

สรุปผลการประชุม
คณะกรรมการองค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (RC) สมัยที่ ๖๗

วันที่ ๑๐ - ๑๒ กันยายน ๒๕๕๗

ณ โรงแรม Pan Pacific Sonagaon กรุงเทพฯ สาธารณรัฐประชาชนบังกลาเทศ

.....

การประชุมคณะกรรมการองค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (RC) สมัยที่ ๖๗ เป็นการประชุมตามธรรมนูญและกลไกอภิบาลขององค์การอนามัยโลก ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วยรัฐมนตรีสาธารณสุข หรือผู้แทนระดับปลัดกระทรวงสาธารณสุขของประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รวม ๑๑ ประเทศ ได้แก่ บังกลาเทศ ภูฏาน อินเดีย อินโดนีเซีย เกาหลีเหนือ ติมอร์-เลสเต เมียนมาร์ เนปาล ศรีลังกา ไทย และติมอร์-เลสเต โดยหัวหน้าคณะผู้แทนไทยคือ นายแพทย์สุริยะ วงศ์คงคาเทพ ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตบริการสุขภาพที่ ๕ ซึ่งได้รับมอบหมายให้กำกับดูแลงานด้านต่างประเทศของกระทรวงสาธารณสุข

H.E. Mr. Mohammed Nasim รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการครอบครัวของบังกลาเทศ ได้รับเลือกให้ทำหน้าที่ประธานการประชุมและ H.E. Dr. Thein Thein Htay รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขแห่งเมียนมาร์ ทำหน้าที่รองประธานการประชุม สำหรับประเทศไทยได้รับเลือกให้ทำหน้าที่ rapporteur ใน drafting group on resolutions ทั้งนี้ พิธีเปิดการประชุมจัดรวมกับการประชุมรัฐมนตรีสาธารณสุขของประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (HMM) ครั้งที่ ๓๒ โดยมี H.E. Sheikh Hasina นายกรัฐมนตรีบังกลาเทศเป็นประธานกล่าวเปิดการประชุมร่วมดังกล่าว

ที่ประชุม RC ได้หารือตามวาระการประชุม ดังนี้ :

๑. รายงานจากผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ Dr. Poonam Khetrapal Singh ได้กล่าวรายงานถึงผลการปฏิบัติงานขององค์การอนามัยโลกและประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ในช่วงระหว่างวันที่ ๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๕ ถึง ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๖ โดยได้กล่าวถึงความสำเร็จของประเทศในภูมิภาคในการกวาดล้างโรคโปลิโอ และความก้าวหน้าในการดำเนินงานเกี่ยวกับ MDG6 ซึ่งประกอบด้วย HIV/AIDS TB and Malaria, รวมทั้งความสำเร็จในการกำจัดโรคเรื้อนในระดับประเทศ และความพยายามมุ่งสู่การกวาดล้างโรคเท้าช้าง yaws และ kala-azar ของภูมิภาค อย่างไรก็ตาม ประเทศสมาชิกในภูมิภาคยังต้องเผชิญกับปัญหาสาธารณสุขที่เกิดจาก NCDs, ปัญหาภัยพิบัติจากธรรมชาติ, รวมทั้งภารกิจที่ยังไม่เสร็จเกี่ยวกับการบรรลุการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และ MDG4 และ 5 ซึ่งเป็นปัญหาเกี่ยวกับการตายของแม่และเด็กในภูมิภาค

๒. รายงานจากผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก

Dr. Margaret Chan ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก ได้กล่าวชื่นชมในความสำเร็จด้านสุขภาพของบังกลาเทศ อันเนื่องมาจากยุทธศาสตร์การสร้างชาติให้ประชาชนมีสุขภาพดี ด้วยการเข้าถึงประชาชนในหมู่บ้านโดยผ่านเครือข่ายเจ้าหน้าที่ในระดับรากหญ้าซึ่งมีอยู่มากมาย จึงเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและเป็นการเตรียมพร้อมเมื่อยามเกิดภัยพิบัติทางธรรมชาติ นับเป็นตัวอย่างที่ดีและนำไปปฏิบัติตาม นอกจากนี้ ผู้อำนวยการใหญ่ฯ รับทราบว่าประเทศต่างๆ ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีการเตรียมการเกี่ยวกับเรื่องภัยคุกคามของโรคอีโบล่าที่กำลังแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว และน่าสะพรึงกลัว ทำให้เป็นกังวลที่

จะต้องผลักดันประชาชนชาวแอฟริกาออกจากเขตแดนประเทศตน ผู้อำนวยการใหญ่ฯ ได้แสดงความเศร้าเสียใจต่อผู้เสียชีวิตและหายนะที่เกิดขึ้นจากโรคนี้ ซึ่งทำลายชุมชนในแอฟริกาตะวันตก ก่อให้เกิดเด็กกำพร้านับพัน เกิดการขาดแคลนอาหารและเชื้อเพลิง ทำให้โครงสร้างระบบสุขภาพล่มสลาย การคมนาคมทางอากาศและทางบกต้องหยุดชะงัก และการบริการสุขภาพต้องหยุดให้บริการ อย่างไรก็ตาม สิ่งที่น่ากลัวยิ่งกว่าการแพร่กระจายของเชื้ออีโบลาก็คือความตระหนกเกี่ยวกับโรคนี้ ดังนั้น ทั่วโลกจึงกำลังจับจ้องว่าองค์การอนามัยโลก ระบบองค์การสหประชาชาติ และองค์กรอื่นๆ ที่ทำงานอยู่ในทวีปแอฟริกาตะวันตกจะสามารถช่วยจัดการกับวิกฤตของโรคอีโบลานี้ได้อย่างไร

ในโอกาสนี้ ผู้อำนวยการใหญ่ฯ ได้ชี้ให้เห็นถึงบทเรียนที่ได้รับจากการระบาดของโรคอีโบล่า ซึ่งได้แก่ (๑) ความไม่เสมอภาคในสังคมที่กำลังเพิ่มมากขึ้น รวมถึงความแตกต่างทางสังคม (๒) ความเสี่ยงของโรคซึ่งเกิดจากธรรมชาติของสังคมที่มีการเชื่อมโยงกันและพึ่งพาซึ่งกันและกัน (๓) ทศวรรษของการเพิกเฉยในเรื่องระบบสุขภาพขั้นพื้นฐาน ทำให้ประเทศเข้าสู่สถานการณ์วิกฤตอย่างรวดเร็ว (๔) ความไม่ใส่ใจของอุตสาหกรรมที่มุ่งเน้นผลกำไรเป็นหลักทำให้ไม่ลงทุนในเรื่องการวิจัยโรคต่างๆ ซึ่งมีผลทำให้ประเทศยากจน และ (๕) การเตรียมพร้อมที่ไม่ดีของประเทศส่วนใหญ่เกี่ยวกับภาวะฉุกเฉินที่เลวร้าย ฉะนั้น ผู้อำนวยการใหญ่ฯ จึงได้เร่งรัดให้ประเทศสมาชิกผลักดันให้เกิดการเสริมสร้างระบบสุขภาพให้เข้มแข็ง เนื่องจากขณะนี้มีความกดดันจากโรคระบาดและยังได้ขอให้มีการปรับปรุงและเพิ่มประสิทธิภาพการลงทะเบียนราษฎรและสถิติชีพให้สูงขึ้น และทำให้กำลังคนด้านสุขภาพได้รับการศึกษา ฝึกอบรม และมีแรงจูงใจเพิ่มมากขึ้น

๓. WHO Reform

๓.๑ Framework of Engagement with Non-state Actors

ที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๗ เมื่อเดือนพฤษภาคม ๒๕๕๗ ได้ขอให้คณะกรรมการภูมิภาค (RC) ทหารหรือเกี่ยวกับ draft framework of engagement with non-State actors ดังนั้นที่ประชุม RC สมัยที่ ๖๗ ได้พิจารณาและให้ความเห็นชอบรายงานข้อเสนอแนะเกี่ยวกับร่าง framework ดังกล่าว ซึ่งได้จากการประชุม Inter-sessional Meeting เมื่อเดือนสิงหาคม ๒๕๕๗

ข้อตัดสินใจ :

ที่ประชุม RC ขอให้ผู้อำนวยการภูมิภาค (RD) ส่งข้อเสนอแนะของ RC ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะที่ได้จากการประชุม Inter-sessional Meeting ไปยังผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลกพิจารณาเพื่อประกอบจัดทำเอกสารทหารหรือ (discussion paper) สำหรับการประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก สมัยที่ ๑๓๖ ซึ่งจะจัดในเดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๕๘ และเพื่อหารือในประเด็นดังกล่าวอย่างต่อเนื่องในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๘ ในเดือนพฤษภาคม ๒๕๕๘

๓.๒ Follow up of the Financing Dialogue

ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลกได้ริเริ่มให้มีการเจรจาทางการเงินขององค์การอนามัยโลกกับประเทศสมาชิกเมื่อเดือนมิถุนายน ๒๕๕๖ เพื่อเป็นกลไกในการจัดทำและสนับสนุน programme budget ของประเทศสมาชิก ทั้งนี้ เพื่อให้งานขององค์การอนามัยโลกมีคุณภาพและมีประสิทธิผล และเพื่อให้การเงินขององค์การอนามัยโลกมีการเชื่อมโยงกับทิศทางและเป้าหมายของแผนการดำเนินงาน ภาวะโรคและความคาดหวัง มีความยืดหยุ่น และโปร่งใสมากขึ้น

ที่ประชุม RC รับทราบข้อเสนอแนะของที่ประชุม HLP ซึ่งกระตุ้นให้ประเทศสมาชิกมีส่วนร่วมในการเจรจาและให้ความเห็น ตลอดจนเสนอแนะให้มีการปรับปรุงการบริหารจัดการทางการเงินเมื่อกระบวนการทำงานได้เดินหน้าแล้ว ทั้งนี้ ประเทศสมาชิกรับทราบถึงงบประมาณที่สามารถจัดหาแหล่งทุนได้แล้วคิดเป็นร้อยละ ๘๕

ของงบประมาณแผนงานปี ๒๐๑๖ - ๒๐๑๗ และย้ำให้มีการขยายการเจรจาทางการเงินให้เกินขอบเขต ๒ ปีซึ่งปัจจุบันถือว่าเป็นระยะสั้นเกินไป และให้เชื่อมโยงกับ General Programme of Work ด้วย ที่ประชุม RC สนับสนุนแนวคิดเรื่องการเจรจาทางการเงินเนื่องจากเป็นองค์ประกอบหลักของการปฏิรูปองค์การอนามัยโลก โดยได้ขอให้องค์การอนามัยโลกแบ่งปันข้อมูลเกี่ยวกับสรุปผลการประเมินด้านการเจรจาทางการเงิน ซึ่งขณะนี้ อาจเร็วเกินไปที่จะวิจารณ์ถึงข้อขัดข้องในระยะยาวเกี่ยวกับเรื่องนี้เนื่องจากเพิ่งเป็นขั้นเริ่มแรก อย่างไรก็ตาม RC ได้แสดงข้อห่วงกังวลเกี่ยวกับจำนวนผู้บริจาค (donors) ในภูมิภาคนี้ซึ่งมีจำกัดและต่ำที่สุดในระดับภูมิภาค ดังนั้นการลดขนาดของงบประมาณแผนงานอาจกระทบต่อความสามารถของ WHO SEARO ในการให้ความสนับสนุนทางด้านวิชาการแก่ประเทศสมาชิกได้ ขณะเดียวกันประเทศสมาชิกได้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการใช้งบประมาณโดยยึดการจัดลำดับความสำคัญเป็นหลักและอยู่บนพื้นฐานความจำเป็นของประชากรในภูมิภาค ซึ่งมักจะตรงกันข้ามกับความสนใจของผู้บริจาค บางประเทศจึงได้กระตุ้นให้มีการหารือในเรื่องการเจรจาทางการเงิน ดังนั้น ที่ประชุม RC จึงได้เรียกร้องให้มีการเชื่อมโยงงบประมาณจากเงินบริจาคกับแผนงานที่มีความสำคัญขององค์การอนามัยโลก

๓.๓ Strategic Resource Allocation

จากการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๖ เมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ.๒๕๕๖ ประเทศสมาชิกได้ขอให้ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลกเสนอกลวิธีใหม่ในการจัดสรรงบประมาณสำหรับยุทธศาสตร์ เริ่มตั้งแต่การจัดทำงบประมาณแผนงานสำหรับวงจรงบประมาณ ๒๐๑๖ - ๒๐๑๗ โดยที่ประชุมคณะกรรมการบริหาร สมัยที่ ๑๓๔ ได้เห็นชอบกับข้อเสนอของผู้อำนวยการใหญ่ฯ ที่ให้จัดตั้ง Working Group on Strategic Resource Allocation เพื่อให้แนวทางแก่คณะเลขานุการในการจัดทำข้อเสนอเกี่ยวกับกลยุทธ์ใหม่ในการจัดสรรงบประมาณสำหรับยุทธศาสตร์ต่างๆ ต่อไป ทั้งนี้ ในคณะทำงานดังกล่าวประกอบด้วยประเทศสมาชิก จำนวน ๑ คน จากแต่ละภูมิภาค รวม ๖ ภูมิภาค เพื่อให้แนวทางแก่คณะเลขานุการในการจัดทำข้อเสนอร่างกลวิธีใหม่ดังกล่าว และที่ประชุม HLP ซึ่งประชุมเมื่อเดือนกรกฎาคม ๒๕๕๗ ได้ทบทวนร่างกลวิธีดังกล่าวและให้ข้อคิดเห็นพร้อมทั้งขอให้ประเทศสมาชิก SEAR ให้ข้อคิดเห็นไปยังมัลดีฟส์ซึ่งเป็นกรรมการในคณะทำงานฯ โดยเป็นผู้แทนจากภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (SEAR)

ที่ประชุม RC ตระหนักดีว่าการจัดทำกลวิธีใหม่ในการจัดสรรงบประมาณสำหรับยุทธศาสตร์มีความซับซ้อนและเป็นอิสระจากการปฏิรูปองค์การอนามัยโลกซึ่งกำลังดำเนินการอยู่ ซึ่งได้แก่การวางแผนงบประมาณจากล่างสู่บน (bottom-up planning) การคิดค่าใช้จ่าย output และ deliverable รวมทั้งบทบาทและหน้าที่ขององค์การอนามัยโลกในสามระดับ และการทบทวนค่าใช้จ่ายสำหรับค่าบริหารจัดการ

หลักการของกลวิธีใหม่ในการจัดสรรงบประมาณสำหรับยุทธศาสตร์อยู่บนพื้นฐานความจำเป็นและการมีหลักฐานอ้างอิงเพื่อสนับสนุนประเทศที่มีความจำเป็นด้านสุขภาพมากที่สุด โดยมีการใช้ข้อมูลทางระบาดวิทยาเป็นพื้นฐาน รวมถึงผลการวิจัย และข้อมูลความจริงทางวิทยาศาสตร์ ตลอดจนมาตรฐานที่วัดได้เพื่อประกันความยุติธรรมและความเสมอภาคในการจัดสรรงบประมาณ

มีความจำเป็นต้องย้อนกลับไปดูเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณยุทธศาสตร์เพื่อสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประเทศสมาชิกในภูมิภาคและเพื่อบรรลุเป้าหมายใหม่ในการพัฒนาภายหลังปี ๒๐๑๕ เมื่อทำการวางแผน บางประเทศได้เน้นถึงความจำเป็นที่จะต้องมีระบบการให้น้ำหนักที่เป็นแบบอย่างเดียวกันในการวัดความสำคัญด้านสุขภาพและวัดความจำเป็นของประเทศซึ่งเป็นปัจจัยในการคิดค่าใช้จ่ายต่อหัว (unit cost) ของการดูแลสุขภาพ ซึ่งบางประเทศอาจจะมีค่าใช้จ่ายต่อหัวค่อนข้างสูงเนื่องจากปัจจัยเรื่องพื้นที่ที่มีความยากลำบาก และประชากรยากจนในชนบทห่างไกล

ข้อตัดสินใจ

RC ขอให้ RD ส่งข้อเสนอแนะตลอดจนข้อคิดเห็นจากการประชุม Inter – sessional Meeting ที่จัดระหว่างวันที่ ๒๕ – ๒๗ สิงหาคม ๒๕๕๗ ไปยังผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก โดยเฉพาะการรวมเรื่องภาระโรค ค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลต่อหัว สถานการณ์และพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ ความจำเป็นในการเตรียมความพร้อมด้านภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติเข้าไว้ในส่วนที่ ๑ (Segment 1) ของข้อเสนอกลยุทธ์ดำเนินการ (Proposed Methodology) เพื่อให้คณะทำงานภายใต้คณะกรรมการบริหาร (EB) พิจารณาในการจัดทำกลวิธีเกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Budget Space Allocation) ต่อไป

๔. Programme Budget Matters

๔.๑ Programme Budget Performance Assessment: 2012 - 2013

ที่ประชุม RC รับทราบถึงรายงานของ Programme Budget and Administration Committee (PBAC) ที่ชี้ให้เห็นถึงระดับที่ต่ำของ organization wide expected result (OWER) ที่บรรลุผลสูงสุด คือจากร้อยละ ๕๔ ในวงงบประมาณประมาณ ๒๐๑๐ – ๒๐๑๑ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๖๓ ในวงงบประมาณประมาณ ๒๐๑๒ - ๒๐๑๓ โดยระดับและการวางแผนงบประมาณของ Strategic Objective (OS) ในหน่วยงานหลักมีการปรับปรุงให้ดีขึ้น อย่างไรก็ตามเป็นที่น่าสังเกตว่าการวางแผนงบประมาณโดยรวมยังไม่บรรลุเป้า ที่ประชุม RC ได้แสดงความกังวลถึงบาง OSER ที่มีการดำเนินงานในอัตราที่ต่ำ สำหรับวงงบประมาณประมาณ ๒๐๑๒ - ๒๐๑๓ โดยเฉพาะใน OSER ที่ระบุว่ามีปัญหา (in trouble) เนื่องจากขาดงบประมาณ ขาดเจ้าหน้าที่ที่อุทิศตน และไม่มีผู้บริจาค ดังนั้นองค์การอนามัยโลกกำลังเน้นเรื่องการทำกับติดตามผลการดำเนินการ OSER ตลอดจนการระดมงบประมาณเพิ่มเติม

RC รับทราบข้อเสนอแนะของคณะอนุกรรมการด้านการจัดทำและบริหารจัดการนโยบายและแผนงาน (SPPDM) ซึ่งประชุมเมื่อเดือนกรกฎาคม ๒๕๕๗

๔.๒ Implementation of Programme Budget 2014 - 2015

มีปัญหาการแจกจ่ายงบประมาณไม่เท่ากันในประเทศสมาชิกหลายประเทศในเรื่องวิชาการ ตัวอย่างเช่นขณะนี้ บังกลาเทศและเกาหลีเหนือสามารถระดมงบประมาณเกือบร้อยละ ๗๕ ของงบประมาณที่ตั้งไว้ในขณะที่ ภูฏาน เนปาล และไทยขณะนี้ได้จัดการระดมงบประมาณได้เพียงร้อยละ ๕๐ ของงบประมาณที่ตั้งไว้ การแจกจ่ายงบประมาณไปยังหมวดและแผนงานต่างๆ ยังคงไม่เท่ากัน นอกจากนี้ ภูมิภาค SEAR ถูกตัดงบประมาณประจำปี ๒๐๑๔ – ๒๐๑๕

RC เน้นความสำคัญในการควบคุมกำกับค่าใช้จ่ายงบประมาณแผนงานทั้งในสำนักงานประจำประเทศและสำนักงานภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เพื่อสร้างความเข้มแข็งในกรณีที่มีความยืดหยุ่นในการจัดสรรงบประมาณที่สามารถโอนหรือจัดสรรไปยังสาขาการทำงานที่อาจต้องการงบประมาณเพิ่มเติม

RC ขอให้คำนึงถึงเรื่องกระบวนการปฏิรูปองค์การอนามัยโลกเมื่อมีการจัดทำงบประมาณแผนงานด้วยคือต้องให้สามารถยืดหยุ่นได้มากขึ้น การประเมินงบประมาณจะเป็นฐานในการวิเคราะห์ปัจจัยเกี่ยวกับความยุติธรรม ความโปร่งใส และการแจกจ่ายงบประมาณที่ยืดหยุ่นระหว่างส่วนงบประมาณ (budget section) กับหมวดงบประมาณ (budget category)

๔.๓ Proposed Programme Budget 2016 - 2017

ที่ประชุม RC รับทราบถึงหลักการและกระบวนการล่าสุดในการวางแผนงานงบประมาณ ประจำปีวงงบประมาณ ๒๐๑๖ – ๒๐๑๗ ซึ่งกระบวนการวางแผนแบบจากล่างสู่บนของประเทศสมาชิกเป็นส่วนสำคัญ

ที่จะชี้แนะองค์การอนามัยโลกในการจัดทำแผนงานงบประมาณ โดยผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก ตัดสินใจให้คงงบประมาณไว้ที่ ๔,๐๐๐ ล้านดอลลาร์สหรัฐ และจะได้รับการจัดสรรงบประมาณทั้งหมดตามความเป็นจริง ดังนั้น งบประมาณดังกล่าวจะต้องสะท้อนประมาณการงบประมาณตามความเป็นจริงเพื่อบรรลุเรื่องที่มีความสำคัญตลอดทุกระดับขององค์การอนามัยโลก ทั้งนี้ ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลกอาจปรึกษาประเทศสมาชิกในกรณีที่งบประมาณที่ต้องการเกินกว่ายอดที่ตั้งไว้

RC รับทราบว่าแผนงานงบประมาณดังกล่าวเน้นความร่วมมือทางวิชาการโดยการกำหนดความสำคัญในระดับประเทศแบบจากล่างสู่บน โดยสะท้อนบทบาทและหน้าที่ของทุกระดับในองค์การอนามัยโลก ซึ่งนำไปสู่การเชื่อมโยงงานของทั้งสามระดับให้ดียิ่งขึ้น ดังนั้น จึงลดความซ้ำซ้อนของกิจกรรม/หน้าที่ที่ซ้ำกัน โดยให้ทุกระดับขององค์การอนามัยโลกมาวางแผนร่วมกัน ทั้งนี้ สำนักงานประจำประเทศต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพในการให้ความสนับสนุนที่มีคุณภาพแก่ประเทศสมาชิก

RC แสดงความกังวลเกี่ยวกับการขาดความยืดหยุ่นในการจัดสรรเงิน การแจกจ่ายและระดมเงินข้ามหมวด (categories) และแผนงาน (areas) ที่ไม่แน่นอนและไม่เท่ากัน ดังนั้น จึงย้ำความจำเป็นในการระดมเงินเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้ได้เงินเพิ่มเติมสำหรับเรื่องโรคไม่ติดต่อ (NCDs) หรือย้ายยุทธศาสตร์จากเรื่องวิชาการที่มีผู้บริจาคสนับสนุนและมีศักยภาพเพียงพอแล้วไปยังเรื่องวิชาการที่ต้องการการสร้างความศักยภาพ

RC ได้รับการยืนยันว่า จะมีการเชื่อมโยง proposed programme budget 2016 – 2017 กับวาระการพัฒนาหลังปี ๒๐๑๕ อย่างไรก็ดีตาม วาระการพัฒนาดังกล่าวยังไม่แล้วเสร็จ ดังนั้น เงินที่ยังไม่ได้ใช้ในระดับประเทศจะสามารถจัดสรรให้แก่เรื่องอื่นๆ ได้ หากได้รับอนุญาตและใช้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

มีการสร้างความเข้มแข็งให้กับกระบวนการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ทั้งนี้ ร่าง proposed programme budget 2016 – 2017 ที่ได้ปรับตามข้อเสนอของ RC จะนำเสนอต่อที่ประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลกในปี ๒๐๑๕ และร่างสุดท้ายจะเสนอต่อที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกในปี ๒๐๑๕ อนุมัติต่อไป

งบประมาณของประเทศสมาชิกถูกตัดเนื่องจากภูมิภาคถูกลดงบประมาณแผนงานของภูมิภาคโดยรวม ดังนั้น RC จึงกระตุ้นให้องค์การอนามัยโลกดำเนินขั้นตอนที่จำเป็นคือ สร้างความเข้มแข็งให้กับศักยภาพของภูมิภาค

ข้อเสนอสำหรับประเทศสมาชิก

๑. มีส่วนร่วมในการหารือที่เกี่ยวข้องกับงบประมาณแผนงานให้มากขึ้นทั้งในการประชุมระดับภูมิภาคและการประชุม governing body ระดับโลก

๒. พัฒนาศักยภาพการวางแผนและการจัดการแผนงานแห่งชาติเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดำเนินแผนงานขององค์การอนามัยโลกให้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอสำหรับองค์การอนามัยโลก

๑. ถ่ายทอดข้อคิดเห็นของ RC ไปยังผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลกให้พิจารณาและจัดทำงบประมาณแผนงานปี ๒๐๑๖ – ๒๐๑๗ โดยคำนึงถึงเรื่องต่อไปนี้

(๑) ความจำเป็นในการเพิ่มงบประมาณแผนงานสำหรับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ประจำปี ๒๐๑๖ – ๒๐๑๗ เพื่อแก้ปัญหาภาระโรคและประชากรของภูมิภาคที่เพิ่มขึ้น

(๒) ประเด็นสุขภาพที่มีความสำคัญ สถานการณ์ด้านสุขภาพและความต้องการทรัพยากรที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เฉพาะของประเทศควรเป็นหนึ่งในข้อพิจารณาหลักสำหรับการจัดสรรงบประมาณ

(๓) ประมาณการงบประมาณที่ได้จากการวางแผนแบบจากล่างสู่บน โดยประเทศควรมีความยืดหยุ่นที่สามารถเอื้อต่อการโยกย้ายงบประมาณภายในและข้ามหมวดและแผนงานตามที่กำหนดไว้ในระดับประเทศได้

(๔) ประเทศสมาชิกควรได้รับเงินสนับสนุนครบถ้วนในแต่ละแผนงาน

๒ สร้างความเชื่อมั่นในการจัดการงบประมาณที่มีประสิทธิภาพสำหรับภูมิภาคโดยมีการปรึกษาหารืออย่างเหมาะสมในการจัดสรรงบประมาณในลักษณะที่วางแนวงบประมาณกับความจำเป็นด้านสุขภาพและลำดับความสำคัญตามที่ได้กำหนดโดยประเทศสมาชิกของภูมิภาค

๓ เพิ่มความพยายามในการระดมเงินในภูมิภาค โดยเฉพาะเงินที่ยืดหยุ่นและไม่ต้องกันไว้ และเงินบริจาคแก่หมวดที่ได้เงินน้อย (underfunded categories) และแผนงานที่มีความสำคัญ ตลอดจนประเทศสมาชิกที่มีศักยภาพในการระดมเงินที่จำกัด

รายละเอียดข้อมติตาม เอกสารแนบหมายเลข ๑

๕. Technical Matters

๕.๑ Consideration of the Recommendation arising out of the Technical Discussion on “Covering every Birth and Death : Improving Civil Registration and Vital Statistics (CRVS)”

ประเทศสมาชิกได้ทำการประเมินผลระบบการลงทะเบียนราษฎรและสถิติชีพ โดยใช้เครื่องมือขององค์การอนามัยโลก และมีข้อกังวลเกี่ยวกับเรื่องความไม่ครอบคลุมของการลงทะเบียนเกิดและตาย ข้อมูลสาเหตุการตายมีคุณภาพต่ำและไม่สมบูรณ์ การลงทะเบียน ICD10 ยังไม่ถูกต้อง ขาดการตรวจสอบคุณภาพการลงทะเบียนราษฎร ความร่วมมือระหว่างกระทรวงที่เป็นหน่วยงานหลักยังมีไม่เพียงพอ

การหารือทางวิชาการเรื่อง “Covering every Birth and Death : Improving Civil Registration and Vital Statistics” ซึ่งจัดเมื่อวันที่ ๑๖ – ๑๗ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๗ ได้มีการจัดทำร่างยุทธศาสตร์ภูมิภาคเกี่ยวกับการเสริมสร้างบทบาทของหน่วยงานด้านสุขภาพในการปรับปรุงการลงทะเบียนราษฎรและสถิติชีพ (CRVS) โดยที่ประชุม HLP ได้กระตุ้นให้ทำการประเมินระบบ CRVS และเชื่อมโยงบริการสุขภาพกับระบบ CRVS เพื่อส่งเสริมการลงทะเบียนเกิดและตาย โดยรับการสนับสนุนทางวิชาการจากองค์การอนามัยโลก

RC รับทราบถึงความสำคัญของระบบ CRVS ที่มีคุณภาพดีและครบถ้วนในทุกประเทศของภูมิภาค โดยเน้นถึงความจำเป็นในการจัดทำรูปแบบ Universal CRVS Model ที่สามารถนำไปปฏิบัติโดยทุกประเทศได้ โดยเชื่อมโยงองค์ประกอบที่เหมาะสมกับองค์กรที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ของประเทศ ดังนั้น รูปแบบนี้จะช่วยสร้างความเชื่อมโยงในทางบวกระหว่างหน่วยงานด้านสุขภาพกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับ CRVS ทั้งนี้ การสร้างระบบ CRVS ที่มีคุณภาพดี ต้องการการสนับสนุนจากฝ่ายการเมืองที่เข้มแข็ง และต้องการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ซึ่งจะช่วยให้หน่วยงานด้านสุขภาพสามารถตัดสินใจในเชิงนโยบายโดยมีหลักฐานอ้างอิงได้ มีข้อเสนอแนะให้พัฒนา computer software ที่เป็นหนึ่งเดียวใช้ในการบันทึกข้อมูล เพื่ออำนวยความสะดวกในการวิเคราะห์เปรียบเทียบ นอกจากนี้ ระบบ CRVS ควรจะเชื่อมโยงกับ Civil Protection Scheme ระดับชาติ เนื่องจากเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของพลเมืองทุกคนที่จะได้รับการลงทะเบียนเกิดและตายอย่างเหมาะสม การนี้ RC ได้เร่งรัดองค์การอนามัยโลกให้การสนับสนุนด้านวิชาการและงบประมาณเพื่อขยายศักยภาพของประเทศในการจัดตั้งระบบ CRVS แบบองค์รวมที่มีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อมติจากการประชุม RC สำหรับประเทศสมาชิก

๑. รับรองยุทธศาสตร์ภูมิภาค Regional Strategy for Strengthening the Role of the Health Sector in Improving CRVS (2015 – 2024)

๒. เร่งรัดประเทศสมาชิกให้ดำเนินการดังนี้

(๑) ดำเนินการตามยุทธศาสตร์ภูมิภาคดังกล่าว

(๒) จัดตั้งหรือสร้างความเข้มแข็งให้กับกลไกประสานงานด้าน CRVS แห่งชาติ โดยมีผู้แทนจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักทั้งหมด

(๓) ประเมินระบบ CRVS แห่งชาติ และการจัดทำแผนแห่งชาติเพื่อปรับปรุงระบบ CRVS รวมถึงประเมินความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด

(๔) สร้างศักยภาพของประเทศในการทำให้ระบบ CRVS มีความเข้มแข็งและระดมทรัพยากรบุคคลและงบประมาณที่เพียงพอ

(๕) เพิ่มการสนับสนุนจากหน่วยงานด้านสุขภาพและหน่วยงานอื่นๆ เพื่อกระตุ้นให้เกิดความสมบูรณ์และคุณภาพการลงทะเบียนเกิดและตาย โดยเชื่อมโยงระบบ CRVS กับการให้บริการสุขภาพ

(๖) สนับสนุนให้ใช้การชันสูตรด้วยวาจา (verbal autopsy) ตามความเหมาะสมสำหรับการตาย โดยเฉพาะในกรณีขาดเจ้าหน้าที่บริการสุขภาพที่ผ่านการอบรม

(๗) สร้างความเข้มแข็งเกี่ยวกับการรับรองการตายให้กับเจ้าหน้าที่บริการสุขภาพที่ผ่านการอบรม

(๘) สร้างความเข้มแข็งในการลงรหัส ICD10 และสร้างสถิติการตายที่มีคุณภาพจากข้อมูล CRVS ที่ทำตามปกติ

(๙) กำกับดูแลความก้าวหน้าและประเมินผลสำเร็จในการเสริมสร้างระบบ CRVS ให้มีความสมบูรณ์และมีคุณภาพ และพัฒนาศักยภาพของสถาบันเป็นประจำโดยเชื่อมโยงกับกรอบการทำงานในยุทธศาสตร์ภูมิภาคที่ได้ตกลงไว้ และทำการแก้ไขตามความจำเป็น เมื่อดำเนินงานผ่านไปได้ครึ่งทาง

ข้อเสนอสำหรับองค์การอนามัยโลก

๑. สนับสนุนด้านวิชาการแก่ประเทศสมาชิกในการดำเนินยุทธศาสตร์ภูมิภาคเกี่ยวกับเรื่องนี้

๒. สนับสนุนให้มีเวทีแบ่งปันความรู้ ซึ่งประกอบด้วยคลังเครื่องมือ (repository of tools) และจัดประชุมปรึกษาหารือด้านวิชาการเพื่อแบ่งปันแนวปฏิบัติที่ดีและบทเรียนที่ได้เรียนรู้

๓. ประสานและเชื่อมโยงการสนับสนุนด้านวิชาการและงบประมาณจากหน่วยงานระหว่างประเทศ และหุ้นส่วนพัฒนาในระดับภูมิภาคและระดับประเทศ

๔. ช่วยเหลือประเทศสมาชิกตามที่ได้ร้องขอในการปรับเปลี่ยนและใช้เครื่องมือ verbal autopsy ที่ได้มาตรฐานเพื่อสร้างความเข้มแข็งของระบบ CRVS โดยเฉพาะในกรณีที่ขาดเจ้าหน้าที่บริการสุขภาพที่ผ่านการอบรม

๕. รายงานความก้าวหน้าต่อที่ประชุม RC สมัยที่ ๗๑, ๗๔ และ ๗๘ ในปี ๒๐๑๘, ๒๐๒๑ และ ๒๐๒๕ ตามลำดับ

รายละเอียดข้อมูลเพิ่มเติมตาม [เอกสารแนบหมายเลข ๒](#)

๖. Selection of a Subject for the Technical Discussions to be held prior to the Sixty – eight Session of the Regional Committee

RC ได้พิจารณาและรับรองหัวข้อสำหรับการหารือทางวิชาการก่อนการประชุม RC สมัยที่ ๖๘ ตามข้อเสนอของที่ประชุม HLP คือ เรื่อง “Strengthening Community – based Health – care Services” ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ โดยจะร่วมหารือถึงการดำเนินการที่ดีในประเทศสมาชิกเกี่ยวกับเรื่องนี้

๗. Traditional Medicine : Delhi Declaration

RC รับทราบถึงการให้การแพทย์แบบดั้งเดิมของประชาชน การให้บริการในสถานบริการสุขภาพ การฝึกอบรม ผู้ปฏิบัติ และกฎระเบียบเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ การประกอบการ และผู้ประกอบการวิชาชีพแพทย์แบบดั้งเดิม และเห็นความจำเป็นในการทำให้วิสัยทัศน์ให้มากขึ้น เพื่อประกันคุณภาพและประสิทธิภาพของการแพทย์แบบดั้งเดิม

และการประกอบวิชาชีพแพทย์แบบดั้งเดิม โดยมีหลักฐานอ้างอิง และเพิ่มศักยภาพเกี่ยวกับเรื่องนี้ โดยขอความสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก

ปฏิญญาเตลิวว่าด้วยการแพทย์แบบดั้งเดิมซึ่งรับรองโดยประเทศสมาชิก SEAR เมื่อปี ค.ศ. ๒๐๑๓ เพื่อร่วมมือกันและสนับสนุนเรื่องการแพทย์แบบดั้งเดิมให้เป็นไปตามสถานการณ์ของประเทศ ความสำคัญและกฎหมายของประเทศนั้นๆ ที่ประชุม RC ได้รับทราบถึงยุทธศาสตร์การแพทย์แบบดั้งเดิม (WHO Traditional Medicine Strategy) ปี ๒๐๑๔ - ๒๐๒๓ ซึ่งรับรองโดยที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกในปี ๒๐๑๔ ซึ่งยุทธศาสตร์นี้ช่วยส่งเสริมให้มีการปฏิบัติที่ดีในการใช้การแพทย์แบบดั้งเดิมที่มีความปลอดภัยและคุณภาพดี โดยมีกฎระเบียบ การวิจัย และการผสมผสานผลิตภัณฑ์ การประกอบการ และผู้ประกอบการทางด้านแพทย์แบบดั้งเดิมเข้ากับระบบสุขภาพตามความเหมาะสม ทั้งนี้ RC เร่งรัดให้มีการจัดสรรงบประมาณเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับการแพทย์แบบดั้งเดิมซึ่งมีงบประมาณที่จำกัด

ข้อเสนอสำหรับประเทศสมาชิก

๑. เร่งรัดประเทศสมาชิกให้ดำเนินการ

๑.๑ พิจารณาดำเนินการตามปฏิญญาเตลิวว่าด้วยการแพทย์แบบดั้งเดิมดังกล่าวให้สอดคล้องกับศักยภาพ ลำดับความสำคัญ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง และสถานการณ์ของประเทศ ดังนี้ :

(๑) ส่งเสริมนโยบายแห่งชาติ ยุทธศาสตร์ และโครงการเพื่อพัฒนาและใช้การแพทย์แบบดั้งเดิมอย่างเหมาะสมในระบบให้บริการสุขภาพ

(๒) พัฒนากลไกหน่วยงานเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล ความเชี่ยวชาญและความรู้ โดยร่วมมือกับองค์การอนามัยโลกอย่างแข็งขันในรูปการประชุมเชิงปฏิบัติการ การเยือนของผู้เชี่ยวชาญ การแลกเปลี่ยนวรรณกรรม ฯลฯ

(๓) ติดตามวิธีการผสมผสานเพื่อการศึกษา การปฏิบัติ การวิจัย การจัดเก็บเอกสาร กฎระเบียบการแพทย์แบบดั้งเดิม และการมีส่วนร่วมของผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แบบดั้งเดิมในการให้บริการสุขภาพ

(๔) ตรวจสอบความเป็นไปได้ในการส่งเสริม Mutual Recognition (MR) ของคุณวุฒิทางการศึกษาที่ออกให้โดยมหาวิทยาลัยที่ได้รับการยอมรับ ตลอดจนตำรับยา (Pharmacopaeias) และ Monographs รวมถึง ฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องด้านการแพทย์แบบดั้งเดิม

(๕) ส่งเสริมการจัดทำเอกสารอ้างอิงด้านการแพทย์แบบดั้งเดิมสำหรับประเทศสมาชิกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

(๖) พัฒนาความร่วมมือภูมิภาคในการอบรมและสร้างศักยภาพของผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์แบบดั้งเดิม

(๗) ส่งเสริมการพัฒนาที่ยั่งยืนและการเพิ่มทรัพยากรพืชสมุนไพรในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

(๘) จัดตั้งศูนย์ภูมิภาคตามความต้องการเพื่อสร้างศักยภาพและเครือข่ายในเรื่องการแพทย์แบบดั้งเดิมและพืชสมุนไพร

(๙) แลกเปลี่ยนความเห็น ประสบการณ์ และผู้เชี่ยวชาญเพื่อผสมผสานการแพทย์แบบดั้งเดิมเข้าไว้ในระบบสุขภาพแห่งชาติ โดยให้สอดคล้องกับนโยบายและกฎระเบียบของประเทศ

๑.๒ ปรับเปลี่ยนและดำเนินยุทธศาสตร์การแพทย์แบบดั้งเดิมขององค์การอนามัยโลก ปี ๒๐๑๔ - ๒๐๒๓ โดยคำนึงถึงศักยภาพ ลำดับความสำคัญ และกฎหมายของประเทศ

๑.๓ ผสมผสานการแพทย์แบบดั้งเดิมเข้าไว้ในระบบบริการสุขภาพหลักตามความเหมาะสม เพื่อให้บริการสุขภาพถ้วนหน้า

๑.๔ สร้างความเข้มแข็งของระบบการเฝ้าระวังทางด้านเภสัชกรรม (Pharmacovigilance) เพื่อสร้างความมั่นใจว่าผลิตภัณฑ์การแพทย์แบบดั้งเดิมที่มีอยู่ทั้งหมดได้มาตรฐานความปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และคุณภาพ

ข้อเสนอสำหรับองค์การอนามัยโลก

๑. สนับสนุนประเทศสมาชิกตามความเหมาะสมในการดำเนินการตามปฏิญญาเดลีว่าด้วยการแพทย์แบบดั้งเดิม และตามยุทธศาสตร์องค์การอนามัยโลกว่าด้วยการแพทย์แบบดั้งเดิมปี ๒๐๑๔ – ๒๐๒๓

๒. สนับสนุนประเทศสมาชิกตามความเหมาะสมในการสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบ โดยเฉพาะระบบการเฝ้าระวังทางด้านเภสัชกรรม (Pharmacovigilance) เพื่อสร้างความมั่นใจว่าผลิตภัณฑ์การแพทย์แบบดั้งเดิมที่มีอยู่ทั้งหมดได้มาตรฐานความปลอดภัย มีประสิทธิภาพและคุณภาพ

๓. จัดสรรเงินที่เพียงพอตามงบประมาณแผนงานองค์การอนามัยโลกเพื่อดำเนินการตามปฏิญญาเดลีว่าด้วยการแพทย์แบบดั้งเดิม และตามยุทธศาสตร์องค์การอนามัยโลกว่าด้วยการแพทย์แบบดั้งเดิมดังกล่าวในประเทศสมาชิกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

๔. ให้แนวทางด้านนโยบายและวิชาการในการส่งเสริมการแพทย์แบบดั้งเดิมให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันสำหรับการแพทย์แบบดั้งเดิมแต่ละประเภทในภูมิภาค

๕. รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์องค์การอนามัยโลกว่าด้วยการแพทย์แบบดั้งเดิมปี ๒๐๑๔ – ๒๐๒๓ ต่อที่ประชุม RC สมัยที่ ๗๒ และ ๗๓ ในปี ๒๐๑๙ และ ๒๐๒๔ ตามลำดับ

รายละเอียดข้อมติตามเอกสารแนบหมายเลข ๓

๘. Strengthening the Implementation of the WHO Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol to Support the Achievement of the Regional Targets on Prevention and Control of Noncommunicable Diseases

สมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๓ เมื่อปีค.ศ. ๒๐๑๐ ได้รับรองข้อมติที่ WHA63.13 เรื่อง Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol โดยยุทธศาสตร์ดังกล่าวนี้เกิดจากข้อริเริ่มของ WHO รวมถึงข้อมติสมัชชาอนามัยโลกที่ ๖๑.๑๔ ในปีค.ศ. ๒๐๐๘ เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ : การดำเนินยุทธศาสตร์ในระดับโลก โดยมีเป้าหมายระดับโลกและภูมิภาคให้ลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ ๑๐ ภายในปีค.ศ. ๒๐๒๕ โดยวัดจาก based line ในปีค.ศ. ๒๐๑๐ ซึ่งเป้าหมายนี้ เห็นชอบโดย governing body และสมัชชาสหประชาชาติ

ที่ประชุม HLP เมื่อเดือนกรกฎาคม ค.ศ. ๒๐๑๔ เสนอแนะให้ประเทศสมาชิกจัดทำหรือสร้างความเข้มแข็งให้กับกรอบนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติและระดับรองลงมาเพื่อลดการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นอันตรายโดยพิจารณาจากยุทธศาสตร์ในระดับโลก และเร่งรัดประเทศสมาชิกให้เชื่อมโยงการดำเนินยุทธศาสตร์ระดับโลกเข้ากับความพยายามในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยเสนอแนะ WHO SEARO ให้การสนับสนุนและจัดทำแผนปฏิบัติการระดับภูมิภาค โดยเชื่อมโยงกับแผนปฏิบัติการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางด้านโรคไม่ติดต่อ เพื่อให้ประเทศรับรองและสร้างศักยภาพในการพัฒนาการดำเนินยุทธศาสตร์ระดับโลกให้มีความก้าวหน้าต่อไป

RC รับทราบว่าแม้จำนวนผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะมีเพียงร้อยละ ๑๓.๕ ในภูมิภาคนี้ แต่ยังมีผู้ดื่มหนัก จึงเห็นควรให้มียุทธศาสตร์ของภูมิภาคพร้อมทั้งแผนปฏิบัติการเกี่ยวกับเรื่องนี้ ทั้งนี้ เนื่องจากยุทธศาสตร์ระดับโลกในการลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นอันตรายนั้น มีขอบเขตที่กว้างเกินไป RC จึงเห็นชอบกับร่างข้อมติเกี่ยวกับแผนปฏิบัติการภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ในการดำเนินยุทธศาสตร์โลกเพื่อลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ที่เป็นอันตราย (Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol) ปีค.ศ. ๒๐๑๔ – ๒๐๒๕ ซึ่งร่างครั้งแรกจัดทำโดยประเทศไทย เน้นการดำเนินยุทธศาสตร์เพื่อลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อสนับสนุนเป้าหมายของภูมิภาคเกี่ยวกับเป้าหมายการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ให้ประสบความสำเร็จ โดยจุดขายในการลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือ เน้นเรื่องเมาไม่ขับ การใช้มาตรการภาษี การต่อต้านการโฆษณา ฯลฯ

ข้อมติของ RC: รับรอง Regional Action Plan to Implement the Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol for the South – East Asia Region (2014 – 2025)

โดยเร่งรัดให้ประเทศสมาชิก:

๑. พิจารณากำหนดเป้าหมายตามความเหมาะสมเกี่ยวกับการลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นอันตราย

๒. พัฒนาและปรับปรุงกรอบนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติแบบผสมผสานเพื่อลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นอันตราย โดยพิจารณาถึง Regional Action Plan to Implement the Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol for the South – East Asia Region (2014 – 2025)

๓. พัฒนาและหรือปรับปรุงตามความเหมาะสมเกี่ยวกับระบบและกลไกที่จะอำนวยความสะดวกในการดำเนินยุทธศาสตร์โลกขององค์การอนามัยโลกเพื่อลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งประกอบด้วยหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านทรัพยากรบุคคลและการเงิน กลไกประสานภาคส่วนต่างๆ ความรู้ทางด้านวิชาการ และระบบข้อมูลข่าวสาร

๔. ส่งเสริมความเชื่อมโยงกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในระหว่างการดำเนินยุทธศาสตร์โลกเพื่อลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๕. ปรับปรุงการเฝ้าระวังการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และอันตรายที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อแบบผสมผสาน

๖. พิจารณาวินิจฉัยเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของภูมิภาค / ประเทศ และสนับสนุนให้มีวันปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โลก

และขอให้องค์การอนามัยโลก

๑. สนับสนุนด้านวิชาการ และสร้างศักยภาพแก่ประเทศสมาชิกในการดำเนินแผนปฏิบัติการของภูมิภาคเพื่อลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อไป โดยให้สอดคล้องกับการดำเนินแผนปฏิบัติการและเป้าหมายภูมิภาคในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ

๒. สนับสนุนการปรับปรุงศักยภาพและกลไกความร่วมมือนานาชาติ รวมถึงการจัดตั้ง **Regional Technical Advisory Group on Alcohol and Health** เพื่อสนับสนุน WHO Global and Regional Networks of National Counterparts for Implementation of the Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol และคณะย่อย และให้มีการประชุมหุ้นส่วนหลักจากประเทศสมาชิกและหุ้นส่วนนานาชาติในระดับภูมิภาคทุกสองปี

๓. รายงานความก้าวหน้าการดำเนินการตามข้อมติดังกล่าวต่อที่ประชุม RC สมัยที่ ๗๐, ๗๓, ๗๖, และ ๗๙ ในปีค.ศ. ๒๐๑๗, ๒๐๒๐, ๒๐๒๓ และ ๒๐๒๖ ตามลำดับ

รายละเอียดข้อมติดังกล่าวตามเอกสารแนบหมายเลข ๔

๙. Strengthening Emergency and Essential Surgical Care and Anesthesia as a Component of Universal Health Coverage

การให้บริการผ่าตัดเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการให้บริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน แต่ประชากรมากกว่าสองพันล้านคนไม่สามารถเข้าถึงการบริการผ่าตัดขั้นพื้นฐานนี้ได้ เนื่องจากขาดการให้บริการดังกล่าวในสถานบริการขั้นปฐมภูมิและบุคลากรที่ได้รับการอบรมไม่เพียงพอ นอกจากนี้ การให้ยาสลบมีจำกัด เนื่องจากขาดบุคลากร ความชำนาญ และเครื่องมือ รวมถึงปัญหาเรื่องศักยภาพของระบบ จึงมีความจำเป็นต้องรวมการให้บริการผ่าตัดฉุกเฉินและจำเป็น และการให้ยาสลบเป็นส่วนหนึ่งของการให้บริการสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) เพื่อสามารถเข้าถึงบริการและรับผิดชอบค่าบริการได้

ประเทศสมาชิกทั้ง ๑๑ ประเทศ เห็นชอบให้สร้างความเข้มแข็งในการบริการผ่าตัดฉุกเฉินและจำเป็น และการวางยาสลบโดยให้เป็นส่วนหนึ่งของการให้บริการสุขภาพถ้วนหน้า โดยถือเป็นเรื่องด่วนที่ควรบรรจุไว้ในนโยบายสุขภาพแห่งชาติ ที่ประชุม HLP เมื่อเดือนกรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๗ เร่งรัดให้ประเทศสมาชิกจัดทำนโยบาย แผน และ roadmap ที่เหมาะสมเพื่อให้มีการผ่าตัดฉุกเฉินและจำเป็น บริการวางยาสลบในระดับที่เหมาะสม และเสนอแนะให้ทำการประเมินเทคโนโลยีทางด้านสุขภาพ รวมถึงการให้บริการผ่าตัดฉุกเฉินและจำเป็น ด้วยการสนับสนุนจาก WHO SEARO

ประเทศสมาชิกหลายประเทศได้เน้นถึงความจำเป็นในการปรับปรุงสถานบริการสุขภาพให้มีเครื่องมือเพียงพอตามแผนระยะยาวเพื่อแก้ปัญหาการให้บริการผ่าตัดฉุกเฉินและจำเป็น และมีการพัฒนาศักยภาพของประเทศเพื่อแก้ปัญหาบุคลากร และมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการผ่าตัดที่เพียงพอในสถานอนามัย นอกจากนี้ ประเทศสมาชิกได้เน้นความจำเป็นในการจัดตั้งระบบส่งต่อที่ดีจากสถานบริการสุขภาพระดับต่ำไปยังระดับจังหวัดและระดับประเทศ ตลอดจนสถานบริการที่มีความเชี่ยวชาญ โดยมีบริการรพพยาบาลที่เพียงพอ

ทั้งนี้ ประเทศสมาชิกจำเป็นต้องมีการประเมินเทคโนโลยีทางด้านสุขภาพและหาช่องว่าง ส่วนขาด รวมถึงการใช้ tele-medicine, e-health, m-health และ digital health repositories เพื่อปรับปรุงสิ่งอำนวยความสะดวกการผ่าตัดในสถานบริการสุขภาพระดับอำเภอและตำบล เนื่องจากการใช้เครื่องมือแบบดิจิทัลในอนาคตเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้

ปรับปรุงระบบการสำรองโลหิต การวินิจฉัย และห้องปฏิบัติการให้มีประสิทธิภาพในการผ่าตัดและดมยาสลบ รวมถึงการให้ยาที่จำเป็นโดยรวมไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ และพัฒนานโยบายยาแห่งชาติให้มีความแข็งแกร่งเพื่อประกันความปลอดภัยและการมียาและเครื่องมือผ่าตัดอื่นๆ อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ การผ่าตัดที่ปลอดภัย การป้องกันการติดเชื้อต้านจุลชีพ การป้องกันการติดเชื้อจากการรักษาควรบรรจุไว้ในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยของการให้บริการสุขภาพ และจำเป็นต้องจัดตั้งระบบประกันคุณภาพการให้บริการเพื่อสร้างความเชื่อมั่นในบริการที่มีคุณภาพและปลอดภัย

ประเทศสมาชิกขอให้องค์การอนามัยโลกช่วยเหลือ

๑. ทางด้านวิชาการเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพในเรื่องการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (HITA)
๒. จัดหลักสูตรฝึกอบรมเกี่ยวกับการผ่าตัดฉุกเฉินและการวางยาสลบ
๓. จัดทำรายการผ่าตัดและการวางยาสลบที่ได้มาตรฐาน เพื่อใช้ในสถานบริการสุขภาพระดับอำเภอและต่ำกว่าอำเภอ

๑๐. Viral Hepatitis

ประเทศสมาชิกสามารถใช้ยุทธศาสตร์ภูมิภาคในการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบซึ่งจัดพิมพ์เมื่อปี ๒๐๑๓ ในบริบทของประเทศตนได้ และเชื่อมโยงเข้ากับระบบสุขภาพของประเทศ โดยเน้นการมีส่วนร่วม

จากทุกภาคส่วนในการแก้ปัญหาไวรัสตับอักเสบบี ทั้งนี้ ทุกประเทศใน SEAR ได้รวมการให้วัคซีนไวรัสตับอักเสบบีไว้ในโครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และกำลังพัฒนาวัคซีนไวรัสตับอักเสบบีในทารกแรกเกิด ประเทศสมาชิกขอให้องค์การอนามัยโลกช่วยเหลือทางวิชาการในการพัฒนาศักยภาพห้องปฏิบัติการ การจัดการผู้ป่วย การเฝ้าระวังโรคไวรัสตับอักเสบบี ทั้งนี้ WHO SEARO ควรจะนำตัวชี้วัดเพื่อกำกับดูแลการดำเนินการตอบโต้ไวรัสตับอักเสบบีให้เหมือนกับภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตก โดยมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีให้เหลือร้อยละ ๑ ภายในปีค.ศ. ๒๐๑๗

ข้อมติ RC:

เร่งรัดให้ประเทศประเทศสมาชิก:

๑. แต่งตั้ง Focal Point และ/หรือจัดตั้งหน่วย/แผนงานตามความเหมาะสมที่รับผิดชอบในการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบี
๒. จัดตั้ง/สร้างความเข้มแข็งให้กับระบบเฝ้าระวังโรคไวรัสตับอักเสบบี
๓. พัฒนา/ทบทวนและดำเนินแผนแห่งชาติในการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบี รวมถึงบริหารจัดการผู้ที่มีชีวิตอยู่กับโรคไวรัสตับอักเสบบี
๔. ส่งเสริมการใช้ยาอย่างมีเหตุผลเพื่อจัดการกับโรคไวรัสตับอักเสบบี
๕. สนับสนุนจากฝ่ายการเมืองและระดมทรัพยากรที่เพียงพอเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบี
๖. ส่งเสริมการวิจัยเพื่อพัฒนาการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบี รวมถึงการวิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์

และขอให้ RD ช่วยสนับสนุนประเทศสมาชิกในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบี โดยยึดยุทธศาสตร์ภูมิภาคขององค์การอนามัยโลกในการควบคุมและป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีเป็นหลัก

รายละเอียดข้อมติตาม *เอกสารแนบหมายเลข ๕*

๑๑. Regional Strategy on Strengthening Health Workforce Education and Training

WHO SEARO ได้จัดทำ Regional Strategy on Strengthening Health Workforce Education and Training โดยได้พิจารณาในที่ประชุม Regional Expert Group Meeting เมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๗ ซึ่งเน้นเรื่องการประกันคุณภาพของสถานศึกษาซึ่งมีความสำคัญในการรับรองคุณภาพการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ โดยให้มีการพัฒนาเครือข่ายระดับภูมิภาคเพื่อแบ่งปันประสบการณ์และพัฒนาทรัพยากรมนุษย์

RC ชี้ให้เห็นถึงความต้องการในการออกแบบการศึกษาทางด้านสุขภาพเพื่อสนับสนุนให้บุคลากรด้านสุขภาพคงอยู่ในพื้นที่ชนบทและในระดับสาธารณสุขมูลฐานซึ่งเป็นด้านแรกของระบบสุขภาพ ทั้งนี้ E-education เป็นตัวอย่างของวิธีการแนวใหม่ที่ประสบความสำเร็จ

ข้อมติ RC: รับรอง Regional Strategy on Strengthening Health Workforce Education and Training in the South-East Asia Region (2014-2019)

โดยเร่งรัดให้ประเทศประเทศสมาชิก

๑. ดำเนินขั้นตอนตามบริบทของยุทธศาสตร์แห่งชาติที่มีอยู่เกี่ยวกับกำลังคนด้านสุขภาพและผสมผสานดำเนินยุทธศาสตร์ภูมิภาคเกี่ยวกับการสร้างความเข้มแข็งให้กับการศึกษาและฝึกอบรมกำลังคนด้านสุขภาพในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ตลอดจนดำเนินการดังนี้ :

(๑) สร้างศักยภาพในการฝึกอบรมที่มีคุณภาพให้แก่กำลังคนด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องในจำนวนที่เพียงพอ โดยผ่านการปฏิรูปลงทุนและการสอน

(๒) สร้างความเชื่อมั่นว่าการศึกษาศาสตร์และยุทธศาสตร์อื่นๆ จะทำให้กำลังคนด้านสุขภาพสามารถให้บริการอย่างยั่งยืนแก่ชุมชนในชนบทหรือสถานที่ซึ่งมีความต้องการกำลังคนเหล่านี้

(๓) สร้างความเข้มแข็งในการผสมผสานระบบการศึกษาสำหรับกำลังคนด้านสุขภาพเข้ากับระบบบริการสุขภาพ

๒. เสริมสร้างการดำเนินนโยบายระดับโลกที่เสนอโดยองค์การอนามัยโลกจำนวน ๑๖ ข้อ เกี่ยวกับการเพิ่ม การเข้าถึงเจ้าหน้าที่สุขภาพในพื้นที่ชนบทและห่างไกล โดยให้มีการปรับปรุงเรื่องการคงอยู่ของเจ้าหน้าที่สุขภาพในพื้นที่ดังกล่าว

๓. จัดตั้ง / ปรับปรุงระบบข้อมูลข่าวสารกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อกำกับติดตามความก้าวหน้า สนับสนุนการจัดการ และสนับสนุนการดำเนินนโยบายที่เหมาะสม

๔. พิจารณาทบทวนความสำเร็จและปัญหาในการดำเนินการเสริมสร้างกำลังคนด้านสุขภาพเป็นระยะๆ ทุก ๓ ปี

และขอให้ RD:

๑. สนับสนุนประเทศสมาชิกในการดำเนินยุทธศาสตร์ภูมิภาคเกี่ยวกับการดำเนินการด้านการศึกษา และฝึกอบรมกำลังคนด้านสุขภาพในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (๒๐๑๔ – ๒๐๑๙)

๒. รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพต่อที่ประชุม RC ทุก ๒ ปี เริ่มตั้งแต่ปี ค.ศ. ๒๐๑๖ ตลอดทศวรรษหน้า

รายละเอียดข้อมูลติดตาม [เอกสารแนบหมายเลข ๒](#)

๑๒. Nutrition and Food Safety in the South – East Asia Region

ได้มีการอภิปรายเกี่ยวกับกิจกรรมผสมผสานระหว่างด้านโภชนาการกับด้านอาหารปลอดภัย และการเชื่อมโยงเรื่องโภชนาการกับโรคไม่ติดต่อ โดยประเทศสมาชิกได้รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ของภูมิภาคว่าด้วยเรื่องโภชนาการที่รับรองเมื่อปี ๒๐๑๑ และตามยุทธศาสตร์ภูมิภาคว่าด้วยเรื่องความปลอดภัยของอาหารปี ๒๐๑๓ – ๒๐๑๗

๑๓. South – East Asia Regional Health Emergency Fund

RC ได้แสดงความชื่นชม WHO SEARO ที่ได้หาวิธีโยกย้ายเงินมรดกสมทบ (Assessed Contribution) ไปยังหมวดเงินบริจาค (voluntary contribution) เพื่อที่เงินคงเหลือปลายวงจรงบประมาณราย ๒ ปี สามารถโอนไปยังวงจรงบประมาณถัดไปได้

๑๔. Challenges in Polio Eradication

RC รับทราบถึงข้อเสนอของที่ประชุม HLP เมื่อเดือนกรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๗ เกี่ยวกับความท้าทายในการกำจัดโรคโปลิโอ โดย Regional Certification Commission for Polio Eradication (RCCPE) ได้มอบใบประกาศนียบัตรแก่ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ว่าเป็นภูมิภาคปลอดโปลิโอ ทั้งนี้ ประเทศสมาชิกได้รับรองแผนยุทธศาสตร์ยุติโปลิโอ (Endgame Strategic Plan 2013 – 2018) และเสนอแนะให้ RCCPE และ Regional Certification Committee คงอยู่ต่อไปจนกว่าจะมีการรับรองการปลอดโปลิโอในระดับโลก ทั้งนี้ ช่วยให้ประเทศสมาชิกสามารถคงการปลอดโปลิโอได้ต่อไปด้วย

๑๕. Injury Prevention and Safety Promotion

ให้มีการจัดตั้งกลไกด้านการเงินเพื่ออำนวยความสะดวกในการร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่ประชุม RC ได้เสนอแนะองค์การอนามัยโลกให้ประสานงานอย่างเข้มข้นกับประเทศสมาชิกให้มีการดำเนินงานตามข้อมติของภูมิภาคเกี่ยวกับเรื่องการป้องกันการบาดเจ็บและการส่งเสริมความปลอดภัย

๑๖. 2012 : Year of Intensification of Routine Immunization in the South – East Asia Region : Framework for Increasing and Sustaining Coverage

RC รับทราบวาระดังกล่าวนี้ ควรเปลี่ยนชื่อวาระเป็น “Progress Report on Regional Immunization Goals” ในการประชุม RC ครั้งต่อไป เพื่อให้ประเทศสมาชิกกำหนดเป้าหมายที่แท้จริงเกี่ยวกับเรื่องการให้ภูมิคุ้มกันโรค โดยพิจารณาถึงปัญหาของประเทศตน

๑๗. Regional Health Sector Strategy on HIV 2011 – 2015

RC รับทราบถึงการเร่งรัดการดำเนินการป้องกัน HIV ให้บรรลุเป้าหมายของประเทศภายในปี ๒๐๑๕ ตามเป้าหมายของยุทธศาสตร์ภูมิภาคในการป้องกัน HIV

๑๘. Consultative Expert Working Group on Research and Development : Financing and Coordination

มีความจำเป็นต้องสำรวจเครือข่ายของสถาบันจากประเทศสมาชิก SEAR และพัฒนาศักยภาพด้าน R & D ของประเทศกำลังพัฒนา โดยพัฒนากลไกการให้คำปรึกษาที่เหมาะสมเพื่อการนี้

๑๙. Comprehensive and Coordinated Efforts for the Management of Autism Spectrum Disorders (ASD) and Development Disabilities

นอกจากประเทศต่างๆ จะได้นำเสนอถึงความก้าวหน้าเกี่ยวกับ ASD แล้ว RC ได้รับทราบถึงปัญหารวมถึงการขาดความตระหนักเกี่ยวกับโรค ASD ซึ่งมีผลให้ขาดทรัพยากรในการดำเนินโครงการ ASD และขาดการจัดลำดับความสำคัญของ ASD โดยผู้กำหนดนโยบายและนักวางแผนสุขภาพ การขาดข้อมูลที่เชื่อถือได้ ทำให้จำกัดการพัฒนายุทธศาสตร์และแผนงานของภูมิภาคและของประเทศเกี่ยวกับเรื่องนี้

๒๐. Regional Action Plan and Targets for Prevention and Control of Noncommunicable Diseases (2013 – 2020)

RC ให้นำเรื่องบุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสุขภาพในช่องปากรวมไว้ในแผนงานโรคไม่ติดต่อ และเร่งรัดให้องค์การอนามัยโลกผสมผสานเรื่องโภชนาการเข้าไว้กับแผนงานโรคไม่ติดต่อเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น โดยเห็นความจำเป็นในการกำกับและประเมินผล และขอให้องค์การอนามัยโลกหาตัวชี้วัดหลักและเป้าหมายระดับภูมิภาค โดยเผยแพร่ผลการประเมินไปยังประเทศสมาชิกเป็นประจำและให้การสนับสนุนด้านวิชาการในการขยายโครงการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อให้ได้ผลคุ้มค่าต่อไป

๒๑. Nomination of a Member State to the Policy and Coordination Committee (PCC) of the UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction

RC เสนอชื่ออินโดนีเซียให้เป็นกรรมการ PCC แทนบังกลาเทศ เป็นเวลา ๓ ปี เริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๘ และขอให้ RD แจ้งสำนักงานใหญ่องค์การอนามัยโลกต่อไป

๒๒. Nomination of a Member State to the UNICEF/UNDP/World Bank/WHO Special Programme of Research and Training in Tropical Diseases: Joint Coordination Board (JCB)

RC เสนอชื่อมัลดีฟส์ให้เป็นกรรมการ JCB เป็นเวลา ๓ ปี (๒๐๑๕ – ๒๐๑๘) แทนเนปาล ซึ่งจะหมดวาระในเดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๗ และขอให้ RD แจ้งสำนักงานใหญ่องค์การอนามัยโลกต่อไป

๒๓. การประชุม RC ครั้งต่อไป

RC เห็นชอบให้จัดการประชุม RC สมัยที่ ๖๘ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ณ กรุงดิลี ทิมอร์-เลสเต

.....

Proposed Programme Budget 2016 – 2017

The Regional Committee,

Having considered the Proposed Programme Budget 2016–2017, which builds on the approved Programme Budget 2014–2015; and which is structured according to the categories of work and programme areas outlined in the Twelfth General Programme of Work 2014–2019, providing the overall strategic direction and results chain for the Organization,

Noting that the development of Programme Budget 2016–2017 is very different from that of the previous biennia, since it has followed a need-based, bottom-up prioritization process involving the Member States, in response to their requests to identify a focused number of priorities for technical cooperation and aligning these with the regional and global commitments,

Recognizing that the Programme Budget is the primary instrument to express the full scope of work of the Organization and identify the roles, responsibilities and budgetary allocations of the three levels of the Organizations,

Noting the absence of a finalized strategic budget space allocation methodology, and the need for a robust, bottom-up planning and budgeting process for Programme Budget 2016–2017,

Further noting that the budgets for polio-related activities and outbreak, crisis and response (OCR) are considered as flexible budgets and can be reviewed and increased, based on the requirements of the regions,

Recognizing the need for having increased programme budget allocation for identified regional flagship programmes,

Endorsing the recommendations of the Inter-sessional Meeting in August 2014 and the Seventh Meeting of the Sub-Committee on Policy and Programme Development and Management on the Draft Proposed Programme Budget 2016–2017,

1. URGES Member States:
 - (a) to ensure more active and enhanced participation in the programme-budget related discussions at the regional and global governing body meetings;
 - (b) to further strengthen national programme planning and management capacities with the objective of improving the efficiency and effectiveness of WHO's programme implementation; and
2. REQUESTS the Regional Director:
 - (a) to convey the following views of the Regional Committee to the Director-General for her consideration while finalizing the Proposed Programme Budget 2016-2017:

- (i) the need for a programme budget increase for the South-East Asia Region for the biennium 2016-2017, to address the high disease burden and population of the Region;
 - (ii) the health priorities, prevailing health situation and related resource requirements in a country specific setting should be one of the major considerations for the allocation of resources;
 - (iii) the budget estimates arrived through bottom-up planning by countries should be of a flexible nature allowing any subsequent shifts within and across categories and programmes as identified at country level;
 - (iv) the Region should get full funding against the programme budget;
- (b) to ensure efficient management of the budget for the Region, through appropriate consultations, in light of the budget allocation, in a manner that aligns the budget with the health needs and priorities identified by the Member States of the Region;
- (c) to enhance resource mobilization efforts in the Region, particularly attracting flexible and un-earmarked funds and other voluntary contributions for underfunded categories, priority programme areas and Member States with limited fund mobilization capacity.

Covering Every Birth and Death : Improving Civil Registration and Vital Statistics

The Regional Committee,

Recalling the World Health Assembly resolution (WHA 67.14) on Health in the post-2015 development agenda,

Recognizing the importance of evidence-based decision-making and accountability through regular assessment of progress by strengthening civil registration and vital statistics (CRVS) and health information systems with disaggregated data to monitor health equity,

Noting that reliable data is essential for effective planning and management of health and other sectors, particularly in efforts towards achieving the time-bound health targets,

Emphasizing that CRVS systems are crucial to obtain continuous and compulsory data on births, deaths and causes of death, through cost-effective means,

Concerned with the heavy reliance on expensive and time consuming surveys to produce health statistics in the absence of more complete civil registration data and the generation of reliable mortality statistics from routine CRVS systems,

Noting the findings of the comprehensive assessment of CRVS, already completed (using the WHO tool) in eight of the 11 Member States of the WHO South-East Asia Region, that have identified the key challenges for CRVS in the countries of the Region to be: inadequate coverage and completeness of birth and death registration; poor quality of cause of death (CoD) data resulting in ill-defined recording of ICD (International Classification of Diseases) codes; lack of quality audits to improve civil registration data quality and its use for generation of vital statistics; and inadequate inter-agency coordination between the key stakeholder ministries responsible for CRVS,

Considering the commitment of Member States to prioritize CRVS strengthening as a coordinated effort between ministries of health, ministries responsible for civil registration and the national statistics offices,

1. ENDORSE the Regional Strategy for Strengthening the Role of the Health Sector in Improving CRVS (2015–2024), hereinafter referred to as the Regional Strategy; and
2. URGES Member States:
 - (a) to undertake key actions for implementing the Regional Strategy;
 - (b) to establish or strengthen a national CRVS coordination mechanism with representation of all key stakeholders;
 - (c) to undertake assessment of National CRVS systems and development of costed national plans for improvement of CRVS, including requirements of all stakeholders;

- (d) to build national capacity for strengthening of CRVS and mobilise adequate human and financial resources, (e) to enhance health and other sectors -contributions to boost the completeness and quality of birth and death registration by creating demand through linking CRVS systems with services;
 - (f) to support the use of verbal autopsy, as appropriate for deaths occurring particularly in the absence of a trained health care worker;
 - (g) to strengthen death certification by trained health care workers;
 - (h) to strengthen implementation of ICD coding and generate quality mortality statistics from routine CRVS data; and
 - (i) to monitor progress and evaluate achievements in strengthening completeness and quality of CRVS systems and institutional capacities on a regular basis aligned with the agreed-upon framework in the Regional Strategy and conduct mid-course corrections where necessary.
3. REQUESTS the Regional Director:
- (a) to provide technical support to Member States to implement the Regional Strategy;
 - (b) to support knowledge sharing platforms encompassing a repository of tools and conduct technical consultations for sharing of best practices and lessons learned;
 - (c) to coordinate and harmonize technical and financial support from different international agencies and development partners at the regional and country levels;
 - (d) to assist Member States on request in adapting and implementing the standard Verbal Autopsy tools to strengthen CRVS, in particular in the absence of a trained health care worker; and
 - (e) to report progress to the Seventy-first, Seventy-fourth and Seventy-eighth Sessions of the Regional Committee for South-East Asia in 2018, 2021 and 2025.

Traditional Medicine : Delhi Declaration

The Regional Committee,

Having considered the Delhi Declaration on Traditional Medicine adopted on 13 February 2013 by the 11 Member States of the WHO South-East Asia Region,

Recalling World Health Assembly resolutions WHA22.54, WHA29.72, WHA30.49, WHA31.33, WHA40.33, WHA41.19, WHA42.43, WHA 44.34, WHA54.11, WHA56.31, WHA61.21 and WHA62.13, and in particular Regional Committee resolution SEA/RC56/R6 on traditional systems of medicine which requested the Regional Director to assist Member States in developing/strengthening national policies, strategies and plans of action on traditional systems of medicine,

Acknowledging the WHO Traditional Medicine Strategy 2014–2023 that was endorsed in World Health Assembly resolution WHA67.18,

Recognizing that traditional medicine and traditional medicine practitioners have substantial potential to contribute to improving health outcomes in Member States of the South-East Asia Region,

Recognizing that some Member States in the South-East Asia Region are poised, within country for specific types of traditional medicine, to pursue a harmonized approach towards education, practice, research, documentation and regulation of traditional medicine, and

Noting that the International Conference on Traditional Medicine for Member States of the South-East Asia Region took place on 12–14 February 2013 and the Delhi Declaration on Traditional Medicine was adopted on 13 February 2013,

1. URGES Member States:

- (a) to consider implementing the Delhi Declaration on Traditional Medicine 2013 in accordance with national capacities, priorities, relevant legislation and circumstances, as follows:
 - (i) promoting national policies, strategies and interventions for equitable development and appropriate use of traditional medicine in the health-care delivery system;
 - (ii) developing institutionalized mechanisms for exchange of information, expertise and knowledge with active cooperation with WHO on traditional medicine through workshops, symposia, visits of experts, exchange of literature etc.;
 - (iii) pursuing an harmonized approach for the education, practice, research, documentation and regulation of traditional medicine and involvement of traditional medicine practitioners in health services;

- (iv) exploring the possibility of promoting mutual recognition of educational qualifications awarded by recognized universities, pharmacopoeias, monographs and relevant databases of traditional medicine;
 - (v) encouraging the development of common reference documents on traditional medicine for Member States of the South-East Asia Region;
 - (vi) developing regional cooperation for training and capacity-building of traditional medicine experts;
 - (vii) encouraging sustainable development and resource augmentation of medicinal plants in Member States of the South-East Asia Region;
 - (viii) establishing regional centres as required for capacity-building and networking in the areas of traditional medicine and medicinal plants, and
 - (ix) exchanging views, experiences and experts for integration of traditional medicine into national health systems in accordance with national policies and regulations.
- (b) to adapt and implement the WHO Traditional Medicine Strategy 2014–2023 taking into account national capacities, priorities and legislation;
 - (c) to integrate, as appropriate, traditional medicine into the mainstream health care systems in order to contribute to universal health coverage; and
 - (d) to strengthen systems, particularly pharmacovigilance systems, to ensure that all available traditional medicine products meet safety, efficacy and quality standards.
2. REQUESTS the Regional Director:
- (a) to support Member States, as appropriate, in implementing the Delhi Declaration on Traditional Medicine and the WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023;
 - (b) to support Member States, as appropriate, to strengthen systems, particularly pharmacovigilance systems, to ensure that all available traditional medicine products meet safety, efficacy and quality standards;
 - (c) to allocate adequate funds in accordance with the WHO Programme Budget towards implementation of the Delhi Declaration on Traditional Medicine and the WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023 in Member States of the South-East Asia Region;
 - (d) to provide policy and technical guidance in the promotion of traditional medicine on harmonized lines for each type of traditional medicine in the Region; and
 - (e) to report on progress of the implementation of WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023 to the Seventy-second and Seventy-seventh sessions of the Regional Committee for South-East Asia in 2019 and 2024.

South – East Asia Regional Action Plan to Implement Global Strategy to Reduce Harmful Use of Alcohol (2014 – 2025)

The Regional Committee,

Noting the report on Strengthening the Implementation of the Global Strategy to Reduce Harmful Use of Alcohol to support the achievement of the regional targets on noncommunicable diseases (NCDs) prevention and control in the South-East Asia Region,

Recalling the World Health Assembly resolution WHA63.13 on the Global Strategy to reduce the harmful use of alcohol, the follow-up to the Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, particularly in regard to the adoption of the Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013–2020 and the global target on the reduction of harmful use of alcohol as one of the nine voluntary targets,

Also recalling Regional Committee resolution SEA/RC66/R6 on the Regional Action Plan and Targets for Prevention and Control of NCDs (2013–2020), that endorsed a regional voluntary target of 10% reduction in the harmful use of alcohol and recommended to Member States to use total adult per capita consumption as the basic indicator,

Further recalling Regional Committee resolutions SEA/RC54/R2 on Mental Health and Substance Abuse, including Alcohol, and SEA/RC59/R8 on Alcohol Consumption Control: Policy Options which endorsed the Regional Policy Framework, and document SEA/RC59/15 on providing strategic guidance to Member States,

Concerned that there is a gradual increase in consumption of alcohol among the general population – particularly among adolescents, youth and also women in some Member States – and quite a high prevalence of heavy episodic drinking or binge drinking and unrecorded alcohol consumption in the Region,

Deeply concerned that the South-East Asia Region is an emerging market for the alcohol industry which is progressively investing and marketing in the Region, and that there is a shift in consumption of beverage types from indigenous/traditional to modern beverages such as wines and beers, as well as from ritual use to lifestyle-related drinking,

Recognizing the consequences of trade agreements that facilitate the free flow of and investment in alcohol, which may increase the consumption and negative impact of alcohol in the Region, and may limit the ability of Member States to prevent and control alcohol-related harms,

Concerned that consumption of illicit or informally produced alcohol have additional negative consequences, partly due to a higher ethanol content and potential contamination with toxic substances, such as methanol,

Noting that alcohol consumption leads to many health problems including NCDs such as cardiovascular diseases and cancers, which contribute to a great proportion of the global and regional burden of disease,

Mindful of the concern that alcohol consumption also has a negative impact on people other than those who drink, and also social and economic consequences on the population, in particular the poor,

Reiterating that the basis for prevention of alcohol-related harm in the context of the South-East Asia Region may also include negative social and economic consequences related to productivity loss, poverty, social safety and quality of life, and also take into account social structure and sociocultural norms,

Further noting the progress of work of the WHO Global Network of National Counterparts to implement the Global Strategy, formed in 2011, and their task forces and working groups, as well as the establishment of the South-East Asia Region Network of National Counterparts and other regional initiatives,

Recognizing the commitment to address the harmful use of alcohol as a risk factor for NCDs, in particular the outcomes of the 2012 Bi-Regional Workshop in Bangkok on building capacity for reducing the harmful use of alcohol at the country level in coordination with NCD prevention and control programmes of the South-East Asia and Western Pacific regions,

Acknowledging the need for further strengthening of national and regional capacities, including institutional capacity, and further accelerating the implementation of the Global Strategy to Reduce Harmful Use of Alcohol at the national level, and

Noting the draft regional action plan that was developed through consultations among SEA Network of National Counterparts on Implementing the Global Strategy to Reduce Harmful Use of Alcohol,

1. ENDORSES the Regional Action Plan to Implement the Global Strategy to Reduce Harmful Use of Alcohol for the South-East Asia Region (2014–2025);
2. URGES Member States:
 - (a) to consider setting targets, as appropriate, on the reduction of the harmful use of alcohol;
 - (b) to develop and/or strengthen, as appropriate, a comprehensive alcohol policy framework to reduce the harmful use of alcohol, taking into consideration the Regional Action Plan to Implement the Global Strategy to Reduce Harmful Use of Alcohol for the South-East Asia Region (2014–2025);
 - (c) to develop and/or strengthen, as appropriate, systems and mechanisms to facilitate the implementation of the WHO Global Strategy to Reduce Harmful Use of Alcohol, which may include responsible institutional, human and financial resources, multisectoral collaborating mechanisms, and technical knowledge and information systems;

- (d) to promote the linkages between the implementation of the Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol and efforts on NCD prevention and control;
 - (e) to strengthen surveillance for alcohol consumption and related harm including integrated surveillance for NCDs, and
 - (f) to consider observing a regional/national non-alcohol day and advocate for global non-alcohol day.
3. REQUESTS the Regional Director:
- (a) to provide technical support and build capacity of Member States to advance the implementation of the Regional Action Plan for Reducing the Harmful Use of Alcohol, in accordance with the implementation of the Regional Action Plan and Targets for Prevention and Control of NCDs; and
 - (b) to support capacity strengthening and international collaboration mechanisms, including setting up the Regional Technical Advisory Group on Alcohol and Health, to support the WHO Global and Regional Networks of National Counterparts for Implementation of the Global Strategy to Reduce Harmful Use of Alcohol and their subsidiary groups, and to continue the biennial regional forum of key partners from Member States and international partners.
 - (c) to report progress on this resolution to the Seventieth, Seventy-third, Seventy-sixth and Seventy-ninth sessions of the Regional Committee for South-East Asia in 2017, 2020, 2023 and 2026.

Viral Hepatitis

The Regional Committee,

Recalling that, approximately 1.4 million deaths are caused by hepatitis viruses every year globally, with an estimated 800 000 due to hepatitis B and 500 000 as a result of hepatitis C infection, and that around 500 000 of these estimated deaths occur in the WHO South-East Asia Region alone, with deaths associated with viral hepatitis exceeding the mortality estimates for malaria, dengue and HIV/AIDS combined,

Mindful of the fact that an estimated 100 million people infected with hepatitis B virus and 30 million infected with hepatitis C reside in the South-East Asia Region, and that the prevalence of hepatitis B and hepatitis C co-infection is up to 60% among persons living with HIV infection,

Concerned about the limited and fragmentary nature of the available data from the Region on rates of infection with hepatitis viruses, rates of clinical disease caused by these viruses, and the associated morbidity and mortality, and further, that there are no data on the societal and economic impact (in terms of years of life lost, disability, loss of productivity, expenditure on medical care, etc.) of these infections in the Region,

Taking note that in 2010 the World Health Assembly adopted its first resolution on viral hepatitis and called for a comprehensive approach to its prevention and control, and that in June 2013 WHO launched the Global Hepatitis Network, one of its aims being to support Member States with planning and implementation of viral hepatitis plans and programmes,

Further recalling World Health Assembly resolution WHA67.6 that called upon all Member States to launch nationally coordinated programmes to combat viral hepatitis,

Noting that WHO launched the guidance for the screening, care and treatment of persons with hepatitis C infection in April 2014, and updating its prequalified list of hepatitis B and C serological tests and preparing treatment guidelines for hepatitis B and C that will be issued later in 2014,

Affirming that the WHO Regional Strategy on prevention and control of Viral Hepatitis (SEA-CD-282) is aligned with the WHO Global Action Plan, and that the Strategy defines actions that need to be undertaken by Member States with support from WHO,

Realizing the inadequate awareness among health administrators and policy-makers, medical professionals and the general population about hepatitis viruses, including their routes of transmission, risk factors and impact on human health,

Recognizing that various health systems challenges need to be addressed to prevent and control viral hepatitis, in particular, inadequate disease surveillance systems; low rates of infant hepatitis B vaccine coverage, especially for the dose at birth; lack of access to

clean water and sanitation; limited knowledge, availability of, access to and use of preventive services for viral hepatitis, including screening of transfused blood and blood products; and inadequate allocation of financial and manpower resources,

Concerned about the high cost of and inadequate and equitable access to affordable treatment for viral hepatitis, and its long-term complications (cirrhosis and liver cancer), and cost of liver transplantation in patients with end-stage disease, and

Keenly aware of the importance and need for timely prevention and control of viral hepatitis,

1. URGES Member States:

- (a) to designate a focal point and/or establish a unit/programme, as appropriate, responsible for the prevention and control of viral hepatitis;
- (b) to establish/strengthen national viral hepatitis surveillance systems;
- (c) to develop/update and implement national plan(s) for the prevention and control of viral hepatitis including management of individuals living with hepatitis;
- (d) to promote rational use of medicines for the management of viral hepatitis;
- (e) to advocate for political commitment and mobilize adequate resources for the prevention and control of viral hepatitis; and
- (f) to promote research in order to strengthen prevention and control of viral hepatitis, including research and development of medical products.

2. REQUESTS the Regional Director to accord priority and organizational capacity in order to provide technical support to Member States in implementation of national viral hepatitis prevention and control efforts based on WHO Regional Strategy on prevention and control of viral hepatitis.

Strengthening Health Workforce Education and Training in the Region

The Regional Committee,

Recognizing the importance of the health workforce and its essential contribution to health systems functioning, which further contributes to the health of the population,

Noting with concern that the critical shortage of health workforce remains a problem in the South-East Asia Region and has not improved significantly, while inequitable distribution further exacerbates the problems of access to the health workforce in rural and remote areas,

Reaffirming the 2006 Dhaka Declaration on Strengthening the Health Workforce in Countries of the South-East Asia Region,

Recalling Regional Committee resolution (SEA/RC59/R6) on Strengthening the Health Workforce in the South-East Asia Region and the Regional Strategic Plan for Health Workforce Development adopted in 2007,

Acknowledging that some progress has been achieved with several Member States developing their national strategies and/or country human resources for health (HRH) profiles, though these plans need adequate funding for effective implementation and monitoring outcomes,

Further noting the 16 recommendations in the WHO publication entitled “Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations” and the 11 recommendations in the WHO publication entitled “Transforming and scaling up health professionals’ education and training: WHO education guidelines 2013”,

Noting that some Member states in the region have limited health workforce production capacity which hampers self-sufficiency and will require effective collaboration across Member States,

Also recalling Regional Committee resolution SEA/RC65/R7 based on which Member States had conducted a comprehensive assessment of the current situation of health workforce education and training, and noting that these assessments serve as a foundation for evidence-based policy formulation and implementation for strengthening health workforce education systems, and

Having considered the Regional Strategy on Strengthening Health Workforce Education and Training in the South-East Asia Region,

1. ENDORSES the Regional Strategy on Strengthening Health Workforce Education and Training in the South-East Asia Region (2014–2019); and
2. URGES Member States:

- (a) to take steps, in the context of their existing national strategies on health workforce, to integrate and implement the Regional Strategy on Strengthening Health Workforce Education and Training in the South-East Asia Region, and in particular to:
 - (i) increase capacity of quality training for an adequate number of relevant health workforce through institutional and instructional reforms;
 - (ii) ensure education and other strategies that will enable the health workforce to serve and sustain their contributions in rural communities or places where they are most needed;
 - (iii) strengthen the synergies between health workforce education systems and health-care systems;
 - (b) to strengthen the implementation of the WHO 16 global policy recommendations on increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention;
 - (c) to establish/strengthen the health workforce information systems for monitoring progress, supporting management and appropriate policy actions;
 - (d) to consider reviewing periodically, preferably every three years, achievements and challenges of the implementation of health workforce strengthening; and
3. REQUESTS the Regional Director:
- (a) to support Member States in their implementation of the Regional Strategy on Strengthening Health Workforce Education and Training in the South-East Asia Region (2014–2019); and
 - (b) to report progress on the implementation of health workforce development to the Regional Committee for South-East Asia every two years starting 2016 for the next decade.