ายความร่วมมือระดับภูมิภาค และระดับโลก ที่ WHO ควรให้ความสำคัญด้วย

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (แนว intervention ตอนท้าย)

ขอให้ฝ่ายเลขานุการดำเนินการสนับสนุนงานวิจัยของประเทศสมาชิก โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนาตามมติสมัชชานามัยโลก เพื่อผลักดันให้ประเทศสมาชิกมุ่งสู่ UHC ซึ่งเป็นเป้าหมายหนึ่งของ SDG โดยมีการสนับสนุนด้านงบประมาณให้เกิดการทำงานและมีงานวิจัยสุขภาพที่เป็นประเด็นสำคัญลำดับต้นของประเทศ นอกจากนั้นไทยได้แสดงความชื่นชม WHO ที่ให้ความสำคัญในการสร้างกระบวนการที่ส่งเสริมให้เกิด migrant health โดยเน้นย้ำให้เห็นความสำคัญของกระบวนการประเมินผลความร่วมมือ ผ่านผู้ประเมินทั้งภายในและภายนอกอย่างสม่ำเสมอ

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับทราบการรายงานความก้าวหน้า โดยในเรื่อง migrant health ฝ่ายเลขานุการกำลังรวบรวมข้อมูลที่ได้เปิดให้มีการส่งเรื่องราว best practice ได้แก่ case study นโยบายและแผนยุทธศาสตร์ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเรื่อง migrant health เพื่อทำการร่าง global action plan ซึ่งคาดว่าจะได้ร่างแรกในช่วงครึ่งหลังของปี 2018 และจะทำการขอความเห็นต่อไป

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

เพิ่มการประสานความร่วมมือระหว่างกรม กอง และหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง โดยสำนักสาธารณสุขระหว่างประเทศเป็นตัวเชื่อมประสานระหว่างองค์การอนามัยโลกและหน่วยงานในประเทศไทย

การทำงานในระดับนานาชาติ

หน่วยงานต่างๆปฏิบัติตามข้อมติ และมีการประเมินติดตามการทำงานในประเด็นต่างๆ อย่างต่อเนื่อง

Agenda 20.3 R. Workers' health: global plan of action (resolution WHA60.26 (2007))

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นางสาวพนิศา เจริญสุข กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย
๒. รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ โตสิงห์ สภาการพยาบาล

สาระสำคัญของวาระ

วาระนี้เกี่ยวข้องกับข้อมติจากการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่๖๐ (ปี ๒๐๐๗) พ.ศ.๒๕๕๐ WHA๖๐.๒๖ มีการพิจารณาและรับรองร่างแผนระดับโลกในการปฏิบัติการเกี่ยวกับสุขภาพคนทำงาน ปี ๒๐๐๘-๒๐๑๗ (Global Plan of Action on Workers' Health ๒๐๐๘-๒๐๑๗) อ้างถึงข้อมติ WHA ๔๙.๑๒ ที่มีการรับรองยุทธศาสตร์โลกสำหรับอาชีวอนามัยสำหรับทุกคน และข้อตกลงว่าด้วยกรอบการส่งเสริมอาชีวอนามัยความปลอดภัยและสุขภาพปี ๒๐๐๖ (๒๕๕๙) ได้นิยามสุขภาพคนทำงานหมายรวมถึงสิ่งคุกคามจากการทำงานและปัจจัยทางสังคม ปัจเจกบุคคลและบริการสุขภาพ และเน้นส่งเสริมการป้องกันระดับปฐมภูมิโดยการพัฒนาสถานที่ทำงานที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี สุขภาพคนทำงานมีความสำคัญเนื่องจากส่งผลต่อความสามารถในการผลิตสินค้าและการพัฒนาด้านเศรษฐกิจ และขอให้ WHO รายงานความก้าวหน้าในการดำเนินงานตามแผนดังกล่าว ในการประชุม สมัชชาอนามัยโลก ผ่านทางการประชุม Executive Board ครั้งที่ ๑๓๒ ปี ๒๐๑๓ และครั้งที่ ๑๔๒ (๒๐๑๘)

รายงานฉบับนี้แสดงให้เห็นถึงความคืบหน้าการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการระดับโลกเกี่ยวกับสุขภาพคนทำงาน (๒๐๐๘-๒๐๑๗) ซึ่งได้ดำเนินการตาม ๕ วัตถุประสงค์คือ ๑) เพื่อออกแบบและดำเนินการเครื่องมือทำงานนโยบายเกี่ยวกับสุขภาพคนทำงาน โดย WHO ให้การสนับสนุนทางวิชาการในการพัฒนาข้อมูลระดับประเทศและแผนปฏิบัติการสำหรับสุขภาพคนทำงาน และสร้างความร่วมมือกับองค์กรแรงงานระหว่างประเทศในการทำโครงการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในคนทำงาน ๒) เพื่อปกป้องและส่งเสริมสุขภาพ ณ สถานที่ทำงาน โดยมีการทำคู่มือ สร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในคนงาน การจัดการความเสี่ยงจากไวรัส อีโบล่า โรคติดต่อโดยแมลง ๓) การพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานและเข้าถึงบริการอาชีวอนามัย โดยมีการจัดประชุมในระดับภูมิภาค การพัฒนาเครื่องมือทางเศรษฐศาสตร์ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเพื่อใช้ในการวางแผนระดับประเทศในการจัดหาบริการปฐมภูมิ เครื่องมือพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ ประเมินค่าใช้จ่ายของระบบประกันสุขภาพแต่ละแบบ ๔) เพื่อสื่อสารข้อมูลสำหรับการปฏิบัติงาน โดยการจัดทำเกณฑ์การรับสัมผัสในคนทำงาน ประเมินภาระโรคจากการทำงาน ทำฐานข้อมูลสุขภาพคนทำงานระดับโลก ๕) บูรณาการประเด็นสุขภาพคนทำงานเข้ากับนโยบายต่างๆ เช่นการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ เทคโนโลยีสีเขียว

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ไม่มี

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

เห็นชอบกับรายงาน

- ให้ความสำคัญกับการเข้าถึงบริการด้านอาชีวอนามัย โดยเฉพาะแรงงานนอกระบบ และแรงงานต่างด้าว
- สนับสนุนความร่วมมือขององค์การอนามัยโลกกับองค์การแรงงานระหว่างประเทศในการพัฒนาเครื่องมือประเมินภาระโรคจากการทำงาน ซึ่งจะช่วยนำมาซึ่งข้อมูลประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายในการดำเนินงานด้านอาชีวอนามัย

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับทราบรายงาน

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

การทำงานในระดับประเทศ

- พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้รองรับโรคจากการประกอบอาชีพทั้งในกลุ่มคนงานและแรงงานนอกระบบ
- กรมควบคุมโรคร่วมกับกระทรวงแรงงานในการศึกษาภาระโรคจากการประกอบอาชีพ
- จัดทำฐานข้อมูลและพัฒนาระบบเฝ้าระวังการเจ็บป่วยในคนงานที่ได้รับสัมผัสแร่ใยหิน และผลักดันในระดับนโยบาย

การทำงานระดับนานาชาติ

- การแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ เกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพและโรคจากการประกอบอาชีพ
- การพัฒนามาตรฐานการรับสัมผัสสิ่งคุกคามต่อสุขภาพในที่ทำงาน

Intervention Agenda 20.3 Progress reports on Health systems

Delivered by Noppakun Thammatacharee (25/5/2018)

Thank you, Chair.

To achieve UHC as one of SDG targets, we urge WHO to provide technical support to Member States in implementing strategic purchasing to ensure high quality, affordable health benefits for population in relevant to their needs within limited health budget.

We do believe in power of research which would be the key tool to develop evidence-based policies. WHO should continue to provide strong support to Member States especially among developing countries in relevant to their health system research needs and to ensure adequate budget to facilitate implementation of WHO strategy on research for health.

Finally, Thailand appreciates WHO in giving priority to the topic of refugee and migrants in the thirteenth general programme of work, 2019-2023 to ensure that these vulnerable groups will not be left behind and we can achieve the “triple billion” goal. In addition, regular monitoring and reporting in terms of its progress and achievement should be prioritised.

Thank you, Chair.

Agenda 20.3 S: SMALLPOX ERADICATION: DESTRUCTION OF VARIOLA VIRUS STOCKS (resolution WHA60.1 (2007))

ผู้รายงาน

๑. นายวัฒนา มะสังหลง กรมควบคุมโรค
๒. นายแพทย์พิสุทธิ์ ชื่นจงกลกุล กรมควบคุมโรค

สาระสำคัญของวาระ

- การทำลายเชื้อไวรัสโรคฝีดาษที่เก็บไว้ในสหรัฐอเมริกาและสหพันธรัฐรัสเซียมีการถกเถียงมานานและยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนประเด็นที่เห็นต่างสำคัญ คือ ฝ่ายหนึ่งเห็นควรให้มีการรีบทำลายเนื่องจากกังวลเรื่องอาวุธชีวภาพ (Bioterrorism) อีกฝ่ายหนึ่งอยากเก็บไวรัสไว้เพื่อทำการวิจัยต่อเนื่อง และเพื่อทำวัคซีนในกรณีที่เกิดโรคอุบัติซ้ำ ทั้งนี้ประเด็นนี้เป็นประเด็นที่ซับซ้อนยืดเยื้อและเป็นประเด็นทางการเมือง
 - ที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๙ รับรองรายงาน และจะนำเรื่อง smallpox eradication เข้าในวาระการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๗๒ เพื่อขยายเวลาในการทบทวนเพิ่มเติม
 - รายงานความก้าวหน้าในปี ๒๐๑๗ นำเสนอข้อมูลภาพรวมของการดำเนินงานของฝ่ายเลขาฯ หลังจากการประชุม WHA ๗๐ รายงานนี้รวบรวมเอกสารประกอบและรายงานสรุปการประชุมครั้งที่ ๑๙ ของ WHO Advisory Committee on Variola Virus Research ที่กรุงเจนีวา เดือนพฤศจิกายน ค.ศ. ๒๐๑๗ และการตรวจสอบความปลอดภัยของห้องเก็บเชื้อทั้งสองแห่งซึ่งดำเนินการทุก ๒ ปี
 - Advisory Committee ได้ทบทวนโครงการวิจัย variola virus ที่เก็บไว้ พบว่าในปี ค.ศ. ๒๐๑๗ มี โครงการวิจัยจำนวน ๖ เรื่องส่งเข้ามาพิจารณาขอใช้ตัวอย่างเชื้อในการวิจัย ซึ่งโครงการดังกล่าวได้รับการประเมินโดย คณะอนุกรรมการด้านวิชาการภายใต้ Advisory Committee ซึ่งพิจารณาแล้วพบว่า “เป็นการวิจัยที่มีความสำคัญและเป็นประโยชน์ต่อการสาธารณสุขซึ่งมีความจำเป็นต้องใช้ live variola virus” โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นงานวิจัยที่มีประโยชน์ต่อการควบคุมโรคฝีดาษในลิง ซึ่งมีการระบาดอยู่ในแถบแอฟริกากลางและแอฟริกาตะวันตก
 - การตรวจสอบความปลอดภัยของห้องเก็บเชื้อซึ่งมีอยู่ ๒ แห่งในประเทศสหรัฐอเมริกาและรัสเซียดำเนินการทุก ๒ ปี ซึ่งได้มีการดำเนินการตรวจแล้วเสร็จที่ VECTOR ประเทศรัสเซียระหว่างวันที่ ๑๐-๑๕ ตุลาคม ค.ศ. ๒๐๑๖ และที่ CDC ประเทศสหรัฐอเมริกา ระหว่างวันที่ ๘ -๑๒ พฤษภาคม ค.ศ. ๒๐๑๗ โดยคณะผู้ตรวจจะเป็นกลุ่มเดียวกันทั้งหมด นำโดย WHO ทั้งนี้ แนวทางที่ใช้ในการตรวจสอบเป็นไปตาม European Committee for Standardization’s Laboratory Biorisk Management Standard CWA ๑๕๗๙๓ ซึ่งครอบคลุม ๑๖ ด้านของการจัดการความเสี่ยงของห้องปฏิบัติการทางชีวภาพ อนึ่ง รายงานการตรวจสอบคุณภาพดังกล่าวกำลังอยู่ในกระบวนการการตรวจสอบและรับรองขั้นสุดท้าย และจะถูกนำไปเผยแพร่บนเว็บไซต์ของ WHO สำหรับการตรวจสอบความปลอดภัยของห้องเก็บเชื้อจะเกิดขึ้นในปี ๒๐๑๘ และ ๒๐๑๙

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ที่ประชุมมีประเทศสมาชิกแสดงความเห็นเพียงแค่ ๓ ประเทศ ได้แก่ สหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น และไทยซึ่งความเห็นยังคงแบ่งเป็นสองฝ่ายคือให้ยังคงเก็บเชื้อไว้เพื่อทำวิจัยและศึกษาต่อ และฝ่ายที่มีความเห็นให้รีบทำลายโดยเร็วที่สุด ทั้งนี้ Secretariat ได้สรุปว่า แม้ว่าเชื้อจะยังไม่ได้มีการทำลายแต่ทาง WHO ได้มีการส่งผู้เชี่ยวชาญไปตรวจสอบ Biosafety and Biosecurity ทุกๆสองปี ณ สถานที่เก็บเชื้อทั้งสองแห่ง ได้แก่ รัสเซีย และสหรัฐอเมริกา โดยผลการประเมินนี้ทุกคนสามารถตรวจสอบข้อมูลได้ในเว็บไซต์ WHO

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

- ประเทศไทยรับทราบรายงานความก้าวหน้าของ WHO Director General พร้อมทั้งชื่นชมการปฏิบัติตามมติของ WHA สมัยที่ ๖๐ ซึ่งแนะนำให้มีการตรวจสอบความปลอดภัยของห้องเก็บเชื้อทั้งสองแห่ง ได้แก่ ที่รัสเซีย และ สหรัฐอเมริกา ซึ่งดำเนินการทุกๆ ๒ ปี
- WHO ยังไม่สามารถแก้ปัญหาข้อถกเถียงระหว่างประเทศสมาชิกซึ่งแบ่งเป็น ๒ ฝ่าย คือ ๑ ให้รีบทำลายไวรัสกับ ๒ ให้ยังคงมีเก็บไว้เพื่อทำการวิจัย ขณะเดียวกันประเทศไทยนั้นได้มีการยืนยันท่าทีเดิมให้ทำลายไวรัสให้เร็วที่สุด และอยากเห็นแนวทางและ timeline ที่ชัดเจนในการทำลายเชื้อไวรัสดังกล่าวนี้

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

รับทราบรายงานความก้าวหน้าของ WHO Director General ในเรื่องการตรวจสอบความปลอดภัยของห้องเก็บเชื้อซึ่งมีอยู่ ๒ แห่งในประเทศสหรัฐอเมริกาและรัสเซีย รวมถึงผลการวิจัยเชื้อดังกล่าว

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

- ติดตามรายงานความก้าวหน้าจาก Secretariat โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Timeline ในการทำลายเชื้อ variola virus

Intervention on Agenda 20.3 S. Smallpox Eradication: Destruction of Variola Virus Stocks

Delivered by Mr. Watana Masunglong

Thank you Mr.Chair,

As we have successfully eradicated smallpox for more than 3 decades and at present we have got a lot of advancements of researches and new tools for prevention and treatment of smallpox. The information from particular research is more than enough. As long as there are stocks of live variola virus, the threats posed by such stock outweigh the benefit and continue put the world at risk. Thailand does confirm our position that further researches should determine the timeline of the accomplishment and the virus should be destroyed as soon as possible.

We are looking forward to the peaceful consensus on this agenda. Thank you

สรุปผลการประชุม Side Meeting

Side Meeting on Alliance of Champions for Mental Health and Wellbeing

ผู้จัด รัฐมนตรีสาธารณสุขจากประเทศออสเตรเลีย แคนาดา สหภาพอังกฤษ

วันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๑ เวลา ๑๙.๓๐-๒๑.๐๐

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

แพทย์หญิงวิมลพัชร กิตติธระพันธ์ุ กรมสุขภาพจิต

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

ผู้เข้าร่วมประกอบด้วย

- Professor Dr Shekhar Saxena, Director of the Department of Mental Health and Substance Abuse (MSD), WHO
- รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขจากประเทศออสเตรเลีย อังกฤษ และแคนาดา
- ผู้แทนจากประเทศต่างๆ เช่น เกาหลีใต้ ไทย อินเดีย

สรุปสาระสำคัญ

รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขของประเทศ ออสเตรเลีย แคนาดา และอังกฤษ ได้ร่วมกันจัดตั้ง Alliance of Champions for Mental Health and Wellbeing เพื่อสร้างเจตนารมณ์ทางการเมืองและการผลักดันเรื่องสุขภาพจิตเพื่อลดตราบาป และเพิ่มความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆในการทำงานด้านสุขภาพจิต

การร้องขอความร่วมมือจากประเทศต่างๆ ในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อผลักดันประเด็นสุขภาพจิตโลก (the global mental health agenda) ทั้งภายในและระหว่างประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการผลักดันให้เกิดการขับเคลื่อนทางการเมืองซึ่งคณะผู้ก่อตั้งได้จัดทำ Draft Call to Action on Mental Health และขอให้ประเทศต่างๆร่วมแสดงความคิดเห็น ส่วนการนำไปใช้ขอให้เป็นไปตามความสมัครใจภายใต้บริบทและข้อจำกัดของประเทศนั้น

Draft Call to Action on Mental Health ประกอบด้วยข้อความดังต่อไปนี้

- วันนี้พวกเราเหล่ารัฐมนตรีสาธารณสุขในประเทศต่างๆทั่วโลกได้จัดตั้ง Alliance of Champions for Mental Health and Wellbeing เพื่อสร้างความตระหนักทางการเมือง ความร่วมมือและภาวะผู้นำด้านสุขภาพจิตและการมีสุขภาวะในระหว่างผู้นำ รัฐมนตรีของประเทศต่างๆและผู้นำของโลก
- พวกเราขอให้ตระหนักถึงการเพิ่มงานด้านสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต เป็นส่วนหนึ่งของ UHC และการบรรลุตาม SDG
- พวกเราขอให้มีข้อตกลงในระดับโลกเพื่อสนับสนุนกิจกรรมที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนำ WHO Mental Health Action Plan ไปปฏิบัติ

- พวกเราเรียกร้องขอให้เพิ่มความร่วมมือจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากทุกภาคส่วน รวมไปถึงในส่วนขององค์กรสหประชาชาติ เพื่อให้การสนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้องค์ความรู้และ best practice ของงานด้านนี้
- พวกเราเรียกร้องขอให้เพิ่มกิจกรรมเพื่อการลดตราบาปและความแตกแยกในผู้ป่วยจิตเวชโดยยึดถือตามหลักสิทธิมนุษยชน
- พวกเราเรียกร้องให้มีการจัดการทางด้านสุขภาพจิตในภาวะฉุกเฉินหรือภายหลังการเกิดภัยพิบัติ โดยการนำ The Sendai Framework For Disaster Risk Reduction ๒๐๑๕-๒๐๓๐ มาประยุกต์ใช้

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

- มีการแสดงความเห็นสนับสนุนและอาจสร้างความร่วมมือในระดับ bilateral ของประเทศต่างๆ

Side Meeting on Primary Health Care as a key to achieving UHC

ผู้จัด the governments of Ethiopia and Ecuador

วันที่/เวลา ๒๑st May ๒๐๑๘ ๑๒.๓๐-๑๔.๐๐ Salle XII, Palais des Nations

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. นายแพทย์นเรศฤทธิ์ ชัดระสีมา กองยุทธศาสตร์และแผนงาน

๒. ดร. เกสัชกรหญิงนพคุณ ธรรมธัชชารี สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

Speakers: Dr Veronica Espinosa (Minister of Public Health, Ecuador), Bent Hoie (Minister of Health and Care Services), Ummu Ally Mwalimu (Minister for Health Community Development, Gender, Elderly, and Children) Dr. Tedros (DG-WHO) และแขกรับเชิญท่านอื่นๆ

- บุคลากรสุขภาพเป็นส่วนประกอบสำคัญของงานบริการสุขภาพปฐมภูมิ (PHC) โดย Dr. Tedros ย้ำว่า PHC เป็น foundation & backbone ที่สำคัญของ health System โดยเฉพาะงานด้านส่งเสริมป้องกัน ซึ่งต้องเกิดจากการที่สังคมมีส่วนร่วมและรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ
- การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและบรรลุ SDG อย่างยั่งยืนได้นั้น ต้องสร้างความเข้มแข็งและศักยภาพให้กับบุคลากรสุขภาพ โดยอาศัยความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆทั้งที่เป็นภาครัฐและเอกชน
- มีหลักฐานว่า การที่บุคลากรสุขภาพมีคุณภาพด้อย มีการกระจายตัวที่ไม่เหมาะสมและไม่เพียงพอ จะทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

- ผู้ร่วมอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และย้ำความสำคัญของการมีบุคลากรสุขภาพที่มีคุณภาพ มีการกระจายตัวอย่างเหมาะสมและเพียงพอกับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน ดังนี้

- ในช่วงหนึ่งที่ ebola ระบาดในทวีปแอฟริกาหลายประเทศ ซึ่งอัตราแพทย์ต่อประชากรมีเพียง ๑:๕๐,๐๐๐ คน ทำให้ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ระบาดของโรคได้
- ประเทศที่มีบุคลากรสุขภาพและงบประมาณจำกัด จำเป็นต้องอาศัยข้อมูลประกอบการตัดสินใจเพื่อกำหนดนโยบายในการจัดสรรบุคลากรอย่างมีประสิทธิภาพให้เกิดประโยชน์สูงสุด
- ในแอฟริกา มีการใช้ model ใหม่ของการจัดบริการ โดยเพิ่มการผลิตแพทย์ประจำครอบครัวและให้ประจำในชุมชน เพื่อเป็น gate keeper และลดความแออัดในโรงพยาบาลใหญ่ได้

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- ขอให้ประชาคมโลก ให้ความสำคัญและลงทุนให้งานบริการสุขภาพปฐมภูมิมากขึ้น ทั้งในด้านคุณภาพของบุคลากรและงบประมาณที่เพียงพอ โดยต้องมี commitment จากผู้นำระดับสูงของประเทศ การประกาศนโยบายระดับชาติ และนำสู่การปฏิบัติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำสู่การขับเคลื่อนในระดับประเทศและโลกได้ต่อไป

Side Meeting on Assistive technology: Making Universal Health Coverage Inclusive

ผู้จัด Pakistan cosponsored by China วันที่ 21 พฤษภาคม 2561 /เวลา 12.30-14.00

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. นายแพทย์ประเสริฐ อัสสันตชัย คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
๒. แพทย์หญิงปฐมพร ศิริประภาศิริ กรมการแพทย์

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

ผู้บรรยายจาก ปากีสถาน(๒) จีน(๒) แอฟริกา ทาจิกิสถาน WHO deputy director general และ Global fund of United Kingdom

- การปรับเปลี่ยนทัศนคติ และวิถีการดำรงชีวิตร่วมกันในสังคมว่าผู้พิการไม่ได้เป็นคนป่วยที่น่าสงสาร เพียงแต่ต้องการโอกาสในดำรงชีวิตอย่างมีเกียรติศักดิ์ศรี ควรยึดหลักการ ๓ ข้อ คือ
 - การช่วยเหลือเพื่อให้ความเป่าประสงค์ของชีวิตได้ (assistive)
 - การช่วยเหลือตามความต้องการทางกายภาพและองค์รวมของปัจเจกบุคคล (adaptive)
 - การช่วยเหลือให้การกลับมาใช้ชีวิตตามปกติได้ (re-ability)
- เป้าหมายของการจัดบริการ คือ
 - การมีอุปกรณ์เครื่องช่วยลดความพิการให้ทุกคน (availability) ควรมีการลงทะเบียนผู้อยู่ในภาวะพึ่งพิง
 - ผู้พิการมีโอกาสเท่าเทียมกันในการเข้าถึงอุปกรณ์ช่วยลดภาวะพึ่งพิง (equity in access) ผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้รับการฝึกการใช้งานจนสามารถใช้งานอุปกรณ์ได้จริง
 - การทำกายภาพบำบัดเพื่อแก้ปัญหาติดเตียงซึ่งก่อให้เกิด complication และเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตใน ๓-๕ แรก

- มีระบบการจัดการอุปกรณ์ช่วยลดภาวะพึ่งพิงภายในประเทศและระดับโลก การสร้างเครือข่ายภาคประชาชนไปถึง Internet assistive product development
- การปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการดำรงชีวิต
- การผลิตอุปกรณ์ช่วยลดภาวะพึ่งพิง โดยมีจุดประสงค์ ๒ ประการ คือ
 - การผลิตในระดับภูมิภาค เพื่อควบคุมราคา essential assistive product list ด้วยระบบ Universal health coverage ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงอุปกรณ์ที่มีคุณภาพ และระบบการดูแลรักษา
 - การสร้างนวัตกรรม

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

- มีการแสดงความเห็นสนับสนุน ไม่มีข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- กรมการแพทย์ ควรศึกษายุทธศาสตร์ improving access to assistive technology ของ WHO และหาโอกาสพัฒนาจากหัวข้อการกระตุ้นให้ประเทศสมาชิกดำเนินการ จัดทำแผนงานและตัวชี้วัดระดับกระทรวงที่สอดคล้องกับทิศทางสากล

Side Meeting on Operationalizing UHC in fragile states and conflict – affected situation

ผู้จัด Afghanistan, Canada, Israel, Netherlands, Nigeria, Somalia และ Switzerland

วันที่/เวลา ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๖๑ เวลา ๑๒.๓๐ – ๑๔.๐๐

ผู้รายงาน/หน่วยงาน:

๑. นายวัฒนา มะสังหลง กรมควบคุมโรค

๒. แพทย์หญิงภาวิณี ดั่งเงิน กรมควบคุมโรค

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message):

- เน้นย้ำให้มีการส่งเสริมและพัฒนาระบบสาธารณสุขในทุกประเทศ พร้อมทั้งเน้นย้ำว่าประชาชนทุกคนในแต่ละประเทศควรมีสิทธิเข้าถึงระบบ UHC
- กระตุ้นให้ทุกประเทศดำเนินงานเรื่อง UHC (Call for action UHC) อย่างจริงจังและมีประสิทธิภาพ
- ส่งเสริมให้รัฐบาลและผู้นำแต่ละประเทศสนับสนุนงานด้าน UHC เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่ม fragile states and conflict – affected situation รวมถึงส่งเสริมให้สร้างความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจากหลากหลายภาคส่วน
- เน้นย้ำว่าการที่ประชาชนทุกคนได้รับการเข้าถึง UHC ที่มีคุณภาพนั้นเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

- ประเทศอัฟกานิสถานซึ่งเป็นประเทศที่อยู่ในสงคราม ดังนั้น เป็นการยากที่จะดำเนินการเรื่อง UHC ภายในประเทศ รวมถึงประสบปัญหาในการเข้าถึงและประสานงานกับประชาชน
- ประเทศโซมาเลีย เน้นย้ำว่า โซมาเลียกำลังขาดผู้เชี่ยวชาญทางด้านสาธารณสุข ดังนั้นมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาศักยภาพและคุณภาพของมหาวิทยาลัย
- ประเทศโซมาเลียกล่าวต่อที่ประชุมว่าโซมาเลียกำลังดำเนินการเรื่อง UHC อย่างเต็มที่ พร้อมทั้งได้มีการขอรับเงินทุนสนับสนุนจากภาคเอกชนเพื่อนำมาดำเนินการในเรื่อง UHC ด้วย
- ที่ประชุมเล็งเห็นว่าบางพื้นที่บางประเทศนั้นยากที่จะเข้าถึงและดำเนินการเรื่อง UHC สิ่งนี้เป็นปัญหาที่ต้องรีบดำเนินการ (the difficulty in coordination is a challenge)
- ที่ประชุมตระหนักว่า มีการระบาดของโรคมามากมายในพื้นที่ Fragile state ดังนั้น มีความจำเป็นที่จะต้องลงทุน และพัฒนา Human resource รวมถึงการพัฒนาาระบบสุขภาพในพื้นที่ที่เปราะบางและเป็นปัญหา นี้ อีกทั้งต้องทำให้แน่ใจว่าประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึง UHC ได้อย่างเท่าเทียม

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

เรียกร้องให้ทุกประเทศดำเนินการเรื่อง UHC อย่างเป็นระบบ สร้างความร่วมมือกับทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พร้อมกับ Commitment ของผู้นำที่จะสร้างและพัฒนาระบบ UHC ที่ทุกคนสามารถเข้าถึงได้อย่างเท่าเทียมและมีประสิทธิภาพ

Side Event on Global action on patient safety for achieving effective Universal Health Coverage

ผู้จัด ประเทศอังกฤษ และ ไอร์แลนด์เหนือ ร่วมกับ สาธารณรัฐเช็ก เดนมาร์ก สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมันนี ญี่ปุ่น เคนยา ลักซ์แซมเบิร์ก มอลตา โอมาน โปแลนด์ ซาอุดีอาระเบีย สาธารณรัฐแอฟริกาใต้ และ ศรีลังกา
วันที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๖๑ เวลา ๑๘.๐๐ – ๑๙.๓๐ น.

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. เกสัชกรหญิงสมฤทัย สุพรรณกุล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๒. นายแพทย์ดลสุข พงษ์นิกร กรมการแพทย์

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message) (โดยอาจารย์ชื่อ speaker ด้วย)

นาย Jeremy HUNT (secretary of state for Health and social Care) เสนอให้ประเทศสมาชิกตระหนักใน ความสำคัญของความปลอดภัยของผู้ป่วยที่อยู่ในระบบสาธารณสุข เนื่องจากปัจจุบัน เกิดพบว่า อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยอันเนื่องมาจากความคลาดเคลื่อนทางยา ซึ่งเป็นความเคลื่อนที่สมควรที่จะป้องกันได้นั้นยังมีอัตราการเสียชีวิตที่ สูงมาก โดยเฉพาะในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง มีอัตราการเสียชีวิตสูงถึง ๔๕ ราย ต่อวัน ปัญหาที่สำคัญคือ ผู้รายงานความคลาดเคลื่อนจะถูกต่อว่าหรือตำหนิจากสังคม หน่วยงาน ดังนั้น เราจึงควรณรงค์ให้วัฒนธรรมในระบบสุขภาพ มีการปรับเปลี่ยนจากการตำหนิเตียน (Blame culture) เป็นวัฒนธรรมแห่งการ

เรียนรู้ (learning culture) เพื่อนำไปสู่กระบวนการปฏิบัติที่ถูกต้องปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย ในขณะที่ประเทศเยอรมันนี้เห็นด้วยกับประเทศอังกฤษ และมองว่า การกระตุ้นให้เกิด Patients Safety เป็นเรื่องที่ต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วนไม่สามารถรอได้ โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลาง ส่วนประเทศญี่ปุ่น ได้มีการรณรงค์จัดประชุมเกี่ยวกับ Patient safety ในเดือนเมษายน ๒๐๑๘ ตาม Tokyo declaration มีความเห็นสอดคล้องกันและมุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ เป็นหลัก เนื่องจาก ทั้งญี่ปุ่นและประเทศสมาชิกกำลังรับมือกับภาวะสังคมผู้สูงอายุ

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- ควรเน้นการกำกับติดตามความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยเฉพาะ ในกลุ่มผู้ป่วยเด็ก และ ผู้สูงอายุ เพราะเป็นกลุ่มประชากรที่สามารถดูแลตัวเองได้น้อย หรืออยู่ในสภาวะพึ่งพิง และมีความจำเป็นต้องใช้ยาหรือเข้าถึงบริการสูงกว่าประชากรกลุ่มอื่น จึงมีความเสี่ยงสูงขึ้น
- การลดหรือป้องกันปัญหาเหล่านี้ องค์กรอนามัยโรคควรกำหนด Road map ในการดำเนินงานให้ชัดเจนและมีการกำกับติดตามอย่างใกล้ชิด รวมทั้งควรเน้นการดำเนินงานแบบสหสาขาวิชาชีพ โดยมีเภสัชกรเป็นทีมงานสำคัญที่จะช่วยป้องกัน กำกับติดตาม ปัญหานี้ทั้งในระดับพื้นที่ ประเทศ

Side Meeting on Tackling noncommunicable diseases as a major contribution to universal health coverage: are regulatory interventions a cost-effective alternative?

ผู้จัด: ผู้แทนประเทศ บราซิล โคลัมเบีย คอสตา ริกา เอกวาดอร์ ฟินแลนด์ มาเลเซีย เนเธอร์แลนด์ นอร์เวย์ ปานามา สวิสเซอร์แลนด์ และอูรุกวัย

วันที่ 22 พฤษภาคม 2561 **เวลา** 12.30-14.00 น.

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน:

๑. นางสาววิไลลักษณ์ แสงศรี โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)
๒. รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ โตสิงห์ สภาการพยาบาล

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

- ขณะนี้หลายประเทศกำลังเผชิญการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ซึ่งรัฐบาลแต่ละประเทศได้สร้างกลไกเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าว หนึ่งในกลไกเหล่านั้นคือการใช้มาตรการควบคุมบังคับหรือมาตรการทางกฎหมาย (regulatory interventions)
- ประเทศฟินแลนด์ใช้ compulsory warning label และการกล่าวอ้างทางสุขภาพ (health claims) เพื่อแก้ไขปัญหาโรคอ้วนและโรค NCD อื่นๆ นอกจากนี้ รัฐบาลฟินแลนด์บังคับให้มีชั่วโมงการเรียนการสอนเรื่องการประกอบอาหารเพื่อให้นักเรียนทราบว่าควรทานอาหารชนิดใด ทำให้อัตราการป่วยด้วยโรค NCD

ในประชากรฟินแลนด์ลงอย่างเห็นได้ชัด ตลอดจนอัตราการบริโภคเกลือ การสูบบุหรี่ และการรับประทานอาหารประเภท processed food ก็ลดลงด้วย

- ประเทศเอกวาดอร์ได้ใช้ warning label เช่นเดียวกับประเทศฟินแลนด์ แต่ใช้สีสัญญาณไฟจราจร (traffic light system) ร่วมกับการระบุรายละเอียดเพื่อให้ประชาชนเข้าใจได้ง่ายขึ้น ทั้งนี้ ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์จาก London School of Economics and Political Science (LSE) ให้ข้อเสนอแนะว่าการนำทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ที่เรียกว่า Nudge Theory มาใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้บริโภคก็เป็นอีกตัวเลือกหนึ่งในการลดการบริโภคอาหารที่ส่งผลเสียต่อร่างกาย
- หลายประเทศใช้มาตรการด้านภาษี (taxation) สำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และนโยบายการคลัง (fiscal policy) เพื่อลดการสูบบุหรี่ในประชากร ซึ่งการนำมาตรการเหล่านี้มาใช้ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน โดยเฉพาะภาคส่วนการค้าและพาณิชย์

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

- WHO จะใช้ประโยชน์จากข้อมูลใน side meeting นี้อย่างไร และจะมีการนำประเด็นนี้ไปหารือใน UNGA หรือไม่
- ประเทศสมาชิกอาจแชร์ข้อมูลเกี่ยวกับอุปสรรค/ปัญหา และความท้าทายในการนำมาตรการควบคุมเหล่านี้นี้มาใช้ในบริบทต่างๆ ทั้งในประชากรทั่วไปและกลุ่มเปราะบาง โดยอาจเป็นความท้าทายด้านการอภิบาลระบบ การสร้างความร่วมมือกับภาคส่วนอื่น และการประชาสัมพันธ์เพื่อให้เกิดความตระหนักและความเข้าใจในกลุ่มประชากรทั่วไป

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- การใช้มาตรการควบคุมหรือ regulatory intervention โดยเฉพาะมาตรการด้าน fiscal และ taxation มีประสิทธิผลในการควบคุมการบริโภคอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพในระดับหนึ่ง ทั้งนี้ประเทศควรคำนึงถึงความสมดุลระหว่างนโยบายด้านสุขภาพและด้านการค้าด้วย

Side Meeting on Achieving Universal Coverage of HIV Prevention Service and Commodities

ผู้จัด Global HIV Prevention Coalition

วันที่/เวลา ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๖๑, ๑๒.๓๐-๑๔.๐๐ น.

ผู้รายงาน/หน่วยงาน:

แพทย์หญิงมนัสวีร์ ภูมิวัฒน์ กรมควบคุมโรค

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message):

- การกำหนดแผนการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีระดับโลก: พันธะสัญญาาร่วมกันและเหตุการณ์สำคัญ โดยปลัดกระทรวงสาธารณสุขแห่งเคนยา

- การป้องกันเอชไอวีและความครอบคลุมด้านสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) โดยกรรมการบริหาร UNAIDS และ Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria,
- แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับความคืบหน้าในการดำเนินการแผนการป้องกันเอชไอวีในประเทศต่างๆ โดยประธาน UNAIDS รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขจากเลโซโท เม็กซิโก นามิเบีย ยูกันดา ยูเครน และแซมเบีย
- พันธะสัญญาจากสมาชิกพรรคร่วมใหม่ จากประเทศบอสวานา อิหร่าน และสหภาพเมียนมาร์

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

- การพัฒนาแผนการดำเนินงานทั่วโลกโดยมีวาระการป้องกันเอชไอวีโดยเฉพาะในประชากรกลุ่มเสี่ยง เสนอให้ผู้กำหนดนโยบายเพิ่มเงินทุนในประเทศสำหรับโครงการป้องกันเอชไอวี พัฒนาความครอบคลุมด้านสุขภาพถ้วนหน้าให้ประชาชนเข้าถึงการตรวจรักษา นำไปสู่เป้าหมายการลดอย่างรวดเร็วของการติดเชื้อเอชไอวีในปี ๒๐๒๐
- ดร. เทดรอสกล่าวว่าควรมีสหพันธ์พิเศษในการป้องกันเชื้อเอชไอวีเบื้องต้นโดยไม่ทอดทิ้งใครอยู่เบื้องหลัง มีการติดตามความก้าวหน้าของการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันซึ่งรวมเข้ากับบรรจุภัณฑ์แห่งชาติ (National packaging) การประกันสุขภาพ การประกันคุณภาพและการปรับปรุง
- หลายประเทศได้นำเสนอแผนการป้องกันเอชไอวีในรูปแบบต่างๆ เช่น การให้การศึกษาและแบ่งปันความรู้แก่เยาวชน ประชาชนทั่วไปรวมถึงคนไร้ที่พึ่ง โครงการป้องกันเอชไอวีแบบครบวงจรสำหรับ zero discordance ความครอบคลุมของยาต้านไวรัส โดยมีนโยบายและรูปแบบการปฏิบัติส่งเสริมการรักษาและการป้องกันที่ชัดเจน

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

มีความท้าทายในการวางแผนการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในระดับชาติ ซึ่งควรเริ่มจากการส่งเสริมสุขภาพ การคัดกรองและการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิโดยการปฏิรูปด้านสุขภาพทั่วโลก

Technical briefing: Primary health care as a key to achieving Universal Health Coverage (lead up to 40th Anniversary of Alma Ata and 2019 General Assembly High-level meeting on UHC)

ผู้จัด WHO วันที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๖๑ เวลา ๑๒.๓๐-๑๔.๑๕ น.

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. นางสาววิไลวรรณ สิริสุทธิ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

๒. ดร. อีรพร สติรอังกูร กองการพยาบาล

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message) (โดยอาจารย์ชื่อ speaker ด้วย)

- ปฏิญญา Alma-Ata ปฏิญญาสากลฉบับแรกในปี พ.ศ. ๒๕๒๑ ที่สนับสนุนงานด้านสาธารณสุขมูลฐานซึ่งเป็นยุทธศาสตร์หลักของ WHO สู่การบรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพสำหรับทุกคน ตั้งแต่นั้นมากระบวนการดูแลในระดับปฐมภูมิก็มีความเข้มแข็งขึ้นในระดับชุมชนท้องถิ่น และได้รับการยอมรับว่ามีความสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายของการดูแลสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) และในเดือนตุลาคมปีนี้ จะมีการประชุมเรื่อง “Global Conference on Primary Health Care: Towards Health for All” ที่ประเทศสาธารณรัฐคาซัคสถาน ซึ่งชุมชนโลกคาดหวังว่าการดูแลในระดับปฐมภูมิโดยประชาชนเป็นศูนย์กลางจะนำไปสู่การคุ้มครองสุขภาพถ้วนหน้า มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพและระบบสุขภาพที่ออกแบบมาเพื่อประชาชน

- ในช่วงแรกเป็นการนำเสนอโดยวิทยากร ๓ ท่าน ได้แก่ ๑) Dr. Yelzhan Birtanow (รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข สาธารณรัฐคาซัคสถาน) ๒) Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus (ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลก) และ ๓) Ms. Vidhya Ganesh (UNICEF) ซึ่งทั้ง ๓ ท่าน ได้พูดถึง ว่าตั้งแต่มีคำประกาศ Alma-Ata เป็นต้นมา หลายประเทศได้ขับเคลื่อนและพัฒนาการบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดย WHO, UNICEF รวมทั้งองค์กรพัฒนาเอกชนระดับโลกต่างๆ ที่ให้การสนับสนุนแต่ละประเทศในการดำเนินงานด้านสุขภาพมูลฐานให้มีความเข้มแข็ง สอดคล้องกับเป้าหมายของ SDGs ที่ไม่ทอดทิ้งกัน มีการส่งเสริมงานด้านสุขภาพในระดับชุมชนโดยเน้นให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อความยั่งยืน และเห็นความสำคัญของการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (Digital health) เพื่อสนับสนุนการทำงานของหมอ พยาบาล และประชาชนในด้านการดูแลรักษาโรค

- ในช่วงที่ ๒ เป็นการนำเสนอบทเรียนการดำเนินงานด้านสุขภาพในระดับปฐมภูมิของแต่ละประเทศ ได้แก่ ๑) Dr. Paua Daza (ประเทศชิลี) ๒) นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (ประเทศไทย) ๓) Dr. Elena Lorda (ประเทศกรีซ) ๔) Dr. Githinji Gitahi (ประเทศแอฟริกา) ๕) Ms. Batool Alwahdani (IFMSA) และ ๖) Dr. Gisela Schneider (ตัวแทนนักศึกษาแพทย์ประเทศเยอรมัน) โดยในแต่ละประเทศได้นำเสนอประสบการณ์เกี่ยวกับการผลักดันและขับเคลื่อนให้มีบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยเน้นให้ประชาชนในชุมชนมีบทบาทในการดูแลสุขภาพมากยิ่งขึ้น ไม่ใช่เพียงหมอ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้น มีการทำงานร่วมกับองค์กรภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วนในการสร้างความรู้ ความเข้าใจแก่ประชาชนในเรื่องของการดูแลสุขภาพ การป้องกัน การรักษา รวมถึงการดูแลแบบประคับประคอง มีการผลักดันในระดับนโยบายสู่การคุ้มครองสุขภาพอย่างถ้วนหน้า นอกจากนี้ในแต่ละประเทศต่างก็ให้ความสำคัญกับการนำเทคโนโลยี Digital Health มาช่วยในการดูแลรักษาเพื่อรองรับปริมาณประชากรที่ขยายตัวเพิ่มมากขึ้น และประชากรอยู่ห่างไกล

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

- แม้ว่าการเทคโนโลยี Digital Health จะช่วยให้หมอและคนไข้ได้รับความสะดวก และประหยัดเวลาในการรักษา แต่อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์/พยาบาลกับคนไข้ก็ยังมีมีความสำคัญในแง่ของความใกล้ชิด ได้พูดคุย ได้สัมผัส ซึ่งอาจจะวินิจฉัยได้ดีกว่าการใช้เทคโนโลยีก็เป็นได้

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- ไม่มี

Side Meeting 100 Years after the Pandemic: Preparedness to Protect Health for All.

ผู้จัด Australia, Brazil, China, Finland, Ghana, Japan, Saudi Arabia, Thailand,, UK, North Ireland, USA วันที่/เวลา Tuesday 22 May 18.00 -19.30 Room XXIV

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. รองศาสตราจารย์ ดร. ทศนา บุญทอง สภาการพยาบาล
๒. รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ โตสิงห์ สภาการพยาบาล

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

๑. **การประชุมมีวัตถุประสงค์** เพื่อทบทวนการเตรียมพร้อมของแต่ละภูมิภาค และประเทศสมาชิก ในการเตรียมพร้อมเพื่อรับมือภัยพิบัติที่เกิดจากการระบาด ของโรคติดต่อรุนแรง (Pandemic)
๒. **เกริ่นนำ** การเกิดภัยพิบัติจากโรคระบาดใหญ่ (Pandemic) ตามการบันทึกในระดับสากล คือ Spanish flu ในปี ค.ศ. 1918–1920 สายพันธุ์ของเชื้อคือ H1N1 และประเทศที่เป็นต้นกำเนิดของเชื้อคือ China โดยมีผู้เสียชีวิตจำนวนมากถึง 40–50 ล้านคน และการเกิดปรากฏการณ์ครั้งนั้นสะท้อนให้เห็นว่าระบบการป้องกันการควบคุมโรค และการรับมือยังเปราะบางอยู่ ต่อมาในปี ค.ศ.1957–1958 เกิด Asian flu สายพันธุ์ H2N2 ที่ประเทศ China มีผู้เสียชีวิต 1–2 ล้านคน ในปี ค.ศ.1968–1970 เกิด Hong Kong flu สายพันธุ์ H3N2 ที่ประเทศ China มีผู้เสียชีวิต 500,000–2 ล้านคน และ pandemic ครั้งใหญ่ อีกรอบคือ Swine flu สายพันธุ์ H1N1 ในปี ค.ศ.2009–2010 ที่ประเทศ Mexico มีผู้เสียชีวิต 575,000 คน WHO ตระหนักในความสำคัญของการควบคุมและป้องกันอย่างเป็นระบบเพื่อลดการสูญเสียและผลกระทบ จึงได้พัฒนา Guidelines เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อรุนแรง พร้อมทั้งสนับสนุนให้ประเทศสมาชิกได้นำไปใช้ ประเมินผลและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ในปีนี้เป็นการครบรอบ 100 ปีของการเกิด Pandemic แต่ละภูมิภาคจึงควรทบทวนบทเรียนที่ผ่านมาว่า ได้ดำเนินการอย่างไรในเรื่องนี้บ้าง และควรมีการพัฒนาต่อไปอย่างไร
๓. **แต่ละภูมิภาค** และประเทศสมาชิกได้นำเสนอภาพรวมของการเตรียมพร้อม และการรับมือว่า ประกอบด้วยแนวคิดหลัก คือ ๑) การพัฒนาวัคซีนเพื่อป้องกันโรค โดยต้องให้สามารถพัฒนาได้ทันกับไวรัสสายพันธุ์ใหม่ๆ ได้ ๒) การวินิจฉัยโรคที่รวดเร็วและแม่นยำด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย ๓) การพัฒนายาต้านไวรัส เพื่อการรักษาในกรณีที่เกิดเชื้อแล้ว ๔) การใช้ระบบการบันทึกและเฝ้าระวังโรคอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพื่อจัดสรรงบประมาณ พัฒนากำลังคน และเตรียมรับมือได้อย่างเหมาะสมกับขนาดของปัญหาในแต่ละพื้นที่ ๕) การมีกรอบการทำงานของแต่ละประเทศเพื่อให้เหมาะสมกับบริบท ๖)การส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงวัคซีน และกลุ่มติดเชื้อได้รับยาต้านไวรัสอย่างรวดเร็ว ๗) การสนับสนุนให้ใช้มาตรการอื่นๆ ที่ไม่ต้องใช้ค่าใช้จ่ายมาก เช่น การล้างมือ การจัดการกับอนามัยส่วนบุคคล การรณรงค์ให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่สาธารณชน และ ๘) การออกมาตรการณ์ในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดระหว่างสัตว์ที่เป็นพาหะ และจากสัตว์พาหะมาสู่มนุษย์
๔. **ประเทศไทย** ได้เสนอหลักการที่สำคัญ ๓ ประเด็นคือ ๑) พัฒนาระบบ Influenza Surveillance ที่เข้มแข็งโดยเน้นการทำงานเชิงรุกด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการใช้อาสาสมัครประจำหมู่บ้านเชื่อมโยงงานถึงประชาชน ๒) พัฒนาระบบการเตรียมพร้อมซึ่งครอบคลุม งบประมาณ การจัดหา personal protective

equipment ให้เหมาะสมและเพียงพอ การจัดฝึกอบรมนักวิทยาศาสตร์ การพัฒนาวัคซีน การจัดให้วัคซีน สำหรับกลุ่มเสี่ยง ๓) จัดระบบโต้ตอบ (response) ที่รวดเร็ว เรียกว่า Surveillance Rapid Response Team (SRRT) โดยกระจายงานให้ทีมสุขภาพระดับตำบลเป็นผู้ดำเนินงาน

๕. **Dr. Tedros, WHO Director General** ให้ข้อเสนอ ดังนี้ ๑) WHO ให้คำมั่นสัญญาในการเตรียมพร้อมเพื่อ การรับมือ Flu Pandemic ๒) สนับสนุนให้ประเทศรายได้สูงให้การช่วยเหลือประเทศรายได้ต่ำอย่างเป็นรูปธรรม และยั่งยืน ๓) พัฒนาระบบสาธารณสุขมูลฐาน (PMC) ให้เข้มแข็ง และ ๔) สร้างความตระหนกอย่างจริงจังใน การเตรียมพร้อมเพื่อรับมือภัยพิบัติที่เกิดจากการระบาดของ โรคติดต่อรุนแรง (Pandemic)

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

๑. Pandemic Influenza และของโรคติดต่อร้ายแรงอื่นๆยังคงเป็นปัญหาสำคัญของโลก โดยเฉพาะในปัจจุบันที่มี การเดินทางของประชากรทั่วโลกอย่างสะดวก
๒. การจัดการเน้นที่การเตรียมพร้อม การเฝ้าระวัง การทำงานที่มีการประสานความร่วมมือกันจากหลายๆฝ่าย
๓. การทำงานกับประชาชนในพื้นที่เป็นเรื่องสำคัญ พยาบาลชุมชน และพยาบาลประจำ โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลควรมีบทบาทสำคัญในการทำงานเชิงรุกด้านนี้

Side Meeting on Country led and country-owned efforts to eliminate malaria

Ministerial Call for Action to Eliminate Malaria in the Greater Mekong Subregion by 2030

ผู้จัด: CHINA and SRI LANKA cosponsored by PAPUA NEW GUINEA, SPAIN, ZAMBIA and MYANMAR

วันที่/เวลา อังคารที่ 22 พฤษภาคม 18.00 – 19.30 น. ห้อง 8

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. รองศาสตราจารย์ ดร. ทศนา บุญทอง สภาการพยาบาล
๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันทพันธ์ ชินล้ำประเสริฐ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

มาลาเรียยังเป็นปัญหาสาธารณสุขของหลายประเทศ ได้แก่ อินเดีย มาดากาสการ์ โมแซมบิก ยูกันดา Sudan ได้ รวันดา แอฟริกาใต้ สาธารณรัฐแอฟริกากลาง จีน กาน่า สาธารณรัฐกินี ไคบีเรีย ปาปัวนิวกินี ซาอุดีอาระเบีย เซอรา ลีโอ ซูดาน แทนซาเนีย ซิมบับเว และไทย เป็นต้น (AntiMalaria Program, ๒๐๑๗) แต่ประเทศศรีลังกา จีน ออสเตรเลีย ได้ประสบความสำเร็จในการป้องกันและควบคุมการระบาดในประเทศ รวมทั้งมีการกำจัดมาลาเรียให้หมดไปในประเทศ จีน จำนวนผู้ป่วยลดลงจนไม่เหลือรายงานว่ามีผู้ป่วยอีกเลย ในปี ค.ศ. ๒๐๑๗ และได้รับการยอมรับจาก WHO การ กำจัดมาเลเรียไม่ใช่เรื่องง่าย ต้องมีการลงทุนในระดับชาติ มีนโยบายแผนยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน ทั้งระบบการค้นหา case ทางระบาดวิทยา การวิเคราะห์โรค การวินิจฉัยอย่างรวดเร็วด้วยเทคโนโลยี ระบบการรายงานที่เชื่อมโยงเครือข่ายทั่ว ประเทศ ในประเทศจีนได้จัดการกับมาลาเรียในชายแดนพม่า ลาว รวมทั้งให้ความร่วมมือกับประเทศอื่น จนสามารถลด จำนวนผู้ป่วยลงได้ร้อยละ ๕๐ ในประเทศแทนซาเนีย และประเทศอื่นๆ โดยตั้งเป้าความร่วมมือให้บรรลุผลในปี ค.ศ. ๒๐๓๐ ปัจจัยหลักที่ส่งเสริมให้ประสบผลสำเร็จคือ

- ๑) การมี การควบคุมโรคในชุมชน มีการบริหารจัดการ case สนับสนุนเรื่องระบบการรายงานโรค การให้ยา ด้านมาลาเรีย ตลอดจนการวิจัย การควบคุม กำจัดพาหะนำโรค
- ๒) การวิจัยเพื่อส่งเสริมสมรรถนะบุคลากรสหสาขาวิชาชีพและภาคส่วนต่างๆ ในการทำงานร่วมกัน
- ๓) การนำบริการด้านการรักษา Malaria เข้าระบบประกันสุขภาพ UHC
- ๔) ส่งเสริมการให้ความรู้เพื่อการป้องกันและการรักษาที่ถูกต้อง
- ๕) การสร้างภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานในประเทศและระหว่างประเทศที่ประสบความสำเร็จ (Successful partnership)
- ๖) ประเทศต้องมี Commitment มีภาวะผู้นำ และมีความรับผิดชอบเป็นเจ้าของงานที่ทำ
- ๗) การลงทุนในระดับประเทศ
- ๘) มี Early detection ลดการแพร่ระบาดของโลก เน้นความร่วมมือแบบทวิภาคีและพหุภาคี

ปัญหาที่พบในการดำเนินงาน

- มีความเสี่ยงสูงในการกลับมาระบาดซ้ำในประเทศ โดยมีมาตรการในการตรวจ กักกัน ควบคุมผู้ย้ายถิ่น นักท่องเที่ยว การข้ามชายแดน
- การป้องกันการแพร่เชื้อทำได้ยาก
- เรื่องการลงทุนในการกำจัดมีจำกัด ซึ่งมีราคาแพงและทำได้ในประเทศที่มีเงินทุนสนับสนุนเท่านั้น
- Global fund มีจำกัด เงินทุนจาก WHO มีจำกัด แต่ก็จะสนับสนุน R&D เพื่อค้นหาประสิทธิภาพของการควบคุมโรค โดยเฉพาะในประเทศในทวีปแอฟริกาที่ยังมีอัตราป่วยสูง
- ปัญหาเรื่องเชื้อดื้อยา
- การตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- การใช้สารเคมีในการป้องกันและกำจัดพาหะนำโรค

ส่วนใน GMS Country พบปัญหาเรื่องการดื้อยามาเลเรีย และความสำเร็จเกิดจากการประสานงานร่วมกันระหว่างนักระบาดวิทยากับนักสัตววิทยา ซึ่งทำให้ควบคุมมาลาเรียได้สำเร็จ ก็มีเงินทุนภายในประเทศเป็นสิ่งสำคัญในการกำจัดมาเลเรียได้อย่างยั่งยืน ซึ่งพม่าตั้งใจที่จะต่อสู้กับมาเลเรียร่วมกับประเทศในกลุ่ม GMS ต่อไป

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

- เริ่มของ Global fund และ domestic fund ซึ่งหลายประเทศที่ประสบความสำเร็จเนื่องจาก มีเงินงบประมาณในประเทศ แต่ประเทศที่ต้องพึ่งพา Global fund ซึ่งมีจำกัดก็ยังคงเป็นปัญหาท้าทายต่อไป
- มีรูปแบบที่มีประสิทธิภาพอย่างไรในการสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างภาคเอกชนในการร่วมรณรงค์กำจัดมาลาเรีย
- การติดตามผลการดำเนินงานตาม Roll Back Malaria (RBM) Partnership to end Malaria Strategic Plan ๒๐๑๘-๒๐๒๐ และการรายงาน

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- การใช้ Bilateral และ Multilateral Collaboration ได้ผลดีในประเทศ จีน ศรีลังกา ออสเตรเลีย
- ใช้ Affordable Technology ในการกำจัดมาลาเลีย
- การใช้ Country-base intervention เกิดผลดีต่อการดูแลผู้ป่วยมาลาเลียสู่ UHC
- ความร่วมมือระหว่างชายแดนต้องมี Joint action , Cross border cooperation
- กลยุทธ์ที่ประสบความสำเร็จของประเทศศรีลังกา

ศรีลังกา:

กลยุทธ์ที่ผ่านประสบความสำเร็จของศรีลังกา

๑. สร้างความเข้มแข็งในการเฝ้าระวังโรคละทำให้แน่ใจว่า ๑๐๐% ของผู้ป่วยได้รับการตรวจและการรักษา กลุ่มเสี่ยงสูง
๒. ต้องแจ้งและสืบสวนโรคทุกราย เพื่อให้แน่ใจว่าได้รับการรักษาแบบถอนรากถอนโคน และป้องกันการแพร่ระบาดของหัตถิยภูมิ การแจ้งนั้นสามารถทำทางโทรศัพท์ การตรวจสืบสวนโรคจะกระทำภายใน ๒๔ ชั่วโมง และการรักษาจะเริ่มภายใน ๔๘ ชั่วโมง จึงเรียกระบบนี้ว่า กลยุทธ์ ๑-๑-๒
 - การดำเนินการรักษาแบบถอนรากถอนโคน สำหรับกรณีที่เกิดเชื้อ Plasmodium Virus และ Ovale
 - กลยุทธ์การเลือกจัดการพาหะนำโรค ทำในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงเท่านั้น โดยขึ้นอยู่กับข้อมูลทางระบาดวิทยาและกีตวิทยา
 - ระวังการนำเข้าแมลงเรื้อยของนักท่องเที่ยว โดยให้เคมีบำบัดในการป้องกัน (Chemoprophylaxis)
 - สร้างสมรรถนะให้แก่ผู้ให้บริการสุขภาพ รวมทั้งการสร้างมาตรฐานของแพทย์ โดยวิธีการใหม่และการฝึกอบรมอย่างสม่ำเสมอของพนักงานห้องปฏิบัติการขั้นสูง

สร้างความร่วมมือกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ หน่วยรักษาความปลอดภัย IOM และ UNHCR

Side Meeting on Member States commitment to the global movement towards universal health Coverage: focused actions on primary health care and financing for effective delivery.

ผู้จัด: The delegations of Australia, Ghana, Indonesia, Maldives, Mexico, Republic of Korea and Turkey

วันที่/เวลา ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๖ เวลา ๑๘.๐๐-๑๙.๓๐ น.

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. แพทย์หญิงพนทิพย์ วัชรารัตน์ กลุ่มภารกิจสุขภาพโลกมติดล
๒. นางธีรพร สติรอังกูร กองการพยาบาล

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message) (โดยอาจารย์ชื่อ speaker ด้วย)

- การเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพและขับเคลื่อนเป้าหมาย Universal Health Coverage ๒๐๓๐ (UHC๒๐๓๐) ให้สำเร็จ มีหลักการสำคัญคือ ต้องคำนึงถึงคนทุกกลุ่มอย่างเสมอภาค มีความโปร่งใส ตรวจสอบได้ มีกลยุทธ์ทางสุขภาพระดับชาติในการส่งเสริมการเข้าถึงการให้บริการทางสุขภาพที่มีคุณภาพ และได้รับการยอมรับ ประสานความร่วมมือกับทุกภาคส่วนภายในประเทศ รวมถึงมีการส่งเสริมความร่วมมือ และสนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับนานาชาติในประเด็นความก้าวหน้าของ Universal Health Coverage
- นอกจากการเข้าถึงระบบบริการทางสาธารณสุขที่มีคุณภาพแล้ว การเข้าถึงยาที่มีคุณภาพในราคาที่ประชาชนสามารถจ่ายได้จำเป็นต้องรวมอยู่ใน UHC ด้วย
- UHC ควรครอบคลุมสิทธิการเข้าถึงการรักษาสำหรับผู้ป่วยที่ต้องได้รับ palliative care ด้วย
- การพัฒนา Primary Health Care ให้มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งทีแต่ละประเทศควรให้ความสนใจ เนื่องจากเป็น ปัจจัยสำคัญที่สุดที่ทำให้การขับเคลื่อนระบบสุขภาพเป็นไปอย่างยั่งยืน

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม

- การขับเคลื่อน UHC ให้ได้ผล จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลากหลายภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม โดยแต่ละภาคส่วน โดยเฉพาะภาครัฐควรให้ความสำคัญกับ health in all policy

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้

- UHC สามารถช่วยลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพที่มีประสิทธิภาพได้
- นักศึกษาและนิสิตแพทย์ควรได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการระบบสุขภาพและ UHC เป็นอย่างดี เนื่องจากจะเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนและพัฒนาระบบสุขภาพต่อไป

Side Meeting on Mobilizing society : inspiration for developing national responses to dementia

ผู้จัด Alzheimer's Disease International

วันที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๖๑ เวลา ๑๙.๐๐-๑๙.๕๐ น

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. แพทย์หญิงวิมลพัชร กิตติธระพันธ์ุ กรมสุขภาพจิต

๒. แพทย์หญิงปฐมพร ศิริประภาศิริ กรมการแพทย์

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

ผู้บรรยาย ประกอบด้วย

- Professor Dr Shekhar Saxena, Director of the Department of Mental Health and Substance Abuse (MSD), WHO

- ผู้แทนจากประเทศญี่ปุ่น อังกฤษ ออสเตรเลีย
- ผู้แทนจาก Alzheimer's Disease International

สรุปสาระสำคัญ

องค์การอนามัยโลกให้การสนับสนุนการดำเนินงาน ด้วยการพัฒนาเทคโนโลยี Global action plan on the public health response to dementia ๒๐๑๗-๒๐๒๕, Towards a dementia plan: A WHO guide, Moving the dementia agenda forward: WHO activities May ๒๐๑๘ นอกจากนี้ WHO ยังส่งเสริมให้ประเทศต่างๆ นำเทคโนโลยีไปใช้ ผลักดันให้มีการดำเนินงาน มีการติดตามผล รายงานความก้าวหน้า มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ทำงานดูแลผู้ป่วย ตลอดจนผลักดันให้มีการร่วมมือกันระหว่างประเทศ หน่วยงานและผู้เชี่ยวชาญต่างๆ ร่วมไปกับประสานงานกับ Alzheimer's Disease International

ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม มากกว่า ๗๐ ล้านคน โดยครึ่งหนึ่งอาศัยอยู่ในสถานดูแล (nursing home) ซึ่งยังประสบปัญหาในเรื่องความตระหนักและการมีตราบบ ซึ่งต้องการแนวทางการรักษาที่เฉพาะและได้มาตรฐาน เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มขึ้น โดยอาจมีความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนในการดำเนินการ ตลอดจนมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีเพื่อช่วยในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

ประเทศญี่ปุ่น เป็นอีกประเทศที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในไม่ช้า ซึ่งได้มีการเตรียมพร้อมและเริ่มดำเนินงานโดยการจัดทำแผนปฏิบัติการแห่งชาติ โดยเน้นความร่วมมือของทุกภาคส่วน ทั้งในส่วนของสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และอุตสาหกรรม รวมทั้งส่งเสริมให้มีการดูแลผู้ป่วยโดยครอบครัวในชุมชนมากกว่าที่จะอยู่ในสถานพักฟื้น มีการพัฒนาศักยภาพของแพทย์และพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วย การพัฒนาแนวทางดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Long term and palliative care) ร่วมไปกับการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในชุมชน อย่างไรก็ตามประเทศไทยยังพบความท้าทายในส่วนของ การป้องกันไม่ให้เกิดโรคสมองเสื่อมแบบไร้รอยต่อ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าสมศักดิ์ศรี โดยได้รับการดูแลจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตลอดจนการพัฒนานโยบายอย่างต่อเนื่องเพื่อการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

ประเทศอังกฤษมีการกำหนดนโยบายระดับชาติ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม อย่างไรก็ตามยังพบความท้าทายในส่วนของ การตระหนักในสังคม การวินิจฉัยและเข้าถึงบริการ การสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยทั้งในส่วนของความสามารถของบุคลากรและการลดตราบบ การพัฒนาเทคโนโลยี นวัตกรรมและงานวิจัย การป้องกันไม่ให้เกิดโรค ตลอดจนการสนับสนุนงบประมาณเพื่อการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อให้เกิด “Dementia Community Friendly”

ประเทศออสเตรเลีย พบว่าโรคสมองเสื่อมเป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิตของประชากร มีการดำเนินการในระดับชาติเพื่อให้เกิดความตระหนัก มีการผลักดันให้เกิดการดำเนินงานทั้งในส่วนภาครัฐ ชุมชนและภาคเอกชน มีการดำเนินงาน “Dementia Community Friendly” ผ่านกระบวนการต่างๆ เช่น Dementia Friend Project

Alzheimer's Disease International เป็นหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาองค์ความรู้ เทคโนโลยี เพื่อการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยมีการผลักดันกำหนดนโยบายระดับชาติ การพัฒนาแนวทางปฏิบัติ ตลอดจนมีการศึกษาผลของโรคสมองเสื่อมต่อผู้หญิง

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

- มีการแสดงความเห็นสนับสนุน เห็นว่าเป็นปัญหาสำคัญที่แต่ละประเทศควรเตรียมการ
- ขอให้มีการจัดทำแนวทางดำเนินงาน เช่น แผนระดับประเทศ และแผนพับความรู้ต่างๆ
- มีการรวบรวมข้อมูลเพื่อทราบความรุนแรงของปัญหาสมองเสื่อมของแต่ละประเทศ
- การลดปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคสมองเสื่อม

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้

- ควรมีการศึกษาทางด้านความคุ้มค่าคุ้มทุนของโปรแกรมต่างๆที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม
- การพัฒนาแผนงบประมาณเพื่อการดูแลระยะยาว

Side Meeting Can Universal Health Coverage Be Achieved without Ending Violence Against Children?

ผู้จัด ประเทศแคนาดา กานา WHO, End Violence Against Children, World Vision International

วันที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๖๑ เวลา ๗.๓๐- ๘.๔๕ น

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

แพทย์หญิงวิรัชพัชร กิตติธระพันธ์ุ กรมสุขภาพจิต

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

ผู้บรรยาย ประกอบด้วย

- Dr.Howard Taylor, Director of the Global Partnership to End Violence Against Children
- Mr. Anders Nordstrom, Ambassador for Global Health, Sweden
- Dr.Etienne Krug, Director of the Department for the Management of Noncommunicable Diseases, Disability, Violence and Injury Prevention, WHO
- Dr. Mamadou Diakite, Health worker, Mali
- Dr. Therasa Tam, Chief Public Health Officer, Public Health Agency of Canada
- Mr. Dan Irvine, Senior Director- Health and Nutrition, World Vision International
- Ms. Jean Daryl Ampong, Youth Representative, Philippines
- Dr.Brett Giroir, Assistant Secretary of Health, US Department of Health and Human Services

สรุปสาระสำคัญ

ในแต่ละปีมีเด็กมากกว่าหนึ่งพันล้านคนที่ต้องประสบเหตุการณ์ความรุนแรง ทั้งในส่วนของการทำงานร้ายทางร่างกาย จิตใจ การทารุณกรรมทางเพศ และการทอดทิ้งไม่ดูแล ซึ่งก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์อย่างน้อยปีละ ๗ ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ นอกจากนี้ยังมีหลักฐานทางวิชาการแสดงถึงเด็กที่ได้รับความรุนแรงยังมีโอกาสเกิดความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ เช่น โรคซึมเศร้า พฤติกรรมเบี่ยงเบน การแต่งงานก่อนวัยอันควร และโรคอื่นๆ เช่น โรคอ้วน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ในอนาคต

ปัญหาความรุนแรงในเด็กเป็นปัญหาทั้งทางด้าน health, social และ economic ดังนั้นความรุนแรงจึงเป็นเรื่องของทุกคน ความรุนแรงเป็นสิ่งที่ป้องกันได้ โดยระบบสุขภาพมีส่วนสำคัญอย่างมากในการป้องกันและดูแลเด็กที่ได้รับผลกระทบ ซึ่งจำเป็นจะต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน เช่น ระบบการศึกษา กระบวนการยุติธรรม และการคำนึงถึงบริบทและวัฒนธรรมของแต่ละประเทศร่วมด้วย

องค์การอนามัยมีส่วนสำคัญในการสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ ภายใต้กลไกของ UHC, ความเท่าเทียมและการออกแนวทางเพื่อป้องกันความรุนแรง เช่น จากการใช้สุราและสารเสพติด ในประเทศสวีเดน แคนาดา มาลีและฟิลิปปินส์ ต่างให้ความสำคัญต่อปัญหาดังกล่าว กำหนดเป็นยุทธศาสตร์ระดับชาติภายใต้การนำที่เข้มแข็ง จัดทำแนวทางปฏิบัติ กำหนดให้มีผู้รับผิดชอบและการประสานงานจากหน่วยงานต่างๆ และการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อการดูแลช่วยเหลือเด็กที่ได้รับผลกระทบจากความรุนแรง ตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแล มีสุขภาพที่ดี บรรลุ SDG ตลอดจนมีการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และ best practice ระหว่างหน่วยงานต่างๆ ร่วมด้วย

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

- มีการแสดงความเห็นสนับสนุน
- ขอให้มีการจัดทำแนวทางดำเนินงานในกรณีฉุกเฉิน
- มีการบูรณาการในส่วนของ health และ social

ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานของประเทศไทย

ประเทศไทยควรมีการพัฒนารูปแบบการป้องกัน ดูแลช่วยเหลือผู้ที่ได้รับความรุนแรงตามข้อเสนอแนะของ SEAR ซึ่งประกอบด้วย

- การบูรณาการของหน่วยงานสาธารณสุขและสวัสดิภาพสังคม
- ระบบฐานข้อมูลทั้งในส่วนของประชากรและสุขภาพ ควรพัฒนาอย่างเป็นระบบ มีมาตรฐานและความถูกต้อง
- การพัฒนาทักษะของผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็ก
- การเข้าถึงอาวุธและการควบคุมปัญหาการดื่มสุรา การใช้สารเสพติด

Side Meeting Why women, children, adolescents and youth are central to advancing Universal Health Coverage (UHC); Quality, Equity and Dignity (QED); and sexual and reproductive health and rights (SRHR)

ผู้จัด Malawi and Sweden co-sponsor Canada, Denmark, France, Georgia, Mozambique, Norway, Portugal, Slovenia, Switzerland and Thailand

วันพุธที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๖๑ เวลา ๑๒.๓๐ – ๑๔.๐๐ น.

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. ทันตแพทย์หญิงวรมน อัครสุต กรมอนามัย
๒. ดร. ไพบุลย์ ช่วงทอง สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

- **Dr.Tedros Adhanom Ghebreyesus** ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลก ได้กล่าวถึงปัญหาที่ทั่วโลกมีการแท้งที่ไม่ปลอดภัย (unsafe abortions) ประมาณ ๒๕ ล้านคนต่อปี จึงจำเป็นที่จะต้องลดอัตราการตาย โดยเพิ่มการเข้าถึงที่มีคุณภาพ และความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงด้านสุขภาพ และกล่าวถึงเหตุผลที่ทำให้ ผู้หญิงวัยรุ่น และเยาวชนถึงเป็นจุดศูนย์กลางในการผลักดัน Universal Health Care (UHC) ว่า ไม่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ปราศจากอนามัยการเจริญพันธุ์และสิทธิต่าง ๆ (No Universal Health Care without sexual and reproductive health and rights)
- **H.E. Michelle Bacheret**, Chair, World Health Organization's Partnership for Maternal, Newborn and Child Health (PMNCH) กล่าวว่า ต้องให้ความสำคัญกับคุณภาพ (quality) ความเท่าเทียม (equity) และการดูแลที่ดี (dignified care) แก่ผู้หญิงและเด็กทุกคน การลงทุนในเยาวชน ผู้หญิง และการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างยั่งยืน ไม่เพียงแต่เป็นสิ่งที่ถูกต้องเท่านั้น แต่เป็นสิ่งที่ฉลาดที่จะทำ (Investing in youth, women and sustainable quality health care is not only the right thing to do - but is the smart thing to do) โดยเน้นเรื่องการเข้าถึงสุขภาพและความสะอาดของน้ำ ผู้นำทางการเมืองควรเข้ามาจับบทบาทร่วมกับภาคประชาสังคม ในการเสนอนโยบายต่าง ๆ ควรออกแบบให้เหมาะสมกับประชาชนมากกว่าที่จะให้ประชาชนปรับตัวตามนโยบาย (Policy need to tailor to people rather than people adapt to policy)
- **Dr.Princess Nothemba Simelela**, Assistant Director-General, Families, Women, Children and Adolescents, WHO กล่าวถึง Global Strategy for Women's, Children's and Adolescent's Health ๒๐๑๖-๒๐๓๐ โดยเน้นถึงความสำคัญ ให้แต่ละประเทศดำเนินการเพื่อลดจำนวนประชากรที่ต้องจ่ายเงินสำหรับบริการด้านสุขภาพลง ให้มารดาและทารกทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข โดยต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน
- **Anders Nordstrom**, Swedish Ambassador for global health เน้นเรื่อง SRHR ในบริบทของ UHC และมีระบบสาธารณสุขที่ยืดหยุ่น โดยมีการยกตัวอย่างจากประเทศฟิลิปปินส์ ที่มีอัตราการท้องในวัยรุ่นที่สูง ได้มีการก่อตั้ง family planning organization ขึ้นมา โดยเน้นการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งกระทรวง

สาธารณสุข และกระทรวงศึกษาธิการ รวมทั้งให้วัยรุ่นเข้ามามีบทบาท เน้นให้ประชาชนทุกระดับ ตั้งแต่ระดับรากหญ้าได้เข้าถึงบริการทางการแพทย์โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย อีกตัวอย่างจากประเทศมาลี ที่มีอัตราการเสียชีวิตของมารดาและทารกสูง ได้เน้นเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งการคุมกำเนิด และการดูแลทารกเกิดใหม่ มีระบบบริการสุขภาพที่เข้มแข็ง หลักประกันสุขภาพครอบคลุมตั้งแต่ในระดับชุมชน

- **Dr.Dan Namarik, Ministry of Health, Malawi** กล่าวถึง ๕ ประเด็นสำคัญที่รัฐบาลให้ความสำคัญ คือ ๑.มีนโยบายสุขภาพแห่งชาติ ที่ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ในระยะ ๕ กิโลเมตร โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลสุขภาพมารดาและบุตร ๒.ไม่ใช่เพียงเน้นเฉพาะการเข้าถึง แต่ต้องคำนึงถึงคุณภาพด้วย ๓.ให้ความรู้แก่ประชาชน ๔.ส่งเสริมการศึกษาระดับมหาวิทยาลัยด้านสาธารณสุข ในเรื่อง quality และ accountability เช่น ลดอัตราการตาย ลดเวลารอคอย

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย / หรือถูกถามจากที่ประชุม: ไม่มี

ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานของประเทศไทย

ประเทศไทยมีการดำเนินงานด้านอนามัยการเจริญพันธุ์อย่างต่อเนื่อง และมีบริการได้ถูกรวมไว้ในสิทธิของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งถือว่าก้าวหน้ากว่าอีกหลายประเทศ ควรมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับประเทศอื่นในการผลักดันประเด็น SRH เข้าสู่ UHC

Side Meeting Towards Ending TB – BRICS efforts to achieve Universal Health Coverage in the context of preparations for the UN High Level Meeting on Tuberculosis

ผู้จัด Russia and South Africa co sponsored by India and Brazil

วันที่/เวลา ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๖๑, ๑๘.๐๐-๑๙.๓๐ น.

ผู้รายงาน/หน่วยงาน:

๑. นายวัฒนา มะสังหลง กรมควบคุมโรค
๒. แพทย์หญิงมนัสวินีร์ ภูมิวัฒน์ กรมควบคุมโรค

การประชุม Side meeting นี้จัดขึ้นโดยกลุ่มประเทศ BRICS ซึ่งมี South Africa ทำหน้าที่เป็นประธานในการประชุม พร้อมด้วยผู้บรรยายจาก ๔ ประเทศ ได้แก่ Russia, China and Brazil และ India โดยมี Dr.Tedros, Director General of WHO ให้เกียรติเป็นผู้บรรยายรับเชิญ

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message):

- ให้ความสำคัญกับการจัดประชุม UN HLM on Ending TB ซึ่งจะจัดขึ้นในช่วงเดือนกันยายนปีนี้พร้อมทั้งกล่าวว่าการประชุมระดับสูงครั้งนี้จะเป็นการประชุมครั้งแรกของ UN ที่จัดเพื่อต่อสู้กับปัญหาวัณโรค

- ยินดีกับผลลัพธ์ที่ได้จากการประชุม Ministerial meeting on ending TB ณ กรุงมอสโก ประเทศรัสเซีย และสนับสนุนให้แต่ละประเทศดำเนินงานตาม Moscow declaration on accelerate the progress to end TB
- ตระหนักว่าพันธสัญญาของผู้นำในแต่ละประเทศนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่งในการจัดปัญหาวัณโรค
- ที่ประชุมเห็นว่า WHO TB Strategies นั้นมีประสิทธิภาพและช่วยลดจำนวนผู้ป่วยวัณโรคได้ดีพอสมควร แต่อาจยังไม่เพียงพอที่จะบรรลุเป้าหมายจัดปัญหาวัณโรคภายในปี ๒๐๓๐
- แต่ละประเทศควรจัดทำ TB National Strategic Plan เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบ TB monitoring, detection and surveillance

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

- Dr.Tedros กล่าวถึงความสำคัญของการประชุม UN HLM on Ending TB พร้อมทั้งเชิญชวนให้กลุ่มประเทศ BRICS เป็นแกนหลักในการสร้างความร่วมมือและการดำเนินงานที่เข้มแข็งยิ่งขึ้นเพื่อขจัดภัยวัณโรค รวมถึงการพัฒนา Global strategy on TB ทั้งนี้ ได้กล่าวเพิ่มเติมว่าการดำเนินงานให้พันธสัญญาหรือนโยบายจากผู้นำประเทศ มาสู่การปฏิบัติงานจริงให้สัมฤทธิ์ผลนั้นเป็นสิ่งที่ท้าทายและต้องรีบดำเนินการ โดยขณะนี้ มี ๘๕ จาก ๑๒๐ ประเทศให้พันธสัญญาในการหยุดยั้งวัณโรค จากการประชุมที่มอสโกเมื่อปีที่แล้ว ถ้าทุกประเทศร่วมมือกัน สร้างความเข้มแข็งไปด้วยกันจะสามารถบรรลุเป้าหมายในการขจัดภัยวัณโรคได้ พร้อมทั้งย้ำถึงการดำเนินงานตาม Moscow declaration on accelerate the progress to end TB
- ตระหนักถึงการระดมเงินทุนสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อขจัดปัญหาภัยวัณโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Transnational Financial Support
- กล่าวถึงปัญหาวัณโรคดื้อยาที่มีค่ายารักษาราคาสูง ยา Fixed-Dose Combination ไม่เพียงพอ ต้องการการพัฒนาทางวิจัย เทคโนโลยีและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมถึงความร่วมมือจากประเทศทั่วโลกในการให้พันธสัญญาเพื่อแก้ปัญหา
- มีคำถามเรื่องการขาดบุคลากรทำงานด้านวัณโรคและเครือข่ายความร่วมมือกับชุมชน แนะนำให้สนับสนุนการทำงานของเจ้าหน้าที่ อบรมให้ความรู้บุคลากรตามสายงาน และอาจบูรณาการร่วมกับโรคเรื้อรังอื่นๆ

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- เสนอแนะให้มีการเพิ่ม Domestic fund ในแต่ละประเทศเพื่อสนับสนุนงานด้านวัณโรค
- สนับสนุนให้ทีมงานวิจัยร่วมกันเพื่อหานวัตกรรมในการรับมือกับปัญหาวัณโรค
- สนับสนุนให้มีการแบ่งปันประสบการณ์และ best practice ในการดำเนินงานเรื่องวัณโรคระหว่างประเทศสมาชิก
- ส่งเสริมให้มีการผนวกรวม UHC มาใช้ในเรื่องของวัณโรค

Technical Briefing Official launch of the WHO immunization business case for the African continent

ผู้จัด WHO/AFRO, WHO/EMRO, Gavi the global vaccine alliance

วันที่/เวลา Wednesday ๒๓ May ๑๒.๓๐ -๑๔.๑๕ Room XII

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ โตสิงห์ สภาการพยาบาล

๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันทพันธ์ ชินล้าประเสริฐ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ฯ

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

๑. **แม้ว่าการเข้าถึงวัคซีน** ของประชาชนในทวีปอาฟริกาจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในห้วงเวลา ๑๕ ปีที่ผ่านมา แต่อัตราการเพิ่มขึ้นยังเป็นไปอย่างไม่ทันต่อปัญหาที่เกิดขึ้น ในปัจจุบันประชาชนในทวีปอาฟริกายังคงประสบกับปัญหาการเข้าถึงวัคซีนที่จำเป็นสำหรับการป้องกันโรคอันตรายโดยเฉพาะในกลุ่มเด็กที่อายุต่ำกว่า ๕ ปีที่พบว่ามีจำนวนมากถึง ๑ ใน ๕ ที่ไม่ได้รับวัคซีน มีผลให้อัตราตายของเด็กจากโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีนยังคงมีจำนวนสูงอยู่ ด้วยสถานการณ์ดังกล่าว การประชุม African Union Summit ครั้งที่ ๒๘ เมื่อวันที่ ๓๑ มกราคม ค.ศ. ๒๐๑๗ ผู้นำสูงสุดจากเกือบทุกประเทศในอาฟริกาจึงได้รับรอง ปฏิญญา ADI* (the Addis Declaration on Immunization) เพื่อเป็นการสร้างความตระหนักในพันธกิจด้านการขยายการเข้าถึงวัคซีนของประชาชนกลุ่มประเทศในทวีปอาฟริกา อันจะทำให้เกิดความครอบคลุมด้านการบริการสุขภาพและบรรลุเป้าหมายของ SDGs

๒. **ปฏิญญา ADI** เกิดจากข้อตกลงร่วมระหว่างกระทรวงสุขภาพ กระทรวงการคลัง กระทรวงสังคมสงเคราะห์ และกระทรวงปกครองส่วนท้องถิ่นของอาฟริกัน ในระหว่างการประชุมกลุ่มผู้นำระดับกระทรวง ในเรื่องการให้ภูมิคุ้มกันในอาฟริกา ณ เมือง Addis Ababa ประเทศ เอธิโอเปีย ระหว่างวันที่ ๒๔ ถึง ๒๕ กุมภาพันธ์ ปี ค.ศ. ๒๐๑๖ ซึ่งเป็นการประชุมที่จัดขึ้นโดย WHO ร่วมกับ the African Union Commission ข้อตกลงร่วมได้มุ่งเป้าหมายที่การลงทุนในโปรแกรมการให้ภูมิคุ้มกันโรคและการพัฒนาสุขภาพสำหรับประชาชนในทวีปอาฟริกาให้เกิดสุขภาวะอย่างถ้วนหน้า โดยกลยุทธ์หลักคือ

๒.๑ ผลักดันให้ประเทศสมาชิกและภาคีที่เกี่ยวข้องได้แก่ African development banks และ African regional economic communities สนับสนุนการลงทุนและการนำข้อกำหนดในปฏิญญาไปปฏิบัติ แสวงหาแหล่งสนับสนุนเพื่อช่วยเหลือให้การลงทุนในกิจการใหม่ๆ เพื่อวัคซีนมีความมั่นคงทั้งนี้เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย Global Vaccine Action Plan (GVAP)

๒.๒ ผลักดันให้ประเทศสมาชิกและภาคีที่เกี่ยวข้องต่อรองกับโรงงานผลิตวัคซีนเพื่อลดต้นทุนค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อวัคซีน เพื่อให้แต่ละประเทศสามารถจัดซื้อวัคซีนได้ตามปริมาณที่ต้องการและสอดคล้องกับกำลังการซื้อของประเทศนั้นๆ ร่วมกับการควบคุมการขึ้นราคาวัคซีนให้มีความโปร่งใส ตรวจสอบได้ และสนับสนุนให้แต่ละประเทศพัฒนาฐานข้อมูลราคาวัคซีนตามข้อตกลงในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ ๖๘ (WHA๖๘.๖)

๒.๓ ผลักดันให้ Gavi, the global vaccine alliance (ซึ่งเป็นองค์กรนานาชาติพันธมิตรด้านวัคซีนที่เกิดจากการรวมตัวกันของภาครัฐและภาคเอกชนโดยมีเป้าหมายร่วมเพื่อสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงวัคซีน

ใหม่ๆ และวัคซีนที่ไม่ได้มีการใช้อย่างแพร่หลายเพื่อช่วยเหลือเด็กในประเทศยากจน) ใครควรดูแลเรื่องการช่วยเหลือกลุ่มประชาชนอพยพหรือประชาชนชายขอบกลุ่มอื่นๆ ให้ได้รับวัคซีนฟรีหรือด้วยราคาที่เป็นการช่วยเหลือ

๓. **ความครอบคลุมของการให้วัคซีน**ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ใน ADI จะเกิดขึ้นได้ต้องใช้ความร่วมมือจากหลายภาคส่วน WHO/AFRO และ WHO/EMRO จึงได้ร่วมกันพัฒนา The WHO immunization business case for African Continent เพื่อทำให้เกิดการนำทรัพยากรที่สำคัญจากแหล่งสนับสนุนต่างๆ มาใช้ให้เกิดประโยชน์ด้านการป้องกันโรคที่ป้องกันได้จากการให้วัคซีนกับประเทศสมาชิกจำนวน ๕๔ ประเทศในทวีปแอฟริกา

๔. **WHO ได้ระบุองค์ประกอบที่สำคัญ ๖ ประการ**ที่จะช่วยให้ WHO immunization business case ประสบความสำเร็จคือ

๔.๑ การบริหารจัดการโครงการร่วมกับการบริหารด้านการเงินที่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพื่อป้องกันการสูญเสียที่คาดว่าจะเกิดขึ้น หากยังมีการบริหารจัดการในรูปแบบเดิมๆ ที่ WHO คาดการณ์ไว้ว่าในทศวรรษหน้าจะมีประชาชนเสียชีวิตจากโรคที่วัคซีนป้องกันได้ถึง ๒.๔ ล้านคน และจะกระทบต่อการสูญเสียทางเศรษฐกิจถึง ๕๙,๐๐๐ ล้านดอลลาร์สหรัฐ

๔.๒ การให้บริการวัคซีนตัวใหม่ๆ ให้มีประสิทธิภาพ

๔.๓ การจัดระบบเฝ้าระวังและจัดการการระบาดของโรคที่ป้องกันได้จากวัคซีน

๔.๔ การจัดการและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพื่อสะท้อนความก้าวหน้าของการดำเนินงาน

๔.๕ การควบคุมคุณภาพ ความปลอดภัย และการออกกฎหมายเพื่อควบคุมการใช้วัคซีน

๔.๖ การดึงชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม

๕. **การจัดการในแต่ละประเทศ**ต้องคำนึงถึงบริบทและความพร้อมในทุกๆ ด้านของประเทศนั้นๆ เช่น ความมั่นคงทางการเมือง การแทรกแซงจากกลุ่มธุรกิจ หรือนักลงทุนทั้งในและนอกประเทศ วัฒนธรรม ลักษณะทางกายภาพของประเทศ ความตื่นรู้และความแตกฉานทางสุขภาพของประชาชน WHO จึงเสนอให้มีการปฏิรูประบบภายในประเทศ และสร้างความเข้มแข็งของระบบโดยอาศัยการสนับสนุนของพันธมิตร

โดยสรุป รูปแบบของ WHO immunization business case ยังคงเป็นรูปแบบที่ประเทศสมาชิกในทวีปแอฟริกาเข้ามาใช้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามปฏิญญา ADI

Side Meeting Institutionalizing social participation and hearing people's voice to secure sustainable gains for UHC

ผู้จัด IRAN, CHILE, THAILAND

วันที่/เวลา ๒๓ พ.ค. ๒๕๖๑ เวลา ๑๒.๓๐-๑๔.๐๐ น. ห้อง ๒๔

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. รองศาสตราจารย์ ดร. ทศนา บุญทอง สภาการพยาบาล

๒. รองศาสตราจารย์ สุภาณี เสนาดิสัย นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ

๓. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันทพันธ์ ชินล้ำประเสริฐ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

ประเทศต่างๆที่มุ่งบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในปี ค.ศ. ๒๐๓๐ จะต้องมีการสานพลังเพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะ โดยมีประชาชนมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดหลักประกันว่าการบริหารจัดการให้เป็นไปตามนโยบายสาธารณะนั้นได้มีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องและสอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของประชาชน ในประเทศชิลีได้กำหนดกฎหมายตั้งแต่ปี ค.ศ. ๑๙๗๙ ได้ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในด้านการสุขภาพ และการสาธารณสุข โดยมีการจัดตั้งเป็นสภาประชาชน เครือข่ายต่างๆ สภาประชาสังคม นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาโครงการ Choose Healthy Living ในปีค.ศ. ๒๐๑๔ และมีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้นเพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมมากขึ้น การดำเนินงานมีการกระจายสู่ภูมิภาคมุ่งพัฒนาผู้นำท้องถิ่นและผู้นำชุมชนในกลุ่มอายุต่างๆ ร่วมมือกับภาคส่วนที่เป็นองค์กรที่ไม่หวังผลกำไร สมาคมต่างๆ เช่น สมาคมสตรี แรงงาน เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ ผู้ปกครอง คนพื้นเพเดิม ให้มีส่วนร่วม ทั้งนี้ได้แต่งตั้งสภาที่ปรึกษาระดับภาค ให้มีการแลกเปลี่ยนพูดคุยอย่างต่อเนื่อง ในปี ค.ศ. ๒๐๑๕ ประเทศชิลีได้พัฒนาความก้าวหน้าอีกขั้นโดยกำหนดให้มีกฎหมายประกันสุขภาพถ้วนหน้าพัฒนาระบบการเงินที่ปกป้องการวินิจฉัยและรักษาที่ใช้ค่าใช้จ่ายแพงเกินความจำเป็น โดยเน้นที่สิทธิของประชาชนทุกคน ฟังการตัดสินใจร่วมของประชาชนและการกำหนดกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ในประเทศอินเดียมีการสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วม ในการกำหนดนโยบายในเรื่องการจัดการ HIV TB และ มาลาเรีย สำหรับประเทศไทยได้ระบุถึงการสร้างความมีส่วนร่วมของประชาชน และฟังเสียงประชาชนในระบบการประชุมนโยบายสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งได้ดำเนินการมาแล้ว ๑๐ ปี แม้ว่าในความเป็นจริงได้ให้ประชาชนมีโอกาสมีส่วนร่วมมากกว่า ๓๐ ปี ตั้งแต่เริ่มใช้การสาธารณสุขมูลฐาน ปัจจุบันมีประชาชนที่เป็นอาสาสมัครหมู่บ้านถึงหนึ่งล้านคนทั่วประเทศ โดยเน้นการสร้างเสริมสมรรถนะของประชาชนให้มีความสามารถในการพัฒนาชุมชนและสุขภาพด้วยตนเองได้มีการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UHC) ซึ่งมีเจ้าภาพสามส่วนคือสมาชิกในชุมชน รัฐบาลท้องถิ่น และผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ รวมทั้งการบริหารกองทุนด้วยตนเองได้ในชุมชนประเทศไทยได้ใช้เครื่องมือทางสังคมในการเพิ่มความมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดนโยบายสุขภาพสาธารณะโดยเน้น ๔ C คือ Co-design, Co-decision Co-delivery และ Co-benefit ให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติซึ่งได้กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ เน้นการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายจากทุกกระทรวง และทุกภาคส่วนและภาคประชาสังคม ปัจจุบันการมีส่วนร่วมมีความมั่นคง และมีระบบชัดเจนมากยิ่งขึ้น มีเครือข่ายการพิจารณาร่วมกันเพื่อกำหนดยุติ หัวข้อและประเด็นปัญหาเพื่อดำเนินงานอย่างต่อเนื่องโดยใช้รูปแบบสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา (Triangle That Moves The Mountain) คือการมีส่วนร่วมจากทั้งภาควิชาการ ภาครัฐ และภาคประชาสังคม ทั้งนี้สมัชชาสุขภาพแห่งชาตินับเป็นกลไกในการขับเคลื่อนประสานการดำเนินงานทั้งภาคประชาชน และภาครัฐซึ่งเป็นผู้กำหนดนโยบาย โดยดำเนินการวางรูปแบบทั้งระบบเพื่อประสานพลังจากทุกภาคส่วนในการดำเนินงานได้อย่างแท้จริง

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

กลยุทธ์ในการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ (Mild set) ที่จะให้รัฐเห็นความสำคัญของการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดกฎหมาย และนโยบายสาธารณะ

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

การมีส่วนร่วมของประชาชนในการมีสิทธิมีเสียงในการกำหนดนโยบายเป็นสิ่งสำคัญ แต่ต้องมีการพัฒนาศักยภาพและภาวะผู้นำของประชาชนควบคู่ไปด้วย ส่วนในประเทศที่มีความยากจนควรมีการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคมของประเทศไปพร้อมๆ กันด้วย

Side Meeting Evidence-based policies for Universal Health Coverage

ผู้จัด the governments of Uganda and Ethiopia

วันที่ ๒๔ May ๒๐๑๘ ๑๒.๓๐-๑๔.๐๐, Room VII

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. นางสาววิไลลักษณ์ แสงศรี โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)

๒. ดร. เกสัชกรหญิงนพคุณ ธรรมธัชอารี สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

Speakers: Dr Jane Ruth Aceng (Cabinet Minister for Health, Uganda), Dr Kedebe Worku (State Minister of Health, Ethiopia), Peter Sorensen (European Union), Dr Matshidiso Moeti (Regional office of Africa, WHO) Dr. Tedros (DG-WHO)

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

- ประเทศต่างๆต้องการมุ่งสู่ Universal Health Coverage และ SDG อย่างไรก็ตาม หลายประเทศยังมีข้อจำกัดในเรื่องความไม่พร้อมของระบบบริการ งบประมาณที่จะสนับสนุนระบบ กำลังคนด้านสุขภาพ เป็นต้น

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

- ผู้จัดหลักของการประชุมนี้ คือ รัฐบาลยูกันดาและเอธิโอเปีย โดยผู้แทนจากทั้งสองประเทศและผู้แทนจาก EU, Africa region ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ดังนี้
- ยูกันดา ได้รับทุนจาก EU “SPEED” (๒๐๑๕) ซึ่งเป็น network project เพื่อให้ประเทศได้สร้างความเข้มแข็งให้พื้นที่ โดยความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆในประเทศ เพื่อที่จะบรรลุ UHC ตามแนวทาง SDG ด้วยการ reform ระบบ ด้วยการดำเนินงานในด้านต่างๆ ได้แก่
 - มีการวิเคราะห์นโยบายสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อน UHC
 - มีการขยายบริการสุขภาพที่จำเป็น โดยเฉพาะงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น การให้วัคซีน ซึ่งภาครัฐเป็นจัดวางระบบและภาคเอกชนเป็นผู้ให้บริการหลัก
- เอธิโอเปีย มีการ reform ระบบสุขภาพหลายด้าน โดยมีการประชุมใน Ministry of Health อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนการทำงานร่วมกันของภาคส่วนต่างๆ โดยมุ่งเน้นความสำคัญของระบบบริการปฐมภูมิ ด้วยการ harmonization งานต่างๆ ๗ ด้าน ที่แต่เดิมแต่ละภาค

ส่วนแยกการทำงานกัน เช่น การสร้างแผนแม่บทระดับประเทศ การจัดระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ ระบบรายงานเพื่อการติดตามประเมินผล และการขับเคลื่อนนโยบายโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- UHC เป็นเสาหลักของ SDG จำเป็นจะต้องมีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับการมีส่วนร่วมของ stakeholders ที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพ

Side Meeting Combatting the Challenges of Substandard and Falsified Medical Products: the Critical Role of Regulators

ผู้จัด MEXICO cosponsored by IRELAND, JAPAN, UNITED STATES OF AMERICA

วันที่ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๑ เวลา ๑๘.๐๐ – ๑๙.๓๐ น.

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. เกสัชกรหญิงชฎาธร อินไย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

๒. ดร.ธีรพร สติรอังกูร กองการพยาบาล

เนื้อหาสำคัญในการประชุม

- ระบบกำกับดูแลเป็นส่วนสำคัญที่ส่งผลให้ระบบสุขภาพมีความเข้มแข็งนำไปสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ยั่งยืน โดยเฉพาะการประสานความร่วมมือระดับโลกเพื่อให้เข้าถึงยาที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพ ระบบการกำกับดูแลมีความสำคัญสำหรับการจัดการกับระบบยาที่มีความซับซ้อนจากผลกระทบของการเติบโตของตลาดยาซึ่งส่งผลโดยตรงต่อปัญหายาผิดมาตรฐานและยาปลอม การประชุมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความท้าทายที่เกิดขึ้น รวมถึงแนวทางสำหรับหน่วยงานกำกับดูแลจะสามารถดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหานี้ได้
- ประเทศ Ethiopia โดย Mr. Yehulu Denekew, Director General, Food, Medicine, Healthcare Administration and Control Authority นำเสนอปัญหายาปลอมและยาผิดมาตรฐานในประเทศซึ่งพบมากในยาต้านมาลาเรีย และการดำเนินการจัดการปัญหาโดยการจัดทำ Frame Work สำหรับดำเนินการในประเทศ และความร่วมมือกับประเทศอื่นในภูมิภาค
- ประเทศ Mexico โดย Dr. Sanchez y Lopez, Federal Commissioner at Cofepris นำเสนอระบบการกำกับดูแลของประเทศ Mexico รวมถึงสิ่งที่ควรคำนึงถึงสำหรับหน่วยงานกำกับดูแลในการร่างกฎหมาย เพื่อแก้ไขปัญหายาปลอมและยาผิดมาตรฐาน
- ประเทศ Ireland โดย Dr. Rita Percell, Deputy Executive Director at HPRA นำเสนอกฎระเบียบที่ดีที่จะช่วยในการแก้ไขปัญหานี้ และการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาช่วยในการติดตามเพื่อแก้ไขปัญหายาผิดมาตรฐานและยาปลอม

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

- ข้อมูลผลการศึกษาของ WHO เกี่ยวกับปัญหาขาดมาตรฐานและยาปลอมซึ่งรายละเอียดยังไม่เพียงพอที่จะนำไปใช้ต่อไปซึ่ง WHO ชี้แจงว่าเกิดจากการข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลในประเทศที่ดำเนินการวิจัย ซึ่งเป็นส่วนสำคัญต่อผลการศึกษาที่มีประสิทธิภาพ
- การแก้ไขปัญหายาปลอมให้ประสบความสำเร็จควรดำเนินการทั้งระบบ กฎระเบียบที่ดีเป็นส่วนสำคัญ แต่หากดำเนินการแค่กฎระเบียบเพียงอย่างเดียวจะไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างยั่งยืน
- เนื่องจากประเด็นนี้มีความสำคัญแต่ไม่ถูกบรรจุอยู่ในวาระของการประชุมสมัชชาอนามัยโลกในปีนี้ซึ่ง WHO ได้แจ้งต่อที่ประชุมว่าจะมีการบรรจุเป็นวาระในการประชุมปีต่อไป

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- การศึกษาระบบกำกับดูแล รวมถึงการแก้ไขปัญหาด้านยาจากประเทศที่มีระบบกำกับดูแลที่มีประสิทธิภาพ จะสามารถเป็นแนวทางในการวางแผนแก้ไขปัญหายาของประเทศได้ รวมถึงการพัฒนาแนวทางการกำกับดูแลยาโดยใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยอีกด้วย

Side Meeting Towards universal access to solid organ transplantation

ผู้จัด Hosted by Government of Spain and organization Nacional de Trasplantesthe

Co-sponsored by delegates of Algeria, Argentina, Australia, Bulgaria, China, Colombia, Costa Rica, Croatia, Dominican Republic, Italy, Portugal, Qatar, the Russian Federation, Spain and Uruguay

วันที่/เวลา ๒๔ May ๒๐๑๘/ ๑๒.๓๐-๑๔.๐๐

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ โตสิงห์ สภาการพยาบาล

๒. ดร. ชีรพร สติรังกูร กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เนื้อหาสำคัญในการประชุม

- เป็นการให้ความสำคัญของการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะเพื่อใช้ในการรักษาทางคลินิก ซึ่งมีมานานมากกว่า ๒๐ ปี ซึ่งปัจจุบันมีความต้องการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะไต วิทยากรจากประเทศต่างๆได้ให้สถิติความต้องการการเปลี่ยนไตที่มากขึ้น และการเข้าถึงการเปลี่ยนไตที่ไม่สมดุลย์กัน นอกจากนี้วิทยากรส่วนใหญ่ได้ให้ข้อมูล ผลการวิจัย ซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงว่าผู้ป่วยที่เปลี่ยนไตเกิดผลดีทั้งในด้านการรอดชีวิต คุณภาพชีวิต และ cost-effectiveness มากกว่าผู้ป่วยที่รักษาด้วยการล้างไต นอกจากนี้สมัชชาสุขภาพโลกได้พัฒนาหลักการทางจริยธรรมสำหรับผู้ให้ไต และผู้รับไต โดยไม่เป็นการซื้อขาย ทั้งนี้ยังมีบางประเทศที่มีทัวร์ซื้อขายไต
- ให้ความสำคัญกับการเข้าถึงการเปลี่ยนอวัยวะของผู้ป่วย ต้องมั่นใจได้ว่าทุกคนสามารถเข้าถึงการเปลี่ยนอวัยวะได้ทั่วถึง เป็นธรรม มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน และปลอดภัย โดยประเทศต่างๆควรมีระบบประกัน

สุขภาพ มีคณะกรรมการกลางที่กำหนดระบบการเปลี่ยนไตของประชาชนในประเทศ ต้องมีกฎหมายเชิงจริยธรรมให้เป็นที่ยอมรับ มีทีมการรักษาด้วยการเปลี่ยนไตที่เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ที่สำคัญคือต้องมีการตรวจคัดกรองเพื่อให้มีบริจาคไตในปริมาณที่เพียงพอกับผู้ต้องการเปลี่ยนไต

- ประเทศต่างๆได้ให้ความสำคัญและดำเนินการเปลี่ยนอวัยวะตามหลักการที่ WHO กำหนด คือ WHO Guiding Principles on Human Cell, Tissue and Organ Transplantation ใน Resolution WHA ๖๓.๒๒

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

- การใช้กฎหมายเอาผิดกับผู้ที่ไม่ปฏิบัติตามกฎหมายเชิงจริยธรรม

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- ให้แต่ละประเทศจัดระบบเพื่อการเข้าถึงการเปลี่ยนอวัยวะของผู้ป่วย

Technical Briefings Health, environment and climate change

ผู้จัด องค์การอนามัยโลกร่วมกับ องค์การพิทักษ์สิ่งแวดล้อมแห่งสหประชาชาติ และองค์การอุดมศึกษาโลก
วันที่ ๒๔ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ เวลา ๑๒.๓๐-๑๔.๓๐ น.

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

นางสาวพนิศา เจริญสุข กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

- การประชุมในครั้งนี้มีผู้แทนจากองค์การอนามัยโลกร่วมกับองค์การพิทักษ์สิ่งแวดล้อมแห่งสหประชาชาติและองค์การอุดมศึกษาโลกเป็นผู้ร่วมอภิปราย และมีดร. Tedross ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกร่วมเวทีอภิปราย
- ผู้แทนองค์การพิทักษ์สิ่งแวดล้อมแห่งสหประชาชาติขอให้มีการสร้างความร่วมมือของหน่วยงานทุกภาคส่วนในการลดมลพิษสิ่งแวดล้อม
- ผู้แทนองค์การอุดมศึกษาโลกกล่าวถึงผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ เช่น ระดับน้ำทะเลที่สูงขึ้นในแอฟริกา และบางส่วนของทวีปเอเชีย คลื่นความร้อนในยุโรป พื้นที่ที่มีปริมาณมลพิษอากาศสูง เช่น อินเดีย แอฟริกา จีน ซึ่งต้องมีการเตือนภัยในระดับประเทศโดยการสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานด้านอุดมศึกษา ด้านการจัดการน้ำ และด้านสุขภาพ
- ดร. Tedross ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลก ให้ความสำคัญกับมาตรการลดก๊าซเรือนกระจก (Mitigation) ขอให้ทุกประเทศเน้นการลงทุนและให้ความสำคัญกับการ “ป้องกัน” นอกจากนี้ยังกล่าวถึงระบบบริการสุขภาพถ้วนหน้าที่เชื่อมโยงกับการเข้าถึงน้ำสะอาด อากาศ และสิ่งแวดล้อมที่ดี

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

- ประเทศอังกฤษได้นำเสนอว่าเมื่อวันที่ ๒๔ พ.ค.นี้ได้ออก Clean Air Strategy ในระดับประเทศและจะทำ Guideline ด้านมลพิษอากาศที่องค์การอนามัยโลกทำขึ้นไปปรับใช้
- ประเทศเนเธอร์แลนด์ให้ความสำคัญของปัญหามลพิษอากาศกับผลกระทบระยะยาวในกลุ่มเด็ก การสร้างความรับผิดชอบของผู้ประกอบการ และยกตัวอย่างต้นแบบมหาวิทยาลัยแพทย์ของเนเธอร์แลนด์ที่มีนโยบายห้ามการใช้พลาสติก
- ประเทศฟินด์แลนด์กล่าวถึงความเชื่อมโยงระหว่างมลพิษอากาศกับควันปู้รีและโรคไม่ติดต่อ เสนอให้เพิ่มมาตรการในการสร้างพื้นที่สีเขียว การจัดการเชื้อื้อยา การจัดการภาคเกษตร การผลิตอาหาร ผ่านทาง One Health Approaches
- ประเทศมัลดีฟ ให้ความสำคัญกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกและผลกระทบต่อความหลากหลายทางชีวภาพ และการเพิ่มขึ้นของระดับน้ำทะเล โดยควรมีการทำงานร่วมกันของหน่วยงานทุกภาคส่วน

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- การสร้างความเป็นผู้นำของภาคส่วนสาธารณสุขในการป้องกันและลดผลกระทบที่จะเกิดจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ เช่น การรณรงค์ลดการใช้ถุงพลาสติกโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สร้างความเป็นรูปธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพถ้วนหน้าผ่านการสร้างความเชื่อมั่นในการเข้าถึงน้ำดื่มที่สะอาดและการสุขาภิบาลในโรงพยาบาล

Side Meeting Addressing Antimicrobial Resistance: A Threat to Global Health and the Achievement of Universal Health Coverage

ผู้จัด Republic of Korea cosponsored by Canada, Chile, Fiji, Italy, Malaysia, the Netherlands, Norway, Sweden, Switzerland, Thailand, the Philippines, Vietnam

วันที่ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๑ เวลา ๑๘.๐๐-๑๙.๓๐ Room VII

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันทพันธ์ ชินล้ำประเสริฐ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ฯ
๒. รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ โตสิงห์ สภาการพยาบาล

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

๑. AMR ยังคงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก มีผลต่อค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของประเทศ และอัตราการตายจากการติดเชื้อของผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน การจัดการกับ AMR ในปัจจุบันของหลายประเทศทั่วโลกยังอยู่ในระยะเริ่มต้น ในขณะที่บางประเทศยังไม่มีระบบจัดการครบวงจร WHO ได้พัฒนา Global Antimicrobial Resistance Surveillance System (GLASS) เมื่อเดือน ตุลาคม ค.ศ.

๒๐๑๕ เพื่อเป็นแนวทางประเทศสมาชิกนำไปใช้ในการ ทำระบบเฝ้าระวัง (Surveillance System) ในระดับนานาชาติ ทั้งนี้เพื่อให้การเก็บการลงบันทึกข้อมูล การวิเคราะห์และการแบ่งปันข้อมูลระหว่างประเทศสมาชิก เป็นไปในแนวทางเดียวกันและมีมาตรฐานหากประเทศสมาชิกมีความจริงจังในการนำ GLASSไปใช้จะทำให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงและเชื่อถือได้อันมีผลต่อการบรรลุเป้าหมายของ WHO Global Action Plan on AMR (GAP-AMR)

๒. ประเทศสมาชิกที่เข้าร่วมอภิปรายได้รายงานถึงความคืบหน้าในการจัดระบบเฝ้าระวัง ลด และแก้ปัญหา AMR ตามข้อสรุปดังนี้
 - ๒.๑ จัดการระบบการเฝ้าระวังที่ครบวงจร โดยจัดให้มีระบบการเฝ้าระวังการใช้ antibiotics ในสัตว์ และในพืช เพราะต่างส่งผลกระทบต่อ AMR รวมทั้งเน้นการป้องกันและลดการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม
 - ๒.๒ กำหนดแนวทางการใช้ antibiotics ให้มีความชัดเจนและเป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งในโรงพยาบาล ในชุมชน หรือการใช้เองโดยประชาชนจากการซื้อยาจากร้านขายยาด้วยตนเอง โดยเฉพาะในประเทศที่ยังไม่มีกฎหมายควบคุมการซื้อขายจากร้านยาที่ไม่มีเภสัชกรควบคุม
 - ๒.๓ พัฒนาศมรรถนะบุคลากรสุขภาพทุกระดับในเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ร่วมกับการเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดการบันทึกและเฝ้าระวังการใช้ยา antibiotics ตามกรอบของ GLASS
 - ๒.๔ การให้ความรู้และสร้างความตระหนักกับประชาชนทุกกลุ่มเรื่องการใช้ยา antibiotics อย่างสมเหตุผล เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่จะช่วยจัดการปัญหา AMR ได้อย่างยั่งยืน ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพจึงควรเน้นเรื่องการให้ความรู้และสร้างความตระหนักให้กับประชาชน โดยเฉพาะบุคลากรที่ทำงานในระดับชุมชน
 - ๒.๕ พัฒนาระบบการควบคุมการติดเชื้อโดยใช้วิธีการทุกรูปแบบ ตั้งแต่วิธีการง่ายๆเช่นการล้างมือ การใช้ Personal Protective Equipment (PPE) ที่เหมาะสม การใช้เทคนิคการปลอดเชื้อ การควบคุมบรรเทาและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลและในชุมชน
 - ๒.๖ ประเทศไทยเน้นการทำงานเป็นระบบโดยประสานกับทุกภาคส่วนร่วมกับการทำงานกับประเทศนานาชาติ พัฒนาและปรับปรุงระบบเฝ้าระวังที่เข้มแข็ง ออกกฎหมายและระเบียบควบคุมการใช้ antibiotics และผลักดันให้เรื่องของ AMR เป็นความตระหนักของสังคมและประชาชนทุกคนในประเทศ ต้องรับรู้ว่าเป็นเรื่องของตน ความสำเร็จของ AMR อยู่ที่การควบคุมการใช้ยาอย่างครบวงจรทั้งในคนและในสัตว์ ซึ่งจุดแข็งของประเทศไทยคือ องค์กรที่ทำหน้าที่ดังกล่าวและมีอำนาจทางกฎหมายคือกระทรวงสาธารณสุข

Technical Briefing the Role of Parliamentarians in achieving UHC and Global Health Security

ผู้จัด World Health Organization (WHO) and the Inter-Parliamentary Union (IPU)

วันที่ 25 พฤษภาคม 2018 1230-1400 Room XII

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. รองศาสตราจารย์ ดร. ทศนา บุญทอง นายกสภาการพยาบาล

๒. รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ โตสิงห์ สภาการพยาบาล

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

๑. วัตถุประสงค์การประชุม เพื่อทบทวนและกำหนดบทบาทของรัฐสภาต่อการบรรลุเป้าหมาย UHC และความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชน
๒. ที่มาของการประชุม การประชุมของวุฒิสมาชิกจากรัฐสภาของประเทศต่างๆทั่วโลกในนามของ ภาควิชาความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ (IPU-Inter-Parliamentary Union) ร่วมกับ WHO เป็นการประชุมอย่างต่อเนื่องเป็นครั้งที่ ๓ ในเวทีการประชุมสมัชชาอนามัยโลก ทั้งนี้เพื่อยืนยันถึงบทบาทและภารกิจของรัฐสภาของประเทศนั้นๆ และการทำงานร่วมกันของรัฐสภาของประเทศสมาชิกต่อภาวะสุขภาพของพลเมืองโลก
๓. องค์ปาฐกประกอบด้วย IPU Secretary General วุฒิสมาชิก ประธานวุฒิสภาจากประเทศต่างๆได้แก่ คาทิสสฐาน บังคลาเทศ ออสเตรีย แทนซาเนีย ซิลี แชมเบีย อุกันดา กรีซ และ Dr Tedros WHO DG
๔. ประเด็นสำคัญ
 - ๔.๑ การบรรลุเป้าหมาย UHC จะสำเร็จได้ต้องอาศัยความร่วมมือด้านการเมืองการปกครองจากผู้กำหนดนโยบายระดับสูงของประเทศ รัฐสภาและวุฒิสมาชิกเป็นกลไกสำคัญ เพราะเป็นผู้ขับเคลื่อนกิจการต่างๆในประเทศด้วยกฎหมาย จึงเป็นอำนาจสูงสุดที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทุกองคาพยพ
 - ๔.๒ รัฐสภาและ WHO ในทุกภูมิภาคจึงต้องทำงานกันอย่างใกล้ชิด และรัฐสภาของแต่ละประเทศต้องมีกลไกชัดเจนในการทำงานร่วมกันเพื่อตอบโจทย์ด้านสุขภาพของประเทศและตอบโจทย์สุขภาพในระดับโลก โดยเฉพาะในประเด็นของ UHC เพราะจะช่วยให้พลเมืองโลกเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง มีคุณภาพ ด้วยความเป็นธรรม เพราะสถานการณ์ปัจจุบัน ยังมีประชากรโลก อีกถึง ๔๐๐ ล้านคนที่ยังไม่เข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็นต่อชีวิต และร้อยละ ๔๐ ของพลเมืองโลกยังขาดการมั่นคงปลอดภัยทางสังคม
 - ๔.๓ IPU และรัฐสภาของประเทศทุกประเทศมีความตระหนักและผลักดันกฎหมายเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างครอบคลุม เพราะสุขภาพถือเป็นรากฐานที่สำคัญของประเทศ การที่พลเมืองมีสุขภาพดี ประเทศนั้นๆก็จะเกิดความมั่นคงทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ซึ่งเป็นวงจรที่มีความสัมพันธ์กันแบบห่วงโซ่
 - ๔.๔ จุดเน้นในการดำเนินงานของ IPU คือการผลักดัน ให้เกิด UHC โดยเน้นในกลุ่มด้อยโอกาส กลุ่มเปราะบาง ได้แก่ เด็ก และสตรี ตลอดจนประชาชนที่มีความยากจน ขาดแคลน กลุ่มผู้อพยพ และประชาชนในถิ่นทุรกันดาร
 - ๔.๕ รัฐสภาของแต่ละประเทศผลักดันนโยบายและออกกฎหมายเกี่ยวกับ การจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ การเข้าถึงยา การเฝ้าระวัง และการกำหนดงบประมาณด้านสุขภาพให้เกิดความโปร่งใส
 - ๔.๖ รัฐสภาของประเทศ ซิลี เน้นการผลักดัน UHC ในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ สตรีระหว่างการคลอด ดูแลมารดาและทารกแรกเกิด ดูแลเด็กเล็กและวัยรุ่น เพราะการดูแลสุขภาพของกลุ่มดังกล่าว มีผลโดยตรงกับการสร้างความเจริญ และความมั่นคงให้กับประเทศ นอกจากนั้นยังถือว่ากลุ่มนี้เป็นอนาคตของประเทศ
 - ๔.๗ รัฐสภาของประเทศแชมเบีย ได้แบ่งปันประสบการณ์เรื่องการผลักดันให้ประเทศเพิ่มงบประมาณด้านสุขภาพเป็น ร้อยละ ๑๐ ของงบประมาณทั้งหมดของประเทศในปีที่ผ่านมา

- ๔.๘ Dr.Tedros WHODG ได้ให้แนวคิดหลัก ๓ ประการ ของการทำงานระหว่าง WHO หรือองค์กรสุขภาพของประเทศ กับรัฐสภาและการทำงานระหว่าง WHO กับ IPU คือ 1) Inform 2) Emerge 3)Engage เพื่อที่จะให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพของประชาคมโลก
- ๔.๙ Martin Chungong, IPU Secretary General ได้สรุปประเด็นว่า รัฐสภามีอำนาจในการผลักดันกฎหมายและผลักดันการทำงานของรัฐบาลเพื่อให้ประชาชนของประเทศเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างครอบคลุม ดังนั้นรัฐสภาของแต่ละประเทศต้องมีความตระหนักว่าต้องมีส่วนร่วมอย่างจริงจังและเป็นแกนนำในเรื่องนี้ และถือว่าเรื่องนี้เป็นบทบาทที่สำคัญที่สุดของรัฐสภา ต้องใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากบุคลากรฝ่ายสุขภาพมาเป็นฐานในการผลักดันการออกกฎหมาย และขับเคลื่อนด้านการเมืองการปกครองที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชน

Side Meeting Investing millions to improve the nutrition of billions: how universal health coverage is strengthened through community programmes including breastfeeding.

ผู้จัด The delegations of Bangladesh, Burkina Faso, Canada, France, Ireland, Madagascar, Nigeria, The Philippines and Thailand

วันที่ 25 พฤษภาคม 2018 เวลา 12.30-14.00

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

ดร. อีรพร สติรอังกูร กองการพยาบาล

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message) (โดยอาจารย์ชื่อ speaker ด้วย)

- WHO และ UNICEF กำหนดแนวทาง Ten steps to successful breastfeeding ซึ่งผ่านการทดลองปฏิบัติและพัฒนาในหลายประเทศ เกิดมีผลลัพธ์ที่ดีคือใช้งบประมาณของประเทศน้อยลงอย่างมาก มารดาและทารกมีสุขภาพดี Ten steps นี้ได้กล่าวถึงทั้งมิตินโยบายและการดำเนินงานที่ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ นอกจากนี้ WHO และ UNICEF ยังได้กำหนดโครงการ Baby-friendly Hospital Initiative (BFHI) และผลักดันให้แต่ละประเทศพัฒนางานส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ผ่านโครงการนี้
- วิทยากรจากประเทศต่างๆ ได้กล่าวถึงความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีการดำเนินการตาม Ten steps to successful breastfeeding ได้กล่าวถึงในช่วง 2 ปีที่มีดำเนินการตามโครงการสามารถลดค่าใช้จ่ายของประเทศได้อย่างมาก มารดาและทารกมีสุขภาพดี ลดภาวะเด็กอ้วนในประเทศได้ นอกจากนี้ ยังเป็นการคงไว้ซึ่งวัฒนธรรมดั้งเดิมของประเทศอีกด้วย
- การพัฒนางานเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของแต่ละประเทศมุ่งเน้นให้แพทย์ พยาบาล ผดุงครรภ์มีความรู้ ความเข้าใจ Ten steps to successful breastfeeding พัฒนาระบบงานสุขศึกษา และให้คำปรึกษา ระบบการบริการระหว่างพยาบาล/ผดุงครรภ์กับหญิงตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตามในบางประเทศยังคงมีข้อจำกัดในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของโรงพยาบาลเอกชน และการโฆษณาเกินความจริงของบริษัทจำหน่ายนมผง

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

- การโฆษณาเกินความจริงของบริษัทจำหน่ายนมผง

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นสิ่งที่ดี ช่วยให้เด็กเข้าถึงอาหารที่มีประโยชน์
- WHO สนับสนุนให้แต่ละประเทศใช้แนวทาง Ten steps to successful breastfeeding และสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

Side Meeting Access to Medicines: Overcoming Obstacles created by monopolies- Essential to UHC and the 2030 Agenda

ผู้จัด ประเทศโมร็อกโก อินเดีย เซเนกัล สนับสนุนโดย บราซิล และ ประเทศไทย

วันที่ ๒๕ พ.ค. ๒๕๖๑ เวลา...๑๒.๓๐ - ๑๔.๐๐ น.

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. เกสซ์กรหญิง สมฤทัย สุพรรณกุล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันทพันธ์ ชินล้ำประเสริฐ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message) (โดยอาจารย์ชื่อ speaker ด้วย)

- ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกเรื่องการเข้าถึงยาเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เนื่องจากยาเป็นเครื่องมือสำคัญในการรักษาชีวิตของผู้ป่วย ป้องกันโรคของผู้ป่วย แต่กระบวนการที่จะเพิ่มการเข้าถึงยา ภายใต้ทรัพยากรที่มีจำกัดนั้น จำเป็นต้องสนับสนุนให้เกิดระบบการผลิตยาที่มีคุณภาพให้เพียงพอภายในประเทศของตน องค์การอนามัยโลกหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะมีแนวทางในการแก้ปัญหาระยะยาวสำหรับทุกประเทศโดยได้
- ผู้แทนจากประเทศบราซิล เห็นว่า การเข้าถึงยาจำเป็นเป็นสิทธิพื้นฐานของทุกคน แต่การดำเนินงานในเรื่องนี้ เป็นการดำเนินงานที่ต้องใช้งบประมาณเป็นจำนวนมาก และต้องการสนับสนุน งบประมาณ ในการจัดหาให้เพียงพอและทันต่อความต้องการใช้ของผู้ป่วย รวมทั้งการพัฒนากระบวนการผลิตยาคุณภาพภายในประเทศ การทำงานร่วมกับองค์กรระหว่างประเทศ การจัดการราคาภายในประเทศ
- ผู้แทนประเทศอินเดีย เน้นว่าการเพิ่มการเข้าถึงยา ปัญหาที่สำคัญคือ ราคาขายต้นแบบมีราคาสูงมากเกินกว่าที่ผู้ป่วยจะเข้าถึงได้โดยง่าย การนำ TRIP Flexibility มาใช้ในภูมิภาคต่าง ๆ องค์การอนามัยโรค จำเป็นต้องมีแผนการดำเนินการที่ชัดเจนรวมทั้งรสนับสนุนทางการเงินกับประเทศในกลุ่มรายได้ต่ำ และปานกลาง
- ประเทศไทย การเข้าถึงยาจำเป็นที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ เป็นสิทธิที่ผู้ป่วยพึงจะได้รับโดยไม่ต้องรับภาระเรื่องค่ายา และใช้กลไกการซื้อยารวม โดยใช้กลไกลดด้าน price-volume, cost capitation เป็นต้นในการเจรจากับบริษัทยา และใช้นโยบาย TRIO FLEXIBILITY ในกรณีที่ไม่สามารถเจรจาได้ ตัวอย่าง

ยาที่บริหารจัดการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ครอบคลุมยาแพง น้ำยาล้างไต โดยบริหารจัดการการขนส่งน้ำยาสู่ผู้ป่วยถึงบ้านทั่วประเทศ เรามีการทำ technology assessment แล้วจัดสิทธิประโยชน์ด้านยา rare medicine บางรายการ เรื่องยากำพรั้า ยาต้านพิษเราบริหารจัดการด้วยข้อมูลส่วนกลาง แล้วใช้ระบบ logistic ทำให้ botulinum vaccine antivenum ด้วยการบริหารแบบตอบสนองทันที การณ์ ผสมผสานประสิทธิภาพของ logistic เช่นนี้ (ด้วยคำขอจาก WHO) ทำให้เราสามารถส่งยา DAT ไปช่วยเหลือประเทศเมียนมาร์ ลาว, ส่งยา Methylene blue ไปประเทศไต้หวัน และส่ง BAT ไปช่วยประเทศไนจีเรีย ในการบริหารระบบยาของประเทศไทย เรายึดหลักความโปร่งใส ตรวจสอบได้ มีประสิทธิภาพและเป็นธรรม

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

ไม่มี

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- องค์การอนามัยโลก ควรมีแผนการดำเนินการที่ชัดเจนและมีการกำกับติดตามอย่างเข้มงวด รวมทั้งให้การสนับสนุนการดำเนินงานระหว่างองค์กรภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง การดำเนินการระหว่างประเทศสมาชิก และเน้นการเข้าถึงยาผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยเด็ก มะเร็ง และ ผู้สูงอายุ

ข้อมติและข้อตัดสินใจสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๗๑

เอกสารข้อมติสามารถดาวน์โหลดตาม link ต่อไปนี้ http://apps.who.int/gb/e/e_wha71.html

๑. **WHA71.1** Thirteenth General Programme of Work, 2019–2023
๒. **WHA71.2** Preparation for the third High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases, to be held in 2018
๓. **WHA71.3** Preparation for a high-level meeting of the General Assembly on ending tuberculosis
๔. **WHA71.4** Cholera prevention and control
๕. **WHA71.5** Addressing the burden of snakebite envenoming
๖. **WHA71.6** WHO global action plan on physical activity 2018–2030
๗. **WHA71.7** Digital health
๘. **WHA71.8** Improving access to assistive technology
๙. **WHA71.9** Infant and young child feeding
๑๐. **WHA71.10** 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
๑๑. **WHA71.11** Deputy Directors-General
๑๒. **WHA71.12** Salaries of staff in ungraded positions and of the Director-General
๑๓. **WHA71.13** Reform of the global internship programme
๑๔. **WHA71.14** Rheumatic fever and rheumatic heart disease
๑๕. **WHA71.15** Multilingualism: respect for equality among the official languages
๑๖. **WHA71.16** Poliomyelitis – containment of polioviruses

เอกสารข้อตัดสินใจสามารถดาวน์โหลดตาม link ต่อไปนี้ http://apps.who.int/gb/e/e_wha71.html

๑. **WHA71(1)** Composition of the Committee on Credentials
๒. **WHA71(2)** Election of officers of the Seventy-first World Health Assembly
๓. **WHA71(3)** Election of officers of the main committees
๔. **WHA71(4)** Establishment of the General Committee
๕. **WHA71(5)** Adoption of the agenda
๖. **WHA71(6)** Verification of credentials
๗. **WHA71(7)** Election of Members entitled to designate a person to serve on the Executive Board
๘. **WHA71(8)** Addressing the global shortage of, and access to, medicines and vaccines
๙. **WHA71(9)** Global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property: overall programme review

- ୧୦. WHA71(10) Health conditions in the occupied Palestinian territory, including east Jerusalem, and in the occupied Syrian Golan
- ୧୧. WHA71(11) Pandemic Influenza Preparedness Framework for the sharing of influenza viruses and access to vaccines and other benefits
- ୧୨. WHA71(12) WHO programmatic and financial reports for 2016–2017, including audited financial statements for 2017
- ୧୩. WHA71(13) Report of the External Auditor
- ୧୪. WHA71(14) Appointment of representatives to the WHO Staff Pension Committee
- ୧୫. WHA71(15) Implementation of the International Health Regulations (2005): five-year global strategic plan to improve public health preparedness and response, 2018–2023
- ୧୬. WHA71(16) Selection of the country in which the Seventy-second World Health Assembly would be held

รายนามผู้แทนไทยเข้าร่วมการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๗๑

๑. ศาสตราจารย์คลินิก เกียรติคุณ นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
๒. นายแพทย์สุระ วิเศษศักดิ์
ผู้ช่วยปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๓. นางสาวปวีณา ธารสนธยา
คณะทำงานรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๔. นายแพทย์ศุภกิจ ศิริลักษณ์
หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง
๕. นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ
ที่ปรึกษาสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านต่างประเทศ
๖. นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร
ที่ปรึกษาสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านต่างประเทศ

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน

๗. นายแพทย์นเรศฤทธิ์ ชัดระสีมา
รองผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน

กองการต่างประเทศ

๘. แพทย์หญิงอรธยา ลีมวัฒนา ยิ่งยง
ผู้อำนวยการกองการต่างประเทศ
๙. นางศิรินาถ เทียนทอง
นักวิเทศสัมพันธ์ชำนาญการพิเศษ
๑๐. พ.ต.ต.หญิงสุรีย์วัลย์ ไทยประยูร
นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ
๑๑. นายบรรลุ ศุภอักษร
นักวิเทศสัมพันธ์ปฏิบัติการ

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

๑๒. ดร. เกสัชกรหญิงวลัยพร พัชรนฤมล
ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๑๓. ดร. ทันทแพทย์หญิงวิริศา พานิชเกรียงไกร
ทันตแพทย์ชำนาญการ

๑๔. นางสาวอรณา จันทศิริ

นักวิจัยฝึกหัด

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)

๑๕. นางสาววิไลลักษณ์ แสงศรี

ผู้ช่วยนักวิจัย

กองการพยาบาล

๑๖. ดร. ชีรพร สติรอังกูร

รองผู้อำนวยการสำนักการพยาบาล

กรมควบคุมโรค

๑๗. นายแพทย์ขจรศักดิ์ แก้วจรัส

รองอธิบดีกรมควบคุมโรค

๑๘. แพทย์หญิงมนัสวินีร์ ภูมิวัฒน์

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๒ จังหวัดพิษณุโลก

๑๙. แพทย์หญิงภาวินี ด้วงเงิน

นายแพทย์ชำนาญการ

สำนักโรคบาดวิทยา

๒๐. นายแพทย์พิสุทธิ์ ชื่นจงกลกุล

นายแพทย์ชำนาญการ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ จังหวัดนครสวรรค์

๒๑. นายวัฒนา มะสังหลง

นักวิเทศสัมพันธ์ปฏิบัติการ

สำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศ

กรมการแพทย์

๒๒. นายแพทย์สมศักดิ์ อรรฆศิลป์

อธิบดีกรมการแพทย์

๒๓. แพทย์หญิงปฐมพร ศิริประภาศิริ

นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ

สำนักวิชาการแพทย์

๒๔. นายแพทย์ดลสุข พงษ์นิกร
 นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
 โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

กรมอนามัย

๒๕. นายแพทย์दनัย ธีวันดา
 รองอธิบดีกรมอนามัย
๒๖. นางสาวพนิดา เจริญสุข
 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
 กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ
๒๗. ทันตแพทย์หญิงวรมน อัครสุด
 ทันตแพทย์ชำนาญการ
 สำนักทันตสาธารณสุข
๒๘. นายพศิน พิริยหะพันธ์
 นักวิทยาศาสตร์ปฏิบัติการ
 ศูนย์ความร่วมมือระหว่างประเทศ

กรมสุขภาพจิต

๒๙. แพทย์หญิงวิรัชพัชร กิตติธระพันธ์
 รองผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

๓๐. นายแพทย์วันชัย สัตยาวุฒิมงคล
 เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา
๓๑. เกสัชกรหญิงสิตานันท์ พูนผลทรัพย์
 เกสัชกรชำนาญการ
 กองแผนงานและวิชาการ
๓๒. เกสัชกรหญิงชฎาธร อินไย
 เกสัชกรปฏิบัติการ
 กองแผนงานและวิชาการ

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

๓๓. ดร. ไพบูลย์ ช่างทอง
 กรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๑

๓๔. นางสาววิไลวรรณ สิริสุทธิ
 ผู้อำนวยการ
 สำนักส่งเสริมและพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม
๓๕. นางสาวสิริกร เค้าภูไทย
 ผู้เชี่ยวชาญ
 สำนักงานพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่
๓๖. นางสาววิภูษิตา แก้วเกตุ
 ผู้อำนวยการ
 สำนักนโยบายยุทธศาสตร์และประเมินผล

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

๓๗. นายแพทย์ชูชัย ศรชำนิ
 รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๓๘. เกศักรหญิงสมฤทัย สุพรรณกุล
 หัวหน้ากลุ่มงาน
 สำนักสนับสนุนระบบบริการยาและเวชภัณฑ์

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

๓๙. ดร. สุปรีดา อุดุลยานนท์
 ผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
๔๐. นางสาวมิลินทร์ สาครสินธุ์
 นักวิเทศสัมพันธ์
 สำนักพัฒนาภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

๔๑. ดร. เกศักรหญิงนพคุณ ธรรมธัชอารี
 ผู้จัดการงานวิจัย

กลุ่มภารกิจสุขภาพโลก มหาวิทยาลัยมหิดล

๔๒. ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์ประเสริฐ อดุลสันตชัย
 รองคณบดี คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
๔๓. แพทย์หญิงผนทิพย์ วัชรารัตน์
 ผู้ช่วยวิจัย กลุ่มภารกิจสุขภาพโลก

การประชุมวิชาการนานาชาติรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล
(Prince Mahidol Awards Conference : PMAC)

๔๔. ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิจารณ์ พานิช
 ประธานคณะกรรมการอำนวยการจัดการประชุม Prince Mahidol Award Conference
๔๕. ศาสตราจารย์ ดร. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา
 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม

สภาการพยาบาล

๔๖. รองศาสตราจารย์ ดร. ทศนา บุญทอง
 นายกสภาการพยาบาล
๔๗. รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ โตสิงห์
 ประชาสัมพันธ์สภาการพยาบาล

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ

๔๘. รองศาสตราจารย์สุปราณี เสนาดีสัย
 นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ
๔๙. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันทพันธ์ ชินล้ำประเสริฐ
 ประธานคณะกรรมการวิเทศสัมพันธ์

กระทรวงการต่างประเทศ

๕๐. นายเสข วรรณเมธี
 เอกอัครราชทูตผู้แทนถาวรไทยประจำสหประชาชาติ ณ นครเจนีวา
๕๑. นายศศิวัฒน์ ว่องสินสวัสดิ์
 เอกอัครราชทูต รองผู้แทนถาวรไทยประจำสหประชาชาติ ณ นครเจนีวา
๕๒. นางกัญญารัตน์ เวชชาชีวะ
 ที่ปรึกษา
 คณะผู้แทนถาวรไทยประจำสหประชาชาติ ณ นครเจนีวา
๕๓. นางสาวเบญจพร นิยมในธรรม
 เลขานุการเอก
 คณะผู้แทนถาวรไทยประจำสหประชาชาติ ณ นครเจนีวา