



สรุปผลการประชุม

สมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๘

วันที่ ๑๘ - ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๕๘

ณ Palais des Nations
นครเจนีวา สมาพันธรัฐสวิส

สารบัญ

๑) สรุปผลการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๘

Agenda ๑๑.๑: Overview of Reform Implementation.....	๕
Agenda ๑๑.๒: Framework of Engagement with Non-State Actors.....	๘
Agenda ๑๒.๑: Implementation of Programme Budget ๒๐๑๔-๒๐๑๕: Mid-Term Review.....	๑๐
Agenda ๑๒.๒: Proposed Programme Budget ๒๐๑๖-๒๐๑๗.....	๑๑
Agenda ๑๓.๑: Outcome of the Second International Conference on Nutrition.....	๑๔
Agenda ๑๓.๒: Maternal, Infant and Young Child Nutrition: Development of the Core Set of Indicators.....	๑๗
Agenda ๑๓.๓: Update on the Commission on Ending Childhood Obesity.....	๒๐
Agenda ๑๓.๔: Follow-up to the ๒๐๑๔ High-Level Meeting of the United Nations General Assembly to Undertake a Comprehensive Review and Assessment of the Progress Achieved in the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases.....	๒๓
Agenda ๑๓.๕: Global Burden of Epilepsy and the Need for Coordinated Action at the Country Level to Address its Health, Social and Public Knowledge Implications.....	๒๖
Agenda ๑๔.๑: Monitoring the Achievement of the Health-Related Millennium Development Goals.....	๒๙
Agenda ๑๔.๒: Health in the Post-๒๐๑๕ Development Agenda.....	๓๒
Agenda ๑๔.๓: Adolescent Health.....	๓๔
Agenda ๑๔.๔: Women and Health: ๒๐ Years of the Beijing Declaration and Platform for Action.....	๓๗
Agenda ๑๔.๕: Contributing to Social and Economic Development: Sustainable Action Across Sectors to Improve Health and Health Equity (follow-up of the ๘๓rd Global Conference on Health Promotion).....	๔๐
Agenda ๑๔.๖: Health and the Environment: Addressing the Health Impact of Air Pollution....	๔๒
Agenda ๑๕.๑: Antimicrobial Resistance.....	๔๕
Agenda ๑๕.๒: Poliomyelitis.....	๔๙
Agenda ๑๕.๓: Implementation of the International Health Regulations (๒๐๐๕).....	๕๒
Agenda ๑๕.๔: WHO Response in Severe, Large-Scale Emergencies.....	๕๖
Agenda ๑๖.๑: ๒๐๑๔ Ebola Virus Disease Outbreak and Follow-up to the Special Session of the Executive Board on Ebola.....	๕๙
Agenda ๑๖.๒: Malaria: Draft Global Technical Strategy: Post ๒๐๑๕.....	๖๒
Agenda ๑๖.๓: Dengue: Prevention and Control.....	๖๖

Agenda ๑๖.๔ Global Vaccine Action Plan.....๖๙

Agenda ๑๗.๑ Strengthening Emergency and Essential Surgical Care and Anaesthesia
as a Component of Universal Health Coverage.....๗๔

Agenda ๑๗.๒ WHO Global Code of Practice on the International Recruitment
of Health Personnel.....๗๖

Agenda ๑๗.๓ Substandard/Spurious/Falsely-Labelled/Falsified/Counterfeit
Medical Products.....๘๐

Agenda ๑๗.๔ Follow-Up of the Report of the Consultative Expert Working Group
on Research and Development: Financing and Coordination.....๘๒

Agenda ๑๗.๕ Global Strategy and Plan of Action on Public Health, Innovation and
Intellectual Property.....๘๕

Agenda ๑๘ Progress Reports.....๘๘

๒) การประชุม Side Meetings

๒.๑ Technical Briefing: Health in the Post-๒๐๑๕ Sustainable Development Goals.....๑๐๒

๒.๒ The BRICS: Nutrition, Health and Development – the Way Forward.....๑๐๖

๒.๓ Tackling Obesity: Fiscal Measures and Food Labelling for Better Nutrition.....๑๐๘

๒.๔ Political Commitment and Accomplishment on Neglected Tropical Diseases.....๑๐๙

๒.๕ Childhood Cancer: Universal Access to Treatment, Care and Support From
a Global Perspective.....๑๑๐

๒.๖ Global Strategy for Women’s Children’s and Adolescents’ Health.....๑๑๒

๒.๗ Technical Briefing: Ebola Outbreak.....๑๑๓

๒.๘ Women and Health: ๒๐ Years of the Beijing Declaration and Platform for Action.....๑๑๔

๒.๙ Political Commitment and Global Efforts to Accelerate the Responsible Use of
Antimicrobials.....๑๑๖

๒.๑๐ Diagnostics: Fighting Outbreaks and Improving Public Health.....๑๒๐

๒.๑๑ Preserving Lives: Progress in the Decade of Action on Road Safety and the High
Level Conference of Brasilia.....๑๒๑

๒.๑๒ High-level Ministerial Dinner on Identifying Critical Barriers to Selecting and Scaling
Proven Innovations for Women and Children Health.....๑๒๓

๒.๑๓ Technical Briefing: Climate and Health.....๑๒๔

๒.๑๔ Adolescent Girls’ Health.....๑๒๖

๒.๑๕ Polio Eradication: Status, Lessons Learnt and the Way Forward.....๑๒๗

๒.๑๖ Global Human Resources for Health (HRH) Governance: What are the Health
Workforce Implications of WHO Resolutions?.....๑๒๘

๒.๑๗ Health and well-being in Emergencies.....๑๒๙

๒.๑๘ Achieving the Global Vaccine Action Plan Objective for Routine Coverage:
What can be done to get back on track?.....๑๓๑

๒.๑๙ Global Human Resources for Health (HRH) governance: WHO Global Code
of Practice on International Recruitment of Health Personnel – initial
achievements and future challenges.....๑๓๓

๒.๒๐ Technical Briefing: Getting to ๒๐๑๘ Preparing for the Third UN High-Level Meeting
on Non-Communicable Diseases.....๑๓๔

๒.๒๑ The Global Financing Facility: a Concrete Step Towards Sustainable Financing for
Women’s Health.....๑๓๖

๒.๒๒ Implementing the Global Strategy on Public Health, Innovation and Intellectual
Property – Promoting Financing, and Coordination of Research and Development
and Fostering Technology Transfer.....๑๔๗

๒.๒๓ Infection Control and Prevention of Antimicrobial Resistance – Important Pillars
for Ebola Control.....๑๓๘

๒.๒๔ Technical Briefing: Cancer Prevention and Control: Which Policies and
Programmes have Best Driven Progress?.....๑๔๐

๒.๒๕ Strengthening Emergency and Essential Surgical Care and Anaesthesia as
a Component of Universal Health Coverage: Commitments on Implementation.....๑๔๑

๒.๒๖ Autism Spectrum Disorders – from Resolution to Global Action.....๑๔๒

๒.๒๗ Marking the International Day to End Obstetric Fistula – Setting a Transformative
Global Agenda.....๑๔๓

๒.๒๘ Technical Briefing: Changing the Trajectory of Three Epidemics – HIV, Viral
Hepatitis and Sexually Transmitted Infections – Through the Development
of Global Health Sector Strategies.....๑๔๕

๒.๒๙ Message from the Past: What Ignaz Semmelweis “Saviour of Mothers” Can teach
us – Simplicity, Efficacy, Prevention.....๑๔๖

๒.๓๐ Food Fortification: a Global Health Tool.....๑๔๗

๒.๓๑ Responding to the Global Target of ๘๐% Availability of Essential Non-Communicable
Diseases Medicines and Technologies by ๒๐๒๕: a Cancer Perspective.....๑๔๙

๒.๓๒ Imaging for Saving Kids – the Inside Story about Patient Safety in Paediatric Imaging..๑๕๐

ภาคผนวก

Take Home Message.....๑๕๓

ข้อคิดและข้อตัดสินใจสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๘.....๑๘๗

รายงานผู้แทนไทยเข้าประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๘.....๑๘๘

สรุปผลการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๘

วันที่ ๑๘ - ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๕๘
ณ Palais des Nations นครเจนีวา สมาพันธรัฐสวิส

.....

การประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๘ จัดระหว่างวันที่ ๑๘ - ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๕๘ Palais des Nations นครเจนีวา สมาพันธรัฐสวิส โดยมี H.E. Mr. Jagat Prakash Nadda; Union Minister of Health and Family Welfare จากประเทศอินเดีย เป็นประธานการประชุม และมีผู้เข้าร่วมการประชุมประมาณ ๒,๐๐๐ คน ประกอบด้วยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และข้าราชการระดับสูงจากประเทศสมาชิก รวม ๑๙๔ ประเทศ สำหรับประเทศไทยมีศาสตราจารย์นายแพทย์รัชตะ รัชตะนาวิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นหัวหน้าคณะผู้แทนไทย โดยหัวข้อหลักของการประชุมปีนี้ คือ “Building Resilient Health System”

สำหรับรายละเอียดสรุปการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๘ แยกตามแต่ละวาระการประชุมมีดังนี้ :

Agenda ๑๑.๑ Overview of Reform Implementation

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นายบรรลุ ศุภอักษร สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ
๒. สัตวแพทย์หญิงอังคณา สมันสทวิชัย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

สาระสำคัญของวาระ

วาระนี้เสนอสรุปรายงานการปฏิรูปองค์การอนามัยโลก โดยแบ่งออกเป็นดังนี้

๑. การปฏิรูปแผนงาน (Programmatic Reform) ได้เน้นเรื่อง Programme Budget ๒๐๑๖-๒๐๑๗ รวมถึงการจัดสรร Flexible Fund
๒. การปฏิรูปการอภิบาลระบบ (Governance Reform) จากการประชุม EB๑๓๖ เห็นชอบให้มีกระบวนการหารือระหว่างประเทศสมาชิก เมื่อเดือนมีนาคม ๒๕๕๘ ได้มีการจัดตั้งคณะทำงาน ประกอบด้วยตัวแทนจากทุกภูมิภาค ภูมิภาคละ ๒ คน และได้มีการประชุมกันเมื่อวันที่ ๑๓ พฤษภาคม ๒๕๕๘ หารือเกี่ยวกับการกำหนดวาระการประชุมของ Governing Bodies, Resolutions and Decisions and of the Governing Body Sessions การกำหนดวันจัดประชุม บทบาทของ Secretariat และประเด็นคำถามเกี่ยวกับความสอดคล้องกับการปฏิรูปในส่วนอื่นๆ
๓. การปฏิรูปการบริหารจัดการ (Managerial Reform) ส่งเสริมความรับผิดชอบและการเป็นผู้นำองค์กร ได้มีการจัดตั้งกลุ่ม Global Policy Group ของ WHO ประกอบด้วย DG, ADGs และ RDs (Director General, Assistant Director General and Regional Director) ทั้งนี้ มีการประชุมอย่างเป็นทางการโดยเฉลี่ยปีละ ๔ ครั้ง มากกว่า ๗ ปีแล้ว รวมถึงการรายงานเรื่อง Human Resources, Evaluation และ communization

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศสมาชิกรับทราบรายงานความก้าวหน้าการปฏิรูปองค์การอนามัยโลก ทั้งนี้ประเทศสมาชิกได้แสดงความเห็นเพิ่มเติมที่หลากหลายได้แก่ รับทราบความพยายามขององค์การอนามัยโลกในการพัฒนาเครื่องมือการเพิ่มประสิทธิภาพของการทำงาน อาทิเช่น Global Policy Action ซึ่งเป็นกลไกในการประสานงานของระหว่างองค์การอนามัยโลกประจำประเทศ (Country Office) ระดับภูมิภาค (Regional Office) และสำนักงานใหญ่ (Headquarter) เพื่อส่งเสริมให้การทำงานขององค์การอนามัยโลกมีความสอดคล้องกันมากขึ้น การริเริ่มทำ Financial Dialogue เพื่อระดมทุนในการสนับสนุนการทำงาน การจัดตั้ง Emergency Fund เพื่อแก้ปัญหาในการจัดสรรงบประมาณในกรณีฉุกเฉิน การเสริมศักยภาพของบุคลากรขององค์การ การปรับปรุงการตรวจสอบการบริหารจัดการผ่านโปรแกรม Web-Portal อย่างไรก็ตาม หลายประเทศยังมีความกังวลในความล่าช้าของ Governance Reform รวมทั้งการทำงานขององค์การอนามัยโลกซึ่งเห็นได้จากความล่าช้าในการตอบสนองต่อการระบาดของโรคอีโบล่า และแผ่นดินไหวที่ประเทศเนปาล รวมทั้งความล่าช้าในการรับรองมติ Non-state actors บางประเทศมีข้อเสนอให้เพิ่มการทำงานขององค์การอนามัยโลกในระดับประเทศให้สอดคล้องกับการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข มีโครงสร้างของหน่วยงานที่ชัดเจน มีกลไกการทำงานที่มีประสิทธิภาพ สามารถตอบสนองสถานการณ์ฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสม

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยรับทราบรายงาน Overview of Reform Implementation ในการปฏิรูปองค์การอนามัยโลก ประเทศไทยมีท่าทีที่สอดคล้องกับประเทศอื่นๆ คือ ความกังวลในความล่าช้าต่อ Governance Reform แต่ได้แสดงความชื่นชมการปฏิรูปขององค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งเห็นได้จากการตอบสนองต่อเหตุการณ์แผ่นดินไหวที่ประเทศเนปาลได้ดีในระดับหนึ่ง โดยเฉพาะการสนับสนุนให้มี Contingency Fund ทั้งนี้ ประเทศไทยมีความกังวลเกี่ยวกับค่าของงบประมาณที่เพิ่มขึ้นในงบประมาณปี ๒๐๑๖-๑๐๑๗ โดยการกำหนดสัดส่วนของรายได้จากค่าบำรุงของประเทศสมาชิก (Assessed Contributions) และรายได้จากการบริจาคโดยสมัครใจ (Voluntary contributions) เป็นเรื่องที่มีความละเอียดอ่อน ซึ่งจะได้หารือในระเบียบวาระถัดไป

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับทราบรายงานภาพรวมการดำเนินงานการปฏิรูปองค์การอนามัยโลก ในเอกสาร Doc A๖๘/๔ and A๖๘/๕๒

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข(ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

ติดตามความก้าวหน้าของการปฏิรูปองค์การอนามัยโลก และหารือผู้ที่เกี่ยวข้องรวมทั้งให้ข้อคิดเห็นต่อการปฏิรูป

การทำงานในระดับนานาชาติ

ประสานงานกับประเทศสมาชิก SEARO และคณะผู้แทนถาวรไทยฯ ในการหารือและจัดทำข้อเสนอแนะในประเด็นการปฏิรูปองค์การอนามัยโลกต่อไป

Intervention on Agenda ၈.၈ Overview of Reform Implementation

Read by Mr. Banlu Supaaksorn (၈/၀၅/၂၀၂၅)

Chairperson,

My delegation notes the reports of WHO reform implementation in Doc A/၇၄ and A/၇၅. We register our concerns on the slow progress on the governance reform.

Despite the strong efforts by the Secretariat, the contentious issues of the WHO Framework of engagement with non-state actors should be finalized during this Assembly after a very long debates and negotiations in Geneva since last year.

Good news, my delegation witnesses significant improvement in the governance reform in WHO South East Asia Region led by the Regional Director. Further work needs to be done to strengthen the competencies, leadership and capacities in order to best respond to country needs.

WHO South East Asia Regional Office together with Member States in the Region, other development partners, Civil Society Organizations had immediately introduced rescue actions to the recent Nepal Earthquake. This demonstrates that WHO had used its social capitals, especially its convening power to support countries in the level ၈ emergency crisis. Program Budget contingency fund is a good initiative by the WHO DG.

From the PBAC meeting last week, it seems Member States are not in a good mood, due to its economic crunch and austerity policies, to increase the level of assessed contributions to support the ever increasing demand for services by WHO, as suggested by DG, some eight percent increases in the Budget Space for Program budget ၂၀၂၅-၂၀၂၆. This may result in increased the proportion of VC as total WHO budget space. In such case, the dominant role of voluntary contributions for which more than ၈၀% were specified Voluntary Contribution may not respond to the WHO Program Priority. Debates on AC and VC are always contentious, and not easily resolved.

In conclusion, Chair, the success of WHO governance reform also depends on the good faith and willingness of Member States to support the reform.

Thank you Chair

Agenda ๑๑.๒ Framework of Engagement with Non-State Actors (FENSA)

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. พ.ต.ต. หญิงสุรีย์วัลย์ ไทยประยูร สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ
๒. นายแพทย์ภูษิต ประคองสาย สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ
๓. นายบรรลพ ศุภอักษร สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ
๔. ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวณิษา ชื่นกองแก้ว คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

สาระสำคัญของวาระ

วาระนี้เป็นวาระสืบเนื่องจากที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๗ ซึ่งที่ประชุมฯไม่สามารถบรรลุข้อมติว่าด้วยการขอความร่วมมือระหว่างองค์การอนามัยโลกและ Non-state actors แต่มีข้อตัดสินใจ (Decision) WHA ๖๗(๑๔) ให้ประเทศสมาชิกส่งความคิดเห็นต่อกรอบดังกล่าวมายังผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก และให้ที่ประชุม Regional Committee ของแต่ละภูมิภาคหารือในการเร่งการจัดทำกรอบความร่วมมือนี้และให้ส่งผลการพิจารณาไปยังองค์การอนามัยโลกเพื่อรวบรวมนำเสนอต่อที่ประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก ครั้งที่ ๑๓๖ (EB๑๓๖) ซึ่งที่ประชุม EB๑๓๖ ได้มีข้อตัดสินใจให้นำไปวาระนี้ไปหารือที่การประชุม open ended Working Group meeting ที่จัดระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนพฤษภาคม ๒๕๕๘ และนำเสนอผลการหารือเสนอต่อที่สมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๘ พิจารณา ซึ่งที่ประชุม open ended Working Group meeting ไม่สามารถจัดทำร่างกรอบความร่วมมือได้สำเร็จ โดยได้นำเสนอข้อความสองประเภทต่อที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๘ พิจารณาได้แก่ (๑) ข้อความที่เสนอโดยประธาน (สีเทา) และ (๒) ข้อความที่ยังไม่เห็นพ้อง (สีเหลือง)

สาระสำคัญของกรอบความร่วมมือระหว่างองค์การอนามัยโลกและ Non-state Actors ประกอบด้วย ๒ ส่วนใหญ่ คือ (๑) Overarching Framework of engagement with non-State actors และ (๒) Draft WHO policy and operational procedure on engagement with non-State actors (ตารางที่ ๑)

ตารางที่ ๑ : ส่วนประกอบของกรอบความร่วมมือระหว่างองค์การอนามัยโลกและ Non-State Actors

Overarching Framework of engagement with non-State actors	Draft WHO policy and operational procedure on engagement with particular non-State actors
๑. Engagement : Rationale, Principles, Benefits and Risks	๑. Non-governmental organizations
๒. Non-State Actors	๒. Private sector entities
๓. Types of Interaction	๓. Philanthropic foundations
๔. Management of Conflict of Interest and other risks of engagement	๔. Academic institutions
๕. Specific Provisions	
๖. Relation of the Framework to WHO's other Policies	
๗. Official Relations	

๘. Oversight of engagement	
๙. Non-compliance with this Framework	
๑๐. Monitoring and evaluation of the Framework	

เนื่องจากในส่วนของ Overarching Framework มีความเห็นที่แตกต่างเป็นจำนวนมาก วาระนี้จึงถูกอภิปรายใน informal consultation โดยมีผู้แทนประเทศอาเซียนตินาทำหน้าที่ประธาน โดยประชุมได้ใช้เวลามากกว่า ๔๐ ชั่วโมงในการอภิปรายและเจรจาแก้ไขข้อความในส่วน Overarching Framework แต่ในที่สุดแล้วที่ประชุม informal consultation ไม่สามารถมีความเห็นชอบร่วมกันได้ในส่วนดังกล่าวได้

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศที่เข้าร่วมการเจรจาสาระของกรอบความร่วมมือที่ทั้งสิ้น ๒๐ ประเทศ รวมทั้งประเทศไทยซึ่งส่วนใหญ่ให้การสนับสนุนต่อร่างกรอบความร่วมมือฯ แต่เห็นว่าสาระของกรอบความร่วมมือฯ มีความซับซ้อนและเชื่อมโยงกับกรอบความร่วมมืออื่นๆ ระหว่างองค์การอนามัยโลกและองค์กรอื่นๆ จึงมีความจำเป็นที่ต้องพิจารณาที่ถี่ถ้วนทำให้ไม่สามารถพิจารณาให้แล้วเสร็จระหว่างการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๘ ได้

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

เข้าร่วม Informal consultation และสนับสนุนการเจรจาให้ได้ซึ่งกรอบความร่วมมือฯ

ผลลัพธ์ของวาระ

ข้อมติ Framework of engagement with Non-State Actors โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

๑. เห็นชอบกับข้อความที่แก้ไขในหลายๆ ส่วนของกรอบความร่วมมือได้แก่ Introduction, rationale, principles, benefits of engagement, risks of engagement, non-state actors, types of interaction
๒. เรียกร้องให้ผู้อำนวยความสะดวกการใหญ่องค์การอนามัยโลก
 - ๒.๑ จัดการประชุม Open-ended Intergovernmental Meeting โดยเร็ว ก่อนเดือนตุลาคม ๒๕๕๘ เพื่อจัดทำร่างกรอบความร่วมมือฯ ในส่วนที่ค้างให้แล้วเสร็จ
 - ๒.๒ นำเสนอร่างกรอบความร่วมมือฯ ที่แล้วเสร็จต่อที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๙ พิจารณาผ่านที่ประชุม EB๑๓๘
 - ๒.๓ พัฒนาระบบลงทะเบียนของ Non-State Actors ให้ทันการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๙

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข(ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

มอบสำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ

๑. ศึกษารายละเอียดของกรอบความร่วมมือฯ ในประเด็นที่ถกเถียงเพื่อเสนอท่าทีให้กับคณะผู้แทนถาวรไทยฯ ที่จะเข้าร่วมประชุมในข้อ ๒.๑
๒. จัดการประชุมเชิงวิชาการ (Technical Briefing on FENSA) เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจรจากรอบความร่วมมือฯ กับผู้สนใจ

การทำงานในระดับนานาชาติ

ประสานกับคณะผู้แทนถาวรไทยฯ เข้าร่วมและติดตามผลการประชุม Open-ended Intergovernmental Meeting

Agenda ๑๒.๑ Implementation of Programme Budget ๒๐๑๔-๒๐๑๕: Mid-Term Review

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. สัตวแพทย์หญิงอังคณา สมันสทวิชัย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๒. นายบรรลุ ศุภอักษร สำนักงานสาธารณสุขระหว่างประเทศ

สาระสำคัญของวาระ

คณะกรรมการเลขาธิการรายงานฐานะทางการเงินในการดำเนินการตามแผนงบประมาณปี พ.ศ. ๒๕๕๗-๒๕๕๘ (Program Budget ๒๐๑๔-๒๐๑๕) โดยงบประมาณนี้ได้รับการอนุมัติในที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๖ ในปี ๒๕๕๖ เป็นจำนวนเงิน ๓,๙๙๗ ล้านดอลลาร์สหรัฐ เพื่อดำเนินการในแผนงานทั้ง ๖ ได้แก่ (๑) Communicable diseases (๒) Non-communicable diseases (๓) Promoting health through the life course (๔) Health systems (๕) Preparedness, surveillance and response และ (๖) Corporate services/enabling functions

ฐานะทางการเงิน เมื่อวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๗ พบว่ามีการเบิกจ่ายไปร้อยละ ๘๗ (ไม่รวมงบฉุกเฉิน) จากงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนเป็นจำนวนเงิน ๔,๔๖๕ ล้านดอลลาร์สหรัฐ แบ่งเป็นรายได้จากค่าบำรุงของประเทศสมาชิก (Assessed contributions) จำนวน ๙๒๙ ล้านดอลลาร์สหรัฐ (๒๑%) และรายได้จากการบริจาคโดยสมัครใจ (Voluntary contributions) จำนวน ๓,๕๓๖ ล้านดอลลาร์สหรัฐ (๗๙%) โดยรายละเอียดของการเบิกจ่ายแต่ละแผนงานมีความแตกต่างกัน พบว่าแผนงานที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณน้อยกว่าที่ตั้งไว้ ได้แก่ โรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน การบริการทางการแพทย์แบบบูรณาการที่เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง (integrated people-centred health services) โรคไม่ติดต่อ การจัดการความเสี่ยงฉุกเฉินและภาวะวิกฤต (emergency risk and crisis management) และสมรรถนะในการเตือนภัยและการตอบสนอง (alert and response capacities) โดยได้รับงบประมาณน้อยกว่าที่ขอเสนอไว้ร้อยละ ๖๒ (๒๕๕ ล้านดอลลาร์สหรัฐ) งบประมาณที่มีการเบิกจ่ายของส่วนงบฉุกเฉินมาจากการกวาดล้างโรคโปลิโอ การตอบสนองต่อการระบาดของโรคอีโบล่า และการตอบสนองต่อภาวะวิกฤต (crisis response)

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศส่วนใหญ่ชื่นชมการทำงานขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. ๒๐๑๔-๒๐๑๕ ดังนี้

- มีความก้าวหน้าในการดำเนินการงานตามแผนงานของโปรแกรมทั้ง ๖ โปรแกรมเป็นอย่างดี
- มีการพัฒนาการสอดประสานการทำงานและการสื่อสารระหว่างองค์การอนามัยโลกทั้ง ๓ ระดับ ได้แก่ สำนักงานใหญ่ (Headquarter) สำนักงานระดับภูมิภาค (Regional office) และสำนักงานระดับประเทศ (Country office) ที่ตีมากขึ้น
- มีการบริหารจัดการงบประมาณที่มีความยืดหยุ่นและเพิ่มความโปร่งใสตรวจสอบได้จากพัฒนาเครื่องมือ web-based ที่ทำให้ตรวจสอบรายงานการเงินได้สะดวกยิ่งขึ้น

อย่างไรก็ตามมีบางประเทศที่แสดงความกังวลและเสนอความเห็นเพื่อการปรับปรุงในการทำงานในอนาคตได้แก่

- รายงานการเงินควรมีรายละเอียดของงบประมาณที่ใช้และคงเหลือของปีงบประมาณนี้แยกเป็นรายโปรแกรมและภูมิภาค เพราะมีความสำคัญในการวางแผนการใช้งบประมาณในปีต่อไป
- เนื่องจากงบประมาณขององค์การอนามัยโลกส่วนใหญ่ได้มาจากงบประมาณส่วน Voluntary Contribution จึงมีความกังวลว่าจะทำให้ส่งผลต่อความยั่งยืนและความมั่นคงในการใช้งบประมาณ และอาจทำให้เกิด ear-marked funding driven
- เสนอให้มีการวิเคราะห์การจัดสรรงบประมาณอย่างละเอียด เพื่อพิจารณาผลงานเปรียบเทียบกับงบประมาณที่ได้รับ โดยวัดผลจากการใช้งบประมาณที่มีประสิทธิภาพ (means of verification) รวมทั้งการจัดลำดับความสำคัญของแผนงานต่างๆ โดยให้มีความยืดหยุ่นในการใช้งบประมาณที่ได้จากแหล่งภายนอก และเพิ่มความเหมาะสมในการกระจายงบประมาณไปยังแต่ละแผนงาน

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยไม่ได้เสนอท่าทีในวาระนี้

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับทราบรายงานฐานะทางการเงินในการดำเนินการตามแผนงบประมาณปี พ.ศ.๒๕๕๗-๒๕๕๘ (ค.ศ. ๒๐๑๔-๒๐๑๕) ในเอกสาร Doc A๖๘/๖

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

ติดตามสถานการณ์การเงินเพื่อเป็นข้อมูลในการเสนอของบประมาณร่วมกับองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทยและภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

Agenda ๑๒.๒ Proposed Programme Budget ๒๐๑๖-๒๐๑๗

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นางรัตนา สมบูรณ์วิทย์ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๒. สัตวแพทย์หญิงอังคณา สมณัสทวีชัย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

สาระสำคัญของวาระ

ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกเสนอแผนงบประมาณปี พ.ศ.๒๕๕๙-๒๕๖๐ (Program Budget ๒๐๑๖-๒๐๑๗) เป็นจำนวนเงิน ๔,๓๘๕ ล้านดอลลาร์สหรัฐ เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๘ จากปี พ.ศ.๒๕๕๗-๒๕๕๘ (๒๐๑๔-๒๐๑๕) แบ่งเป็นงบประมาณในแต่ละแผนงาน ดังตารางข้างล่าง

Table 2. Proposed programme budget 2016–2017 by category (US\$ millions)

Category	Approved Programme budget 2014–2015 ^a	Proposed programme budget 2016–2017	Change in Proposed programme budget 2016–2017 to 2014–2015 (%)
1. Communicable diseases	792.1	765.0	(3.4)
2. Noncommunicable diseases	317.9	339.9	6.9
3. Promoting health through the life course	345.6	381.7	10.4
4. Health systems	531.1	594.5	11.9
5. Preparedness, surveillance and response	287.0	379.7	32.3
6. Corporate services/enabling functions	684.0	733.5	7.2
Subtotal	2 957.7	3 194.3	8.0
Other – Polio, Tropical disease research and Research in human reproduction	792.0	986.1	
Outbreak and crisis response	227.5	204.5*	
Grand total	3 977.2	4 384.9	

^a As approved in resolution WHA66.2 on Programme budget 2014–2015

*Planning figure on historical basis

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

แต่ละประเทศมีความเห็นที่แตกต่างกันในการขอขึ้นงบประมาณขององค์การอนามัยโลก ประเทศส่วนใหญ่สนับสนุนการขึ้นงบประมาณ ในขณะที่มีหลายประเทศที่ไม่เห็นด้วย ได้แก่ เม็กซิโก เดนมาร์ก อังกฤษ เนเธอร์แลนด์ สเปน ที่ประชุมมีเสนอที่เกี่ยวข้องกับวาระนี้ ดังนี้

- ขึ้นชมรูปแบบการของบประมาณขาขึ้นที่มาจากความร่วมมือของประเทศในรูปแบบ bottom up ผ่านการทำงาน WHO Country Office
- การบริหารการเงินควรเน้นความโปร่งใส และตรวจสอบได้ ควรคำนึงถึงกระบวนการขอรับการสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากผู้บริจาค โดยเฉพาะการทำ Financial Dialogue
- ให้มีการกำกับติดตามการดำเนินการในแต่ละแผนงานอย่างใกล้ชิด ด้วยการกำหนดตัวชี้วัดที่เป็นรูปธรรม
- หลายประเทศมีความกังวลในการลดงบประมาณหมวดที่ ๑ โรคติดต่อ ในส่วนของการควบคุมและรักษาโรค โรคและการเพิ่มงบประมาณหมวดที่ ๖ เรื่องบุคลากร ที่อาจส่งผลกระทบต่อองค์การอนามัยโลกในระยะยาว และเสนอให้มีแผนรองรับการทำงานที่ชัดเจน
- บางประเทศเสนอให้เพิ่มความสำคัญในกิจกรรมเพื่อควบคุมเชื้อจุลชีพดื้อยา (Antimicrobial Resistance) กฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulation) การตอบสนองต่อภาวะระบาดของโรค (Outbreak Response) ระบบสาธารณสุข (Health system) และเน้นการจัดสรรงบประมาณเพื่อพัฒนาศักยภาพของประเทศและ WHO Country Office
- ต้องการให้ WHO Staff มีความมุ่งมั่นในการทำงาน โดยไม่จำเป็นต้องใส่ใจว่างบประมาณที่ได้รับนั้นมาน้อยเพียงไร
- มีความกังวลว่าการขอเพิ่มงบประมาณมีความเสี่ยง สาเหตุจากสถานการณ์ที่มีความไม่มั่นคงทางการเงิน ทั้งนี้ ประเทศส่วนใหญ่ไม่สนับสนุนการเพิ่มงบประมาณมาจากรายได้จากค่าบำรุงของประเทศสมาชิก (Assessed contributions) แต่ให้มาจากรายได้จากการบริจาคโดยสมัครใจ (Voluntary contributions)

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยสนับสนุนการขอเพิ่มงบประมาณขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. ๒๐๑๖-๒๐๑๗ ร้อยละ ๘ เป็นจำนวนเงินรวม ๔,๓๘๕ ล้านเหรียญสหรัฐ โดยเสนอให้รายได้ที่เพิ่มขึ้นมาจากการบริจาคโดยสมัครใจ

(Voluntary Contributions: VC) ทั้งนี้ มีข้อเสนอให้การเพิ่มในส่วนของการบริจาคโดยสมัครใจควรรอยู่ในรูปแบบที่ไม่จำเพาะเจาะจง (Unspecified VC) เพื่อให้องค์การอนามัยโลกสามารถจัดสรรการใช้ได้อย่างยืดหยุ่น รวมทั้งเสนอให้องค์การอนามัยโลกใช้งบประมาณในรูปแบบการดึงดูดให้หน่วยงานต่างๆ ภายในประเทศร่วมลงขันทำงานด้วยกัน (WHO leverage financial resources)

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับรองมติ WHA๖๘.๑

การทำงานในระดับประเทศ

ให้ติดตามการสนับสนุนงบประมาณในแต่ละประเภท รวมทั้งด้านอื่น ๆ ขององค์การอนามัยโลกที่เกี่ยวข้องกับแผนงานภายในประเทศ

การทำงานในระดับนานาชาติ

ให้ติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานขององค์การอนามัยโลกว่ามีการใช้งบประมาณอย่างไรบ้าง และน่าเชื่อถือได้หรือไม่ โดยมีการประเมินผลตามตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ในแต่ละด้าน

Intervention on Agenda item ๑๒.๒ Proposed Programme Budget ๒๐๑๖-๒๐๑๗

Read by Mrs. Rattana Somboonwit

Intervention by Thai delegate

Thank you Chairperson.

My delegation welcomes the report of proposed program budget ๒๐๑๖-๒๐๑๗. Also, at the country level, we witness transparent and participatory bottom up process in budget preparation.

We have the following comments

The proposed budget size of ๔.๓๘ billion USD reflects the country needs. WHO has been facing with a long period of zero nominal growth. With the DG leadership, the proposed ๘% increases will boost WHO financial capacity for a successful implementation.

Very unfortunate that DG introduces ๘% increase, not at a right time. While scientifically correct which addresses the fiscal needs, a gloomy economic situation in most countries does not allow such increase. Hence, ๕% increase in assessed contributions is next to impossible.

The likely scenario is to increase the voluntary contributions (VC) by member states, Foundations and other partners; which will further spur the dominant proportion of VC. In this context, Thailand urges contributing partners to increase the proportion of unspecified VC, so that DG has financial capacity to allocate to priority orphan programs which have limited capacity to mobilize VC. The current proportion of unspecified VC is around five to nine percents. DG has to negotiate with contributing partners to increase this proportion.

WHO budget is extremely small compared with the national budget, hence, it is so important that WHO leverage financial resources from the MOH and other partners to implement and sustain national programs. Thailand has "proved the concept" in leveraging more than ๙๐% additional national resources, while WHO contributes less than ๕% in six priority areas; such as International Trade and Health, NCD Network.

In conclusion, with reference to the draft resolution, A๖๘/๗ Add ๑.

First, Thailand supports budget size of ๔.๓๘ billion USD,

Second, Thailand supports zero nominal growth for assessed contribution,

Third, Thailand urges contributing partners to increase the proportion of unspecified component,

Finally, WHO to leverage national financial resources.

Thank you, Chair

Agenda ๑๓.๑ Outcome of the Second International Conference on Nutrition

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นายแพทย์ฐิติกร โตโพธิ์ไทย กรมอนามัย
๒. แพทย์หญิงสายพิน โขติวิเชียร กรมอนามัย

สาระสำคัญของวาระ

วาระนี้กล่าวถึงการประชุม the Second International Conference on Nutrition (ICN๒) ที่จัดขึ้น ณ สำนักงานใหญ่องค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ กรุงโรม สาธารณรัฐอิตาลี เมื่อ ๑๙-๒๑ พฤศจิกายน ๒๐๑๔ ผู้เข้าร่วมประชุม ประกอบด้วยรัฐมนตรีและผู้บริหารระดับสูงของหน่วยงานราชการ และผู้แทนจาก ๑๖๔ ประเทศสมาชิกของ FAO และ WHO ผู้สังเกตการณ์ รวมทั้ง United Nations และ Intergovernmental Organizations หน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆทั้งภาคประชาสังคม และภาคเอกชน รวม

ทั้งสิ้นกว่า ๒,๒๐๐ คน ที่ประชุมมีการรับรองเอกสารนโยบาย ๒ ฉบับ คือ ปฏิญญากรุงโรมว่าด้วยโภชนาการ และ กรอบเพื่อการปฏิบัติการในระดับประเทศ (Rome Declaration on Nutrition และ Framework for Action) การประชุมครั้งนี้ได้แสดงความมุ่งมั่นในการขจัดความหิวโหย (Hunger eradication) และผลักดันให้ปัญหาโภชนาการได้รับการรับรองเป็นเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืนของโลก (Sustainable Development Goals) และเน้นย้ำให้เห็นความสำคัญของทุโภชนาการด้านขาดสารอาหาร ที่แม้ว่าในสถานการณ์โลกโดยรวมจะดีขึ้น แต่ก็ยังมีปัญหาการขาดสารอาหารอยู่เป็นจำนวนมาก ทั้งการเปลี่ยนแปลงของโลกทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนไป มีการได้รับอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ประชากรมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ก่อให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นต้นเหตุของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั่วโลก

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศสมาชิกรับรองปฏิญญากรุงโรมว่าด้วยโภชนาการและกรอบเพื่อการปฏิบัติการ และรับนำไปเป็นแนวทางกำหนดกรอบแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการและอาหารระดับประเทศ ซึ่งหลายประเทศได้ดำเนินการไปแล้ว ทั้งนี้ ประเทศสมาชิกและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แสดงความเห็นเพิ่มเติมที่หลากหลาย ได้แก่ ควรเชื่อมต่อประเด็นนี้กับวาระอื่น เช่น เป้าหมายแห่งการพัฒนาที่ยั่งยืนหลังปี ค.ศ. ๒๐๑๕ ควรสร้างความเข้มแข็งในการนำปฏิญญาและกรอบแผนปฏิบัติการในระดับประเทศ ควรมีการติดตามประเมินผลการดำเนินการสม่ำเสมอให้มีเวทีให้มีการแลกเปลี่ยนแนวทางการดำเนินการที่ได้ผลดีต่อประเทศสมาชิกอื่น มีการสร้างความร่วมมือกับภาคส่วนอื่น เช่น ภาคเอกชน ภาคประชาชน เชื่อมประเด็นโภชนาการกับประเด็นอื่น เช่น กิจกรรมทางกาย (Physical Activity) ประเด็นโภชนาการที่สำคัญ คือการเชื่อมโยงกับการลดภาวะอ้วนในเด็กที่กำลังเพิ่มมากขึ้น เช่น การลดน้ำตาลและไขมันในอาหาร การใช้กลไกทางภาษีในการดูแลเรื่องอาหาร เป็นต้น

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยให้การรับรองปฏิญญากรุงโรมว่าด้วยโภชนาการและกรอบการทำงานสำหรับการดำเนินการในระดับประเทศ แต่อย่างไรก็ตามได้แสดงความกังวลว่า การดำเนินงานตามกรอบเพื่อการปฏิบัติการอย่างมีประสิทธิภาพตามเวลาที่กำหนดเป็นสิ่งที่ยากลำบาก ประเทศไทยจึงขอให้องค์การอนามัยโลกดำเนินบทบาทในการเป็นผู้สนับสนุนด้านวิชาการ (Technical Assistance) แก่ประเทศสมาชิกตามบริบทและนโยบายการดำเนินงานของแต่ละประเทศ ในการพัฒนากรอบการดำเนินการระดับประเทศ (Accountability Framework) เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายโภชนาการระดับโลกทั้ง ๖ ประการ (Six Global Nutrition targets) ที่ประเทศสมาชิกได้รับรองในการประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลก สมัยที่ ๖๕ ด้วย

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับปฏิญญากรุงโรมว่าด้วยโภชนาการและกรอบเพื่อการปฏิบัติการ และเรียกร้องให้ประเทศสมาชิกดำเนินการตามปฏิญญากรุงโรมว่าด้วยโภชนาการตามชุดข้อเสนอแนะทางนโยบายตามกรอบเพื่อการปฏิบัติการ โดยเห็นชอบร่วมกันในการดำเนินการขจัดความหิวโหยและป้องกันภาวะทุโภชนาการในทุกรูปแบบตลอดช่วงชีวิต โดยให้ความสำคัญเป็นพิเศษในการแก้ไขปัญหาการขาดสารอาหารในเด็ก โลหิตจางในสตรี และเด็ก การขาดวิตามิน เกลือแร่อื่นๆ รวมทั้งลดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน รวมถึงร้องขอ Director General ขององค์การอนามัยโลกให้ร่วมมือกับ FAO และหน่วยงานอื่นของสหประชาชาติ และหน่วยงานที่

เกี่ยวข้องกับทั้งระดับภูมิภาคและระดับนานาชาติในการเตรียม biennial report ต่อสมัชชาขององค์การอนามัยโลก ในเรื่องสถานะของการดำเนินการตามปฏิญญากรุงโรมว่าด้วยโภชนาการ

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข(ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

- กระทรวงสาธารณสุขได้เสนอผลการประชุม ICN๒ ต่อคณะรัฐมนตรี เมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๗ และกรมอนามัยได้จัดเวียนแจ้งปฏิญญากรุงโรมว่าด้วยโภชนาการและกรอบเพื่อการปฏิบัติการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ข้อคิดเห็น และได้จัดประชุมคณะกรรมการจัดทำแผน อาหารและโภชนาการในมารดา ทารก และเด็กเล็ก วันที่ ๒๗-๒๘ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๘
- กระทรวงสาธารณสุขควรใช้กลไกคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ และกรมอนามัย ในการกำหนดร่างกรอบยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการให้รองรับกับยุทธศาสตร์โลกและให้เหมาะสมกับบริบทประเทศไทยต่อไป (กำหนดการจัดประชุมในเดือนมิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๘)

การทำงานในระดับนานาชาติ

ประสานงานกับองค์การอนามัยโลก และองค์กรนานาชาติขององค์การสหประชาชาติที่เกี่ยวข้อง ในการขอการสนับสนุน ในการพัฒนาแนวทาง การขับเคลื่อน การติดตาม ในประเด็นอาหารและโภชนาการ

Intervention on agenda ๓๓.๑ Outcome of the Second International Conference on Nutrition

read by Dr.Thitikorn Topothai

Thank you, Mister Chair

Thailand thanks Secretariat for the report and would like to commend WHO, FAO and Italy for hosting this landmark ๒nd ICN which produces both the Rome Declaration on Nutrition and the Framework for Action to drive the nutrition and food policy forward.

Like many other countries, nutritional, economic and demographic transitions poses serious challenges to Thailand, manifesting in both under and over-nutrition. The outcomes of the ๒nd ICN timely serve countries like Thailand in implementing the comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition, particularly in the process of contextualizing the Strategy and its concepts into our National Strategy on Maternal, Infant and Young Child Nutrition, though it is challenging.

To ensure the success of integration of the Rome Declaration, the Framework for Action, and the comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition into country-level action plan, Thailand, therefore, would like to request the Secretariat to play proactive roles in providing technical assistance to Member States for effective implementation especially in the development of an accountability framework in order to secure that the commitments to achieve nutrition targets are established and committed

upon by Member States and other relevant stakeholders. This process, Chair, is proposed in particular to accelerate the achievement of the six global nutrition targets, we here all agreed upon three years ago in the ๖๕th WHA in this very room.

In conclusion, the success of the global nutrition targets by the year ๒๐๒๕ certainly depends on the good faith and willingness of Member States to support the implementation plan and framework alongside with the full and closely support from WHO and other United Nations agencies.

Thank you, Mister Chair.

Agenda ๑๓.๒ Maternal, Infant and Young Child Nutrition: Development of the Core Set of Indicators

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. แพทย์หญิงสายพิณ โชติวิเชียร กรมอนามัย
๒. แพทย์หญิงชมพูนุท โตโพธิ์ไทย กรมอนามัย

สาระสำคัญของวาระ

- วาระนี้กล่าวถึงการพัฒนา Core Set Indicators และกรอบติดตามการทำงานระดับโลก (Global Monitoring Framework) โดยเสนอเพิ่ม Core Set อีก ๑๔ ตัวชี้วัดอ้างอิงถึงแผนอาหารและโภชนาการในมารดา ทารกและเด็กเล็กที่ได้ตกลงในการประชุมสมัชชานานาชาติโลก สมัยที่ ๖๕ ตาม ๖ เป้าหมายระดับโลก (Six Global Targets) ที่ต้องการให้ประสบความสำเร็จ ภายในปี ๒๐๒๕ (พ.ศ. ๒๕๖๘)
- ตัวชี้วัดระดับ Core Set ประกอบด้วย (๑) Primary outcome indicators (ใน WHA๖๗ รับแล้ว ๗ ตัวชี้วัด) (๒) intermediate outcome indicators (๕ ตัว) (๓) Process indicators (๖ ตัว) (๔) Policy environment and capacity indicators (๓ ตัว) รวม ๒๑ ตัวชี้วัด การประชุมอย่างไม่เป็นทางการ เมื่อวันที่ ๑๖-๑๗ เมษายน ๒๕๕๘ โดยผู้แทนจาก ๔๑ ประเทศ ผู้เชี่ยวชาญจาก United Nations Agencies เห็นด้วยกับตัวชี้วัดทั้งหมดที่เสนอเพิ่ม เข้ามา ๑๔ ตัวชี้วัด เพื่อติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงาน แต่อย่างไรก็ตาม มีการเสนอให้รายงาน ๔ ตัวชี้วัด ในปี ๒๕๖๑ คือ PR๑ สัดส่วนของเด็กอายุ ๖-๒๓ เดือนที่ได้รับอาหารขั้นต่ำอย่างเพียงพอ (a minimum acceptable diet), PR๔ สัดส่วนของหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเสริมธาตุเหล็กและ กรดโฟลิก, PR๖ สัดส่วนของ แม่เด็กอายุ ๐-๒๓ เดือน ที่ได้รับการให้คำแนะนำสนับสนุนหรือข้อความของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเหมาะสมอย่างน้อยหนึ่งครั้งในปีที่ผ่านมา และ PE๑ จำนวน trained nutrition professionals ต่อแสนประชากร สำหรับตัวชี้วัดที่เหลือให้รายงานใน ปี ๒๕๕๙ และขอให้ WHO สนับสนุน Operational guideline เพิ่มเติม

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- สหราชอาณาจักร (UK) ขอให้ WHO สนับสนุนเพิ่มเติมถึงวิธีการที่ทำให้มั่นใจได้ว่าจะให้ได้มาซึ่งการเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดที่เสนอเพิ่มขึ้นมา และคำนิยามที่ชัดเจน รวมถึงขอให้มีการ ระบุเวลาที่ชัดเจน (time bound) ในการดำเนิน การตามตัวชี้วัดที่เสนอให้เลื่อนไปรายงานใน ปี ๒๕๖๑
- ประเทศส่วนใหญ่ยินดีรับ ๑๔ ตัวชี้วัดที่เพิ่มขึ้นมา (นามิเบีย: ในนาม African Region, อิรัก มัลดีฟ: ในนาม South East Asia Region, EMRO สหรัฐอเมริกา โอมาร์ มาเลเซีย คองโก จอร์แดน นอร์เวย์ (ขอให้มีการสนับสนุนด้าน technical development) บังกลาเทศ จีน และเม็กซิโก
- ประเทศแคนาดา ยินดีรับตัวชี้วัดที่เพิ่มขึ้นทั้ง ๑๔ ตัว แต่ขอให้เพิ่มเติม ในเรื่องให้มีการทบทวนถึงตัวชี้วัด ๔ ตัวที่เสนอ ให้เริ่มรายงานในปี ๒๐๑๘ (PR๑, ๔, ๖ และ PE๑) โดย EB เมื่อพร้อม (ประเทศโปแลนด์สนับสนุนแคนาดา) และเสนอ เรื่องความถี่การเก็บข้อมูลเป็นทุก ๒ ปี ในขณะที่ประเทศบาห์เรนและบังกลาเทศ เสนอความถี่การเก็บข้อมูลเป็นทุก ๕ ปี
- ประเทศฟิลิปปินส์ แสดงข้อกังวลในการจะได้มาซึ่งข้อมูลของตัวชี้วัด IO๒ (proportion of women aged ๑๕-๔๙ yrs with low body mass index) และ PR๕ (percentage of births in baby friendly facilities) และขอให้มีการแนะนำ เพิ่มเติมในการติดตามตัวชี้วัดอย่างเป็นมาตรฐานเดียวกันและถูกต้อง (standardization & validation)

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

- ประเทศไทยชื่นชมที่ WHO รายงานความก้าวหน้าของการพัฒนาตัวชี้วัดหลักและ Global Monitoring Framework และขอให้ WHO สนับสนุนประเทศสมาชิกในการเสริมสร้างขีดความสามารถในการจัดการทรัพยากรมนุษย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ที่ได้รับการอบรม ด้านโภชนาการ และสนับสนุนในการติดตามผลการดำเนินงานและการรายงาน
- ประเทศไทยสนับสนุนในตัวชี้วัดที่เพิ่มขึ้นจาก ๗ ตัว รวมเป็น ๒๑ ตัวชี้วัดนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องจำนวน trained nutrition professionals ต่อแสนประชากร ประเทศไทยมีข้อกังวล ๓ ข้อ คือ (๑) ต้องให้มี capacity building standards ที่จำแนกให้เหมาะสมตามระดับผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ (๒) ต้องมีระบบการประเมินและอบรมอย่างสม่ำเสมอ (boosting system on regular basis) (๓) ต้องมีระบบการจัดการด้านบุคลากรอย่างเหมาะสม ทั้งระดับความรู้ ความก้าวหน้าและการกระจาย ทั้งในระดับโรงพยาบาลและชุมชน

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

- ที่ประชุมยอมรับข้อความที่ขอปรับเพิ่มเติมของประเทศแคนาดา ใน para ๒ และ adopt draft decision ตามเอกสาร A๖๘/๙ ที่ได้ปรับแก้ไข

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

การทำงานในระดับประเทศ

- ประเทศไทยมีความมุ่งมั่นในการจัดการปัญหาด้าน โภชนาการตามเป้าหมายโลก ๖ เป้าหมาย ๗ ประเด็นตามข้อตกลง การประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๗ โดยสำนักโภชนาการ กรมอนามัย ได้จัดให้เป็นประเด็นหลักในแผนอาหารและ โภชนาการใน มารดา ทารกและเด็กเล็กของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๗-๒๕๖๘ ร่วมกับการเตรียมนำตัวชี้วัดที่เพิ่มขึ้นมาใช้ตามบริบทของประเทศไทย

- ควบคุมบูรณาการนโยบายและแผนงานด้านโภชนาการร่วมกัน ทั้งภายในและนอกหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข เช่น ภาคการเกษตร การศึกษา อุตสาหกรรม พาณิชยกรรม การพัฒนา สังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ทรัพยากร รวมทั้งภาคเอกชนและองค์กรที่ไม่แสวงหาผลกำไร ตลอดจนภาคสังคมต่างๆ
- ขับเคลื่อนและติดตามให้มีการออกพระราชบัญญัติการตลาดอาหารสำหรับทารกและ เด็กเล็ก และผลิตภัณฑ์ ที่เกี่ยวข้อง (Milk code)

การทำงานในระดับนานาชาติ

- เตรียมพร้อมในการดำเนินการเก็บข้อมูลที่ตัวชี้วัดที่ต้องเริ่มรายงานใน ปี ๒๐๑๖ และติดตามความก้าวหน้าของ additional perational guidance ที่ประเทศสมาชิกขอให้ WHO โดย DG ดำเนินการให้ได้วิธีการได้มาซึ่งข้อมูลแต่ละตัวชี้วัด ตามบริบทของแต่ละประเทศ
- ควรมีการติดตามการประชุมอย่างไม่เป็นทางการ เพื่อหารือการดำเนินงานตัวชี้วัด ๔ ตัว ตามกรอบการติดตามระดับโลก (Global Monitoring Framework) เรื่องโภชนาการของมารดา ทารก และเด็กเล็กที่เสนอให้เริ่มรายงานในปี ๒๐๑๘ (PR๑, ๔, ๖ และ PE๑)

Intervention on Agenda ๑๓.๒ Maternal, infant and young child nutrition: development of the core set of indicators

Read by Dr. Saipin Chotivichien (๒๕ May ๒๐๑๕)

Thank you, Chair

Thailand aligns with statement made by Maldives on behalf of South East Asia Region.

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

With regard to the three groups of proposed core indicators, standard definition and understanding, local applicability and international comparability of each indicator are critical, as well as the agreed data collection and reporting mechanisms. The report should also address the regularity of data reporting, in order to track any progress on the ground.

Chair, on policy environment and capacity indicators PE๑ number of trained nutrition professionals, health workforces is the backbone for the target achievement, in particular their role in conveying knowledge and good practice to the public, both in health care services and at the community level. In practice, however, the stumbling blocks, that halts their contribution particularly on nutritional counseling, include the lack of capacity, competing work burdens, and poor human resource management.

While fully support for this PE๑ indicator, Thailand would like to raise three concerns. First, we need capacity building standards, which should be tailored to different cadres and health care delivery settings. For example, nutritional knowledge packages for nurses and midwives serving pregnant women in Antenatal Clinic should be different to those for public health workers in community level.

Second, competency of trained nutrition professionals also need the boosting system on regular basis, as well as effective assessment mechanism.

Lastly, human resource management needs to be strengthened, particularly in addressing institutional and geographical imbalances, and poor retention rate. The desirable high figure of number of trained nutrition professionals per population at national scale may mean nothing in reality, if they are poorly distributed, poorly managed and under employment.

Therefore, Thailand would like to request WHO to collaborate with other partners in facilitating support to Member States in strengthening their nutrition professional human resource management.

Thank you, Chair

Agenda ๑๓.๓ Update on the WHO Commission on Ending Childhood Obesity

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. แพทย์หญิงชมพูนุท โตโพธิ์ไทย กรมอนามัย
๒. แพทย์หญิงสายพิณ โชติวิเชียร กรมอนามัย
๓. นายแพทย์ทักษพล ธรรมรังสี สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

สาระสำคัญของวาระ

องค์การอนามัยโลกรายงานว่าจำนวนทารกและเด็กที่เป็นโรคอ้วนเพิ่มขึ้นทั่วโลกจาก ๓๑ ล้านคน ในปี พ.ศ. ๒๕๓๓ เป็น ๔๒ ล้านคน ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ และคาดการณ์ว่าหากจำนวนเด็กที่เป็นโรคอ้วนเพิ่มขึ้นในอัตราเท่าเดิม ภายในปี พ.ศ. ๒๕๖๘ จะมีเด็กกว่า ๗๐ ล้านคนทั่วโลกเป็นโรคอ้วน ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกจึงจัดตั้งคณะกรรมการระดับสูงเพื่อยุติโรคอ้วนในเด็ก (Commission on Ending Childhood Obesity) เพื่อสร้างความตระหนักให้ประเทศสมาชิกเห็นความสำคัญของปัญหาภาวะอ้วนในเด็กและเพื่อผลักดันให้เกิดการขับเคลื่อนทางนโยบายในระดับโลก คณะกรรมการฯ ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญ ๑๕ คน ซึ่งทำหน้าที่ทบทวนข้อมูลทางวิชาการและให้ข้อเสนอแนะทางนโยบายเกี่ยวกับมาตรการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคอ้วนในเด็ก โดยมีคณะทำงาน ๒ ชุด ได้แก่ ๑) ชุดทบทวนข้อมูลทางวิชาการประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิรวม ๒๑ คน และ ๒) ชุดดำเนินการติดตามการขับเคลื่อนแผนงาน ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิรวม ๒๔ คน คณะกรรมการฯ ได้รับมอบหมายให้รายงานผลการปฏิบัติงานต่อผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ โดยเน้นให้ระบุถึงวิธีการจัดการปัญหาแบบครอบคลุมด้วยมาตรการที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการจัดการปัญหาภาวะอ้วนในเด็กและวัยรุ่นท่ามกลางบริบทที่หลากหลายระหว่างนานาประเทศทั่วโลก

การประชุม WHA ๖๘ วาระ ๑๓.๓ ครั้งนี้เป็นการรายงานความก้าวหน้าในการทำงานของคณะกรรมการฯ ซึ่งรายงานทางคณะทำงานมีการประชุมไปแล้ว ๒ ครั้ง และได้รวบรวมผลการประชุมในร่างรายงาน (interim report) โดยผลการประชุมได้ข้อสรุปเบื้องต้นถึงกรอบแนวคิดและหลักการการทบทวนข้อมูลทางวิชาการว่าจะครอบคลุมประเด็นสำคัญ ได้แก่ ๑) ผลกระทบที่ตามมาด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและ

สังคมจากภาวะอ้วนในเด็กและวัยรุ่น ๒) ความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพตลอดช่วงชีวิต (life-course approach) ในการป้องกันภาวะอ้วนในเด็กและวัยรุ่นและ ๓) มาตรการที่ควรใช้ดำเนินการเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในเด็กและวัยรุ่น

คณะกรรมการฯ จะรวบรวมข้อเสนอแนะต่อร่างรายงานจากประเทศสมาชิกองค์การระหว่างประเทศ (Intergovernmental Organization) และหน่วยงานนอกภาครัฐที่มีส่วนเกี่ยวข้อง (Non-state actors) ทางเว็บไซต์ (Web-based Consultation) และจะจัดประชุมครั้งที่ ๓ ในเดือนมิถุนายน ๒๕๕๘ เพื่อดำเนินงานให้เสร็จตามเป้าหมาย

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศสมาชิกแสดงความชื่นชมต่อผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกที่ให้ความสำคัญกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะอ้วนในเด็กและวัยรุ่นโดยการจัดตั้งคณะกรรมการชุดนี้ และแสดงความชื่นชมต่อการทำงานของคณะกรรมการที่มีความคืบหน้า ปัญหาภาวะอ้วนในเด็กและวัยรุ่นเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญที่ทุกประเทศสมาชิกกำลังเผชิญอยู่และต้องการการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลกในการให้คำแนะนำทางวิชาการและนโยบายเพื่อแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ จากรายงานประเทศสมาชิกมีความเห็นว่าทางคณะกรรมการได้วางหลักการได้อย่างเหมาะสมครอบคลุมการป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะอ้วนในเด็กและวัยรุ่นโดยให้ความสำคัญทั้งปัจจัยทางสุขภาพโดยตรงและปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพด้านอื่นๆ (social determinant of health) ประเทศสมาชิกหลายประเทศได้มีส่วนร่วมในการให้ข้อเสนอแนะต่อร่างรายงานของคณะทำงานทางเว็บไซต์ หลายประเทศเสนอให้เพิ่มความสำคัญต่อการวางระบบอาหารที่มีประโยชน์ในโรงเรียนและการเพิ่มกิจกรรมทางกายในโรงเรียนแก่เด็ก รวมทั้งการออกกฎหมายที่ควบคุมการโฆษณาและการตลาดของอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กและอาหารสำเร็จรูป (Processed food) ประเทศสมาชิกยังสนับสนุนให้มีข้อเสนอแนะถึงแนวทางการทำงานข้ามภาคส่วนระหว่างหน่วยงานทางสุขภาพและหน่วยงานทางการค้า (Trade) และหน่วยงานภาคเอกชนอื่น (non-state actors) เพื่อให้การวางนโยบายด้านการค้าไม่ส่งผลเสียต่อสุขภาพของประชาชน รวมถึงเพิ่มความร่วมมือของทุกองค์กรในสังคมต่อการแก้ปัญหาสำคัญนี้

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยชื่นชมผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกที่จัดตั้งคณะกรรมการนี้ขึ้น และชื่นชมการทำงานของคณะกรรมการที่มีความคืบหน้า เนื่องจากปัญหาภาวะอ้วนในเด็กและวัยรุ่นเกิดจากปัจจัยหลายด้าน ประเทศไทยได้ร้องขอให้ทางคณะทำงานให้ความสำคัญกับการทบทวนข้อมูลทางวิชาการที่ทันสมัยและมาตรการการแก้ไขปัญหาภาวะอ้วนในเด็กและวัยรุ่นที่ครอบคลุมปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ (Social determinants of health) เนื่องจากปัญหานี้ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยนโยบายจากหน่วยงานด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ประเทศไทยได้ร้องขอให้การทำงานของคณะกรรมการเป็นไปอย่างโปร่งใสปราศจากการแทรกซึมของผู้มีประโยชน์ทับซ้อน เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าข้อเสนอแนะที่ทางคณะกรรมการจัดทำจะเป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้และมีประโยชน์ต่อประเทศสมาชิกอย่างแท้จริง

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ประเทศสมาชิกรับทราบรายงานความก้าวหน้าของคณะกรรมการ และทางฝ่ายเลขานุการขององค์การอนามัยโลก น้อมรับฟังคำแนะนำและข้อห่วงใยจากประเทศสมาชิกเพื่อส่งต่อให้ทางคณะกรรมการรับทราบและนำไปปรับปรุงการทำงานในช่วงต่อไป

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุง กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขในฐานะผู้นำด้านการส่งเสริมโภชนาการของประชาชนควรติดตามการทำงานของคณะกรรมการอย่างต่อเนื่องและศึกษาข้อเสนอแนะด้านวิชาการและด้านนโยบายจากคณะกรรมการเพื่อนำมาปรับใช้ในการวางแผนนโยบายและการออกมาตรการที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะอ้วนในเด็กและวัยรุ่นที่สอดคล้องกับบริบทของประเทศ กรมอนามัยควรเชิญทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งหน่วยงานภาคเศรษฐกิจ สังคมและท้องถิ่นมาร่วมกันวางแผนการดำเนินงานเพื่อให้เกิดการผลักดันการแก้ปัญหาไปในทิศทางเดียวกัน นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขควรผลักดันการออกมาตรการที่มีประสิทธิภาพที่มีผลป้องกันการเกิดภาวะอ้วนในเด็กตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกที่ผ่านมาให้สำเร็จ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการออกกฎหมายเพื่อควบคุมการส่งเสริมการตลาดของอาหารทารกและเด็กและเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง การวางมาตรการเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในอาหาร การส่งเสริมกิจกรรมทางกายในหลักสูตรการเรียนการสอนของเด็กนักเรียน เป็นต้น

การทำงานในระดับนานาชาติ

กระทรวงสาธารณสุขควรแสดงความกระตือรือร้นในการให้ความร่วมมือกับองค์การอนามัยโลกต่อการแก้ไขปัญหาภาวะอ้วนในเด็กและวัยรุ่นอย่างจริงจัง ทั้งการให้ความเห็นต่อร่างรายงานผ่านทางเว็บไซต์ (Web-based consultation) และการกำกับติดตามการผลักดันนโยบายด้านสุขภาพในระดับประเทศ นอกจากนี้ไทยควรแสดงบทบาทผู้นำในระดับภูมิภาคในการวางแผนด้านนโยบายเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะอ้วนในเด็กและวัยรุ่นผ่านการสนับสนุนด้านวิชาการและการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่ได้จากการถอดบทเรียนความสำเร็จของโครงการต่างๆ

Intervention on agenda ๑๓.๓ Update on the WHO Commission on Ending Childhood Obesity

Read by Dr. Chompoonut Topothai

Thank you, Chair

Thailand delegation thanks the secretariat for the informative report and salutes Madam DG for her leadership in establishing and support given to this high-level commission to tackle childhood obesity.

Chair,

Thailand would like to request the secretariat to convey our messages to the Commission for its consideration.

Firstly, social determinants of health must be the core fundamental to the way forward. As everyone know, obesity becomes much more complex because it is deep-rooted by and extensively involved with by various social determinants and correlates, lying beyond health care system boundary. These include, among many others, economics status, demographic change and dynamic socio-cultural norms, particularly dietary patterns. Combating obesity within health system alone is like throwing a small stone into Geneva Lake. We very much need effort on social determinants and beyond health system.

Secondly, evidence suggests that environmental approach, to make our world less obesogenic to our kids is crucial. Limiting the way forward to individual approaches, including those intervention focusing in education and personal responsibility, might not be an effective model. In this regard, we are kindly request the Commission to further uptake newly upcoming scientific evidences that focused on not only health but also environmental-approach including laws and regulation into its recommendations. Moreover, to maximize public benefits, all best-buy interventions should be prioritized based on the highest technical integrity, and free from conflicts of interest.

We hope that these two concerns are well taken care of in the remaining work of the Commission and its subsidiary bodies. Thailand stands ready to proactively contribute to the way forward, including the regional consultation.

Thank you, Chair

Agenda ๑๓.๔ Follow-up to the ๒๐๑๔ High-Level Meeting of the UNGA to Undertake a Comprehensive Review and Assessment of the Progress Achieved in the Prevention and Control of NCDs

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นายแพทย์ฐิติกร โตโพธิ์ไทย กรมอนามัย
๒. แพทย์หญิงชมพูนุท โตโพธิ์ไทย กรมอนามัย

สาระสำคัญของวาระ

วาระนี้กล่าวถึงผลสืบเนื่องจากการประชุม ๒๐๑๔ High-level Meeting of the UNGA ที่จัดขึ้น ณ สำนักงานใหญ่องค์การสหประชาชาติ นครนิวยอร์ก สหรัฐอเมริกา เมื่อระหว่างวันที่ ๑๐-๑๑ กรกฎาคม ค.ศ. ๒๐๑๔ ผู้เข้าร่วมประชุม ประกอบด้วยรัฐมนตรีและผู้บริหารระดับสูงของหน่วยงานราชการ ผู้แทนประเทศสมาชิก รวมทั้ง United Nations และ intergovernmental organizations หน่วยงานทั้งภาค ประชาชน และ เอกชน ผู้สังเกตการณ์ โดยที่ประชุมมีการรับรองมติเกี่ยวกับความคืบหน้าในการดำเนินการตามพันธะสัญญาทางการเมืองต่อการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรค NCDs (Political Declaration of the High-level of

the General Assembly on the Prevention and Control of NCDs) ซึ่งได้รับการรับรองในปี ๒๐๑๑ โดยกำหนดขอบเขตการติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรค NCDs ในแต่ละประเทศ และกำหนดให้ Director-General ขององค์การอนามัยโลก รายงานความก้าวหน้าดังกล่าวต่อองค์การสหประชาชาติ ในปี ค.ศ. ๒๐๑๗ ซึ่งทาง Director-General ขององค์การอนามัยโลกได้นำเสนอแผนงานการติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรค NCDs ปี ค.ศ. ๒๐๑๕-๒๐๒๒ ต่อสมัชชาขององค์การอนามัยโลกในครั้งนี้

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศสมาชิกรับทราบแผนงานการติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรค NCDs ปี ค.ศ. ๒๐๑๕-๒๐๒๒ ของผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก และนำเสนอแผนปฏิบัติการเพื่อป้องกันและควบคุมโรค NCDs ในระดับประเทศ ของแต่ละประเทศ นอกจากนี้ยังมีการสนับสนุนให้มีการมีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความสำเร็จในการป้องกันและควบคุม NCDs ดังกล่าว ของแต่ละประเทศ และให้มีการเฝ้าระวังการมีผลประโยชน์แอบแฝงในการเข้ามามีส่วนร่วมของภาคเอกชนด้วย และยังมีความกังวลว่าการดำเนินการยังล่าช้ากว่าระยะเวลาที่กำหนด

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยยินดีต้อนรับแผนงานการติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรค NCDs ปี ค.ศ. ๒๐๑๕-๒๐๒๒ และกล่าวชื่นชมการทำงานของผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลกและทีมงาน และมีความเห็นเพิ่มเติมคือ

๑. การรายงานความก้าวหน้าควรให้ความสำคัญกับการนำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในมาตรการที่มีประสิทธิผลและความคุ้มค่า (Best-Buys cost effective policy interventions) ในส่วนเอกสารแนบท้ายที่ ๓ ของ Global Action Plan ๒๐๑๓-๒๐๒๐ on NCDs มาปฏิบัติในแต่ละประเทศ
๒. เนื่องจาก NCDs เป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับประเด็นอื่นอย่างหลากหลายและกว้างขวาง ควรมีการบูรณาการแผนงานต่างๆเข้าด้วยกัน เช่น แผนงานด้านโภชนาการมารดา ทารก และเด็กเล็ก, การจัดการปัญหาเด็กอ้วน, การส่งเสริมสุขภาพ, การควบคุมการบริโภคสุราและยาสูบ
๓. ประเทศไทยได้ถามถึงแนวทางปฏิบัติของและกลไกการจัดการ NCDs ขององค์การอนามัยโลก (One WHO NCD Workplan) นอกจากนี้ประเทศไทยยังได้ขอให้มีการจัดสรรทรัพยากรที่พอเพียงให้กับ การดำเนินการตามแผน Global Action Plan ๒๐๑๓-๒๐๒๐ on NCDs เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการลด NCDs ในระดับโลกด้วย (๙ Global Voluntary Targets on NCDs)

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับทราบแผนงานการติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรค NCDs ปี ค.ศ. ๒๐๑๕-๒๐๒๒ ของ Director-General องค์การอนามัยโลก

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

๑. กระทรวงสาธารณสุขควรนำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในมาตรการที่มีประสิทธิผลและความคุ้มค่า (best-buy cost effective policy interventions) ในส่วนเอกสารแนบท้ายที่ ๓ ของ Global Action Plan ๒๐๑๓-๒๐๒๐ on NCDs มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรค NCDs ของประเทศ โดยเร่งรัดการดำเนินการในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (โดยเฉพาะ สำนักโภชนาการ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย, และสำนักควบคุมยาสูบ สำนักควบคุมแอลกอฮอล์ สำนักควบคุมโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค) ให้สอดคล้องกับระยะเวลาตามแผนงานและเป้าหมายระดับโลก และสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินการให้เพียงพอ รวมถึงการบูรณาการการทำงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ ทั้งรัฐ เอกชน และภาคประชาชนด้วย
๒. พัฒนาคำมั่นร่วมกันเชิงกลไกและกระบวนการในการรายงานความก้าวหน้าของการนำ Political Declaration มาปฏิบัติเพิ่มเติมจากการรายงานความก้าวหน้าในการบรรลุเป้าหมาย Global Voluntary Target

การทำงานในระดับนานาชาติ

ประสานงานกับองค์การอนามัยโลก และองค์กรนานาชาติขององค์การสหประชาชาติที่เกี่ยวข้อง ในการขอการสนับสนุน ในการพัฒนาแนวทาง การขับเคลื่อน การติดตาม ในประเด็นการป้องกันและควบคุม NCDs และแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดำเนินการกับนานาชาติต่อไป

Intervention on agenda ๑๓.๔ Follow-up to the ๒๐๑๔ High-Level Meeting of the UNGA to Undertake a Comprehensive Review and Assessment of the Progress Achieved in the Prevention and Control of NCDs

Read by Dr. Thitikorn Topothai

Thank you, Mister Chair

Thailand fully aligns the intervention by distinguished delegate from Sri Lanka on behalf of ๑๑ Member States from South-East Asia Region which will be made later, and support Finland on conflict of interest management issue. We also would like to commend DG and her team for the report on how to facilitate global effort on NCDs prevention and control, including the work plan for the global coordination mechanism.

Moreover, Chair, Thailand would like to express our major observations on the proposed work plan as follows;

First, in the development of the report to the UNGA in ๒๐๑๗, we very much would like to see the report well reflect more on the progress done by Member states at the ground level. Particularly, how Member States devise the best-buy cost effective policy interventions in the Appendix ๓ of the Global Action Plan ๒๐๑๓-๒๐๒๐, should be the back bone of the progress report.

Second, as NCD is a cross-cutting issue related to many health aspects, to foster the activities under the Global Action Plan on NCD prevention and control, **a seamless integration of working mechanism between NCD and other relevant programs is a must.** This is particularly for maternal, infant, and young child nutrition, childhood obesity, health promotion and control of the tobacco and alcohol consumption. Additionally, Thailand also appreciates the initiative to develop the ONE WHO NCD Workplan. However, Chair, to make a seamless integration of those mechanisms, **Thailand would like to request the Secretariat through Mister Chair, to explain on how this initiative would helps promoting integration of many programs in reality.**

Third, while we have been quite success in raising political awareness and commitment, Chair, Thailand still concerns that the financial commitment upon NCD prevention and control at all levels is unfortunately far from adequate. With this regard, Thailand again would like to ask the Secretariat, through you Chair, **on whether WHO has a clear mechanism to strengthen resource mobilization in order to facilitate the implementation of global action plan and promote the achievement of the global voluntary target.**

Last but not least, Chair, Thailand firmly commits to you that **we stand ready for proactive participation in the war of NCD prevention and control, hand in hand, and shoulder by shoulder with WHO and all Member States to tackle the global number one killer.**

Thank you so much.

Agenda ๑๓.๕ Global Burden of Epilepsy and the need for coordinated action at the country level to address its health, social and public knowledge implication

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. แพทย์หญิงชมพูนุท โตโพธิ์ไทย กรมอนามัย
๒. แพทย์หญิงเบญจมาศ พงษ์กานนท์ กรมสุขภาพจิต
๓. นายแพทย์ทักษพล ธรรมรังสี สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

สาระสำคัญของวาระ

เนื่องจากโรคลมชัก (Epilepsy) เป็นโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมต่อผู้ป่วย ครอบครัวและสังคมในวงกว้าง ขณะนี้มีผู้ป่วยโรคลมชักทั่วโลกกว่า ๕๐ ล้านคนโดยที่ผู้ป่วยสัดส่วนสองในสาม

ของทั้งหมดอาศัยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ผู้ป่วยโรคลมชักส่วนใหญ่ต้องประสบกับการตีตรา (stigmatization) และการเหยียดหยาม (discrimination) จากสังคม ปัจจุบันทั้งๆที่การรักษาโรคลมชักในหลายประเทศสามารถจัดให้บริการได้ที่สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ และยาที่ใช้รักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถจัดหาได้ในราคาถูกโดยเฉพาะอย่างยิ่ง Phenobarbital phenytoin carbamazepine และ valproic acid แต่ผู้ป่วยจำนวนมากยังไม่สามารถเข้าถึงการรักษา รวมทั้งไม่ได้รับยาด้วย (treatment gap) องค์การอนามัยโลกเล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคลมชัก จึงมีมาตรการและคำแนะนำต่อประเทศสมาชิก ออกมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๑ มีการประกาศ The WHO Mental Health Gap Action Programme ๒๐๐๘ เพื่อสนับสนุนให้ประเทศสมาชิกขยายขอบเขตการให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาด้านระบบประสาทรวมถึงโรคลมชักให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น และในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ มีการประกาศรับรอง comprehensive mental health action plan ๒๐๑๓-๒๐๓๐ เพื่อใช้เป็นแนวทางให้ประเทศสมาชิกลงไปวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตรวมถึงโรคลมชักในนโยบายของประเทศ

การประชุม WHA๖๘ วาระ ๑๓.๕ นี้เป็นวาระที่ขอให้ประเทศสมาชิกรับรองร่างมติ EB๑๓๖.R๘ ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้จัดทำข้อเสนอแนะโดยกำหนดหน้าที่ของประเทศสมาชิกและผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกในการวางระบบการดูแลผู้ป่วยโรคลมชัก เพื่อผลักดันให้เกิดการดำเนินการในระดับประเทศเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคลมชักอย่างจริงจัง (รายละเอียดอยู่ในส่วนข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข การทำงานระดับประเทศ)

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศสมาชิกทุกประเทศแสดงความขอบคุณที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญต่อการผลักดันให้เกิดการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคลมชักที่เป็นระบบและเข้าถึงได้มากขึ้นเนื่องจากปัญหาผู้ป่วยโรคลมชักเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญโดยเฉพาะสำหรับประเทศกำลังพัฒนา หลายประเทศเช่นชมประเทศจีนที่เป็นผู้ผลักดันให้เกิดการพิจารณาวาระนี้ ทุกประเทศรับรองมติในร่างเอกสาร EB๑๓๖.R๘ โดยไม่มีการขอแก้ไข และประเทศสมาชิกจำนวนมากขอร่วมเป็นผู้สนับสนุนหลักของร่างมติ (co-sponsor) ฉบับนี้

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยแสดงความชื่นชมต่อองค์การอนามัยโลกที่เห็นความสำคัญของปัญหาผู้ป่วยโรคลมชักซึ่งเป็นโรคที่สร้างผลกระทบเรื้อรังทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม และแสดงความชื่นชมต่อองค์กร international league against epilepsy และ International Bureau for Epilepsy และประเทศสมาชิกที่มีส่วนร่วมในการพิสูจน์ว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคลมชักสามารถกระทำได้ที่สถานบริการระดับปฐมภูมิ ประเทศไทยแสดงความกังวลและความห่วงใยใน ๒ ประเด็นสำคัญ ได้แก่ ๑) กังวลว่าปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายจะยังเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคลมชักไม่สามารถเข้าถึงการรักษาและยาได้โดยเฉพาะในประเทศที่ไม่มีระบบหลักประกันสุขภาพไทยจึงร้องขอให้ประเทศสมาชิกวางแผนนโยบายและจัดลำดับความสำคัญของแนวทางปฏิบัติเพื่อพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยให้สอดคล้องกับบริบทของประเทศ ๒) ในร่างมติมีข้อเสนอแนะให้ประเทศสมาชิกรับปฏิบัติ แต่ไม่ได้ระบุถึงแนวทางการกำกับติดตามการดำเนินงานไว้ ประเทศไทยจึงเสนอให้องค์การอนามัยโลกเพิ่มเติมเรื่องแนวทางการกำกับติดตามการดำเนินงานของประเทศสมาชิกในการจัดบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคลมชักไว้ในเอกสารข้อเสนอแนะทางนโยบายและวิชาการซึ่งผู้อำนวยการอนามัยโลกถูกร้องขอให้จัดทำขึ้นในอนาคต โดยสอดคล้องกับตัวชี้วัดที่สำคัญได้แก่ การจัดให้มียารักษาผู้ป่วยโรคลมชักที่สถานบริการปฐมภูมิ และสัดส่วนของผู้ป่วยโรคลมชักที่เข้าถึงการรักษา ไว้เป็นส่วนหนึ่งของการกำกับติดตามการดำเนินงานของประเทศสมาชิก

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ประเทศสมาชิกให้การรับรองต่อร่างมติ EB๑๓๖.R๘ (Resolution)

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

กรมการแพทย์ ในฐานะองค์กรหลักในการจัดระบบดูแลรักษาผู้ป่วยโรคลมชักประสานความร่วมมือกับโรคลมชัก ควร ทบทวนข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกและนำมาวางแผนการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคลมชักทั้งใน ระดับนโยบายและระดับการปฏิบัติให้สอดคล้องกับบริบทของประเทศ โดยข้อเสนอแนะที่ร่างมติดำเนินการขอ ประเทศสมาชิกให้ปฏิบัติมีดังนี้ ๑) สร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้นำและระบบบริหาร (strengthening effective leadership and governance) ๒) พัฒนาระบบการจัดบริการดูแลรักษา (Improve provision of epilepsy care) ๓) บูรณาการการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคลมชักไว้ในระบบบริการปฐมภูมิ (Integrate epilepsy management into primary health care) ๔) เพิ่มการเข้าถึงยารักษาโรคลมชัก (increase access to medicines) ๕) วางแนวทางการป้องกันการเกิดโรคลมชัก (support strategies for prevention of epilepsy) ๖) สร้างกระแสสังคมและให้ความรู้แก่ประชาชนเรื่องโรคลมชัก (Increase public awareness and education) ๗) เสริมสร้างและพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการจัดเก็บข้อมูลของผู้ป่วยโรคลมชักอย่างเป็นระบบ (strengthening health information and surveillance system) โดยการพัฒนาระบบข้อมูล surveillance system for routine report ๘) ส่งเสริมการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโรคลมชัก (improve investment in epilepsy research and increase research capacity) ๙) ประสานความร่วมมือกับ หน่วยงานและภาคส่วนต่างๆของสังคมเพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคลมชัก (collaborate with civil society and other partners) ในส่วนรายละเอียดแนวทางการปฏิบัติ ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกจะจัดทำ เอกสารวิชาการ technical recommendation ให้แก่ประเทศสมาชิกต่อไป

การทำงานในระดับนานาชาติ

กรมการแพทย์ ติดตามความก้าวหน้าของการจัดทำข้อเสนอแนะโดยองค์การอนามัยโลกที่จะระบุถึงแนว ทางการดำเนินงานในรายละเอียด รวมถึงกำกับติดตามการจัดบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคลมชักของประเทศให้ เข้าถึงได้ง่าย ไม่มีการตีตราและไม่มีการเหยียดหยาม รวมทั้งควรส่งเสริมการศึกษาวิจัยและทบทวนองค์ความรู้ จากต่างประเทศเพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้ทันสมัยเหมาะสมกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป

Intervention on agenda ๑๓.๕: Global burden of epilepsy and the need for coordinated action at the country level to address its health, social and public knowledge implications

read by Dr. Chompoonut Topothai

Thank you, Chair

Thailand appreciates the secretariat for preparing this report. Thailand recognizes the major contributions by WHO, International League Against Epilepsy, International Bureau for Epilepsy and member states who proved the concept that diagnosis and treatment at primary care level is feasible with very good outcomes. We also thank China for the leadership in facilitating this agenda.

Chairperson,

Epilepsy poses life-long health and socioeconomic burden on affecting patients, their families, and communities; this panoramic and heavy weight burden calls for comprehensive actions. Having reviewed documents A๒๘/๑๒ and the resolution EB๑๓๒.R๘, Thailand fully supports the Resolution with two observations;

First, Thailand raises a concern on the ways and means to really improve access to care especially financial availability and accessibility of anti-epileptic medicines and related expenses, which can be a problem in countries where user charges is the majority of financing healthcare. Therefore, identification, and prioritization based on country health systems context will lead to contextualized and effective actions to overcome major barriers in access to epilepsy services and improve quality of lives of affected people.

Second, Thailand concerns on the monitoring and evaluation mechanisms in order to assess the progress on epileptic care program. While we all know that M&E is critical, the resolution does not address it. Therefore Thailand strongly believes that this M&E mechanism would be captured in the upcoming Technical Recommendation to be produced by WHO as requested in the OP ๓ subpara ๒. This should cover simple and feasible indicators including: (a) availability of anti-epileptic medicines at primary healthcare centers, and (b) percentages of patient access to these anti-epileptic medicines. While assessment on treatment outcome should be well designed to fit with national context and preparedness, as it might be costly.

Lastly, Thailand confirms our support on this draft resolution and would like to co-sponsor the resolution

Thank you, Chair

Agenda ๑๔.๑ Monitoring the Achievement of the Health-related Millennium

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. แพทย์หญิงภัทรวัลย์ ตลิ่งจิตร คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
๒. รศ.ดร.นงนุช บุญยั้ง สภาการพยาบาล

สาระสำคัญของวาระ

รายงานฉบับนี้นำเสนอสรุปความก้าวหน้าและผลการประเมินข้อมูลทางสุขภาพตาม Millennium Development Goals ซึ่งในปี ๒๐๑๕ นี้เป็นปีสุดท้ายที่มีการตั้งเป้าหมายการทำงานไว้ โดยพบว่าข้อมูลตัวชี้วัดทางสุขภาพส่วนใหญ่แสดงให้เห็นถึงการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพ อย่างไรก็ตามยังมีตัวชี้วัด

บางตัวที่ไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้ เช่น การลดอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด (neonatal death) และการตายคลอด (stillbirth) เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการสรุปให้เห็นถึงสาเหตุและแนวทางที่จะพัฒนาให้เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ เช่น การลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพโดยเพิ่มการลงทุนในระบบสุขภาพเพิ่มมากขึ้น พัฒนาระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้มีความครอบคลุมบริการสุขภาพแม่และเด็ก นอกจากนี้ยังมีการเชื่อมโยงไปถึงปัญหาสุขภาพกำลังเพิ่มขึ้น เช่น Non-communicable diseases, Mental Health problem, Injuries ซึ่งควรต้องบรรจุไว้ในเป้าหมายข้างหน้าที่กำลังมีคณะกรรมการดำเนินการอยู่

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศสมาชิกรับทราบรายงานความก้าวหน้า ทั้งนี้ประเทศสมาชิกได้แสดงความเห็นเพิ่มเติมไปในทิศทางเดียวกันในการที่จะมุ่งมั่นพัฒนาระบบสุขภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อแก้ปัญหาตัวชี้วัดทางสุขภาพที่ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย แม้จะยังมีอุปสรรคในเรื่องงบประมาณ ความยากจน ความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล (Health Information System) ภัยธรรมชาติต่างๆ ตลอดจนโรคระบาด โรคอุบัติใหม่ รวมทั้งปัญหากำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce)

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

สำหรับตัวชี้วัดทางสุขภาพที่ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ประเทศไทยร้องขอให้ WHO และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินงานเรื่องนี้ต่อไป รวมทั้งการเตรียมรับมือกับปัญหาอุบัติใหม่ (Emerging Agenda) เช่น Non-Communicable Diseases, Mental Health problem, Injuries ซึ่งควรต้องบรรจุไว้ในเป้าหมายข้างหน้า (Post ๒๐๑๕ Development Goals) และเน้นความสำคัญในการถอดบทเรียนที่ผ่านมาของแต่ละประเทศ ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างมากในการวางแผนอนาคตร่วมกันเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน (Sustainable Development) โดยเฉพาะประเทศที่ประสบความสำเร็จแล้วในช่วงต้น สิ่งสำคัญที่ไม่ควรมองข้ามคือการตั้งเป้าหมายเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ เช่น ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่จะช่วยให้ประเทศสมาชิกบรรลุเป้าหมายอื่นๆ ได้

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ประเทศสมาชิกรับทราบรายงานความก้าวหน้า ในเอกสาร *Annex/๓๓ report by secretariat* และทางทีม WHO secretariat รับทราบสิ่งที่แต่ละประเทศให้ความเห็น โดยเฉพาะการดำเนินการเรื่องการถอดบทเรียน MDG progress ในประเทศต่างๆ ซึ่งกำลังจะมีการ call for paper

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

เน้นย้ำความสำคัญของ Universal Health coverage (UHC) ในฐานะ Platform ซึ่งครอบคลุม การส่งเสริม การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟู เพื่อบูรณาการประเด็นสุขภาพและการปกป้องประชาชนจากปัญหาในเชิงสุขภาพและเชิงเศรษฐกิจ ทำให้เกิดการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม แม้จะมีงบประมาณที่จำกัด แต่การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและการจัดสรรงบประมาณอย่างเหมาะสมจะทำให้ระบบนี้ดำเนินไปได้ โดยเน้นการพัฒนาสาธารณสุขปฐมภูมิ (primary health care) เพื่อตอบสนองคนยากจน (pro-poor policy) และดำเนินการแก้ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce) ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญ

การทำงานในระดับนานาชาติ

ประเทศไทยมีบทบาทสนับสนุน UHC ในระดับนานาชาติ เช่น เป็นประธานใน ASEAN+๓ UHC Network รวมทั้ง การขับเคลื่อนประเด็นกำลังคนด้านสุขภาพของ SEARO, Asia Pacific และ ASEAN ซึ่งจะเป็นกลไกสำคัญนำไปสู่การพัฒนา Sustainable Development Goals โดยศาสตราจารย์นายแพทย์รัชตะ รัชตะนาวิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้กล่าวว่าเป็นเป้าหมายอันทะเยอทะยานแต่สามารถทำให้สำเร็จได้หากประเทศนั้นๆ มุ่งมั่นทุ่มเทอย่างแท้จริง

Intervention on ๑๔.๑: Monitoring the achievement of the health-related Millennium Development Goals

Read by Dr.Pattarawalai Talungchit (๒๗/May/๒๐๑๕)

Thank you, Chair

We would like to thank WHO secretariat for this summary report.

For the concern of unfinished agenda in the MDGs, Thailand would like to request WHO and other relevant partners to continue working on these unfinished health related MDGs and to integrate them to the post ๒๐๑๕ development agendas as well as the NCDs and injuries which are emerging agenda.

Every tear has its reason and every failure has its story. What we can learn from the under-achievement and how we can make use of such lesson-learned to the next global challenges including the sustainable development goals, NCD, maternal and child nutrition and many other goals are challenged.

Firstly, we need sustainable effort through the time line. MDGs had a good and not-so-good time in terms of political attention through the timeline. Particularly to the second half of the period, where many partners lose their interest and many white flags have been literally waved here and there after the very first attempt had hit the wall. What mechanism do we need to promote such sustainability, we have to create and agree upon it together. Comprehensive systematic review on MDGs progress and make such evaluation result available to public is a must to reboots its global attention.

Secondly, we are trapped by our own success at the beginning. The first success is relatively easy, but then countries would find themselves in the increasingly difficult situation to deal with later success. Hard to reach target groups require different approach to those quick winning groups. Simple and single dimension may be able to win the first battle, but we rather need different and multiple approaches to win the war. Last mile of the marathon is always difficult; some hit the wall and have never reached the finishing line. We need external support to make these extra difficult targets to be achieved.

Thirdly and lastly, the end targets have set but without target setting on improving health systems have made several countries struggle with implementation. The new health SDGs on universal health coverage deems essential to make the unfinished agenda achieved.

Thank you, Chair.

Agenda ๑๔.๒ Health in the post-๒๐๑๕ development agenda

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. แพทย์หญิงภัทรวัลย์ ตีลิ่งจิตร คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
๒. รองศาสตราจารย์ ดร. นงนุช บุญยั้ง สภาการพยาบาล

สาระสำคัญของวาระ

รายงานฉบับนี้นำเสนอสรุปความก้าวหน้าของ Post-๒๐๑๕ Development Agenda ซึ่ง WHO Secretariat กระตุ้นให้ประเทศสมาชิกยังคงดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุ MDGs ซึ่งได้รวมเข้าไปใน Post- ๒๐๑๕ Development Agenda (เช่นเดียวกับ Sustainable Development Goals or SDGs) โดยมุ่งเป้าไปที่การป้องกันการเสียชีวิตและการเจ็บป่วยที่สามารถป้องกันหรือหลีกเลี่ยงได้ รวมทั้งความพิการจาก Non-Communicable Diseases และอุบัติเหตุต่างๆ การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิต ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage) และให้ความสำคัญกับการทำงานแบบพหุภาคี (Multisectoral Actions) ซึ่งครอบคลุมทั้งด้านสังคม สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ

การดำเนินงานขณะนี้โดยกลุ่มทำงาน Open Working Group of the General Assembly on Sustainable Development Goals (OWG) ซึ่งมาจากตัวแทนของประเทศสมาชิก ในเดือนสิงหาคมที่ผ่านมา ได้เสนอ ๓๗ SDGs, ๑๖๙ Targets, ๓๐๔ Indicators ครอบคลุมทั้งด้านสังคม สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ และสอดคล้องกับ the ๑๙๙๒ Rio Declaration on Environment and Development, Goal ๓ เป็นเป้าหมายเกี่ยวกับสุขภาพ เน้นการมีสุขภาพดีทุกกลุ่มวัย (ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages) ประกอบด้วย ๙ Targets ซึ่งเกี่ยวข้องกับ MDGs, Non-communicable Diseases and Injuries, และระบบสุขภาพ ได้แก่ UHC, Universal Access to Sexual and Reproductive Health Care Services, การลดมลพิษในอากาศ น้ำ และดิน ขณะนี้การดำเนินการยังอยู่ในขั้นตอนในการลดจำนวนตัวชี้วัดลงให้เหลือ ๑๐๐-๑๒๐ (UN Statistical Commission) โดยยังครอบคลุมประเด็นสำคัญที่มีการกล่าวข้างต้น กำหนดที่จะเสร็จสิ้นในเดือนมีนาคม ๒๐๑๖

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศสมาชิกเห็นด้วยกับการดำเนินงานโดยหลายประเทศยกประเด็นสำคัญเกี่ยวกับความครบถ้วนถูกต้องของข้อมูลทางสุขภาพ คุณภาพในการให้บริการสุขภาพ Political commitment ในการลงทุนในระบบสุขภาพรวมทั้งแก้ปัญหาบุคคลากรทางการแพทย์ขาดแคลน และระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งจะเป็นกลไกสำคัญในการสร้างความเสมอภาค การลดปัญหาความยากจนจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล การเตรียมรับมือกับภาวะฉุกเฉินที่มีผลต่อสุขภาพ เช่น โรคระบาด ภัยธรรมชาติ สงคราม การทำงานร่วมกันของพหุภาคี

ตลอดจนจำนวนตัวชี้วัดที่ค่อนข้างมากจะทำให้เกิดภาระในการเก็บข้อมูล ซึ่งหลายประเทศยังคงต้องการการสนับสนุนทั้งในด้านเทคนิคและการเงิน

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยรับทราบรายงานความก้าวหน้าและสนับสนุน Goal ๓ ซึ่งเกี่ยวกับสุขภาพ และครอบคลุมมิติที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตาม target ๓.๗ และ ๓.๘ ซึ่งเกี่ยวข้องการเข้าถึงบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ (access to sexual and reproductive health) และความครอบคลุมของระบบสุขภาพถ้วนหน้ายังมีความคลุมเครือ อาจทำให้มีอุปสรรคในการนำไปใช้

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ประเทศสมาชิกรับทราบรายงานความก้าวหน้า ในเอกสาร Abs/๑๔

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

- สำนักงานสาธารณสุขระหว่างประเทศควรติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานเพื่อรองรับพร้อมทั้งขับเคลื่อนการดำเนินงานให้ได้ตามเป้าหมาย MDGs และ Post-๒๐๑๕ Health Indicators ที่จะเกิดขึ้นต่อไป
- หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพัฒนาระบบการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดทางสุขภาพให้มีความครบถ้วนถูกต้อง
- พัฒนาระบบสุขภาพ โดยเฉพาะ UHC ให้ครอบคลุม การส่งเสริม การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพของประชาชน โดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการจัดลำดับความสำคัญปัญหาสุขภาพในการพิจารณาจัดสรรงบประมาณอย่างเหมาะสม และไม่ละเลยกลุ่มผู้ด้อยโอกาสหรือคนชายขอบซึ่งอาจจะไม่ได้รับการคุ้มครองจากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- พัฒนา infrastructure และระบบสุขภาพเพื่อรองรับการดำเนินงานตามเป้าหมาย Post ๒๐๑๕ SDGs เช่น กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce)

การทำงานในระดับนานาชาติ

- สนับสนุน UHC ในระดับนานาชาติ เช่น ASEAN+๓ UHC Network
- สนับสนุนการขับเคลื่อนประเด็นกำลังคนด้านสุขภาพของ SEARO, Asia Pacific และ ASEAN
- ให้ความร่วมมือกับ WHO และประเทศสมาชิกในการผลักดันและขับเคลื่อนงานให้เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้
- สร้างความร่วมมือในระดับภูมิภาคหรือนานาชาติเพื่อร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้สนับสนุนในการพัฒนาระบบข้อมูลและสารสนเทศที่เป็นสากลเพื่อประโยชน์ในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามเป้าหมาย

Intervention on ~~๑๔.๒~~ Health in the post-๒๐๑๕ development agenda

Read by Dr. Pattarawalai Talungchit ๒๒/๐๕/๒๐๑๕

Thank you, Chair

Thailand appreciates WHO secretariat for the summary report and also would like to commend WHO for hosting the technical briefing on Health in the post-๒๐๑๕ Sustainable Development Goals in this Health Assembly which provide important information in ongoing process of this agenda.

We support Goal ๓ on ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages. This goal is comprehensive and covers health of all ages. Nine health targets encompass both unfinished agenda and emerging health problems and also health systems.

However, the targets ๓.๗ and ๓.๘ on universal access to sexual reproductive health and care services and achieve UHC have no clear targets set which is different for other diseases. Without clear common understanding on the targets, the indicators and implementations will be nothing.

Thank you, Chair.

Agenda ๑๔.๓ Adolescent Health

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. ดร. เบญจวรรณ ธวัชสุภา กรมอนามัย
๒. นายรังสรรค์ มั่นคง สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

สาระสำคัญของวาระ

- วาระนี้นำเสนอกรอบการดำเนินงาน (Framework) เพื่อพัฒนานโยบายระดับชาติและ โครงการต่างๆที่จะทำให้สุขภาพเยาวชนดีขึ้น ทั้งนี้ปัญหาสุขภาพที่พบในเยาวชน (Adolescent health) ได้แก่ การใช้แอลกอฮอล์ สารที่มีฤทธิ์ต่อระบบประสาท HIV/AIDS อุบัติเหตุ สุขภาพจิต โภชนาการ เรื่องเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ เป็นต้น โดยมี ๕ ส่วนสำคัญ โดยใช้ตัวย่อ “HELPS” คือ
 - H= Healthy Service: ระบบบริการ สุขภาพ ทั้งป้องกันและรักษาเข้าถึงได้ และตอบสนองความต้องการทั้งทาง ร่างกาย จิตใจ ของเยาวชน และภายใต้ บริบทของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 - E= Eating: การกินอาหารที่มีคุณค่าทาง โภชนาการที่เหมาะสมทางและดีต่อ สุขภาพและป้องกันปัญหาทุพโภชนาการ ผอม อ้วน และภาวะซีด
 - L= Living: อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ ส่งเสริม การมีพฤติกรรมที่เหมาะสมและ ปลอดภัย
- P= physically active: มีพฤติกรรม ทางสุขภาพที่เหมาะสม ไม่มีการใช้ บุหรี่ สารเสพติด การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สนับสนุนการมีสุขภาพดีพร้อมกับพฤติกรรมสุขภาพดีอื่นๆ เช่นการมีกิจกรรมทางกาย
- S=Safe sexual debut: การเริ่มมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย เมื่อพร้อม
- กรอบการดำเนินงานที่เสนอมุ่งเน้น บทบาทของหลายภาคส่วนทั้งระบบ บริการสุขภาพ ครอบครัว ชุมชน และ นโยบายในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อ สุขภาพที่ดี

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศสมาชิกรับทราบรายงาน เห็นชอบและสนับสนุนกรอบการดำเนินงานที่องค์การอนามัยโลกได้พัฒนาขึ้น ทั้งนี้ประเทศสมาชิกได้แสดงความเห็นเพิ่มเติม ได้แก่

- การดำเนินงานเรื่องสุขภาพวัยรุ่น ไม่ได้เป็นบทบาทของภาคสาธารณสุขเพียงด้านเดียว แต่ต้องอาศัยกลไกความร่วมมือจากหลายภาคส่วน
- กรอบการดำเนินงานเรื่องสุขภาพวัยรุ่น ในประเด็นที่มีความอ่อนไหว เช่น การบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ ควรขึ้นอยู่กับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละประเทศที่มีความแตกต่างกัน
- จัดให้มีบริการด้านสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น (Youth-friendly health service) ตั้งแต่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (primary health service)
- ควรให้ความสำคัญในประเด็นเรื่องความยากจนในกลุ่มวัยรุ่น รูปแบบการดำเนินชีวิต ความรู้และการศึกษาของครอบครัว โภชนาการ สุขภาพจิต การบริการทางการแพทย์ด้านการตั้งครรภ์และวางแผนครอบครัว สวัสดิการทางสังคม รวมทั้งสิทธิมนุษยชน (Human right) และการป้องกันทางสังคม (Social protection) สุขภาพวัยรุ่นและความปลอดภัยในภาวะฉุกเฉินจากภัยพิบัติ ความพิการ ความหลากหลายทางเพศ และการใช้ยาเสพติด
- ควรมีการพัฒนางานวิจัยเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง หรือประเด็นที่เกิดขึ้นใหม่ เช่น ปัญหาการติดเกมส์/computer/smart phone ในวัยรุ่น (Screen addiction)
- เรื่อง Global Action Plan ควรครอบคลุมประเด็นเรื่องสุขภาพวัยรุ่น โดยใช้ Life-cross approach และ Human Right based approach เป็นยุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

- ประเทศไทยรับทราบรายงาน และสนับสนุนประเทศ Maldives ในฐานะตัวแทนประเทศในภูมิภาคเอเชียใต้-ตะวันออกที่สนับสนุนให้มีการรับรองรายงานนี้เช่นกัน
- เรื่องสุขภาพวัยรุ่นเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพในหลายประเด็น ดังนั้นควรพิจารณาถึงพฤติกรรมเสี่ยงในหลายๆด้านมากกว่าดูเพียงด้านใดด้านหนึ่ง ต้องจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพวัยรุ่น โดยเรื่องสุขภาพจิต เป็นเรื่องที่มีถูกละเลย แต่มีความสำคัญเพราะนำไปสู่การฆ่าตัวตายซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในวัยรุ่น และปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นที่ไม่ได้รับการรักษาอาจนำไปสู่ผลกระทบในวงกว้าง

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับทราบรายงานภาพรวมของกรอบการดำเนินงานจากองค์การอนามัยโลก ในเอกสาร Doc A๖๘/๑๕ ทางฝ่ายเลขานุการ จะพัฒนาตัวกรอบการดำเนินงาน และส่งฉบับสมบูรณ์เพื่อพิจารณาในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๙ ปี ๒๐๑๖

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข(ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่กรมอนามัย (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ สำนักส่งเสริมสุขภาพ) กรมสุขภาพจิต กรมการแพทย์ เป็นต้น ที่สามารถบูรณาการการดำเนินงานให้ไปในทิศทางเดียวกันตั้งนี้

การทำงานในระดับประเทศ

- ทำการแปลเอกสารกรอบการดำเนินงาน และปรึกษาหารือในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาความเหมาะสมสอดคล้องกับนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่มีอยู่ และกำหนดประเด็นนโยบายเพิ่มเติมถ้าจำเป็น
- เนื่องจากปัญหาเยาวชนไทย เป็นปัญหาที่มีความสำคัญมากในปัจจุบัน ทั้งจากพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงสูง โรคไม่ติดต่อ การบาดเจ็บและอุบัติเหตุ การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การฆ่าตัวตาย ความรุนแรง ปัญหา

สุขภาพจิต เอชไอวี/เอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะเรื่องการตั้งครรภ์วัยรุ่น ยังมีความเกี่ยวข้องกับน้ำหนักของทารกแรกเกิดต่ำและปัญหาอื่นๆอีกมากมายทั้งแม่และทารกในระยะยาว รวมทั้งปัญหาการศึกษาและโอกาสในการทำงาน จึงเสนอให้มีการปรับโครงสร้างงานที่มีอยู่เดิม ให้มีกลุ่มงานสุขภาพวัยรุ่นอย่างชัดเจน เพื่อให้เกิดกลไกในการดำเนินงานด้านสุขภาพวัยรุ่นที่สอดคล้องกับสถานการณ์สุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป และสอดคล้องกับกรอบการดำเนินงานที่ทางองค์การอนามัยโลกได้เสนอไว้

- นอกจากนี้ หน่วยงานภาคสาธารณสุขควรจัดให้มีบริการด้านสาธารณสุขที่เหมาะสมสำหรับเยาวชน เนื่องจากสุขภาพวัยรุ่นมีความสำคัญที่อาจส่งผลไปยังช่วงวัยอื่นๆ ด้วย เช่น การเสริมสร้างการเรียนรู้ของนักเรียนในเรื่องเพศศึกษาและทักษะชีวิต การพัฒนาศักยภาพบุคลากรครูในการสอนเพศศึกษา การพัฒนาพ่อแม่ในการพูดคุยกับลูกเรื่องเพศ การเสริมสร้างการเข้าถึงบริการสุขภาพต่างๆ และอนามัยการเจริญพันธุ์ เช่น การวางแผนครอบครัว ความรุนแรงทางเพศ สุขภาพทางเพศ รวมถึงการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย ฯลฯ ที่มีคุณภาพ และเป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนทั้งเชิงรับและเชิงรุก ที่เชื่อมโยงกับสถานศึกษา ครอบครัว ชุมชน รวมทั้งต้องมีการพัฒนาบุคลากร สถานบริการสาธารณสุข ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในพื้นที่ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพวัยรุ่นแบบบูรณาการ และจัดให้มีงบประมาณที่เพียงพอ

การทำงานในระดับนานาชาติ

ประสานงานกับประเทศสมาชิก SEARO และคณะผู้แทนถาวรไทยฯ ในการหารือและจัดทำข้อเสนอแนะต่อกรอบการดำเนินงานในประเด็นสุขภาพวัยรุ่นในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๙ ปี ๒๐๑๖

Intervention on agenda ๑๔.๓ Adolescent health

Read by Ms. Benjawan Tawatsupa (๒๒/May/๒๐๑๕)

Chairperson,

Thailand aligns itself with the statement by our distinguished delegate from Maldives, on behalf of ๑๑ Member States in south-East Asia Region.

My delegation notes the reports of Adolescent health prepared by the secretariat contained in Doc A๖๘/๑๕ proposing the development of a formal framework for action on adolescent health.

In addressing adolescent health, Chair, we have to go beyond conventional individual health care and education approach. As evidence suggested, social determinants of health for young people, not the diseases, are the one that really kill and harm our young people, particularly from avoidable and preventable causes. And that the more effective approach is not to build a healthy adolescent, one-by-one, but to promote the healthier society for our teenagers to grow, learn and live in. Many of the behaviors and conditions that undermine the health of adolescents, and will continue to undermine their health as adults and the health of their children, have common determinants and are inter-related, and thus cannot deal with any single department or agency. We therefore urge WHO and all member states to find more effective ways to move out of single health problem silos and focus more on interventions that address the determinants of multiple risk behaviors.

Next, chair, while we cannot tackle the whole gangsters in one shot, we have to prioritize the gang leaders, while keep an eye on others. We would like to name a few major but neglected leaders, alcohol and teenage pregnancy, and lack of physical activity and sedentary lifestyle are for example. Most important, we would like to express our concern on mental health, which increasingly important to adolescent health overtime. Globally, suicide ranks third among causes of death during adolescence, and depression is the top cause of illness and disability. As many as half of all mental health disorders start by age ๑๔, but most cases go unrecognized and untreated, with serious consequences for mental health throughout life and, ultimately, the health and development of the next generation.

Thank you chair.

Agenda ๑๔๔ Women and Health: ๒๐ years of the Beijing Declaration and Platform for Action

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นายรังสรรค์ มั่นคง สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
๒. แพทย์หญิงภัทรวลัย ตลิ่งจิตร คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

สาระสำคัญของวาระ

วาระนี้เสนอรายงานความก้าวหน้าของการขับเคลื่อนเรื่องผู้หญิงและสุขภาพ หลัง ๒๐ ปี ของคำประกาศและแผนปฏิบัติการปักกิ่ง (Beijing Declaration and Platform for Action) โดยแบ่งออกเป็นดังนี้

๑. ความก้าวหน้าผู้หญิงและสุขภาพที่สำคัญ คือ การลดลงของอัตราการตายและป่วยของแม่และทารก การเพิ่มอายุขัยเฉลี่ยของผู้หญิงจาก ๖๔ เป็น ๗๑ ปี การเพิ่มขึ้นของอัตราการคุมกำเนิด และอัตราการทำคลอดโดยบุคลากรที่มีทักษะ การเพิ่มอัตราการลงทะเบียนการศึกษาภาคบังคับของเด็กผู้หญิง
๒. ความท้าทายที่สำคัญ ที่ยังคงอยู่ ได้แก่ ความแตกต่างของสถานะสุขภาพผู้หญิงในภูมิภาคที่ร่ำรวยและยากจน ปัญหาโภชนาการ สุขภาวะทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศ ความรุนแรงต่อผู้หญิง การเข้าถึงและคุณภาพของระบบบริการทางสุขภาพของผู้หญิง
๓. มาตรการที่สำคัญที่พึงเร่งการขับเคลื่อน ได้แก่ การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพที่แยกมิติทางเพศ การออกแบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับความจำเป็นของผู้หญิง และการผลักดันสุขภาพผู้หญิงให้เป็นหนึ่งในเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืนของโลก ปี ค.ศ. ๒๐๑๖-๒๐๓๐ (Global Sustainable Development Goals ๒๐๑๖-๒๐๓๐)

บทบาทและทำาของประเทศอื่นๆ

ประเทศสมาชิกรับทราบรายงานความก้าวหน้า ทั้งนี้ประเทศสมาชิกได้แสดงความเห็นเพิ่มเติมที่หลากหลายได้แก่

รับทราบและชื่นชมความพยายามขององค์การอนามัยโลกในการรวบรวมจัดทำรายงาน และการที่วาระสุขภาพผู้หญิงได้รับความสำคัญเพิ่มขึ้นและจะถูกบรรจุอยู่ในเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืนของโลก ปี ค.ศ. ๒๐๑๖-๒๐๓๐ รวมถึงการขยายขอบเขตสุขภาพผู้หญิงไปครอบคลุมบริบททางมนุษยธรรมและผู้ลี้ภัย

อย่างไรก็ตาม หลายประเทศยังมีความกังวลในความล่าช้าของการขับเคลื่อน อาทิ ปัญหาโภชนาการ สุขภาวะทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศ ความรุนแรงต่อผู้หญิง การเข้าถึงและคุณภาพของระบบบริการทางสุขภาพของผู้หญิง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

หลายประเทศ เสนอแนะให้องค์การอนามัยโลกช่วยเหลือประเทศประเทศสมาชิก ในการพัฒนาแนวทาง แผนยุทธศาสตร์ เป้าหมาย/ตัวชี้วัด และระบบการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพที่แยกมิติทางเพศ การออกแบบ และจัดหา บริการทางสุขภาพที่เป็นมิตรและสอดคล้องกับความจำเป็นของเพศหญิง อาทิ วัคซีนไวรัส HPV หรือ คลินิกวัยรุ่นและผู้หญิง เป็นต้น

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยสนับสนุนและให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพของผู้หญิง โดยมองว่าบริบทนี้ควรครอบคลุมไปถึงมิติทางสังคมและวัฒนธรรม ที่จะก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนความเชื่อ ขนบธรรมเนียม และพฤติกรรมด้านสุขภาพ สิทธิของผู้หญิง และความเท่าเทียมระหว่างหญิงชาย ตลอดจนการใช้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage) ที่ก่อให้เกิดการพัฒนาและการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพของผู้หญิงโดยเฉพาะในกลุ่มที่เข้าถึงยากนอกจากนี้ประเทศไทยยังเน้นว่าการสนับสนุนสุขภาพของผู้หญิง นอกจากจะยังประโยชน์แก่ผู้หญิงเองแล้ว ยังส่งผลถึงสุขภาพที่ดีขึ้นของของคนในครอบครัวและชุมชน และระบบสุขภาพโดยรวมอีกด้วย เพราะผู้หญิงเป็นส่วนใหญ่ของบุคลากรทางการแพทย์และระบบสาธารณสุข ผู้หญิงจึงเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับทราบรายงานความก้าวหน้าเรื่องผู้หญิงและสุขภาพ ในเอกสาร Doc Abs/๑๖

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข(ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

กรมอนามัย

- ข้อมูลและสถิติด้านสุขภาพของประชากรที่มีการพัฒนาและวิเคราะห์แยกเป็นเพศ ตลอดจนออกแบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับความจำเป็นของแต่ละเพศ
- ประสานงานหน่วยงานอื่นๆ ทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข ในการขับเคลื่อนเรื่องสุขภาพผู้หญิงให้เกิดผลลัพธ์/ผลกระทบ ตามกรอบ ๑๙๙๕ Beijing Declaration and Platform for Action

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ร่วมออกแบบและสนับสนุนบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับความจำเป็นของเพศหญิง

การทำงานในระดับนานาชาติ

ประสานงานกับองค์การอนามัยโลก และองค์กรนานาชาติในระบบ UN ที่เกี่ยวข้อง เช่น UN Women, UNDP ในการพัฒนาแนวทาง การขับเคลื่อน การติดตาม ประเด็นสุขภาพผู้หญิง

Intervention on agenda ၈၃ Women and Health

Read by Mr. Rungsun Munkong (၂၈/May/၂၀၁၆)

Thank you Honorable Chair,

On behalf of the Delegation of Thailand, we would like to thank the Secretariat for preparing the informative Report A/၆၁ on Women and Health.

The Beijing Declaration and Platform of Action ၁၉၉၄ marked an important milestone as it equated women's right to human rights, aiming at gender equality and women's empowerment. It was an important transformation towards upholding health and dignity of women everywhere.

And thus, my delegation notes the Report.

၅၀ years since then, some progress on the health for women, who constitute half of the world's population, has been made, although still slow and inadequate in several fronts, as described in the Report.

Thailand fully supports the effort towards gender equality and sees the importance of health and rights of women.

We cannot address women and health in a silo model, as it is a cut-across issue at all levels, from global down to community and household level. Women-in-All-Policies approach with high context relevancy and women-friendly system could promote access to health and effectiveness of any health program. To improve health for women further, the efforts should be more emphasized towards social and cultural aspects, as the social and cultural determinants are where the long-held beliefs, customs and behaviours are forged and thus are the place where they can be transformed for women's rights, health and gender equality.

Honorable Chair and Distinguished Delegates,

From Thailand experience, universal health coverage could be the main engine to ensure the access and coverage of health services for all, including women of hard-to-reach settings. Moreover, the necessary health services that are sensitive and tailored to the needs of women should be further developed and enhanced under the Universal Health Coverage. And we strongly believe that our experience is applicable to all Member States, particularly for low and middle incomes countries.

Lastly, Thailand stresses the fact that the improvement in health and rights of women not only benefits the women themselves, but will also benefit the health and well-being of their families and communities, as well as the improvement of the entire health system, as the women constitute the majority of medical and public health personnel, evidently seen as one looks around this very meeting room, and so they are the key driver of the successful health system. Thank you Honorable Chair.

Agenda ๑๔.๕ Contributing to Social and Economic Development: Sustainable Action Across Sectors to Improve Health and Health Equity (follow-up of the ๘th Global Conference on Health Promotion)

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. รองศาสตราจารย์ ดร. นงนุช บุญยั้ง สภาการพยาบาล
๒. นายรังสรรค์ มั่นคง สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

สาระสำคัญของวาระ

วาระนี้กล่าวถึงการรายงานความก้าวหน้าของการนำมติจากการประชุมการส่งเสริมสุขภาพครั้งที่ ๘ ประเทศฟินแลนด์ สู่การปฏิบัติพร้อมการนำเสนอร่างกรอบแผนปฏิบัติการในระดับประเทศบูรณาการข้ามภาคส่วนในการส่งเสริมสุขภาพและความเท่าเทียมทางสุขภาพ Framework for Country Action across Sectors for Health and Health Equity เพื่อให้ประเทศสมาชิกได้นำแนวคิดตามร่างกรอบแนวคิดนี้สู่การปฏิบัติภายใต้บริบทของแต่ละประเทศ

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศทั้งหมดให้การรับรองร่างกรอบแผนปฏิบัติการฯ ยกเว้นรัสเซียที่เสนอแก้ข้อความ (Para ๘ page ๔) ซึ่งเป็นตัวอย่างของข้อบังคับควบคุมผลิตภัณฑ์ที่มีแร่ใยหิน (Asbestos) ซึ่งที่ประชุมได้มีมติให้บันทึกข้อกังวลของรัสเซีย โดยไม่ได้รับรองการแก้ไขแต่อย่างใด

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยขึ้นชมนที่ WHO รายงานความก้าวหน้าของการนำมติลงสู่การปฏิบัติพร้อมนำเสนอร่างกรอบแนวคิดการทำงานที่บูรณาการทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยแสดงความกังวลในสามประเด็น

๑. เพียงแต่มีประเด็นของการตั้งข้อสังเกตเรื่องบทบาทของภาคีเครือข่ายภาคเอกชนที่มีเรื่องของผลประโยชน์ทับซ้อน และต้องการที่จะมีบทบาทเชิงรุก ในการกำหนดนโยบายและสร้างบรรทัดฐานทางวิชาการ โดยประเทศไทยได้แสดงความเห็นว่า บทบาทที่เหมาะสมของภาคเอกชนที่มีผลประโยชน์ทับซ้อนนั้นควรเป็นการสนับสนุนนโยบายและกระบวนการในฐานะของผู้ผลิต นักการตลาดหรือผู้จำหน่าย และภาคีเครือข่ายภาคเอกชนสามารถให้ความร่วมมือต่อนโยบายส่งเสริมสุขภาพประชาชนได้ โดยการมุ่งเน้นบทบาทของหน่วยงาน/องค์กรในการควบคุมตรวจสอบผลิตภัณฑ์ และการจัดการที่มีประสิทธิภาพ
๒. ในการส่งเสริมสุขภาพประชาชน ประเทศไทยขอเสนอให้มีการจัดลำดับความสำคัญและจัดระบบการควบคุมตรวจสอบการดำเนินการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจะเป็นกลไกที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มอายุได้อย่างทั่วถึง
๓. ข้อจำกัดของกรอบแผนปฏิบัติการฯ ที่จำกัดอยู่ที่กระบวนการภายในประเทศ และไม่ได้ครอบคลุมถึงความตกลงทางการค้าและเศรษฐกิจระหว่างประเทศที่มีผลต่อสุขภาพ

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับรองร่างแผนปฏิบัติการกรอบแนวคิดการทำงานสำหรับประเทศสมาชิก ตามเอกสาร Abs/๑๗ ที่ได้นำเสนอ

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

การทำงานในระดับประเทศ

ควรมีกระบวนการแปลกรอบแผนปฏิบัติการฯ เป็นภาษาไทยและนำมาพิจารณาโดยกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เพื่อทำการพิจารณาปรับแผนปฏิบัติการของหน่วยงานให้สอดคล้องกับกรอบแผนปฏิบัติการฯ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นการสร้างความร่วมมือทุกภาคส่วนและ และความเท่าเทียมในการเข้าถึงการสร้างเสริมสุขภาพอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

การทำงานในระดับนานาชาติ

ควรมีการติดตามการดำเนินงานจากภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับนานาชาติ ในตามโมเดลของการพัฒนาศักยภาพบุคลากร และ ควรมีการพัฒนากระบวนการจัดเก็บหลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกันตั้งแต่ระดับปฏิบัติการจนถึงระดับนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อสามารถใช้เป็นข้อมูลในการเทียบเคียงความก้าวหน้าของการส่งเสริมสุขภาพที่ดีได้

Intervention on agenda ๑๔.๕ Contributing to social and economic development: sustainable action across sectors to improve health and health equity (follow-up of the ๘th Global Conference on Health Promotion)

Read by Assoc Prof Nongnut Boonyoung (๒๕ May ๒๐๑๕)

Thank you Mr. Chair,

Thailand acknowledge and commend for the draft framework for country action. Thailand would also like to again thank Finland in hosting the ๘th Global Conference on Health Promotion.

Delighting to adopt this Framework, Thailand still has three concerns, as follow.

Firstly, while the call for ‘inclusive policy-making process’ in the Key component ๔, Section ๒, we cannot argue that those private sectors with conflict of interest very much would like to take the driver seat in making policies and shaping norms, relevant to their profitability. Therefore, transparency and management on conflict of interest is very crucial as stated in the Section ๕ roles and responsibility. For many policy areas, private sectors should not replace the government authority roles in formulating policy and setting scientific norms.

Meanwhile, consultation across sectors during the policy formulation process with an aim to enhance policy compliance, but not to distract and delay such process, should be acceptable based on national context. In general, private sector actors with conflict of interest are encouraged to focus on their roles, as producer, marketer, distributor and retail sellers, in strengthening policy implementation and enforcement, and should also play a major role in monitoring on its own products, practices and policies, with primary aim to promote policy compliance and healthy environment.

Secondly, it is very true, Chair, that we cannot do everything to everyone that we should. Identifying areas of priority, setting up monitoring milestone, while monitoring the policy demand and unmet needs through a sound monitoring mechanism, preferable disaggregated to different population groups should be highlighted in the implementation of this Framework.

Lastly, in the inter-connected world, Chair, country cannot not work on isolated basis. While the Framework calls for actions at country level. Strengthening national capacity and preparedness in addressing health and health equity may mean nothing, when facing supra-national threat, particularly international trade and economic treaties. Health in All Policy should also be well observed at international level too. Furthermore, chair, promoting international collaboration and partnership through working and learning together, as well as collective resource mobilization is the way forward to enhance health of the global citizen.

Thank you Mr. Chairman

Agenda ๑๔๖: Health and the Environment: Addressing the Health Impact of Air Pollution

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. ดร. เบญจวรรณ ธวัชสุภา กรมอนามัย
๒. แพทย์หญิงภัทรวัลย์ ตลิ่งจิตร โรงพยาบาลศิริราช

สาระสำคัญของวาระ

- วาระนี้เสนอให้ WHA๖๘ รับทราบรายงานที่จัดทำโดยฝ่ายเลข๓ ที่อธิบายความเชื่อมโยงระหว่างมลพิษอากาศและ ผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยมลพิษอากาศเป็นปัจจัยหลักที่สำคัญที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพ ทั้งปัญหาโรคระบบทางเดินหายใจ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง กลยุทธ์ในการป้องกัน ควบคุมและลดผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษอากาศ บทบาทของภาคสาธารณสุข รวมทั้งแนวทางการปฏิบัติการเพื่อประสานความร่วมมือระหว่างภาคส่วนสาธารณสุขกับภาคส่วนอื่นๆ เพื่อให้ตระหนักถึงเรื่องสุขภาพในนโยบายที่เกี่ยวข้องกับมลพิษอากาศในทุกระดับ และให้พิจารณาร่าง Resolution ที่จัดทำและสนับสนุน โดย ๑๔ ประเทศได้แก่ Albania, Chile, Colombia, France, Germany, Monaco, Norway, Panama, Sweden, Switzerland, Ukraine, United States of America, Uruguay และ Zambia
- วาระนี้มี Drafting group โดยมีประเทศ Norway และ Panama เป็นประธาน และให้ที่ประชุมพิจารณา ร่าง Resolution ซึ่งได้กำหนดแนวทางในการดำเนินงานและการปฏิบัติแก่ประเทศสมาชิกรวม ๑๓ ข้อ โดยบทบาทหลักที่สำคัญได้แก่ การสร้างความตระหนักเกี่ยวกับอันตรายจากมลพิษอากาศให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข การพัฒนาแนวทางการปฏิบัติเพื่อลดการสัมผัสมลพิษอากาศและการทำงานกับภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาที่ยั่งยืน เป็นต้น รวมทั้งการเสริมสร้างความเข้มแข็งความร่วมมือระหว่างประเทศ และการสนับสนุนองค์ความรู้ ข้อมูลวิชาการ และเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ใน Drafting group ประเทศต่างๆ นำเสนอประเด็นที่ประเทศตัวเองสนใจและประเด็นที่เป็นข้อห่วงใยในเรื่อง คำและภาษาที่ใช้ และมีประเด็นสำคัญที่ประเทศต่างๆ แสดงท่าทีที่แตกต่างกัน ได้แก่ เรื่อง Climate Change, Technology transfer, Clean air technology, National Context เป็นต้น

- ประเด็น National Context: ประเทศจีน ให้ความสำคัญกับมลพิษทางอากาศเฉพาะประเด็นฝุ่นละอองขนาดเล็ก (Particulate Matter) ในขณะที่ประเทศ Saudi Arabia เสนอให้ประเทศเป็นผู้ตัดสินใจในการเลือกจัดการมลพิษทางอากาศตัวใด
- ประเด็น Technology transfer ที่ประเทศ India เสนอให้เป็น Affordable technology transfer แต่ประเทศ Monaco เสนอว่าหากเป็น Affordable เป็นนามธรรมไปและมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทางประเทศกลุ่ม EU เสนอให้ฝ่ายเลขาวิเคราะห์คำที่เหมาะสมให้ จึงได้คำว่า Cost-effective technology transfer ทั้งนี้ทาง Chair ของ Drafting group ได้ชี้แจงว่า resolution นี้ WHO ต้องนำไปใช้ต่อ ดังนั้น การตัดสินใจนำไปใช้ของแต่ละประเทศนั้นแล้วแต่ตามความสมัครใจโดยขอให้สะท้อนภาพประเทศตามที่เหมาะสมและเป็นเชิงบวก แต่ขออย่าให้มีการนำไปใช้อ้างอิงในบริบททางการเมือง
- ในประเด็น Climate Change: ประเทศ Indonesia India USA Colombia Panama Algeria Brazil Saudi Arabia มีข้อห่วงใยเรื่องความซ้อนทับกันของเรื่องการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ สุขภาพ และมลพิษทางอากาศ ซึ่งปรากฏใน Resolution ดังข้อความที่ว่า "promoting air quality is a priority to protect health and provide co-benefits for the climate, ecosystem services, biodiversity, and food security" ที่ตั้งเรื่องการดำเนินงานเพื่อลดมลพิษทางอากาศและการดำเนินงานเพื่อลดการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศมาเกี่ยวข้องและเชื่อมโยงกัน แม้ว่าจะมีความซับซ้อน แต่สุดท้ายก็มีโอกาสที่จะเกิดผลประโยชน์ร่วมกันทั้งต่อสุขภาพและต่อสภาพภูมิอากาศ (health and climate co-benefits)

ประเทศส่วนใหญ่สนับสนุนร่างมติ นี้ โดยขอให้ WHO สร้างความเข้มแข็งและพัฒนาขีดความสามารถ เพื่อพร้อมสนับสนุนประเทศสมาชิก ทั้งแนวทางในการดำเนินงานให้ได้ตามมาตรฐานด้านคุณภาพอากาศของ WHO (air quality standards) แนวทางในการดำเนินงานขับเคลื่อนเรื่องมลพิษทางอากาศและผลกระทบต่อสุขภาพ นอกจากนี้ เน้นย้ำให้ WHO ดำเนินการตามมติในประเด็นเรื่องสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสภาพภูมิอากาศ ผ่านการดำเนินงานตาม WHA๖๗/Resolution A๖๗/๑๙ เรื่อง Climate Change and Health ด้วย

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยเข้าร่วมการประชุมของคณะทำงาน Drafting group เพื่อพิจารณาร่าง Resolution และประเทศไทยรับทราบและขอบคุณประเทศสมาชิกที่ให้การสนับสนุนยกร่าง resolution นี้ โดยประเทศไทยได้เน้นย้ำความสำคัญของเรื่องผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ ทั้งภายในและภายนอกอาคาร (Indoor and outdoor air pollution) ว่าต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน ทั้งชุมชนที่อยู่ในพื้นที่เสี่ยงจากมลพิษทางอากาศ หน่วยงานภาครัฐ และภาคเอกชน ทั้งภาคส่วนสาธารณสุข สิ่งแวดล้อม อุตสาหกรรม และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างความตระหนักและป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ นอกจากนี้ประเทศไทยสนับสนุน WHO ที่มีบทบาทหลักในการสนับสนุนข้อมูลเชิงวิชาการ และองค์ความรู้ รวมทั้งที่ WHO ช่วยประเทศสมาชิกในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการมลพิษทางอากาศและผลกระทบต่อสุขภาพ

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ประธาน Drafting group ได้สรุปผลการดำเนินงานจากร่าง Resolution ที่ ๑๔ ประเทศสมาชิกได้ยกร่างมา และผ่านการพิจารณาตั้งแต่การประชุม EB๑๓๖ ในเดือนมกราคม จนถึงเดือนพฤษภาคม ๒๐๑๕ และยังมี การประชุมกันหลายชั่วโมง ใน ๕ sessions อย่างต่อเนื่องที่ WHA๖๘ นี้ จนกลายเป็นมติที่ได้รับการรับรองอย่าง เป็นเอกฉันท์ในวันสุดท้ายของการประชุม WHA๖๘ โดย WHO จะทำงานต่อไปในการนำ resolution นี้ไปปฏิบัติ และรายงานผลการดำเนินงานในการลดผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ รวมทั้งจัดทำ Road map to enhance global responds มานำเสนอให้ที่ประชุมพิจารณาในการประชุม WHA๖๙ ต่อไป

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

การทำงานในระดับประเทศ

กระทรวงสาธารณสุข ที่ขับเคลื่อนเรื่องผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ ในระดับประเทศ คือ สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย และสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและ สิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค ที่ควรมีการดำเนินงานร่วมกันในการการพัฒนาองค์ความรู้ ติดตามและ ประเมินผลการดำเนินการที่เกี่ยวข้อง เพื่อวิเคราะห์บทเรียน ความสำเร็จและอุปสรรค เพื่อพัฒนากลไกการ ดำเนินงานเรื่องผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศในทุกระดับ ทั้งประชาชนและชุมชนที่อยู่ในพื้นที่ เสี่ยงจากมลพิษทางอากาศ การขับเคลื่อนนโยบายระดับประเทศที่ให้ผลเป็นรูปธรรมอย่างต่อเนื่อง การพัฒนา ระบบติดตามคุณภาพอากาศและสุขภาพเพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ เพื่อการคุ้มครองสุขภาพประชาชนในพื้นที่เสี่ยงจากมลพิษทางอากาศ ตามแผนยุทธศาสตร์คุ้มครองสุขภาพ ประชาชนจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยงปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ และให้สอดคล้องกับแนวทางที่ WHO ได้ กำหนดไว้ นอกจากนี้ควรจัดให้มีศูนย์กลางในการรวบรวมข้อมูลและประสานติดตามการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากเรื่องมลพิษทางอากาศนั้นเกี่ยวข้องกับหน่วยงานต่างๆ หลายภาคส่วน นอกเหนือจากหน่วยงานภาค สาธารณสุข

การทำงานในระดับนานาชาติ

กระทรวงสาธารณสุขควรให้ความร่วมมือกับ WHO และขอรับการสนับสนุนองค์ความรู้ การแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ในการหาความเชื่อมโยงระหว่างสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ โดยเฉพาะเรื่องมลพิษทางอากาศ รวมทั้งแลกเปลี่ยนบทเรียนความสำเร็จและอุปสรรคจากการดำเนินงานกับต่างประเทศด้วย ทั้งนี้ประเทศไทยมี Regional Forum on Environment and Health ที่เป็นกลไกหนึ่งในการประสานความร่วมมือระหว่าง กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงสิ่งแวดล้อมในระดับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ๑๔ ประเทศ และเวทีในระดับนานาชาติอื่นๆ ที่จะช่วยสร้างความเข้มแข็งในการดำเนินงานประเด็นมลพิษทาง อากาศและสุขภาพได้ การติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานของ WHO ที่จะนำ resolution นี้ไปปฏิบัติ เพื่อลดผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ และเตรียมให้ข้อเสนอแนะแก่ Road map ที่ WHO จะมา นำเสนอในการประชุม WHA๖๙

Intervention on Agenda ๑๔.๖: Health and the Environment: Addressing the Health Impact of Air Pollution

Read by Dr. Benjawan Tawatsupa (๒๖ May ๒๐๑๕)

Thank you, Chairperson

Thailand commends the secretariat for the comprehensive report, and would like to thank co-sponsor countries for their efforts in tabling this draft resolution and all other Member States constructively participated in the process to finalizing the resolution.

On the outdoor air pollution, burning for agricultural purposes and forest fires are a major causes of transboundary haze in our region of the world. We have encountered many serious adverse health effects from air pollution, especially children, elderly and those other vulnerable groups.

We concerned that the rise in the level of emissions of air pollutants within the region will inevitably lead to an increase in such adverse effects. Therefore, there is a need to study the root causes and feasible effective solutions, of which often require multisectoral collaboration. The engagement of communities most at risk, private, health sector, industrial, agricultural, environmental, and other relevant sectors is crucial to raise their awareness and take prompt action to prevent the health impact of air pollution at all levels.

Air pollution is everywhere, after facing the air pollution outside, chair, you are welcome to go inside our houses, where you will also face with another major problem, Chair, the problem of indoor air-pollution which also kills million in our region. It may be true that indoor and outdoor air pollution may needs different effective approach, but some policy interventions particularly public awareness raising might be worthwhile to conduct together.

We support the key roles of WHO to facilitate and support Member States, particularly in sharing evidence, capacity building and technical support, and developing guidelines to increase awareness and multi-sectoral collaboration. WHO should also play active roles in helping many countries, who face the situation of inadequate evidence and information on health impacts associated air pollution. Also, sharing of lessons learns and model development will be useful for further implementation to reduce air pollution and improve health outcomes.

Thank you, Chair.

Agenda ๑๕.๑ Antimicrobial Resistance (AMR)

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. เกสัชกรหญิงนิธิมา สุ่มประดิษฐ์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
๒. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ชาญวิทย์ ตริ์พุทธรัตน์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
๓. แพทย์หญิงอรธยา ลิ้มวัฒนายิ่งยง กรมควบคุมโรค

สาระสำคัญของวาระ

- ปัญหาเชื้อดื้อยาที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและก่อให้เกิดอัตราการป่วยตายสูงขึ้น มีผลกระทบต่อด้านสุขภาพต่อมนุษย์ รวมถึงทำให้ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น ในขณะที่ในปัจจุบันแทบไม่มีการวิจัยพัฒนายาปฏิชีวนะชนิดใหม่มาใช้รักษาเชื้อดื้อยาเลย
- สาเหตุสำคัญของปัญหาเกิดจากการใช้ยาปฏิชีวนะไม่เหมาะสมและเกินความจำเป็นทั้งในภาคสุขภาพและในภาคเกษตรกรรม ทั้งในพืชและสัตว์เศรษฐกิจ ทำให้มีการปนเปื้อนของยาปฏิชีวนะและเชื้อดื้อยาในห่วงโซ่อาหารและในสิ่งแวดล้อม
- การประชุมสมัชชาอนามัยโลกหลายครั้งได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหานี้ เช่น WHA๓๙.๗, WHA ๔๗.๓, WHA๖๖.๒ ให้ความสำคัญกับ rational use of medicine
- การประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๗ รับรองข้อมติ WHA๖๗.๒๕ ให้พัฒนา Global Action Plan to combat AMR โดยกระบวนการพัฒนาแผนนี้ เกิดจากความร่วมมือภายในองค์การอนามัยโลกในทุกระดับ จากทุกแผนงานที่เกี่ยวข้องผ่านกลไก WHO Global Task Force รวมทั้งสร้างความเข้มแข็งในการประสานงานระหว่าง ๓ ฝ่าย ได้แก่ FAO (Food and Agricultural Organization), OIE (World Organization for Animal Health), WHO
- การประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๘ มีวัตถุประสงค์เพื่อ
 ๑. รับรอง Global Action Plan on AMR ที่ครอบคลุมการแก้ไขปัญหาในทุกภาคส่วน ทั้งภาคสุขภาพ ภาคเกษตรกรรมและภาคส่วนอื่นๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน
 ๒. รับรองร่างข้อมติ A๖๘/A/CONF./๑Rev.๑ ซึ่งมีสาระสำคัญคือให้รับรอง GAP on AMR และให้ประเทศต่าง ๆ นำไปดำเนินการต่อและมีการรายงานผลในระยะเวลาที่เหมาะสม (ประเทศไทยเป็น co sponsor ร่วมกับประเทศต่างๆ ไม่น้อยกว่า ๖๐ ประเทศ

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

แม้ว่าจะตระหนักถึงข้อจำกัดหรือความไม่สมบูรณ์ของ GAP-AMR แต่ประเทศต่างๆ ล้วนสนับสนุนให้รับรอง GAP-AMR เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานเรื่องนี้ไปได้ เนื่องจากเป็นเป้าหมายสำคัญเร่งด่วนที่ทุกฝ่ายตระหนักร่วมกัน

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยนำเสนอในนามของ SEAR Regional One Voice โดยให้การรับรอง GAP-AMR แต่ได้ตั้งข้อสังเกตต่อ GAP-AMR ใน ๓ ประเด็นหลัก ได้แก่

๑. ควรมีความชัดเจนถึงปริมาณและแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในสัตว์และ crop plant ที่ถูกต้องและมีข้อมูลทางวิชาการสนับสนุนที่เพียงพอ โดยเฉพาะจะต้องมีการประเมินความเสี่ยงด้วย
๒. การส่งเสริมการให้วัคซีนในสัตว์ควรมีการพิจารณาอย่างรอบด้าน และมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่หนักแน่น ก่อนที่จะนำไปใช้ในวงกว้าง รวมทั้งต้องดำเนินการร่วมกับมาตรการอื่นๆ เช่น การดูแลสุขอนามัยของสัตว์ เลี้ยง ความปลอดภัยทางชีวภาพ เป็นต้น
๓. ขอให้สร้างความเข้มแข็งในการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง เช่น การมีการวัดการบริโภคยาปฏิชีวนะในมนุษย์ เป็นต้น

ทั้งนี้ขอให้ฝ่ายเลขานุการบันทึกข้อสังเกตและนำไปเป็นข้อมูลประกอบการแปลงสู่การปฏิบัติต่อไป

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

- รับรอง GAP-AMR และรับรองร่างข้อมติ A๖๘/A/CONF./๑Rev.๑
- ขอให้ประเทศสมาชิกดำเนินการตาม GAP-AMR ให้สอดคล้องกับบริบทของประเทศ และพัฒนา National Action Plan on AMR ให้เสร็จภายใน ๒ ปี
- ขอให้ WHO พัฒนาระบบการประสานงานในสำนักงานใหญ่ สำนักงานระดับภูมิภาค และในระดับประเทศ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดำเนินการ สนับสนุนการดำเนินการของประเทศสมาชิก และขับเคลื่อน AMR เข้าเป็นวาระของ UN General Assembly และรายงานผลการดำเนินการใน WHA๖๕, WHA๖๖, WHA๖๗ และ WHA๖๘

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

- ประเทศไทยมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาแผนระดับชาติเพื่อแก้ไขปัญหาอย่างจริงจังให้สอดคล้องกับทิศทางสากล
- คณะกรรมการประสานและบูรณาการงานการต่อต้านจุลชีพ ดำเนินการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขในการจัดทำ National Action Plan on AMR
- กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายใต้สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เช่น สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ และสำนักตรวจและประเมินผล ประสานและดำเนินงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ภายใต้กระทรวงสาธารณสุขและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข เพื่อปรับการดำเนินงานให้สอดคล้องกับ GAP-AMR และสอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทของประเทศ
- เชื่อมโยงการดำเนินงานกับ GH forums อื่น รวมถึงข้อตกลงอื่นที่เคยดำเนินการมา เช่น Jaipur Declaration, Global Health Security Agenda

Intervention on agenda ๑๕.๑ Antimicrobial resistance (AMR)

Read by รศ. นพ. ชาญวิทย์ ตรีพุทธรัตน์ (๒๒/๐๕/๒๐๑๕)

Thank you, Chair.

Thailand is speaking on behalf of the ๑๑ member states of the South East Asia Region. We appreciate WHO Secretariat hard work on the summary report on progress made in the implementation of resolution WHA๖๗.๒๕ on antimicrobial resistance (document A๖๘/๑๙) and the draft global action plan (GAP) on antimicrobial resistance (document A๖๘/๒๐). We also acknowledge the work of a group of member states contribute to drafting a resolution on GAP on AMR (document A๖๘/A/CONF./๑).

AMR has been recognized as a major public health issue by SEAR Member States. In ๒๐๑๑, Health Ministers from all ๑๑ Member States had committed to the Jaipur Declaration to prevention and containment of AMR. Regional Strategy on AMR ๒๐๑๐-๒๐๑๕ was developed to provide a framework to implement actions enunciated from the Jaipur Declaration. AMR was one of the Flagship Priority Areas by the Regional Director of WHO SEARO.

Chair,

We have a few observations to the GAP implementation.

First, the GAP should have clear statements on the use of antimicrobials in animals and crop plants. It must ban by rapidly phasing out the use as growth promoters and stringent use for prophylaxis purpose on dosage and duration. The GAP should terminate the use of antimicrobials as crop protection in the absence of risk analysis. However, the text in the GAP, for the Member State action under Objective ၄, is unclear on the use in animals and plants.

Second, on Member State action under Objective ၈, the GAP text says, to "Promote vaccination as a method of reducing infections in food animals." The use of vaccination in food animals is a complex issue, where introduction and implementation must be guided by evidence such as vaccine efficacy and extent of sub-clinical infection among vaccinated animals. It is critical to assess if vaccine antigens are relevant to the circulating pathogens. Hence, promoting vaccination must be guided by hard evidence. Otherwise, we create more rather than solving problems.

Further, there is some imbalance that three out of four paragraphs on actions by secretariat under Objective ၈, focus on vaccines in animals. This is bias in favour of introducing vaccine in animals, whereas actions on infection control in clinical settings, improved husbandry hygiene and farm biosecurity are equally important and there are no controversies as compared with vaccines. Balanced actions are required.

Third, on Objective ၉: Strengthen the knowledge and evidence base through surveillance and research, actions by member states are focusing on development of national surveillance system for antimicrobial resistance. Efforts should be given to monitor the consumption of antimicrobials in human, as measured by Defined Daily Dose per ၁၀၀၀ population per day, and consumption of antimicrobial in human and animals send the powerful political message. This can be done either at national scale, sub-national or in sentinel sites for resource limited settings.

On behalf of ၁၁ member states of South East Asia, Thailand requests WHO secretariat takes into account all these observations into GAP implementation and that the biennial report should reflect these observations

In conclusion, chair,

To foster the global commitments as well as the SEA Regional commitment on AMR despite limitation of the GAP, Thailand, on behalf of all ၁၁ SEA Member States, supports and urges all Member States to adopt theGAP, in order to guide Member States, other partners and WHO to combat AMR, which is our common global health goal.

Thank you, Chair

Agenda ๑๕.๒ Poliomyelitis

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. แพทย์หญิงรพีพรรณ เดชพิชัย กรมควบคุมโรค
๒. รองศาสตราจารย์นายแพทย์ชาญวิทย์ ตรีพุทธรัตน์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
๓. แพทย์หญิงอรรธยา ลีมีวัฒนายังยง กรมควบคุมโรค

สาระสำคัญของวาระ

- การประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ ๖๕ รับรอง resolution ๖๕.๕ ให้ Polio eradication เป็น Global public health emergency โดยเรียกร้องให้ผู้อำนวยความสะดวกการอนามัยโลกและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดทำ “Comprehensive polio eradication and endgame strategy to the end of ๒๐๑๘”
- องค์การอนามัยโลกได้จัดทำ Polio endgame strategic plan ๒๐๑๓ – ๒๐๑๘ ซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ ดังนี้
 - (๑) การตรวจจับโปลิโอและตัดวงจรการแพร่เชื้อ ซึ่งปัจจุบันมีการแพร่เชื้อใน ๓ ประเทศคือ สาธารณรัฐอิสลามปากีสถาน สหพันธ์สาธารณรัฐไนจีเรีย และ ประเทศอัฟกานิสถาน
 - (๒) การสร้างความเข้มแข็งให้กับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและให้มีการกำหนดเกณฑ์ในการ withdraw type ๒ oral polio vaccine ให้ได้ทั่วโลกภายในปี ๒๐๑๖ โดย (๒.๑) จัดให้มี IPV อย่างน้อย ๑ โด๊สใน Routine immunization ภายในปี ๒๐๑๕ (๒.๒) เปลี่ยนจากการใช้ t-OPV เป็น b-OPV ภายในกลางปี ๒๐๑๖ (๒.๓) มีแนวทางในการเฝ้าระวังและตอบสนองต่อ wild poliovirus type ๒ รวมทั้งมี stockpile ของ monovalent OPV๒ (๒.๔) มีการจัดการและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจาก residual type ๒ materials ที่เหมาะสม (๒.๕) มีการตรวจสอบยืนยันการกวาดล้าง poliovirus type ๒ จากทั่วโลก
 - (๓) การจำกัดเชื้อและการรับรองคุณภาพห้องปฏิบัติการ
 - (๔) การจัดทำระเบียบปฏิบัติทางกฎหมาย เพื่อให้มั่นใจว่า ความรู้และทรัพย์สินต่างๆ ที่ The global polio initiative สร้างและเก็บไว้จะนำไปใช้เพื่อประโยชน์สาธารณะ
- ปีนี้เป็นกรรณการรายงานความก้าวหน้าการกวาดล้างโปลิโอในด้านต่างๆ และให้มีการรับรองร่างมติที่เสนอโดยฝ่ายเลขานุการกรกิจ WHA ๖๘/๒๑ Add๑ โดยมีประเด็นสำคัญดังนี้
 - (๑) ขอให้ประเทศต่างๆ ขับเคลื่อนการดำเนินการตาม Polio Eradication and Endgame Strategic plan ๒๐๑๓-๒๐๑๘
 - (๒) ให้ประเทศต่างๆ ดำเนินการเน้นตามวัตถุประสงค์ข้อ ๒ เพื่อกวาดล้างไวรัสโปลิโอชนิดที่ ๒ โดยการนำวัคซีน IPV มาใช้ในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศภายในปี ๒๐๑๕ และ การปรับเปลี่ยนวัคซีน t-OPV เป็น b-OPV ในปี ๒๐๑๖

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- ประเทศต่างๆ และองค์กรระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้อง เช่น GAVI (The Vaccine Alliance) ให้การสนับสนุนการดำเนินงานตาม Polio Eradication and Endgame Strategic Plan ๒๐๑๓-๒๐๑๘ (PEEP) และร่างข้อมติ WHA ๖๘/๒๑ Add๑
- สาธารณรัฐอินโดนีเซียเสนอขอแก้ไขร่างข้อมติ โดยขอให้ตัดกรอบเวลาในการดำเนินการทั้งหมด เนื่องจากเป็นกรอบเวลาที่ไม่สามารถดำเนินการได้ในทางปฏิบัติ

- อย่างไรก็ตาม ในที่สุดหลังจากมีการหารือไม่เป็นทางการระหว่างสาธารณรัฐอินโดนีเซียและองค์การอนามัยโลกแล้ว สาธารณรัฐอินโดนีเซียขอถอนการแก้ไขร่างข้อมติตามที่เคยเสนอไว้ และแสดงการสนับสนุนทิศทางการกวาดล้างโปลิโอตาม PEEP แม้ว่าสาธารณรัฐอินโดนีเซียจะไม่สามารถดำเนินการตามร่างข้อมติได้ เนื่องจากมีข้อจำกัดบางประการตามบริบทของประเทศ โดยเฉพาะเรื่องของการกำหนดระยะเวลาในการดำเนินการ (A๖๘/๒๑ Add.๑ ในข้อ ๒, ๓ และ ๔)

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

- ประเทศไทยชื่นชมการทำงานขององค์การอนามัยโลก และ Independent Monitoring Board ในความตั้งใจและความพยายามในการขับเคลื่อนการกวาดล้างโปลิโอมาโดยตลอด
- ประเทศไทยแสดงความกังวลเรื่อง bivalent-OPV และ IPV มีจำนวนไม่เพียงพอสำหรับทั่วโลกหรือมีราคาที่ไม่สามารถเข้าถึงได้ และจะเป็นอุปสรรคต่อดำเนินการตาม Polio endgame strategic plan ๒๐๑๓ – ๒๐๑๘ เนื่องจากมีผู้ผลิตจำกัดและ yield ในการผลิตไม่สูง รวมถึงมี lead time ในการผลิตและขยายกำลังการผลิตนาน
- ขอให้องค์การอนามัยโลกเร่งรัดการประสานงานเพื่อให้เกิดการถ่ายทอดเทคโนโลยีในการผลิต IPV (Inactivated Polio vaccine) ให้กับประเทศที่กำลังพัฒนาที่มีศักยภาพทางด้านการผลิตวัคซีนเพื่อสามารถขยายกำลังการผลิตวัคซีนของโลกในภาพรวมและรองรับความต้องการใช้ให้เพียงพอ
- ประเทศไทยรับรองร่างข้อมติ A๖๘/๒๑ Add.๑

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

- ที่ประชุมรับทราบความก้าวหน้าการดำเนินงานและรับรองร่างข้อมติ A๖๘/๒๑ Add.๑ proposed by secretariat
- มีเพียงสาธารณรัฐอินโดนีเซียที่เห็นชอบในแนวทางกวาดล้างโปลิโอระดับโลก แต่ไม่สามารถดำเนินการตามกรอบเวลาที่กำหนดได้เนื่องจากข้อจำกัดบางประการในบริบทของประเทศ

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

การทำงานในระดับประเทศ

- กรมควบคุมโรคโดย National Immunization Program เป็นเจ้าภาพหลักในการหารือและจัดทำแผนระดับประเทศ และขับเคลื่อนให้เกิดการปฏิบัติร่วมกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขโดยใช้กลไกต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อน เช่น ระบบกลไกการนำวัคซีนใหม่เข้าสู่แผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ คณะกรรมการกวาดล้างโปลิโอ เป็นต้น ทั้งนี้ การกวาดล้างโปลิโอควรเป็นโอกาสในการส่งเสริมความเข้มแข็งของแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและระบบสุขภาพในระยะยาวด้วย
- วางแผนในการนำวัคซีน IPV เข้ามาใช้ในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค รวมทั้งการเปลี่ยนผ่านวัคซีน t-OPV และ b-OPV ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- ส่งเสริมการพัฒนาวัคซีนในประเทศเพื่อความมั่นคงของประเทศในระยะยาว ตามนโยบายและแผนยุทธศาสตร์วัคซีนแห่งชาติ

การทำงานในระดับนานาชาติ

- ติดตามสถานการณ์การระบาดของโปลิโอในระดับนานาชาติ (โดยเฉพาะในสาธารณรัฐอิสลามปากีสถาน สหพันธ์สาธารณรัฐไนจีเรียและสหพันธ์สาธารณรัฐประชาธิปไตยเนปาล) แผนการผลิตและกำลังการผลิตวัคซีน รวมทั้งแผนการเปลี่ยนผ่านวัคซีนจาก t-OPV เป็น b-OPV ที่ ADG ให้ข้อมูลในเบื้องต้นว่าแต่ละภูมิภาคจะจัด consultation meeting ในเดือนมิถุนายน ๒๐๑๕ เพื่อรับฟังความเห็นจากประเทศต่างๆ ต่อแผนการเปลี่ยนผ่านวัคซีน ก่อนที่จะเริ่มดำเนินการจริงประมาณเดือนเมษายน ๒๐๑๖ โดยพร้อมเพรียงกันทั่วโลก ซึ่งประเทศไทยจะต้องวิเคราะห์แผนขององค์การอนามัยโลกอย่างถี่ถ้วน ถึงความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ โดยเฉพาะประเด็น Programmatic feasibility, logistic management และการทำลายวัคซีน t-OPV
- ควรผลักดันให้บุคลากรกรมควบคุมโรคมีส่วนร่วมเป็นคณะกรรมการ/คณะทำงานในระดับนานาชาติซึ่งจะเป็นช่องทางในการสะท้อนปัญหาให้กับองค์การอนามัยโลกและรับรู้ข้อมูลเชิงลึกที่สำคัญ

Intervention on agenda ๑๕.๒ Poliomyelitis

Read by Delivered by Dr. Rapeepan Dejpichai (๒๑/May/๒๐๑๕)

Thank you, Chair,

Thai delegations commend the comprehensive reports by the secretariat and the Independent Monitoring Board. Their high commitment and useful guidance supporting the global polio eradication is highly appreciated.

We congratulate all Member States in achieving another year of polio-free status. We also appreciate those endemic countries in their perseverance to stop polio circulation. We hope all partners will continue their accountability and commitment to achieve polio eradication target.

Having reviewed the report and draft resolution in A/๖๘/๒๑ Add ๑, we have a few concerns. We are deeply concerned on the limited global supply of IPV and b-OPV and the affordability of the vaccines by the developing countries. The existing IPV production capacity, concentrated in a few manufacturers, is ๓๕ million doses in ๒๐๑๔-๒๐๑๕, while the total demand ranges between ๓๒๐-๔๐๐ million doses, depending on the application of Multi-Dose Vial Policy(MDVP) for ๒๐๑๕-๒๐๑๘.

The constrained supply situation throughout ๒๐๑๕ will generate a supply gap based on planned introductions timelines, but it can be mitigated by delays introductions in lower risk countries, to ensure introductions in all countries by end of ๒๐๑๕

Not only the low production yield, a long lead time between three to five years to scale up production capacity is required. More manufacturers to compete in the market requires a longer lead time to be approved as WHO prequalified. In such context, it is very likely to have a global protracted shortage of IPV, even the application of MDVP. This is our serious concern.

In Economic theory, limited supplies with constant high demands result in high price, this is a plain truth that all Member States must be aware of Concerted efforts to increase global supplies of IPV is the solution; it is a legitimate responsibility by WHO. Manufacturing IPV requires high technology and skills, for which Technology Transfer is important to drive this global agenda.

In conclusion,

Thailand continues its commitment to the global Polio eradication. We adopt the resolution.

Thank you, Chair

Agenda ๑๕.๓ Implementation of the International Health Regulation (๒๐๐๕)

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นายแพทย์ยงเจือ เหล่าศิริถาวร กรมควบคุมโรค
๒. เกสัชกรหญิงนิธิมา สุ่มประดิษฐ์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
๓. แพทย์หญิงอรรธยา ลิ้มวัฒนาียงยง กรมควบคุมโรค

สาระสำคัญของวาระ

- ภาวนามัยระหว่างประเทศ (IHR ๒๐๐๕) มีสถานะเป็นกฎหมายระหว่างประเทศและเป็นเครื่องมือป้องกันและควบคุมภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern: PHEIC) และผ่านการรับรองจากสมาชิกทุกประเทศเมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๔๘
- ประเทศไทย โดยมติดคณะรัฐมนตรี เห็นชอบให้ปฏิบัติตาม IHR๒๐๐๕ ตั้งแต่วันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๕๐ โดยมีกำหนดระยะเวลาการดำเนินงานเพื่อพัฒนาให้ได้ตามสมรรถนะหลักของ IHR๒๐๐๕ เป็นเวลา ๕ ปี (๑๕ มิถุนายน ๒๕๕๐ – ๑๕ มิถุนายน ๒๕๕๕)
- องค์การอนามัยโลกจัดให้มีการประเมินตนเองและเปิดโอกาสให้มีการขยายเวลาในการพัฒนาให้ผ่านเกณฑ์ตามสมรรถนะหลัก ๒ ครั้ง ได้แก่ (๑) ครั้งที่ ๑ (๒๕๕๕) ประเทศไทยไม่ผ่านการประเมิน (Chemical และ Radiation hazard) และได้ยื่นขอขยายเวลา ๒ ปี พร้อมแผนดำเนินงาน โดยมี ๑๒๓ ประเทศไม่ผ่านการประเมิน (๒) ครั้งที่ ๒ (๒๕๕๗) ประเทศไทยผ่านการประเมินและไม่ขอขยายเวลาแล้วร่วมกับอีก ๔๑ ประเทศ
- ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๗ มีการปรับแก้ไขสาระใน IHR ตามข้อเสนอแนะล่าสุดของ SAGE on Immunization ประเด็นการให้วัคซีนไข้เหลืองในภาคผนวก ๗ เปลี่ยนจาก “a period of ๑๐ years” เป็น “the life of the person vaccinated”
- การประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก ครั้งที่ ๑๓๖ ให้การรับรอง EB๓๖ R๖ and EB๓๖.R๕ และในการประชุม WHA๖๘ มีวัตถุประสงค์สำคัญดังนี้
 ๑. รายงานให้ที่ประชุมทราบและเชื่อมโยงความสำคัญของ IHR กับ PHEIC ในโอกาสต่างๆ ที่ผ่านมา โดยเฉพาะอีโบล่า

๒. พิจารณาร่างข้อมติ EB๑๓๖ R๖ and EB๑๓๖.R๕

- The recommendations of the review committee on second extensions for establishing national public health capacities and on IHR implementation
- Yellow fever risk mapping and recommended vaccination for travellers

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- ประเทศส่วนใหญ่เห็นชอบทั้งในประเด็น Yellow fever และการดำเนินงานตาม Recommendations of the Review Committee
- ส่วนใหญ่เน้นย้ำความสำคัญของ IHR ที่เป็นเครื่องมือในการตอบสนองต่อโรคระบาดและ PHEIC รวมทั้งการเชื่อมโยงเข้าสู่ระบบสุขภาพ
- ขอให้องค์การอนามัยโลกสนับสนุนประเทศสมาชิกในด้านวิชาการและการพัฒนาบุคลากรเพื่อให้ผ่านตามสมรรถนะหลักและประเด็นที่ต้องเร่งรัดพัฒนาเป็นลำดับต้น คือ ระบบเฝ้าระวัง และการพัฒนากำลังคน
- ประเด็นการมีภาระประเมิน IHR Core Capacity จากภายนอกยังไม่มีชัดเจนเรื่องแนวทางและผลที่คาดหวังจากการประเมิน มีหลายประเทศที่ไม่สนับสนุนการประเมินจากภายนอก แม้ว่าการประเมินตนเองจะไม่เพียงพอที่จะสะท้อนปัญหาที่แท้จริงที่จะนำไปสู่การพัฒนา
- Political Commitment เป็นปัจจัยสำคัญของการขับเคลื่อนเรื่องนี้ให้สำเร็จ

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

- ประเทศไทยรับรองร่างมติ EB๑๓๖ R๖ and EB๑๓๖.R๕ (The recommendations of the review committee on second extensions for establishing national public health capacities and on IHR implementation, Yellow fever risk mapping and recommended vaccination for travellers)
- ประเทศไทยสนับสนุนและเสนอแนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม recommendations ในประเด็นสำคัญ ต่อไปนี้
 - การพัฒนาศักยภาพด้านห้องปฏิบัติการและความร่วมมือระหว่างภาคส่วนด้านสัตว์และภาคสุขภาพในการทำงานร่วมกัน
 - เน้นย้ำความสำคัญของ multi sectoral collaboration
 - สนับสนุนการประเมิน IHR core capacities ที่จะสะท้อนศักยภาพและประเด็นท้าทายที่แท้จริงเพื่อการพัฒนาให้ประสบผลสำเร็จ เช่น การประเมินในรูปแบบ joint assessments, voluntary independent evaluations, peer reviews และนำสู่ certifications ในที่สุด
 - ขอให้สนับสนุนการพัฒนากำลังคนทุกระดับ ทุกสาขาวิชาชีพ ทั้งในภาครัฐและเอกชน ภาคสุขภาพและนอกภาคสุขภาพ เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม IHR ให้สำเร็จ

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับทราบความก้าวหน้าการดำเนินงานตาม IHR รวมถึงการใช้ IHR ในกรณีที่มี PHEICs และรับรองร่างมติ Yellow fever risk mapping and recommended vaccination for travellers [EB๑๓๖.R๕] และ The recommendations of the review committee on second extensions for establishing national public health capacities and on IHR implementation [EB๑๓๖.R๖]

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

การทำงานในระดับประเทศ (กรมควบคุมโรคในฐานะ National IHR focal center ร่วมกับหน่วยงานในภาคส่วนต่างๆ ทั้งในภาคสุขภาพและนอกภาคสุขภาพ เช่น สำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ การท่าอากาศยาน ภาคการศึกษา เป็นต้น)

- กรมควบคุมโรคในฐานะ IHR focal point ควรเร่งรัดในการสร้างความเข้มแข็งของ National IHR focal center ให้มีศักยภาพและมี Policy commitment ในระดับสูงอย่างต่อเนื่อง เพื่อสามารถประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและระหว่างกระทรวง เพื่อพัฒนาศักยภาพตามสมรรถนะหลักเตรียมความพร้อมสำหรับการประชุมในระดับภูมิภาคเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม recommendations of the review committee
- กรมควบคุมโรคควรปรับระบบการตรวจสอบการได้รับวัคซีน ณ Entry point และแนวทางการให้วัคซีนใช้เหลืองแก่ผู้ที่จะเดินทางไปยัง Yellow Fever Endemic areas ให้สอดคล้องตามข้อแก้ไขของ IHR และ new risk mapping on Yellow fever ภายในปี ๒๐๑๖ รวมถึงควรมีระบบเฝ้าระวังติดตามโรคไข้เหลืองต่อไป ภายหลังการแก้ไข

การทำงานในระดับนานาชาติ

- ติดตามความเคลื่อนไหวในระดับภูมิภาคเรื่องการเตรียมประชุมเพื่อขับเคลื่อนงานตาม recommendations of the review committee
- ติดตามความก้าวหน้าประเด็น Yellow fever risk mapping
- กรมควบคุมโรคควรแสวงหารูปแบบความร่วมมือกับประเทศต่างๆ เพื่อพัฒนาความเข้มแข็งของการดำเนินงานตาม IHR ซึ่งต้องมีการพัฒนาในระยะยาวและการดำเนินงานเพียงลำพังก็จะไม่ประสบผลสำเร็จ เช่น การสร้างเครือข่ายกับประเทศต่างๆ เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลและช่วยสนับสนุนประเทศต่างๆ ที่ยังไม่ผ่านการประเมิน เป็นต้น โดยทำงานผ่านเครือข่ายที่เป็นทั้ง formal และ informal network (ASEAN plus ๓ FETN, Mekong Basin Disease Surveillance)

Intervention on agenda ๑๕.๓ Implementation of International Health Regulation (๒๐๐๕)

Read by Dr. Yongjua Laosirithaworn

Chair, My delegations align ourselves with statement made by Myanmar on behalf of South East Asia Region.

By November ๒๐๑๔, ๖๔ member states (๓๓%) had completed the core capacity standards as required by IHR; ๘๑ (๔๒%) have not completed the capacity requirement and requested for the ๒nd extension, while ๔๘ member states (๒๕%) did not communicate with WHO on their status. Based on the findings, the Review committee had proposed ๑๐ recommendations; relevant to State Parties achieving different status, other partners and WHO.

We underscore the importance of laboratory in recommendation ၃. It is essential to strengthen the collaboration between animal and human laboratories, through real time data sharing, on a transparency and accountable manner. As Emerging Infectious Disease outbreaks are commonly zoonotic diseases. The multi-sectoral approach is important to bring all constituencies together: the animal, environment and human health, as well as the whole of government in the efforts of effective implementation of IHR.

In paragraph ၈၃ of the report by the Review Committee, the State Parties currently report progress through self-assessment using WHO collection instruments and tools. My delegation agrees with the Review Committee's comments on the disadvantages of self-assessment which may not be valid and positive bias. Some member states may provide a favourable assessment contradicting to the reality on ground. In this context, my delegation fully supports the recommendation that in the future, the self assessment should be finally replaced by such as joint assessments, voluntary independent evaluations, peer reviews and finally certifications. This was reflected by Recommendation ၈.

We further underline the importance of human resource, not only for surveillance such as field epidemiologists, but scientists in both human and animal laboratories, Information Technology specialists in harmonizing national information system for real time policy decision are equally important. The internal migration of well-trained personnel to private sector is another challenge. Front line workers at primary health care level are critical for containment of outbreaks, enforcing necessary quarantine measure, communication with the public, contact tracing and coordination with district and national laboratories.

Challenges remain, In the future by June ၂၀၁၉, still a good number of Member State will remain unable to meet the minimum standard of core competencies of IHR? This group of countries requires special efforts by WHO, partners and Member State having met the standards of IHR, as suggested in Recommendation ၉.

Thailand had met the standard IHR requirement, does not request for second extension, we continue our commitment to sustain and strengthen IHR capacities and welcome joint assessment by internal and external experts to improve transparency and validity of IHR assessments.

In conclusion,

My delegation fully concurs with South East Asia Regional One Voice, to adopt the resolutions EB၁၈၆ R၁ and EB၁၈၆ R၉

Agenda ๑๕.๔ WHO Response in Severe, Large-Scale Emergencies

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. แพทย์หญิงรพีพรรณ เดชพิชัย กรมควบคุมโรค
๒. เกสัชกรหญิงนิธิมา สุ่มประดิษฐ์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
๓. แพทย์หญิงอรรธยา ลิ้มวัฒนาียงยง กรมควบคุมโรค

สาระสำคัญของวาระ

- การประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๕ รับรอง ข้อมติ WHA๖๕๒๐ WHO's response, and role as the health cluster lead, in meeting the growing demands of health in humanitarian emergencies ซึ่งมีสาระสำคัญ คือ (๑) ให้ประเทศสมาชิกมีการเตรียมความพร้อมสำหรับรองรับ humanitarian emergencies และ (๒) ให้องค์การอนามัยโลกปรับโครงสร้างการทำงานภายในเพื่อรองรับบทบาทภารกิจในการเป็น Health cluster lead in humanitarian emergencies และจัดทำ Emergency Response Framework เพื่อเป็นกรอบการขับเคลื่อนการดำเนินงานต่อไปและบูรณาการงานที่เกี่ยวข้องด้านต่างๆ ร่วมกัน
- การประชุมสมัชชาอนามัยโลกในครั้งนี้ ได้กล่าวถึงบทบาทขององค์การอนามัยโลกในฐานะ Health cluster lead ในเหตุการณ์ large scale emergencies ที่สำคัญทั่วโลก (โรคติดเชื้อ สาธารณภัยทางธรรมชาติ และความขัดแย้งต่างๆ ในพื้นที่ต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ) ให้ประเทศสมาชิกและองค์กรที่เกี่ยวข้องได้รับทราบและให้ข้อเสนอแนะต่อรายงานขององค์การอนามัยโลก (A๖๘/๒)
- วาระนี้ เชื่อมโยงสอดคล้องกับ International Health Regulation และ Ebola ซึ่งประเด็นข้อตัดสินใจสำคัญ ได้บรรจุอยู่ในวาระ Ebola

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- ประเทศสมาชิกอื่นๆ รับทราบการดำเนินงานขององค์การอนามัยโลก และสนับสนุนองค์การอนามัยโลกให้มีบทบาทเป็น Health cluster lead in humanitarian emergencies และเป็นแกนกลางเชื่อมโยงการดำเนินงานกับหน่วยงานและกลไกระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้อง
- องค์การอนามัยโลกควรมีการพัฒนาศักยภาพของตนเองในด้านต่างๆ เพื่อรับภารกิจนี้ และควรมีการจัดโครงสร้างในการทำงานให้เหมาะสมรองรับการดำเนินงาน รวมทั้งงบประมาณและกลไกการใช้งบประมาณที่มีประสิทธิภาพด้วย รวมทั้งเน้นความสำคัญของ preparedness มากกว่าการตอบสนอง/ช่วยเหลือภายหลังเกิดเหตุการณ์

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

- ประเทศไทยสนับสนุนองค์การอนามัยโลกในการดำเนินการด้าน Humanitarian Emergencies ในวาระ WHO Response to Severe, Large Scale Emergencies และเสนอประเด็นที่ต้องการให้องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญ ได้แก่
 - ๑) การทำงานร่วมกันกับองค์กรต่างๆ ในระดับนานาชาติ โดยองค์การอนามัยโลกเป็นแกนประสานด้านสุขภาพและเชื่อมโยงกับกลไกอื่นๆ ให้สอดคล้องเป็นหนึ่งเดียว โดยเฉพาะการบูรณาการกับกลไกขององค์การสหประชาชาติ

- ๒) การช่วยเหลือสนับสนุนประเทศที่ได้รับผลกระทบจาก Humanitarian Emergencies ควรอยู่บนพื้นฐานของการให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมกับความต้องการของประเทศที่ได้รับผลกระทบ (Country Driven) มากกว่าการให้ความช่วยเหลือตามความสนใจของ Donors
- ๓) ขอให้องค์การอนามัยโลกสนับสนุนทางวิชาการได้แก่ การประเมินความเสี่ยง การซ้อมแผน การเตรียมการ และการจัดการสาธารณสุข และการพัฒนาบุคลากร เพื่อให้การดำเนินการวางแผนป้องกันและตอบสนองของประเทศต่างๆ เป็นไปด้วยความพร้อมและมีประสิทธิภาพ
- ประเทศไทยชื่นชมและขอบคุณประเทศและองค์กร/หน่วยงานต่างๆ ที่ร่วมช่วยเหลือประเทศที่ได้รับผลกระทบ และหวังว่าทุกประเทศจะร่วมมือกันให้ความช่วยเหลือเนปาลให้สามารถฟื้นตัวในระยะกลางและระยะยาวได้

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ประเทศสมาชิกรับทราบรายงานการดำเนินงาน ตามเอกสาร WHA๖๘/๒

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

การทำงานในระดับประเทศ

การดำเนินงานเตรียมความพร้อมและตอบโต้ Humanitarian Emergencies จำเป็นต้องทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานในภาคสุขภาพและนอกภาคสุขภาพได้แก่ สำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักโรคติดต่อทั่วไป (กลุ่มปฏิบัติการเตรียมพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ) สำนักระบาดวิทยา สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย สภากาชาดไทย กองทัพไทย เป็นต้น ทั้งนี้ มีประเด็นสำคัญ ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานดังนี้

- ๑) มีแผนการดำเนินงานในระดับชาติที่เกิดจากความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ยกเว้นความสำคัญของแผนเป็นงานในระดับประเทศ ไม่จำกัดอยู่เฉพาะในภาคสุขภาพเท่านั้น มีหน่วยงานเจ้าภาพรับผิดชอบเป็นผู้จัดการในแต่ละด้านที่สำคัญและมีกลไกการตัดสินใจ/ติดตามกำกับระดับนโยบาย มีงบประมาณรองรับที่เพียงพอ
- ๒) มีการแบ่งบทบาทและประสานการดำเนินงานที่ชัดเจน
- ๓) นำแนวทางในระดับโลกและบทเรียนการดำเนินงานในประเทศต่างๆ หรือในเหตุการณ์ต่างๆ มาใช้ในการพัฒนาการดำเนินงานในประเทศ

๔) เชื่อมโยงการทำงานกับการพัฒนาด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น IHR๒๐๐๕ พรบ. โรคติดต่อฉบับใหม่ การป้องกันควบคุมโรคชายแดน/ทวิภาคี กรมอุตุฯ กรมวิทย์ การพัฒนากำลังคนด้านระบาดวิทยา เป็นต้น

การทำงานในระดับนานาชาติ

- ติดตามความเคลื่อนไหวในระดับนานาชาติ ที่สำคัญ เช่น การพัฒนากำลังคนรองรับภาวะฉุกเฉิน การจัดตั้งกองทุนและการบริหารจัดการกองทุน เพื่อจะสามารถนำมาเชื่อมโยงต่อยอดการทำงานในประเทศไทย
- ส่งเสริม ขับเคลื่อน การทำงานร่วมกันกับนานาชาติประเทศ ในด้านการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง การแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสบการณ์ในการจัดการ Humanitarian Emergencies และการทำงานร่วมกันระหว่างประเทศที่สำคัญ เช่น Joint Outbreak Investigation Team

Intervention on agenda ୧୧.୧ WHO response to severe, large scale emergencies

Read by Dr. Rapeepan Dejpichai (୧୧/May/୨୦୧୫)

Thank you Chair,

My delegations align ourselves with the statement made by Nepal on behalf of South East Asia Region.

As massive earthquakes, their aftershocks and all the catastrophic consequences continue to devastate Nepal, not only the infrastructures including hospitals and health care facilities were destroyed, but Nepali's hearts are breaking; while the death tolls of the love ones are increasing.

Chair,

Amid of disaster, we express our gratitude to the world, all helpful hands and mercy hearts. WHO Country and Regional offices, member states in and outside the South East Asia Region and development partners have been working whole heartedly with local partners to facilitate rescue, rehabilitate and supports whatever they can.

Many world's shaking disasters and large scale outbreaks are warning us, we need to be very well-prepared. In this regard, this is a very timely agenda.

Having reviewed the report A/67/501, Thailand has a few observations.

First, Severe and large-scale emergency is beyond health boundary. There are a number of international organizations involved in humanitarian emergencies, while WHO is one of health cluster leading agencies. Therefore it is essential that the roles and line of responsibilities of WHO and all relevant partners at international level should be well-addressed. It shall be harmonized with the UN system.

Second, the assistance should be more on the demand-driven basis, rather than the current and conventional donor-driven approach. Better coordination and dialogue between the assistance providers and affected countries is crucial to ensure the effectiveness of assistance.

Third, the preparedness of humanitarian emergencies is very important and plays a key role in effectively response to catastrophic disaster. It includes better information system, facilitating knowledge sharing mechanism and disaster management mechanism. We request WHO to provide technical assistance to member states in particular risk assessment, disaster preparedness and management, drills and work force development.

At present, Nepal are passing the first difficult phase of large scale emergency. However the intermediate and long term recovery are more challenging. We will hold our hands together to be well-prepared for a safer world in this challenging context.

Thank you, chair

Agenda ๑๖.๑ ๒๐๑๔ Ebola Virus Disease Outbreak and Follow-up to the Special Session of the Executive Board on Ebola

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นายแพทย์ยงเจื้อ เหล่าศิริถาวร กรมควบคุมโรค
๒. แพทย์หญิงรพีพรรณ เดชพิชัย กรมควบคุมโรค
๓. แพทย์หญิงอรรธยา ลีมีวัฒนายังยง กรมควบคุมโรค

สาระสำคัญของวาระ

- นับตั้งแต่มีการระบาดของอีโบล่าในแอฟริกาตะวันตกการควบคุมการระบาดในช่วงแรกไม่สามารถควบคุมการแพร่ระบาดได้ เนื่องจากขาดการเตรียมความพร้อม ทำให้จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว
- เมื่อเวลาผ่านไป สถานการณ์ต่างๆ ไม่ดีขึ้นและมีแนวโน้มแย่ลง เนื่องจากระบบสาธารณสุขไม่สามารถตอบสนองต่อการควบคุมการระบาดได้อย่างทันที่และเหมาะสม ไม่มีการเตรียมความพร้อมสำหรับสถานการณ์ฉุกเฉิน ระบบโครงสร้างพื้นฐาน, ระบบเฝ้าระวังและการรักษาขาดความเข้มแข็ง บุคลากรทางการแพทย์ขาดความรู้และความเข้าใจโดยเฉพาะในการป้องกันควบคุมโรค และขาดแคลนทรัพยากรที่จำเป็น รวมถึงสังคมมีบริบททางวัฒนธรรมความเชื่อที่ทำให้การป้องกันควบคุมโรคทำได้ยากและเป็นข้อจำกัดของการเข้าถึงการรักษาและการขาดแคลนปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต
- องค์การอนามัยโลก (ในฐานะองค์กรหลักที่ดูแลด้านสุขภาพ) และองค์กรระหว่างประเทศต่างๆ ได้เข้าไปมีบทบาทเพื่อการควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้ออีโบล่าและสนับสนุนปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตที่จำเป็น โดยมีการระดมข้อความรู้ทางวิชาการ บุคลากร ทรัพยากรต่างๆ เข้าไปในพื้นที่เพื่อช่วยเหลือประชาชนที่อยู่ในประเทศที่มีการแพร่ระบาด
- ในขณะนี้ สถานการณ์ โดยรวมดีขึ้น อัตราการติดเชื้อลดลง อย่างไรก็ตามจากการดำเนินงานที่ผ่านมา มีบทเรียนสำคัญเกิดขึ้น ซึ่งทำทลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะองค์การอนามัยโลกและประเทศสมาชิกให้นำมาพัฒนาเพื่อเตรียมความพร้อมรับเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขต่อไปเช่น การทำงานระดับโลกยังต้องการกลไกการประสานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ให้ทำงานเชื่อมโยงเป็นหนึ่งเดียวกันมากขึ้น องค์การอนามัยโลกจะต้องปรับบทบาทมาเป็น health cluster lead และมีศักยภาพ รวมถึงมีทรัพยากรที่เพียงพอ ประเทศสมาชิกควรร่วมมือกันมากขึ้นและร่วมมือในการดำเนินงานอย่างเต็มที่ ประเทศที่มีการระบาดจะต้องมีการพัฒนาระบบการเตรียมความพร้อมและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขให้เข้มแข็งและมีความพร้อมมากขึ้น ภายใต้การสนับสนุนจากหน่วยงานหรือประเทศอื่นๆ เป็นต้น
- การประชุมครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์สำคัญที่จะร่วมตัดสินใจดังนี้
 - รับรอง Draft decision A๖๘/๕๑ Rev.๑ โดยมีประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องได้แก่
 - Interim assessment เป็นการทำงานในรายละเอียดต่อเนื่องจาก resolution EBSS๓R๑ เพื่อให้ข้อเสนอแนะในการปรับบทบาทขององค์การอนามัยโลกในการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินที่สำคัญได้อย่างมีประสิทธิภาพ
 - Global health emergency workforce
 - International Health Regulations ในการพัฒนาเป็นเครื่องมือทางสาธารณสุขโดยนำบทเรียนจากอีโบลามาร่วมพัฒนา
 - Contingency Fund

ทั้งนี้เพื่อนำบทเรียนจากการระบาดของอีโบลามาพัฒนาต่อยอดให้ประชาคมโลกมีความพร้อมต่อการรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขและข้อเสนอเพื่อการพัฒนาบทบาทขององค์การอนามัยโลกเพื่อทำหน้าที่ Health Cluster Lead in Humanitarian Emergencies ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- การตอบสนองต่อการระบาดของอีโบลาคือต้องการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนทั้งในระดับประเทศ ภูมิภาค และนานาชาติ ทั้งนี้ความร่วมมือควรครอบคลุมการดำเนินงานในด้านสาธารณสุขทั้งส่วนของการป้องกันควบคุมโรค การรักษาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การดำเนินงานสนับสนุนปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตและด้านการขนส่งที่เป็นปัญหาอุปสรรคสำคัญมากในช่วงที่มีเหตุวิกฤติ
- องค์การอนามัยโลกควรเป็นหน่วยงานหลักด้านสุขภาพที่เป็นผู้นำด้านนโยบายและวิชาการในการแก้ไขปัญหาและประสานกับภาคส่วนอื่นๆ เพื่อเชื่อมโยงการแก้ปัญหาในช่วงวิกฤติให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน รวมถึงการพัฒนาศักยภาพเพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินในระยะกลางและระยะยาวด้วย
- บทเรียนในครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่ายังมีประเด็นที่ต้องพัฒนาในหลายด้านเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพและระบบสนับสนุนสำหรับการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน โดยมีประเด็นสำคัญได้แก่

ในระดับนานาชาติ

- การพัฒนาบทบาทขององค์การอนามัยโลกให้เป็น Health Cluster Lead in Humanitarian Emergency และควรจะมีการปฏิรูปบทบาทและพัฒนาศักยภาพเพื่อรองรับบทบาทดังกล่าวโดยเฉพาะการพัฒนาโครงสร้างภายในที่จะรองรับบทบาทนี้และการบริหารงานและบุคลากรโดยให้สอดคล้องกับ WHO Emergency Response Framework
- การพัฒนาเครื่องมือทางสาธารณสุขที่สำคัญที่จะสร้างความเข้มแข็งในการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน โดยเฉพาะการพัฒนาสมรรถนะตามกฎหมายระหว่างประเทศ (International Health Regulations: IHR๒๐๐๕)

ในระดับประเทศ

- ควรมีนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพให้มีเข้มแข็งพร้อมต่อการเตรียมความพร้อมและตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งพัฒนาสมรรถนะให้เป็นไปตามกฎหมายระหว่างประเทศ
- หลายประเทศสนับสนุนการพัฒนาวัคซีนซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการป้องกันควบคุมโรค และเรียกร้องให้ประเทศสมาชิกและภาคส่วนอื่นๆ ร่วมมือกันพัฒนาวัคซีนและยาที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และมีราคาเข้าถึงได้ โดยมีความร่วมมืออย่างเหมาะสม มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่สำคัญ ทั้งด้านวิทยาศาสตร์พื้นฐานระบาดวิทยา และองค์ความรู้ทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคและการรักษา

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

- ประเทศไทยขอให้องค์การอนามัยโลกสนับสนุนการวิจัยที่สำคัญอย่างต่อเนื่อง เช่น การศึกษาระบาดวิทยาและธรรมชาติของโรค ช่องทางการติดต่อ โดยขอให้มีการศึกษาครอบคลุมทั้งด้านวิทยาศาสตร์และสังคมวัฒนธรรมด้วย ทั้งนี้ องค์ความรู้จากการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อไปในการป้องกันและแก้ไขปัญหาในอนาคต
- ประเทศไทยสนับสนุนหลักการของการมี Contingency Fund โดยขอให้มีการบริหารจัดการที่ดี โปร่งใส และมีประสิทธิภาพ

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับทราบ Outcome of the Drafting Group Abss Conf.๕ ๒๓ May ๒๐๑๕ ซึ่งมีข้อสรุปในประเด็นสำคัญดังนี้

- ขอให้ interim assessment panel ดำเนินการต่อตามบทบาทและส่งรายงานฉบับสุดท้ายแก่ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกก่อน ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๕๘
- ขอให้ review committee ประเมินประสิทธิภาพของการนำ IHR มาใช้ในกรณี Ebola Outbreak และให้ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา รวมถึงการมองหาวิธีประเมิน Core Capacity ที่เหมาะสม นอกเหนือจาก Self Assessment เช่น peer review, external evaluation ทั้งนี้ให้เริ่มบนพื้นฐานของความสมัครใจ
- ขอให้องค์การอนามัยโลกไปดำเนินการต่อเรื่อง Contingency Fund โดยเริ่มต้นที่ ๑๐๐ ล้านดอลลาร์สหรัฐ และให้ไปพัฒนากรอบการใช้กองทุนที่เหมาะสม ยืดหยุ่น โปร่งใส และมีประสิทธิภาพต่อไป รวมทั้งให้มารายงานผลการดำเนินงานในสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๗๐

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

การทำงานในระดับประเทศ (กรมควบคุมโรคในฐานะผู้จัดการ PHER program, EID national program ของกระทรวงสาธารณสุข (สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ สำนักโรคติดต่อทั่วไป สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ ถึง ๑๒) ร่วมกับ กรมการแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติและภาคส่วนอื่นๆ นอกภาคสุขภาพ เช่น กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย การท่าอากาศยาน ภาคการศึกษา เป็นต้น)

- กระทรวงสาธารณสุขภายใต้แผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อมป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ. ๒๕๕๖-๒๕๕๙) ได้มีการดำเนินการและเตรียมความพร้อมในการป้องกันควบคุมอีโบลามาตั้งแต่เริ่มมีการระบาดในทวีปแอฟริกา ทั้งนี้ ประเทศไทยถือว่ามีความประสบความสำเร็จในการเตรียมความพร้อมและตอบสนองต่อโรคระบาดที่สำคัญมาหลายครั้งแล้ว ตั้งแต่การระบาดของ Severe Acute Respiratory Syndrome, H๕N๑ and H๑N๑ pandemic ทั้งนี้มีการระดมความร่วมมือจากทุกภาคส่วน รวมถึงการสื่อสารความเสี่ยงและการสร้างความเข้าใจแก่ประชาชน
- นำข้อมติที่ผ่านการรับรองโดยสมัชชาอนามัยโลกมาปรับใช้ให้เหมาะกับบริบทของประเทศไทย
- ควรมีการถอดบทเรียนในการเตรียมความพร้อมในครั้งนี้ เพื่อนำมาใช้พัฒนาระบบการทำงานของประเทศไทยต่อไป รวมถึงการพัฒนา IHR core capacity

การทำงานในระดับนานาชาติ

- กระทรวงสาธารณสุขควรแสวงหารูปแบบความร่วมมือกับประเทศต่างๆ เพื่อพัฒนาความเข้มแข็งสำหรับการเตรียมความพร้อมเพื่อตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข รวมถึงการพัฒนาการดำเนินงานตาม IHR ซึ่งต้องมีการพัฒนาในระยะยาวและการดำเนินงานเพียงลำพังก็จะไม่ประสบผลสำเร็จ เช่น การสร้างเครือข่ายกับประเทศต่างๆ เป็นต้น โดยทำงานผ่านเครือข่ายที่เป็นทั้ง formal และ informal network
- ติดตามสถานการณ์การระบาดอย่างใกล้ชิดและติดตามความเคลื่อนไหวในระดับนานาชาติในประเด็นที่เกี่ยวข้องเช่นการประเมิน IHR core capacity, ความก้าวหน้าในการพัฒนายาและวัคซีน เป็นต้น
- สนับสนุนการประเมิน IHR core capacity นอกเหนือจาก self assessment เพื่อสะท้อนศักยภาพที่แท้จริงและนำสู่การพัฒนา

Intervention on Agenda ๑๖.๑ ๒๐๑๔ Ebola virus disease outbreak and follow-up to the Special Session of the Executive Board on Ebola

Delivered by Dr. Yongjua Laositaworn

Thank you Chair,

My delegations express our sincere appreciation to the Secretariat for the comprehensive report.

To tackle Ebola and other potential outbreaks in systematic approach, we have two concerns.

First, There have been a number of key research questions to support the effective control of the disease. Therefore we request WHO to continuously support and facilitate the research on Ebola. The key researches are including epidemiology, natural course of disease, mode of transmission in particular sexual contact transmission, strategy and model of prevention and control of the disease in both scientific and sociocultural aspects as well as the new tools in diagnostic, prevention and treatment.

Second, Adequate financing is essential in enabling all aspects in Ebola prevention and control. We agree in principle of the contingency fund which would be allocated to improve the preparedness and response in large scale outbreaks. However; the good governance, effective management and transparency in management of this fund are crucial. Therefore we request WHO to establish the good governance system in managing this fund in the participatory basis with relevant partners and timely report to the member states.

Thank you, chair.

Agenda ๑๖.๒ Malaria: Draft Global Technical Strategy: Post ๒๐๑๕

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นายแพทย์พงศ์ธร ชาติพิทักษ์ กรมควบคุมโรค
๒. นายแพทย์ยงเจือ เหล่าศิริถาวร กรมควบคุมโรค
๓. แพทย์อรรธยา ลิ้มวัฒนายิ่งยง กรมควบคุมโรค

สาระสำคัญของวาระ

- การแก้ไขปัญหามาลาเรียเป็นประเด็นวาระสำคัญที่บรรจุในวาระการประชุมสมัชชาอนามัยโลกเสมอมาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๕๘, ๖๐ และ ๖๔ (WHA resolution ๖๐.๑๘ และ ๖๔.๑๗)

- การประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๖ ประเทศสมาชิกสนับสนุนข้อเสนอขอบหมายฝ่ายเลขานุการให้ร่าง Global technical strategy of Malaria: post ๒๐๑๕
- Draft Global technical strategy of Malaria: Post ๒๐๑๕ มีสาระสำคัญ ดังนี้
 - เร่งรัด ขับเคลื่อนการกำจัดโรคมาลาเรีย ให้เป็นไปตามเป้าหมาย ๔ ด้าน ได้แก่ ลด mortality, ลด incidence, ลดจำนวนประเทศที่เป็น endemic countries และ maintain malaria free status ในประเทศที่ไม่มีโรคในปี ๒๐๒๐, ๒๐๒๕ และ ๒๐๓๐
 - มียุทธศาสตร์ ๓ เสาหลัก ได้แก่
 ๑. Ensure universal access to malaria prevention, diagnosis and treatment
 ๒. Accelerate efforts towards elimination and attainment of malaria-free status
 ๓. Transform malaria surveillance into a core intervention
- และส่วนสนับสนุน ได้แก่
 ๑. ส่งเสริมนวัตกรรมและขยายงานวิจัย
 ๒. เสริมสร้างให้หน่วยงานอื่นมีความเข้มแข็ง
- การประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก ครั้งที่ ๑๓๖ ได้พิจารณา Draft Global technical strategy of Malaria: Post ๒๐๑๕ และ ร่างข้อมติ EB ๑๓๖. R๑ ทั้งนี้ที่ประชุมได้ให้การรับรอง ร่างข้อมติ EB ๑๓๖. R๑
- สาระสำคัญของ ร่างข้อมติ EB ๑๓๖. R๑ คือ การรับรอง Draft Global Technical Strategy: Post ๒๐๑๕ และให้ประเทศสมาชิกรับผิดชอบการปฏิบัติในบริบทของตน รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับนานาชาติร่วมให้การสนับสนุนขับเคลื่อน โดยเฉพาะการหาทรัพยากรสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย
- การประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๘ มีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อรับรองร่างข้อมติ EB ๑๓๖. R๑

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- ประเทศสมาชิกทุกประเทศสนับสนุน Global Technical Strategy: Post ๒๐๑๕
- สาธารณรัฐอินโดนีเซีย สาธารณรัฐอิรัก สาธารณรัฐอิสลามอิหร่าน ให้ความสำคัญกับการดำเนินงานบริเวณชายแดนระหว่างประเทศและการเข้าถึงบริการในประชากรกลุ่มที่เข้าถึงยาก
- บางประเทศต้องการการสนับสนุนงานวิจัย และการพัฒนาโครงสร้างและปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นต่างๆ เพื่อสามารถขับเคลื่อนงานตามแผนให้บรรลุเป้าหมาย
- สาธารณรัฐนามิเบีย และสาธารณรัฐประชาชนบังคลาเทศ เสนอว่าน่าจะมีตัวชี้วัดการดำเนินงานเพิ่มเติม เช่น ความครอบคลุมของมุ้งชุบสารเคมี เป็นต้น
- มีความกังวลเรื่องเชื้อมาลาเรียดื้อยาและยุงพาหะดื้อต่อยาฆ่าแมลง
- หลายประเทศมีความกังวลเรื่องความยั่งยืนของงบประมาณในการสนับสนุนการดำเนินการเพื่อป้องกันและควบคุมโรค ไปจนถึงกำจัดโรคนี้ให้หมดไปตามแผนยุทธศาสตร์ที่กำหนดไว้ เพราะต้องใช้งบประมาณเป็นจำนวนมากจึงขอให้องค์การอนามัยโลกวางแผนการจัดสรรงบประมาณให้เหมาะสมกับแผนการทำงานต่อไป

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

- ประเทศไทยสนับสนุน One-Voice Regional Statement โดยสาธารณรัฐอินโดนีเซียซึ่งขึ้นชม WHO และพันธมิตรในการร่าง Global Technical Strategy ซึ่งจะเป็นเครื่องมือในการดำเนินการกำจัดโรคมาลาเรียในระดับโลกต่อไป และสนับสนุน และรับรอง Global Technical Strategy
- ประเทศไทยเสนอขอเพิ่มเติมประเด็นที่ยังไม่ได้ครอบคลุมในร่างข้อมติ ใน ๒ ประเด็นสำคัญ ได้แก่
 ๑. ประเด็น Cross border collaboration in disease prevention and control
 ๒. การบูรณาการ donor supported programs เข้าสู่ระบบสุขภาพเพื่อความยั่งยืนในระยะยาว ซึ่งมีข้อเสนอแก้ไข/เพิ่มเติมดังนี้
 - เสนอเพิ่ม Operative paragraph ใหม่ โดยต่อจาก Operative paragraph ๒ (๖) ดังนี้
 “OP๒ (๖) bis: to develop a comprehensive cross border malaria control and treatment model, where appropriate, to strengthen cross border collaboration, improve the effectiveness of malaria elimination using primary health care as the main platform, integrate the model into the broader health delivery systems”
 - เสนอแก้ไข operative paragraph ๔ (๑) โดยเพิ่มคำว่า “and integrate donor supported programs into national health systems to achieve long term programmatic and financial sustainability” ท้ายคำว่า “policies and strategies” โดย OP๔(๓) ภายหลังการแก้ไขเพิ่มเติมมีเนื้อความ ดังนี้
 “to harmonize the provision of support to countries for adopting and implementing WHO-recommended policies and strategies and integrate donor supported programs into national health systems to achieve long term programmatic and financial sustainability;”

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

สมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๘ มีมติเห็นชอบร่างข้อมติ EB ๑๓๖. R๑ โดยมีประเด็นแก้ไขเพิ่มเติมดังนี้

- เพิ่ม Operative paragraph ใหม่ โดยต่อจาก Operative paragraph ๒ (๖) ดังนี้
 “OP๒ (๖) bis: to develop a comprehensive cross border malaria control and treatment model, where appropriate, to strengthen cross border collaboration, improve the effectiveness of malaria elimination using primary health care as the main platform, integrate the model into the broader health delivery systems”
- แก้ไข OP๔(๓) ภายหลังการหารือร่วมกันระหว่างสหรัฐอเมริกา ประเทศไทย และสหราชอาณาจักร ดังนี้
 OP๔(๓) “to harmonize and integrate the provision of support to national malaria programs for adopting and implementing WHO-recommended policies and strategies and promoting long-term sustainability of malaria responses; “

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข(ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

- กรมควบคุมโรคนำ Global strategy มาวิเคราะห์และปรับเป็นแผนยุทธศาสตร์ของประเทศให้เหมาะสมตามบริบทของประเทศโดยบูรณาการร่วมกับแผนยุทธศาสตร์โรคติดต่อ นำโดยแมลง ปี ๒๕๕๕-๒๕๕๙ และ

- ใช้เป็นปัจจัยนำเข้าในการวางแผนยุทธศาสตร์ในช่วงหลังจากปี ๒๕๕๙ และคัดเลือกประเด็นสำคัญที่จะช่วยในการกำจัดโรคมาลาเรีย เช่น การป้องกันควบคุมโรคชายแดนการวางแผนเปลี่ยนผ่านสำหรับ Graduation from GFATM เพื่อความยั่งยืนในการดำเนินงานของ National malaria program โดยเฉพาะการบูรณาการโครงการภายใต้การสนับสนุนของกองทุนโลกเข้าสู่ระบบสุขภาพปกติเป็นต้น
- นำมติที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกเป็นข้อมูลนำเข้าที่สำคัญประกอบการกำหนดท่าทีประเทศไทยในการประชุม Regional Committee ครั้งที่ ๖๘ รวมถึง International forums อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเช่น ความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อนบ้านในการควบคุมโรคชายแดน เป็นต้น

การทำงานในระดับนานาชาติ

- พัฒนาเครือข่ายความร่วมมือชายแดนกับประเทศเพื่อนบ้านโดยวิเคราะห์ปัญหาที่เป็นประเด็นร่วมของแต่ละประเทศในระดับภูมิภาคและหาแนวทางการสร้างเครือข่ายความร่วมมือ เช่น ระบบเฝ้าระวังเชื้อดื้อยา การแลกเปลี่ยนข้อมูล การจัดตั้ง Health Post เป็นต้น รวมทั้งพัฒนาระบบติดตามประเมินผลและสร้างความเข้มแข็งของกลไกการทำงานร่วมกัน
- สร้างความเชื่อมโยง สอดคล้อง ระหว่างแผนการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ ในระดับนานาชาติในการกำจัดมาลาเรีย เช่น Global Fund to Fight AID/TB/Malaria, Roll Back Malaria, International Organization of Migration

Intervention on agenda ๑๖.๒ Malaria: Draft Global Technical Strategy: Post ๒๐๑๕

Read by Dr. Pongtorn Chartpituck (๑๘/May/๒๐๑๕)

Thank you, Chairperson

My delegations align ourselves with the regional statement made by Indonesia.

We commend WHO and all development partners in producing a comprehensive draft global strategy post ๒๐๑๕. To continue global movement on Malaria elimination, this global strategy serves a platform for further actions.

My delegations fully support and endorse the global strategy.

Having reviewed the EB๑๓๖ R๑, we have a few friendly amendments as followed

First, on the importance of cross border Malaria control. In many contexts, cross border actions play critical role in malaria elimination.

From our experiences, Thailand has established health posts along Thai-Myanmar border; it is a primary health care providers with specific attention to Malaria. It contributes significantly to minimize the case burden in the hard to reach areas.

Therefore we would propose a new subparagraph OP๒ sub-paragraph six, it would read as followed

OP๒ Sub-Para ๖ bis: to develop a comprehensive cross border malaria control and treatment model, where appropriate, to strengthen cross border collaboration, improve the effectiveness of malaria elimination using primary health care as the main platform, integrate the model into the broader health delivery systems”

Second, we appreciate the contributions by international development partners. However, the main concern is programmatic and financial sustainability beyond donor's project life. Hence, country ownership and integration of donor program into the national malaria control and prevention is so vital. In this context, my delegation proposes insertion of one clause at the end of OP ๔ sub-paragraph ๓ after the word policies and strategies. It would read:

OP๔(๓)and implementing WHO-recommended policies and strategies; and integrate donor supported programs into national health systems to achieve long term programmatic and financial sustainability;

Thailand is fully committed to this strategy and moving forward to reach the elimination goal.

Thank you. chair.

Agenda ๑๖.๓ Dengue: Prevention and Control

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. แพทย์หญิงบุษบัน เชื้ออินทร์ กรมควบคุมโรค
๒. นายแพทย์พงศ์ธร ชาติพิทักษ์ กรมควบคุมโรค
๓. แพทย์หญิงอรรธยา ลีมีวัฒนาที่ยังยง กรมควบคุมโรค

สาระสำคัญของวาระ

- โรคไข้เลือดออกเด็งกีเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีการแพร่ระบาดไปยังภูมิภาคต่างๆ ทั่วโลก โดยการแพร่กระจายของ Vector ที่เป็นพาหะคือ Aedes aegypti และ A. Albopictus
- การประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๕๕ รับรองข้อมติ ๕๕.๑๗ Dengue fever and dengue haemorrhagic fever prevention and control
- ต่อมาในปี ๒๐๑๒ ได้มีการจัดทำ Global Strategy for Dengue Prevention and Control, ๒๐๑๒-๒๐๒๐ โดยมีเป้าหมายสำคัญคือ การลดโรคไข้เลือดออกเด็งกี และการลดอัตราการป่วยและอัตราการตาย อย่างน้อยร้อยละ ๕๐ และร้อยละ ๒๕ ตามลำดับ ภายในปี ๒๐๒๐ (ใช้ข้อมูลของปี ๒๐๑๐ เป็นข้อมูลพื้นฐาน) และใช้ยุทธศาสตร์หลัก ๕ ด้าน ได้แก่ ๑) Diagnosis and case management ๒) Integrated surveillance and outbreak preparedness ๓) Sustainable vector control ๔) Future vaccine implementation ๕) Basic, operational and implementation research (มีข้อสังเกตว่าแผนนี้ ไม่มีการติดตามประเมินผลที่ชัดเจน)

- การประชุมครั้งนี้ เป็นเอกสารรายงานโดยฝ่ายเลขานุการ ซึ่งไม่ได้กล่าวรายละเอียดความก้าวหน้าการดำเนินงานตามแผนระดับโลกแต่อย่างใดและขอให้สมาชิกอนามัยโลกรับทราบรายงาน

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- เป็น Regional One Voice โดยสาธารณรัฐประชาธิปไตยติมอร์-เลสเต ซึ่งเน้นย้ำประเด็นสำคัญ ๒ ประเด็น ได้แก่
- การพัฒนาศักยภาพของการวินิจฉัยรักษาผู้ป่วยและการกำจัดยุงพาหะของไข้เลือดออกร่วมกับแมลงชนิดอื่น (Integrated Vector Management)
- การส่งเสริมความร่วมมือระหว่างภูมิภาคต่างๆขององค์การอนามัยโลกความร่วมมือระหว่างประเทศ และระหว่างหน่วยงาน มีความสำคัญต่อการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกเดงกีทั่วโลก
- ประเทศต่างๆ (ทั้งประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา) เห็นว่าโรคไข้เลือดออกเดงกีเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลก เนื่องจากมีการแพร่ระบาดไปในหลายภูมิภาค แนวโน้มการเกิดโรครีมีมากขึ้นจากภาวะภูมิอากาศโลกที่มีการเปลี่ยนแปลง ความหนาแน่นของยุงพาหะ การเชื่อมโยงและการติดต่อในยุคโลกไร้พรมแดน)
- การป้องกันและการวินิจฉัยโรคได้ตั้งแต่ในระยะต้น ทำให้มี Case Management ที่ดี สามารถลดอัตราการป่วยตายได้
- ขอให้มีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคที่มีประสิทธิภาพและการแก้ไขปัญหาต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วน รวมถึงการมีส่วนร่วมของชุมชน
- ควรมีการพัฒนาการควบคุมยุงพาหะแบบบูรณาการ
- หลายประเทศให้ความสำคัญถึงโรคติดต่ออื่นๆ ด้วยที่แพร่ระบาดด้วย Vector ชนิดเดียวกัน เช่น Chikungunya virus
- ขอให้องค์การอนามัยโลกแนะนำแนวทางการนำวัคซีนเดงกีมาใช้เป็นเครื่องมือเสริมในการป้องกันควบคุมโรคให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศต่างๆ

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

- ในขณะนี้ การพัฒนาวัคซีนไข้เลือดออกเดงกีมีความก้าวหน้าเพิ่มขึ้น ขอให้องค์การอนามัยโลกเตรียมจัดทำคำแนะนำทางยุทธศาสตร์และแนวทางการใช้วัคซีนไข้เลือดออกเดงกีในบริบทต่างๆ เป็นเครื่องมือเสริมในการป้องกันควบคุมโรคร่วมกับเครื่องมืออื่นๆ โดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์และสร้างความเข้มแข็งของประเทศสมาชิกในการนำเครื่องมือใหม่มาใช้ในวงกว้าง โดยพิจารณาอย่างรอบด้าน รวมถึงการพิจารณาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและผลกระทบต่องบประมาณในระยะยาว เพื่อความมั่นคงของแผนงานป้องกันควบคุมโรคอย่างยั่งยืน
- ขอให้องค์การอนามัยโลกสนับสนุนการพัฒนาเครื่องมือใหม่ในการวินิจฉัย ป้องกันควบคุมโรคและการรักษา เพื่อสำหรับใช้ในพื้นที่ที่มีทรัพยากรจำกัดและส่งเสริมให้มีกลไกที่เหมาะสมแก่ประเทศต่างๆ ในการเข้าถึงเครื่องมือเหล่านี้ที่ราคาที่เหมาะสม
- ขอให้องค์การอนามัยโลกเป็นแกนกลางในการสนับสนุนการแลกเปลี่ยนข้อมูลทางระบาดวิทยา ไวรัสวิทยาและประสบการณ์ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกเดงกีของประเทศต่างๆ

- ประเทศไทยอยากให้มีการทบทวนแนวทางการวินิจฉัยโรคและแนวทางการจำแนกผู้ป่วยทางคลินิก (Clinical classification) เพื่อใช้เป็นแนวทางเดียวกันทั่วโลกและปรับให้เหมาะกับบริบทปัจจุบัน ซึ่งองค์การอนามัยโลกมีแผนจะทบทวนแนวทางในปีนี้ ตามที่ได้ชี้แจงไว้ในการประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก ครั้งที่ ๑๓๖

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๘ รับทราบรายงาน (Take note of the report)

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

การทำงานในระดับประเทศ

กรมควบคุมโรคร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรร่วมกันนำ Global Strategy for Dengue Prevention and Control ๒๐๑๒-๒๐๒๐ มาปรับสู่การปฏิบัติงานควบคุม กำกับ ติดตาม ประเมินผลตามแผนงานให้สอดคล้องกับบริบทของประเทศ โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาความเข้มแข็งของแผนงานควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง การพัฒนา Evidence-informed policy โดยเฉพาะการนำเครื่องมือป้องกันควบคุมโรคใหม่มาใช้ รวมถึงวัคซีนใหม่และประเด็นอื่นๆ เช่น การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและคุณภาพของข้อมูลที่เป็นข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์สู่การกำหนดนโยบาย (Disease surveillance, Strategic information) การพัฒนาการควบคุมยุงแบบบูรณาการและการมีส่วนร่วมของชุมชน การพัฒนากำลังคน เป็นต้น

การทำงานในระดับนานาชาติ

- ติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานตาม Global Strategy for Dengue Prevention and Control, ๒๐๑๒-๒๐๒๐ ของประเทศอื่นๆ เปรียบเทียบกับความก้าวหน้าในประเทศไทย
- วิเคราะห์ปัญหาที่เป็นประเด็นร่วมของแต่ละประเทศในระดับภูมิภาคและหาแนวทางการสร้างเครือข่ายความร่วมมือ เช่น ประเด็นเรื่อง Clinical Classification ที่ประเทศในภูมิภาคเอเชียใต้และตะวันออกมีความสนใจร่วมกันการแลกเปลี่ยนข้อมูล Disease Surveillance การนำวัคซีนเดงกีไปใช้ การควบคุมยุงพาหะ เป็นต้น

Intervention on agenda ๑๖.๓: Dengue: Prevention and Control

Chairperson,

My delegations align with the statement made by Timor Leste on behalf of eleven member states in South East Asia Region; we express our sincere appreciation to the Secretariat for the comprehensive report.

By ๒๐๒๐, to achieve mortality reduction from Dengue by at least ๕๐% and morbidity by at least ๒๕% is really a global challenge, unless Member States, development partners are committed to Dengue.

Having reviewed the A๖๘/๒๙ and related documents, my delegations have two comments

First, on Dengue vaccine and new tools

In recognition of the significant progress on dengue vaccine development and market launch recently, my delegation requests WHO to provide technical and strategic guidelines, based on evidence, for the introduction and scaling up of dengue vaccine, as an additional tool, incorporated into the national prevention and control of Dengue, in particular the integrated surveillance and outbreak preparedness, and vector control intervention in line with epidemiological and health system contexts.

Given the global, regional and national burden of Dengue and the costly new vaccine, it is imperative that WHO member states have capacities to assess its cost effectiveness, long term budget impact to the country and long term sustainability issues.

It is important that evidence from Phase IV clinical trial of any new vaccine must be publicly available on the merits of new vaccine, which also improves future generation Dengue vaccines.

In addition, we request WHO to facilitate the development of the new tools on diagnostic, prevention and treatment of dengue which are applicable for resource poor setting and foster the mechanism to access of the new tools at affordable price.

Second, on multi-sectoral collaboration and information sharing

To achieve good outcome of Dengue prevention and control, international and multi-sectoral collaboration at all levels are essential. My delegation requests WHO to further support information and experience sharing among dengue endemic countries including epidemiological data, virological data and lessons learned in dengue prevention, control and treatment.

As my delegations proposed during the EB ๑๓๖ session, requesting WHO to update the Dengue classification, we look forward to seeing a harmonized Dengue classification in due course.

Thank you, chairperson.

Agenda ๑๖.๔ Global Vaccine Action Plan**ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน**

๑. แพทย์หญิงบุษบัน เชื้ออินทร์ กรมควบคุมโรค
๒. แพทย์หญิงรพีพรรณ เดชพิชัย กรมควบคุมโรค
๓. แพทย์หญิงอรธยา ลีมีวัฒนาที่ยังยง กรมควบคุมโรค

สาระสำคัญของวาระ

- การประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๕ รับรอง Global Vaccine Action Plan ซึ่งมีสาระสำคัญดังนี้ (๑) การกวาดล้างโปลิโอทั่วโลกให้สำเร็จ (๒) บรรลุเป้าหมายการครอบคลุมและเข้าถึงวัคซีน (๓) บรรลุเป้าหมายการกวาดล้างโรคในระดับภูมิภาคและในระดับโลก (๔) พัฒนาวัคซีนชนิดใหม่และนำวัคซีน/เทคโนโลยีใหม่มาใช้ (๕) บรรลุเป้าหมาย MDG๔
- การประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๖ รับรอง Framework for Monitoring, Evaluation and Accountability เพื่อใช้เป็นกรอบในการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตาม GVAP และใช้เป็นกรอบในการเขียนรายงานความก้าวหน้าที่ต้องรายงานทุกปี (ยกเว้นด้านวิจัย ทุก ๒ ปี) โดยมีการกำหนดเป้าหมาย/ตัวชี้วัดที่จะติดตามการดำเนินงาน เป็น ๒ กลุ่ม ได้แก่ Goal-Level Indicators and Targets (by ๒๐๑๕ และ ๒๐๒๐) ๑๔ เป้าหมาย และ Strategic Objective-Level Indicators ๑๖ ตัวชี้วัด
- ในปีนี้เป็นารายงานความก้าวหน้าตามกำหนดสำหรับปี ๒๐๑๔ โดย Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) on Immunization โดยมีสาระสำคัญดังนี้
- ยุทธศาสตร์เดียวที่มีความก้าวหน้าคือการนำวัคซีนใหม่เข้าสู่แผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ และการสร้างความเข้มแข็งของกลไก National Immunization Technical Advisory Group
- ด้านอื่นๆ มีความล่าช้าในการดำเนินการและมีแนวโน้มที่จะไม่บรรลุเป้าหมายที่วางไว้หากไม่ได้มีการแก้ไข ได้แก่ การหยุดการแพร่กระจายของเชื้อโปลิโออย่างทำได้ไม่เต็มที่ที่มีการระบาดอยู่ในพื้นที่ที่มีปัญหา ยังมีรายงานโรคบาดทะยักในแม่และทารกการกำจัดหัดและหัดเยอรมันยังไม่เป็นไปตามแผนและความครอบคลุมวัคซีน DTP๓ ยังต่ำกว่าเป้าหมายในหลายประเทศ
- SAGE ได้มีข้อเสนอแนะใน ๕ ด้าน ที่อยู่ในลำดับความสำคัญเพื่อให้การดำเนินการเป็นไปตามแผน ได้แก่ Weak GVAP implementation, poor data quality and use, vaccine affordability and supply, failure of basic integration, situation disrupting immunization (รายละเอียดตามเอกสาร)
- การประชุมครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ
 ๑. รายงานความก้าวหน้าตามกำหนดและรับฟังข้อคิดเห็นจากประเทศสมาชิกเพื่อการพัฒนาให้บรรลุตามแผน
 ๒. รับรอง draft resolution Abs/A/Conf. ๔ ซึ่งมีเนื้อหาสำคัญ คือการเข้าถึงวัคซีนโดยเฉพาะในส่วน ที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงวัคซีนในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งรวมถึง IP issues และการเปิดเผยราคาวัคซีนที่มีการจัดซื้อจัดทำให้ทราบในวงกว้างเพื่อประโยชน์ในการต่อรองราคาและการเข้าถึงวัคซีน

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- ประเทศต่างๆ เสนอประสบการณ์และความก้าวหน้าในประเทศของตน ซึ่งรวมถึงปัญหาและข้อจำกัดของประเทศในการบรรลุเป้าหมายการดำเนินการ เช่น การมีความครอบคลุมวัคซีนต่ำในหลายประเทศ ความยากลำบากในการทำงานในพื้นที่ไม่สงบ เป็นต้น
- ประเด็นที่มีการกล่าวถึงเป็นพิเศษคือเรื่อง Financial Sustainability ซึ่งมีความสำคัญต่องานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในระยะยาวและความยั่งยืนของการดำเนินงาน ควรมีกลไกสนับสนุนให้มีวัคซีนที่มีราคาสามารถเข้าถึงได้และควรมีการดูแล GAVI Graduated Countries
- ประเทศสมาชิกได้กล่าวสนับสนุนให้มีการลงทุนและให้องค์การอนามัยโลกจัดทำแนวทางสำหรับการปรับปรุงคุณภาพของข้อมูลและระบบข้อมูลให้เข้มแข็งมากขึ้นและให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างประเทศต่างๆ

- ประเด็นอื่นๆ ได้แก่ ความสำคัญของ Social Media ซึ่งปัจจุบันถูกนำมาใช้เผยแพร่ข้อมูลผิดๆ เกี่ยวกับวัคซีน โดยเฉพาะจากสมาชิกกลุ่มต่อต้านการใช้วัคซีน ทำให้เกิดผลกระทบต่อความครอบคลุมวัคซีน จึงควรมีการพัฒนาการสื่อสารความเสี่ยง รณรงค์ให้ข้อมูลที่ต้องการเกี่ยวกับวัคซีนให้มากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ประเด็นเรื่องอาการภายหลังได้รับวัคซีน (AEFI: Adverse Events Following Immunization)

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ข้อเสนอเพื่อบรรลุเป้าหมาย GVAP

จากรายงานความก้าวหน้าตาม GVAP จะเห็นได้ว่ามีความล่าช้าในการดำเนินงานหลายด้านและมีแนวโน้มที่จะไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ประเทศไทยขอเสนอประเด็นสำคัญที่จะขับเคลื่อนการดำเนินงานให้มีความก้าวหน้าได้ดียิ่งขึ้น ดังนี้

๑. การเน้นถึงความสำคัญของการสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพซึ่งจะเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนางานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคให้ประสบความสำเร็จตาม GVAP รวมทั้งการพัฒนากำลังคน การพัฒนาระบบข้อมูล การบริหารจัดการแผนงานและระบบลูกโซ่ความเย็น ซึ่งต้องการการสนับสนุนในระดับนโยบายและมีทรัพยากรที่เพียงพอต่อเนื่อง
๒. การให้ความสำคัญกับการเข้าถึงวัคซีนและความครอบคลุมวัคซีนในประชากรกลุ่มที่ขาดโอกาส เช่น ประชากรข้ามชาติ ประชากรเคลื่อนย้าย เป็นต้น เพื่อให้ประชากรกลุ่มนี้เข้าถึงบริการได้มากขึ้น จำเป็นต้องพัฒนารูปแบบบริการที่เหมาะสมต่อไป
๓. การสนับสนุนศักยภาพของประเทศกำลังพัฒนาในการผลิตวัคซีนซึ่งถือเป็นยุทธศาสตร์สำคัญที่จะนำไปสู่ความสำเร็จต่อความมั่นคงด้านวัคซีน การพัฒนากระบวนการขึ้นทะเบียนวัคซีน การสนับสนุนให้เกิดกลไกที่จะทำให้การเข้าถึงวัคซีนเป็นไปได้มากขึ้น (ตามความเหมาะสม) เป็นต้น ขอให้องค์การอนามัยโลกเป็นแกนกลางในการริเริ่มหรือต่อยอดโครงการต่างๆ ที่จะสนับสนุนยุทธศาสตร์เหล่านี้ เพื่อความมั่นคงด้านวัคซีนและการเข้าถึงวัคซีนอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอต่อ Draft Resolution ที่เสนอโดยสหราชอาณาจักรลียา (ภายใต้การสนับสนุนของ MSF)

(ประเทศไทยร่วมเป็น Co-sponsor) ทั้งนี้การหารือข้อตกลงส่วนใหญ่จะเป็น informal discussion นอกห้องประชุม

- เนื่องจากมีกลุ่มประเทศ ๒ ฝ่ายที่เห็นต่างต่อร่างมติฉบับนี้ โดยมี ๒ ประเด็นหลักที่เห็นไม่ตรงกัน คือ
 ๑. การเปิดเผยข้อมูลราคาวัคซีน (European Union, USA, Australia) ไม่เห็นด้วย เนื่องจากในหลายประเทศถือว่าข้อมูลราคาเป็นความลับที่ไม่อาจเปิดเผยได้ ส่วนประเทศกลุ่มกำลังพัฒนาและบางประเทศเห็นว่าควรมีการเปิดเผย เพื่อประโยชน์ต่อการเข้าถึงวัคซีนแก่ประเทศกำลังพัฒนา (ลิเบีย, ไทย, แอฟริกาใต้, บราซิล)
 ๒. การเพิ่มเติมประเด็นเรื่อง Intellectual property ซึ่งประเทศกลุ่มพัฒนาแล้ว รวมทั้งญี่ปุ่น ไม่เห็นด้วย และเสนอให้ตัดออกไป
- ประเทศไทยเสนอขอให้ใช้คำว่า “where available” คงไว้ตามเดิม ใน OP๑ subpara ๓ “to provide, where possible ~~and available~~, timely vaccine price data to WHO for publication, with the goal of increasing affordability through improved price transparency, particularly for the new vaccines;” ในขณะที่กลุ่มประเทศพัฒนาแล้วขอให้ใช้คำว่า “Where possible”

- ประเทศไทยขอให้เพิ่มเติม“including regulation and intellectual property barriers” หลังคำว่า legal barriers ใน OP๒ subpara ๑๒ (หลังจากที่ EU และญี่ปุ่นเสนอให้ตัดออก)
“to report upon technical, procedural and legal barriers including regulation and intellectual property barriers that may undermine robust competition that can enable price reductions for new vaccines, and address other factors that can adversely affect the availability of vaccines;”

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

สมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๖๘ รับรองร่างมติ A๖๘/A/conf./๔ Rev.๒๕ May ๒๐๑๕ โดยมีข้อสรุปในประเด็นหลักที่เห็นต่างดังนี้

OP๑ subpara๓ “to provide, where possible ~~and available~~, timely vaccine price data to WHO for publication, with the goal of increasing affordability through improved price transparency, particularly for the new vaccines;”

OP๒ subpara๑๒ “to report upon technical, procedural and legal barriers including regulation and intellectual property barriers that may undermine robust competition that can enable price reductions for new vaccines, and address other factors that can adversely affect the availability of vaccines;”

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ (กรมควบคุมโรคในฐานะ National EPI manager/สป. ในฐานะ service provider/สปสช. ในฐานะ purchaser/อย. และกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ในฐานะ National Regulatory Authority/ สถาบันวัคซีนแห่งชาติในฐานะหน่วยงานที่ดูแลความมั่นคงด้านวัคซีนเพื่อการพึ่งตนเอง)

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันนำ Global vaccine action plan (GVAP) มาปรับสู่การปฏิบัติงานควบคุม กำกับ ติดตามประเมินผลตามแผนงานให้สอดคล้องกับบริบทของประเทศ โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาความเข้มแข็งของแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ การพัฒนา Evidence-informed policy โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นการนำวัคซีนใหม่มาใช้ รวมถึงประเด็นอื่นๆ เช่น การพัฒนาคุณภาพของข้อมูลและระบบข้อมูลด้านวัคซีน (Disease and AEFI surveillance, vaccine coverage, data system in vaccine management) การพัฒนา logistics and supply chain ของวัคซีน การพัฒนากำลังคนด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และการพัฒนากลไกต่างๆ เพื่อ vaccine security and affordability

การทำงานในระดับนานาชาติ

- ติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานตาม Global Vaccine Action Plan ของประเทศอื่นๆ เปรียบเทียบกับความก้าวหน้าในประเทศไทย
- ติดตามความก้าวหน้าตามร่างมติและร่วมผลักดันเรื่องการเปิดเผยข้อมูลราคาวัคซีน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อประเทศไทย โดยเฉพาะตามกลไกการนำวัคซีนใหม่มาใช้ สำหรับคณะทำงานต่อรองราคาภายใต้คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ทั้งนี้ ให้พิจารณาร่วมมือกับองค์กรต่างๆ เพื่อให้ประเทศ middle-income countries สามารถเข้าถึงวัคซีนได้ในราคาที่เหมาะสม

- วิเคราะห์ปัญหาที่เป็นประเด็นร่วมของแต่ละประเทศในระดับภูมิภาคและหาแนวทางการสร้างเครือข่ายความร่วมมือ เช่น ประเด็นเรื่อง vaccine supply (Measles contained vaccine, IPV, b-OPV) การแลกเปลี่ยนข้อมูล Disease surveillance, AEFI, vaccine management, wastage rate, Good practice in immunization เป็นต้น

Intervention on Agenda ๑๖.๔ Global Vaccine Action Plan

Delivered by Dr. Boosbun Chua-Intra

Thank you Chairperson,

On behalf of the Thai delegates, we express our sincere appreciation to the Director General and the Secretariat for the Report on progress of implementation of GVAP A๖๘/๓๐. Also we recognize the great contributions by Strategic Advisory Group of Experts on Immunization (SAGE).

Chair, regarding the Report A๖๘/๓๐, we would like to propose the following concerns.

On GVAP progresses between ๒๐๑๑ and ๒๐๑๕, there has been slow progress on various operations dimensions, and very unlikely that the GVAP goal can not be achieved. While we concur with SAGE recommendations, we the following comments.

๑. Effective and equitable distribution of health delivery systems is the most important platform for successful delivery of immunization; this includes health workforce who are competent to provide immunization services; financing of vaccine and immunization services, especially the costly vaccines; programmatic capacity to manage the cold chain and information systems. All these requires policy and financial commitment.

๒. One of the weakest links is the access to vaccination services by migrant population, mobile population, the urban poor and people living in hard to reach rural areas; hence there is a need for health service model development for effective delivery of vaccine, to accommodate specific demands among the vulnerable population.

๓. Capacity to produce vaccines in developing countries is a key strategy supporting vaccine security, stimulates competition and brings down vaccine prices. There is a need to strengthen vaccine licensing, procurement and distribution mechanisms to ensure availability at all service settings.

Having reviewed draft resolution proposed by Libya in document A๖๘/A/CONF./๔, Thai delegation fully support the draft resolution.

Thank you chair

Agenda ๓๗.๑ Strengthening Emergency and Essential Surgical Care and Anaesthesia as a Component of Universal Health Coverage

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. ทันตแพทย์อรรถพร ลิ้มปัญญาเลิศ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๒. ดร. นารีรัตน์ ผุดผ่อง สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

สาระสำคัญของวาระ

วาระนี้เป็นการพิจารณารับรอง (ร่าง) Resolution EB๑๓๖.R๗ ที่เสนอโดย EB ให้พิจารณาจากเอกสารแนบหมายเลข EB๑๓๖/๒๗ การสร้างความเข้มแข็งของการดูแลฉุกเฉินและการผ่าตัดที่มีความจำเป็น และการใช้ยาสลบ โดยการบรรจุให้เป็นส่วนหนึ่งของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

มีการประมาณการว่า ๑๑% ของภาระโรคในทั่วโลกนี้เกิดขึ้นจากสภาวะที่สามารถรักษาให้หายขาดได้โดยการผ่าตัด ซึ่งสัดส่วนนี้พบมากในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง (Low- and Middle-income countries, LMIC) การรักษาโดยการผ่าตัดคาดว่าจะมีเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ และคาดว่าจะนับจากนี้จนกระทั่งปี ๒๐๓๐ มากกว่า ๔๕% ของการผ่าตัดจะเกิดจากสภาวะที่พบได้บ่อยๆ (เช่น โรคหัวใจ มะเร็ง เบาหวาน และอุบัติเหตุบนท้องถนน) จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องบูรณาการบริการผ่าตัดและการดูแลรักษาที่เหมาะสมกับสภาวะสุขภาพที่หลากหลาย และแตกต่างกันตลอดช่วงชีวิตของคน

การสร้างความเข้มแข็งของการผ่าตัดโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับโรงพยาบาลอำเภอ ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพสูงต้นทุนต่ำที่จะช่วยลดภาระโรคได้ การเข้าถึงบริการผ่าตัดที่ปลอดภัยอย่างทันท่วงที่จะลดภาวะแทรกซ้อนหรือความพิการต่างๆที่อาจเกิดขึ้น จึงควรได้รับการพิจารณาบรรจุเป็นหนึ่งใน การดูแลรักษาภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) อย่างไรก็ตาม พบว่า ในหลายประเทศทั่วโลก การเข้าถึงบริการผ่าตัดที่จำเป็นหรือในภาวะฉุกเฉินนั้นมีข้อจำกัดอย่างมากใน LMIC หรือแม้แต่ในพื้นที่ชนบทของประเทศที่พัฒนาแล้ว เนื่องจากการขาดแคลนบุคลากร อุปกรณ์เครื่องมือ และขาดความพร้อมของระบบสาธารณสุข ดังนั้น การเข้าถึงบริการการผ่าตัดที่มีคุณภาพและความปลอดภัยจึงเป็นเป้าหมายที่สำคัญ

เลขานุการ WHO (WHO Secretariat) ได้จัดทำ the WHO Integrated Management for Emergency and Essential Surgical Care toolkit เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายและทำวิจัยเพื่อการวางแผนและปรับปรุงคุณภาพและความปลอดภัยของบริการผ่าตัดโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ พร้อมทั้งส่งเสริมการนำเครื่องมือนี้ไปใช้ในประเทศต่างๆ

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศสมาชิกทั้งหมดรับรอง Resolution นี้ เนื่องจากเห็นว่า การเข้าถึงบริการผ่าตัดที่จำเป็นต่างๆ และการผ่าตัดฉุกเฉินอย่างทันท่วงที่นั้น จะช่วยรักษาชีวิตและป้องกันความพิการได้ จึงควรมีการจัดการที่ดีเพื่อให้ทุกคนได้เข้าถึงบริการนี้อย่างทั่วถึงและเสมอภาค แต่มีข้อกังวลเพียงเล็กน้อยในเรื่องของการควบคุมยาและสารบางชนิดที่อาจเกิดผลกระทบด้านลบหรือการนำไปใช้อย่างไม่ถูกต้อง เช่น Ketamine ซึ่งยังคงมีความจำเป็นต้องใช้ เนื่องจากมีราคาถูก และหาได้แม้ในประเทศที่มีรายได้ต่ำ และในส่วนของ task-shifting นั้น ควรจะกระทำอย่างระมัดระวัง และอนุญาตให้กระทำได้ในบางพื้นที่ที่มีความขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพอย่างมากเท่านั้น

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ให้การรับรอง Resolution นี้ และสนับสนุน Regional one voice (led by DPR Korea) ที่จะเพิ่มการเข้าถึงบริการผ่าตัดในพื้นที่ชนบทห่างไกล ยกตัวอย่างเช่น (ก) การจัดทีมแพทย์และเจ้าหน้าที่ผ่าตัดหมุนเวียนไปให้บริการผ่าตัดไม่ฉุกเฉินในชุมชน (เช่น ต้อกระจก ไล่เลือด เป็นต้น) โดยไม่ต้องมีการส่งต่อ (ข) การทำ Telemedicine และ (ค) การจัด task-sharing เป็นต้น

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

Resolution WHA๖๘.๑๕ ผ่านการรับรอง โดยได้รับการสนับสนุนอย่างเป็นทางการจากประเทศสมาชิก

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุงกรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

ต้องสร้างความตระหนักและพันธะสัญญาทางการเมือง (Political Commitment) รวมถึงยุทธศาสตร์และแผนการปฏิบัติการ (Strategic and Action Plan) ที่ชัดเจน ดังต่อไปนี้

- ขยายขอบเขตการเข้าถึงบริการผ่าตัดที่จำเป็นและฉุกเฉินในพื้นที่ที่มีความต้องการ
- ปรับปรุงคุณภาพและความปลอดภัยของบริการผ่าตัดที่จำเป็นและฉุกเฉิน ซึ่งต้องกำหนดตัวชี้วัดของมาตรฐานขั้นต่ำ (minimum standards)
- สร้างความเข้มแข็งของกำลังคนด้านสุขภาพที่สามารถให้บริการผ่าตัดที่มีคุณภาพและความปลอดภัยตามมาตรฐานที่ตั้งไว้
- มีระบบการเก็บข้อมูล การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานเพื่อปรับปรุงระบบและบริการผ่าตัดที่จำเป็นและฉุกเฉิน และให้ข้อเสนอแนะเพื่อการตัดสินใจเชิงนโยบาย
- สนับสนุนให้เกิดความร่วมมือและการสร้างพันธมิตรในระดับโลก (Global collaborations and partnerships)

การทำงานในระดับนานาชาติ

- ให้ความร่วมมือและช่วยเหลือเกื้อกูลแก่ประเทศสมาชิกต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศในภูมิภาคเดียวกัน ในการสร้างความเข้มแข็งและพัฒนาศักยภาพของกำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อการบริการที่เท่าเทียม ทั่วถึง ทันทีทันที่ ที่มีคุณภาพและมีความปลอดภัย ทั้งในสถานการณ์ปกติ และสถานการณ์ฉุกเฉิน และ/หรือ เมื่อมีอุบัติภัยเกิดขึ้น ตัวอย่างเช่น แผ่นดินไหวในประเทศเนปาล เป็นต้น
- แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ต่างๆ และรายงานผลการดำเนินงานตาม Resolution

Intervention on agenda ๑๗.๑ Strengthening Emergency and Essential Surgical Care and Anaesthesia as a Component of Universal Health Coverage

Read by Dr. Athaporn Limpanyalers

Thank you, Chair. On behalf of Thailand, we appreciate the Secretariat for the well-prepared report A๖๘/๓๑ on strengthening emergency and essential surgical care and anaesthesia as a component of universal health coverage.

Thailand fully supports the draft resolution EB๑๗.R๗. This is a good opportunity for every country to strengthen their surgical services to be accessible by every citizen. However, we have ๓ comments as follows.

First, Thailand agrees with the action in ensuring access to emergency and essential surgical services, where needed by improving health workforce distribution, with special attention to rural areas. Moreover, Thailand assent with Korea about the way to solve problem that is surgeons and anesthetists should be providing elective operation at a community hospital instead of referring patients to a regional or general hospitals. We would like to share that Thailand having done this way at Chiang Rai province. It is an effective service.

Second, for strengthening the surgical workforce, we strongly support to strengthen telemedicine mechanisms for better detection causes and consult surgical care between primary health care and *secondary* or *tertiary* health care as Korea mention. Telemedicine is not too expensive. It fit for low- and middle-income countries. We proud to share our experience from Thailand, Thailand has using telemedicine for strengthening workforce several years ago. We setting telemedicine network which secondary health care is the main and primary health care are sub main of network in order to contributes diagnosis and treatment and encourage surgical capacity-building for doctor in primary health care as back up team. The most success of telemedicine network in Thailand is Lomsak community hospital in Lomsak district, Phetchabun province. It is an effective mechanism.

Third, in view of limited resources, the Thai delegation would like to supports the task-sharing of some surgical and anesthetic skills to other areas of health workforce. Because of in Thailand, we having share resource from the general hospital which is *tertiary* health care to primary health care example sharing surgeon for cataract surgery.

Finally, with these observations, my delegations support the adoption of the Draft Resolution EB๑๓๖ R๗.

Thank you, Chair.

Agenda ๑๗.๒ The WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. ดร. นารีรัตน์ ผุดผ่อง สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๒. นายแพทย์ธงชน เพิ่มบทศรี กรมการแพทย์
๓. ดร. กาญจนา จันทร์ไทย สำนักงานการพยาบาล
๔. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันทพันธ์ ชินล้ำประเสริฐ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ

สาระสำคัญของวาระ

วาระนี้นำเสนอรายงานการทบทวนครั้งที่ ๑ ของ WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel (ต่อจากนี้เรียกย่อว่า Code) โดยแบ่งรายงานการทบทวนเป็น ๒ ส่วน ดังนี้

๑. การทบทวนเรื่องความเกี่ยวข้องและประสิทธิภาพของ Code (Relevancy and effectiveness of the Code)

ก่อนการประชุม WHA สมัยที่ ๖๘ นี้ ได้มีการแต่งตั้งคณะผู้เชี่ยวชาญในการทบทวนและรายงานผล ซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด ๒๐ ท่าน (เป็นตัวแทนภูมิภาคละ ๒ ท่านจาก ๖ ภูมิภาค และผู้เชี่ยวชาญภายนอกอีก ๘ ท่าน) การทบทวนนี้ครอบคลุม ๒ ประเด็นหลัก คือ ๑) ความเกี่ยวข้อง (Relevance) ของวัตถุประสงค์ หลักการ และข้อความรายละเอียดของ Code ต่อการแก้ไขปัญหาการเคลื่อนย้ายกำลังคนด้านสุขภาพ และการสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ และ ๒) ประสิทธิภาพ (Effectiveness) ของ Code ต่อนโยบายและการดำเนินงานต่างๆ เพื่อสร้างความเข้มแข็งของกำลังคนด้านสุขภาพ

๒. การรายงานผลการดำเนินงานของ Code โดยประเทศสมาชิก

ในปี ๒๐๑๓ ได้มีการรายงานผลการดำเนินงานตามเจตนารมณ์ของ Code ขึ้นเป็นครั้งแรก พบว่า มีเพียง ๕๖ ประเทศ ที่มีการรายงานผลการดำเนินงานตามที่ระบุไว้ใน Code ซึ่งในจำนวน ๕๖ ประเทศนี้ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มประเทศในยุโรปที่เป็นประเทศปลายทาง (destination countries) และมีรายงานเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่มาจากประเทศต้นทาง (source countries) ประเทศสมาชิกจึงขอให้ WHO Secretariat ให้การสนับสนุนการดำเนินงานตามเจตนารมณ์ของ Code อย่างเข้มแข็งและจริงจังมากขึ้น การรายงานผลการดำเนินงานครั้งที่ ๒ กำหนดให้รายงานต่อ WHA ครั้งที่ ๖๙ ในเดือนพฤษภาคม ๒๐๑๖ ซึ่งในขณะเดียวกัน WHO ได้ร่วมมือกับ Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) ในการพัฒนาแบบสำรวจเพื่อการเก็บข้อมูลสถิติการเคลื่อนย้ายของกำลังคนด้านสุขภาพ โดยส่งแบบสำรวจนี้ให้กับประเทศสมาชิกที่ยินดีเข้าร่วมการสำรวจนี้ทั้งหมด ๖๒ ประเทศตั้งแต่เดือนธันวาคมปีที่แล้ว (๒๐๑๔) ซึ่งจะมีการรายงานผลการสำรวจเบื้องต้นในเดือนมิถุนายน ๒๐๑๕ ร่วมกับการรายงานผลการดำเนินงานตามเจตนารมณ์ของ Code ครั้งที่ ๒ ด้วย

ในการประชุมครั้งนี้ กลุ่มประเทศ EU ออสเตรเลีย บราซิล ญี่ปุ่น บังกลาเทศ อิหร่าน มัลดีฟ ซิมบับเว รวมทั้งประเทศไทย ได้ร่วมกันเป็นผู้สนับสนุน หรือ Co-sponsor (ร่าง) การตัดสินใจ (Draft Decision Point in A๖๘/B/Conf/๓) ขึ้น ซึ่งสาระสำคัญ คือ (๑) **ตระหนัก** ในความเกี่ยวข้องของ Code ต่อปัญหาการเคลื่อนย้ายกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของประชากรและระบาดวิทยา (๒) **เรียกร้อง** ให้ประเทศสมาชิก และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ ดำเนินงานตามเจตนารมณ์ของ Code อย่างเข้มแข็งและต่อเนื่อง รวมถึงการรายงานผลการดำเนินการต่อ WHO ครั้งที่ ๒ ภายใน ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๕๘ (๓) **ขอให้** WHO Secretariat ในระดับโลก ระดับภูมิภาค และระดับประเทศเพิ่มศักยภาพของตนเองในการสร้างความตระหนัก ให้การสนับสนุนทางเทคนิค และส่งเสริมการดำเนินงานตามเจตนารมณ์ของ Code อย่างมีประสิทธิภาพ และ (๔) **ตัดสินใจ** ให้มีการประเมินผลเรื่องความเกี่ยวข้องและประสิทธิภาพของ Code ต่อไป โดยให้ควบคุมไปกับการรายงานผลการดำเนินงานครั้งที่ ๓ (๒๐๑๘) และกำหนดให้รายงานความก้าวหน้าต่อ WHO ครั้งที่ ๗๒ ในปี ๒๕๖๒

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศสมาชิกทั้งหมดที่อภิปรายในห้วง Com B สนับสนุนให้มีการดำเนินงานตามเจตนารมณ์ของ Code และสนับสนุน (ร่าง) การตัดสินใจ (Axx/B/Conf/๓) โดยประเทศออสเตรเลียของแก้ไขเพิ่มเติม ข้อ (๓) โดยเสนอให้เพิ่มข้อความว่า “ภายใต้งบประมาณของโครงการที่ได้รับการรับรองแล้ว” ประเทศคิวบาขอให้มีการรายงานข้อมูลหรือหลักฐานเพิ่มเติมเรื่องผลกระทบต่อประเทศต้นทางและประเทศปลายทาง หรือปัญหา ระหว่างประเทศที่เกิดขึ้นเนื่องจากการเคลื่อนย้ายกำลังคนด้านสุขภาพ และประเทศสหรัฐอเมริกาขอให้มีการจัดทำ National Health Workforce Account เพราะเป็นข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพที่สำคัญ

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยเป็น Co-sponsor ของ (ร่าง) การตัดสินใจ และยืนยันการสนับสนุนการดำเนินงานตามเจตนารมณ์ของ Code และตามที่ระบุไว้ใน (ร่าง) การตัดสินใจ (Axx/B/Conf/๓) เนื่องจากเห็นความสำคัญของปัญหาการเคลื่อนย้ายกำลังคนด้านสุขภาพ ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศต้นทางที่มีรายได้ต่ำและมีภาวะวิกฤตของการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ ซึ่งจะขัดขวางการไปสู่เป้าหมายของ Sustainable Development Goals (SDGs) โดยจะร่วมมือกับประเทศในภูมิภาคเดียวกันในการดำเนินงานตามเจตนารมณ์ของ Code การรายงานผล และการระบุประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องที่จะพัฒนาประสิทธิภาพการดำเนินงานตามเจตนารมณ์ของ Code ต่อไป

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ประเทศสมาชิกรับรองรายงานของ WHO Secretariat และ การตัดสินใจ (Axx/B/CONF./๓)

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

- หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนด้านสุขภาพ เช่น สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก IHPP และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ได้แก่ ผู้ใช้ เช่น หน่วยงาน service plan, ผู้ควบคุมดูแล เช่น สภาวิชาชีพต่างๆ เป็นต้น ควรร่วมมือกันในการดำเนินงานตามเจตนารมณ์ของ Code และ การตัดสินใจ รวมถึงการติดตามประเมินผลและรายงานผลการดำเนินงานต่างๆ อย่างเข้มแข็งและต่อเนื่อง
- หน่วยงานที่รับผิดชอบหรือเกี่ยวข้องกับการจดทะเบียนหรือติดตามการเคลื่อนย้ายของกำลังคนสุขภาพในประเทศไทย ทั้งการย้ายออกหรือการรับเข้ามาทำงานในประเทศ (ไม่ว่าคนไทยหรือคนต่างประเทศ) ยกตัวอย่าง เช่น เช่น กรมแรงงาน กรมตรวจคนเข้าเมือง สภาวิชาชีพหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน และกระทรวงสาธารณสุข ควรร่วมมือกันในการปรับปรุงระบบฐานข้อมูลเหล่านี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศที่ถูกต้อง ที่จะสามารถนำไปใช้ในการวิจัย การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ หรือการให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การทำงานในระดับนานาชาติ

ประเทศไทยและประเทศใน South East Asia Region ควรมีการร่วมมือและช่วยเหลือกัน เช่น การพัฒนาศักยภาพของประเทศเพื่อนบ้านในการดำเนินงานตามเจตนารมณ์ของ Code และการรายงานผลงานดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และการค้นหาช่องว่างหรือประเด็นต่างๆที่อาจจะเป็นปัญหาอุปสรรคต่อการดำเนินงานร่วมกัน ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพไม่ว่าจะเป็นการวางแผน การผลิต หรือการบริหารจัดการ

กำลังคนด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ ในการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงด้าน ประชากรและระบาดวิทยา ทั้งในระดับภูมิภาคและระดับโลก

Intervention on agenda ๑๗.๒ WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel

Read by Dr Nareerut Pudpong (๒๒/May/๒๐๑๕)

Thank you, Chair.

Thailand appreciates the effort by WHO secretariat in providing report A๖๘/๗๒ and the report by the "Expert Advisory Group on the relevance and effectiveness of the Code".

Thailand recognizes the relevance of the Code, in the view of increased demand for health workforce due to demographic and epidemiologic transitions in both middle and high income countries.

Together with the "Push factors" in source countries such as poor work environment and low pay scale, and the "Pull factors" in high income countries such as higher pay, decent living standard and career advancement; the international migration of health workforce is therefore inevitable. The outmigration of well trained health workforce has negative impacts on the health systems of the source countries and will hamper the achievement of Sustainable Development Goals.

The Code is well placed as a global instrument in strengthening health systems, for which the management of international recruitment is a part of the Code.

In South East Asia Region, five member states are classified as critical shortage, the shortage is exacerbated by the maldistribution between urban and rural areas. Member states in the Region are active in drafting the ๒nd national reporting instrument as needed by the Code by July ๒๐๑๕. The WHO South East Asia Region is going to convene a workshop to support the draft report, review the findings and identify potential areas for collaborations.

As regard to Conference paper A๖๘/B/Conf/๓, Thailand cosponsors this draft decision.

Thank you, Chair.

Agenda ๑๗๓ Substandard/Spurious/Falsely/Labelled/Falsified/Counterfeit Medical Products ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. เกสซ์กรหญิงลีตานันท์ พูนผลทรัพย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
๒. ทันทแพทย์หญิงวิริศา พานิชเกรียงไกร สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

สาระสำคัญของวาระ

- เป็นการรายงานการประชุมกลไกของประเทศสมาชิก (Member State Mechanism: MSM) ครั้งที่ ๓ ระหว่างวันที่ ๒๙-๓๑ ตุลาคม ๒๕๕๗ in Geneva สำหรับความร่วมมือระหว่างประเทศสมาชิกเพื่อดำเนินการ เรื่อง SSFFC ให้ครอบคลุมมุมมองด้านสาธารณสุขมีเป้าหมายเพื่อสุขภาพของประชาชนและส่งเสริมการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพและมีคุณภาพในราคาที่เหมาะสม ทั้งนี้ ต้องปราศจากประเด็นด้านการค้าและทรัพย์สินทางปัญญา
- MSM ได้ทบทวนผลการประชุมอย่างไม่เป็นทางการของแผนการดำเนินการที่ระบุถึงกิจกรรมที่อยู่นอกเหนืออำนาจรับผิดชอบของ MSM แต่อย่างไรก็ตาม ก็ไม่สามารถมีมติเป็นเอกฉันท์ และได้ขอให้คณะกรรมการกำกับทิศทางดำเนินการปรึกษาหารือกับประเทศสมาชิกเพื่อเสนอข้อมูลในการพิจารณาในการประชุม MSM ครั้งที่ ๔ ในช่วงระหว่างเดือนตุลาคม และ พฤศจิกายน ๒๕๕๘
- MSM ได้พิจารณาข้อเสนอและให้ความเห็นชอบต่อข้อเสนอของคณะกรรมการกำกับทิศทางและการจัดลำดับความสำคัญของแผนการดำเนินงานสำหรับปี ๒๐๑๔-๒๐๑๕ และขอให้ฝ่ายเลขานุการนำเสนอข้อมูลของการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานในการประชุมครั้งต่อไป และขอให้พิจารณาสนับสนุนงบประมาณใน proposed program budget ๒๐๑๖-๒๐๑๗
- MSM ขอให้ฝ่ายเลขานุการรายงานความคืบหน้าของการดำเนินการตามมติ WHA ๖๗.๒๐ เรื่อง Regulatory system strengthening สำหรับ Medical Product เพื่อให้ไม่เกิดการซ้ำซ้อนของการดำเนินงานตามแผนการดำเนินงานของ MSM on SSFFC
- MSM ขอให้พิจารณาเลื่อนการนำเสนอการทบทวนการดำเนินงาน (Resolution WHA ๖๕.๑๙) ต่อสมัชชาอนามัยโลกออกไปอีก ๑ ปี ให้ไปเป็นปี ๒๐๑๗ ตามข้อตัดสินใจ EB๑๓๖(๑)

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- EU countries; Belgium, Spain อาร์เจนตินา มาเลเซีย อินโดนีเซีย ไนจีเรีย เกาหลี ฟิลิปปีนส์ จีน เอธิโอเปีย ให้ความสำคัญและสนับสนุนการดำเนินการดังกล่าว
- สหรัฐอเมริกา ให้ความสำคัญและให้การสนับสนุนการดำเนินการตามแผนงานที่ได้กำหนดไว้ของ MSM รวมทั้งขอให้ WHO ประเทศสมาชิกสนับสนุนเงินในการดำเนินการของ MSM
- อูรุกวัยขอให้ WHO สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการ MSM
- บราซิล อินเดีย เคนยา ยืนยันที่จะดำเนินการในเรื่องนี้ทางด้านสาธารณสุขเท่านั้นโดยปราศจากประเด็นด้านทรัพย์สินทางปัญญา

บทบาทท่าทีของประเทศไทย

- สนับสนุนข้อตัดสินใจ EB๑๓๖(๑) ที่ MSM ขอให้เลื่อนการนำเสนอผลการทบทวนการดำเนินงานต่อสมัชชาอนามัยโลกออกไปอีก ๑ ปี ให้ไปเป็น WHA๒๐๑๗

- สนับสนุนการดำเนินการของกลไกการดำเนินงานของประเทศสมาชิกให้ความสำคัญกับ WHO Global Surveillance and Monitoring Project ซึ่งจะทำให้ประเทศสมาชิกเข้าใจสภาพปัญหาและลักษณะของปัญหาที่แท้จริงของ SSFFC
- ขอให้ WHO secretariat ชี้แจงงบประมาณในปี ๒๐๑๖-๒๐๑๗ เพื่อที่จะนำมาใช้ในการดำเนินงาน ของ MSM

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมเห็นชอบต่อรายงานการดำเนินงานครั้งที่ ๓ ของ MSM on SSFFC และให้เลื่อนการทบทวนการดำเนินงานของ MSM ออกไปอีก ๑ ปี และจะนำเสนอรายงานต่อการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๗๐ ต่อไป

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

- ติดตามและเข้าร่วมการทำ web-based consultation ของการดำเนินงานตามแผนกิจกรรม
- วิเคราะห์หน่วยงานเพื่อจัดทำแผนพัฒนาที่สอดคล้องกับแผนการดำเนินงานของ SSFFC
- ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการตามแผนการดำเนินงานในส่วนที่กระทรวงสาธารณสุขมีความพร้อม เช่น กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

การทำงานในระดับนานาชาติ

- เข้าร่วม ติดตาม รวมทั้งให้การสนับสนุนการดำเนินการเข้าร่วมการประชุมของ Member State Mechanism เพื่อดำเนินการจัดทำแผนการดำเนินงานและตัวชี้วัดที่เป็นรูปธรรม
- ติดตามความคืบหน้าของการจัดงบประมาณของแผนการดำเนินงาน SSFFC
- เข้าร่วมในโปรแกรมการเฝ้าระวังของ WHO Global Surveillance and Monitoring Project และติดตามการดำเนินงานด้าน SSFFC ในระดับภูมิภาค และระดับโลก

Intervention on Agenda ๑๗.๓ Substandard/spurious/falsely/labelled/falsified/counterfeit medical products

Read by Sitanun Poonpolsub

Thank you, Mister Chair

My delegation appreciates the contribution of the Member State Mechanism which convened its third meeting in October ๒๐๑๔ in Geneva. Further Thailand appreciates Secretariat for the report of the ๓rd meeting of MSM on SSFFC.

The existence of SSFFC medical products cause the immense negative impact on health of the population and health system; national and regional regulatory authorities establish proactive strategies for the prevention and combat these products focusing on public health protection and not related to trade and intellectual property issues.

We appreciate MSM works and the WHO Global Surveillance and Monitoring Project which will further establish the scale and scope of SSFFC data, identify supply chain weaknesses and public health impact caused by SSFFC medical products. It is important for every member states to implement this project which will come up with availability of reliability evidence for policy decision to counteract SSFFC. To achieve this, country should allocate adequate resources.

We look forward to seeing the study on the links between accessibility and affordability and their impact on the emergence of SSFFC medical products which will be considered by the next meeting of MSM and update the implementation of paragraph ๒(๑๑) of resolution WHA๖๗.๒๐ on Regulatory system strengthening for medical products, which request the Director-General to ensure that any activities carried out under the resolution does not duplicate or circumvent the work plan and mandate of the Member State mechanism on SSFFC.

On program budget ๒๐๑๖-๑๗, we have a concern that budget for SSFFC activities was not clearly described. Thailand requests the ADG to clarify this specific questions.

In conclusion, we concur with the EB๑๓๖ decision one which postpones the review of the Member State mechanism by one year, to ๒๐๑๗.

Thank you. chair.

Agenda ๑๗.๔ Follow-up of the report of the Consultative Expert Working Group on Research and Development: Financing and Coordination

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. พันตแพทย์หญิงวริศา พานิชเกรียงไกร สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๒. เกษักรหญิงสิตานันท์ พูนผลทรัพย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
๓. ดร. กาญจนา จันทน์ไทย สำนักการพยาบาล

สาระสำคัญของวาระ

- วาระนี้เป็นการติดตามความก้าวหน้าคณะทำงานผู้เชี่ยวชาญ Consultative Expert Working Group (CEWG) ในประเด็นการเงินการคลังและการประสานงาน เพื่อนำไปสู่การวิจัยและพัฒนาโรคชนิดที่ ๒ และ ๓ และความต้องการการวิจัยและพัฒนาในประเทศที่กำลังพัฒนาที่มีความสอดคล้องกับโรคชนิดที่ ๑
- สาระสำคัญของรายงานความก้าวหน้า (เอกสาร A๖๘/๓๔) โดยผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก ประกอบด้วย
 - ๑) การจัดตั้งคณะกรรมการ Joint Coordinating Board ประกอบด้วยตัวแทนจากประเทศสมาชิก ๒๘ คน เพื่อกำกับดูแลระบบการเงินการคลัง และจัดตั้งคณะทำงาน (Scientific working group) เพื่อคัดเลือกโครงการ ติดตามการทำงานและรายงานผลการดำเนินงาน
 - ๒) การจัดตั้งกองทุนร่วมสมัครใจ (pooled fund for voluntary contributions) ในการสนับสนุน การศึกษาวิจัยและการอบรมโรคเขตร้อน (tropical diseases) โดยจะต้องมีการจัดตั้งกองทุนใหม่ และไม่ใช้กองทุนเดิมของ Special Programme ทั้งนี้ WHO จะเป็นผู้รับผิดชอบในการระดมทุน
 - ๓) การบริหารจัดการกองทุน จากการประชุมที่ผ่านมาได้มีการเสนอรูปแบบการจัดการกองทุน ๒ แบบ ได้แก่ การจัดการโดย Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (TDR) และ การบริหารจัดการโดยองค์กรอื่น ทั้งนี้ฝ่ายเลขาธิการได้จัดประชุมภายในและเสนอให้ TDR เป็นผู้บริหารจัดการกองทุน โดยมีการหักค่าบริการจัดการจากกองทุนร้อยละ ๑๓

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

มีประเทศที่แสดงท่าทีทั้งหมด ๒๔ ประเทศและองค์กรไม่แสวงผลกำไร ๔ องค์กร โดยทั้งหมดเห็นชอบกับรายงานของผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก ทั้งนี้ประเทศฝรั่งเศส สวิตเซอร์แลนด์ อินเดีย บราซิล และแอฟริกาใต้ ยังได้แสดงความจำนงในการสนับสนุนงบประมาณของกองทุน หลายประเทศยังเสนอให้เพิ่มการสนับสนุนด้านเทคนิค องค์ความรู้ และการแลกเปลี่ยนข้อมูลอีกด้วย นอกจากนี้หลายประเทศยังได้เรียกร้องให้มีการจัดประชุม open end meeting เพื่อหารือในรายละเอียดของการบริหารจัดการ CEWG ภายในปีพ.ศ. ๒๕๕๙ ก่อนจะมีการประชุม WHA๖๙

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยสนับสนุนรายงานฉบับนี้ รวมถึงสนับสนุนให้ TDR เป็นผู้จัดการกองทุน นอกจากนี้ยังได้แสดงข้อกังวลใจถึงความยั่งยืนของกองทุน เนื่องจากในรายงานยังไม่ได้ระบุวิธีการระดมทุนที่ชัดเจน ความโปร่งใสและหน้าที่รับและงบกองทุนในการสนับสนุนงานวิจัยที่ต้องมีการหักงบบริหารจัดการออกก่อนร้อยละ ๑๓

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

WHA๖๘ รับรองรายงานการติดตามความก้าวหน้าคณะทำงานผู้เชี่ยวชาญ ทั้งนี้ฝ่ายเลขานุการองค์การอนามัยโลกได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่า ฝ่ายเลขานุการกำลังดำเนินการจัดทำรายงานความคืบหน้า (comprehensive report) และแผนดำเนินงานให้แล้วเสร็จก่อนการประชุม WHA๖๙ การจัดทำ global R&D observatory website ซึ่งจะมีการเริ่มใช้ในเดือนมกราคม ๒๕๕๙ นอกจากนี้ฝ่ายเลขานุการจะจัดหาวันที่เหมาะสมสำหรับการประชุม open end meeting ต่อไป

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

- ควรมีการกำหนดผู้รับผิดชอบหลักของเรื่อง CEWG เพื่อเป็นตัวแทนประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ในประเทศไทยให้เกิดการดำเนินงานที่ต่อเนื่องภายหลังการประชุม WHA รวมถึงการติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงาน CEWG อย่างต่อเนื่อง
- เสนอให้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เป็น Focal point เรื่อง CEWG อย่างต่อเนื่อง และ เสนอให้ประเทศไทยพิจารณาร่วมลงทุนในกองทุนแบบสมัครใจด้วย
- การนำข้อมูลจาก Global R&D Observatory มาใช้ประโยชน์ และการแนะนำ Global R&D Observatory Website ให้กับหน่วยงานต่างๆ เช่น สวรส. อย. กรมควบคุมโรค IHPP ได้ใช้ประโยชน์ต่อไป

การทำงานในระดับนานาชาติ

- การติดตามรายงาน Comprehensive Report เพื่อเป็นข้อมูลในการดำเนินงานในอนาคต
- การเข้าร่วมการประชุม Open end meeting เพื่อหารือในเรื่องการบริหารจัดการกองทุน โดยฝ่ายเลขานุการจะแจ้งวันประชุมให้ทราบภายหลัง

Intervention on agenda ၈၈၉ Follow-up of the report of the Consultative Expert Working Group on Research and Development: Financing and Coordination

Read by Dr. Warisa Panichkriangkrai (၂၅/၀၉/၂၀၁၉)

Thank you Chair,

My delegations commend the hard work of the secretariat to prepare the report of the CEWG on R&D. We welcome the good progress on the selection of demonstration projects-- these are very relevant to type III and II diseases.

Our main concern is the adequacy and long term sustainability of the pooled fund as it has to mobilize new fund and cannot be allocated from the TDR resources. Effective fund raising mechanism is vital to secure adequate and sustainable budget. My delegation is in favour of a replenishment model, similar to GAVI, UNITAID, and Global Fund; though the global gloomy economic situation may not in favour of a large pool fund. However, the large pooled fund does not exclude efforts by TDR to mobilize ad-hoc funding where opportunities arise. Priority projects based on evidence from Global Health R&D Observatory will safeguard against donor driven R&D agenda.

To gain trust and funding support by Member States and Donors, the governance and program management must be transparent, accountable and efficient. The Joint Coordinating Board and the scientific working group as well as the TDR secretariat play important role in this matter. Regular report to JCB and WHA on its implementation is part of the accountability framework. We note with satisfaction on the governance structure of the voluntary pool fund, as shown in Doc A၁၃/၈၉, however, the effective functionality is equally important as the governance structure.

Chair, On Fund management, having a third party trustee will create another layer of administrative complexity compared with direct management by TDR. Our concern is the net operating budget directly for the R&D activities must be safeguarded.

In conclusion, we would like to see more concrete actions in order to move the global R&D financing and coordination forward effectively.

Thank you, Chair

Agenda ๗.๕ Evaluation of the Global Strategy and Plan of Action on Public Health, Innovation and Intellectual Property

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. เกสส์กรหญิงลีตานันท์ พูนผลทรัพย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
๒. ทันทแพทย์หญิงวริศา พานิชเกรียงไกร สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

สาระสำคัญของวาระ

- มติ WHA ๖๑.๒๒ รับรองแผนยุทธศาสตร์ระดับโลกและแผนปฏิบัติการ (GSPA) สำหรับปี ๒๐๐๘-๒๐๑๕ ว่าด้วยสาธารณสุขนวัตกรรมและทรัพย์สินทางปัญญา ซึ่งประกอบด้วยยุทธศาสตร์หลัก ๘ ยุทธศาสตร์ ๒๕ sub-element พร้อมแผนปฏิบัติการที่ต้องดำเนินการจำนวน ๑๐๘ แผน ในแผนดังกล่าวขอให้ดำเนินการติดตามความก้าวหน้าของการนำไปปฏิบัติ (Comprehensive program evaluation) และ รายงานต่อที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก ในปี ๒๐๑๒
- มติ WHA ๖๒.๑๖ ขอให้มีการดำเนินการ overall program review ของแผน GSPA ในประเด็นของความสำเร็จ ความท้าทายที่ยังคงประสบอยู่ และ คำแนะนำในการดำเนินการตามแผนนี้ต่อไปในอนาคตให้เรียบร้อย ในปี ๒๐๑๕ แต่คณะกรรมการ EB ยังไม่ได้รับรายงาน
- ข้อตัดสินใจ EB ๑๓๖(๑๓) ขอให้ DG นำเสนอผล comprehensive evaluation (CE) และ overall program review (PR) โดยปรึกษารัฐหรือกับประเทศสมาชิก ซึ่งมีเป้าหมายให้ดำเนินการให้สำเร็จภายในปี ๒๐๑๘ โดยมี ๒ ทางเลือก ดังนี้
 ๑. ดำเนินการของ ๒ การประเมินรวมกัน รวมทั้ง ToR กระบวนการ และ กำหนดเวลา
 ๒. ดำเนินการประเมิน CE และ PR แยกกันโดยดำเนินการ CE ก่อนและจึงดำเนินการ PR ในแผนภาพในภาคผนวก

นอกจากนี้ ยังมีข้อเสนอให้จัดตั้ง evaluation management group เพื่อดูแลการประเมินของ CE

- CE ดำเนินการประเมินให้สอดคล้องกับ WHO Evaluation Policy and guided by the WHO Evaluation Practice Handbook จะเป็นการดำเนินการแบบ formative evaluation โดยต้องครอบคลุมสถานการณ์ดำเนินการตามแผน GSPA ทั้ง ๘ elements
- PR จะเป็นการประเมินในลักษณะที่เป็น policy-oriented, forward-looking exercise และ ToR ของการประเมินนั้นจะต้องสอดคล้องกับผลของ CE และ มีการมีส่วนร่วม stakeholders ในภาคส่วนต่างๆอย่างกว้างขวาง
- บราซิล โบลิเวีย เอกวาดอร์ อินเดีย และ แอฟริกาใต้ ได้มีการเสนอ ร่างมติ GSPA โดยมีสาระสำคัญ ๓ ประเด็น คือ
 ๑. ขยายระยะเวลาของแผน GSPA จากปี ๒๐๑๕ เป็น ๒๐๒๒
 ๒. ขยายระยะเวลาของการประเมิน over all program review จากปี ๒๐๑๕ เป็น ๒๐๑๘
 ๓. ขอให้ดำเนินการ comprehensive evaluation (CE) และ over all program review (PR) ของแผน GSPA เป็นลำดับต่อเนื่องกันดังที่แสดงไว้ในเอกสาร A๖๘/๑๕ และภาคผนวก โดยต้องมีการปรึกษารัฐหรือกับประเทศสมาชิก
 ๔. ขอให้ DG ดำเนินการในการประเมิน และ รายละเอียด จำนวน สัดส่วน รูปแบบ ToR การคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญในการประเมิน ฯลฯ

แต่เนื่องจากไม่สามารถมีมติเป็นเอกฉันท์จึงเกิด Informal Consultation (Brazil Bolivia India USA UK Spain Russia Switzerland EU China Japan Thailand Mexico) และได้ร่างมติใหม่ที่ได้รับการยอมรับ โดยมีเนื้อหาเพิ่มเติม เช่น จะต้องปรึกษาหารือกับประเทศสมาชิกในเรื่องของกระบวนการและ provision ของการประเมินดังนี้

- ดำเนินการประเมินให้สอดคล้องกับ WHO Evaluation Policy and guided by the WHO Evaluation Practice Handbook และเริ่ม CE โดยมีขอบเขตของการทำงาน (ToR) ในเดือนมิถุนายน ๒๐๑๕ (A๖๘/๑๕) และนำเสนอ inception report ในการประชุม EB๑๓๘ และส่งรายงานเฉพาะเต็ม ของ CE เพื่อการพิจารณาใน WHA๗๖
- ดำเนินการจัดตั้งคณะ ad hoc Evaluation Management Group ที่จะควบคุมการประเมินโดย CE โดยประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านต่างๆจากภายนอก (independent external subject matter experts) ๖ คน โดยวิธีการเลือกนั้นจะต้องเป็นไปตาม WHO Evaluation Practice Handbookและต้องปรึกษาหารือกับ regional director และ ผู้เชี่ยวชาญการประเมินจาก the United Nations Evaluation Group จำนวน ๒ คน
- ดำเนินการจัดตั้งผู้เชี่ยวชาญเพื่อดำเนินการประเมิน PR จำนวน ๑๘ ท่านโดยจะต้องมี gender balance, equal regional representation from developed and developing countries, diversity of technical competence expertise with a broad and balanced mix of expertise, practical experience and backgrounds เพื่อให้ครอบคลุมทั้ง ๘ elements ของแผน GSPA
- ขอให้ประเทศสมาชิกเสนอชื่อผู้เชี่ยวชาญโดยผ่านทาง RD ในการประชุม EB ๑๓๙ เพื่อให้ DG ทำการคัดเลือก
- ขอให้ DG นำเสนอ ToR ของ PR เพื่อให้ EB พิจารณาในการประชุม EB๑๔๐
- นำเสนอรายงานการประเมิน PR เพื่อการพิจารณาใน EB๑๔๒ และ เข้าสู่การพิจารณา WHA๗๖ ในปี ๒๐๑๘ ต่อไป

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- ประเทศส่วนใหญ่ตระหนักเห็นความสำคัญของ Global Strategy and Plan of Action on Public Health, Innovation and Intellectual Property ซึ่งจะมีส่วนทำให้เกิดการวิจัยและพัฒนาการรักษาในโรค type ๒,๓ และ ทำให้เกิดการ delink R&D cost และ ราคายา
- ประเทศส่วนใหญ่เสนอให้มีการเลื่อนแผน GSPA และ การดำเนินการประเมิน CE และ PR ของแผน GSPA เป็นลำดับต่อเนื่องกัน
- มีความกังวลเรื่องรายละเอียดการประเมิน ในรายละเอียด โดยมีรายละเอียด ดังนี้
 - การตั้ง Ad hoc Evaluation management group; สัดส่วนของผู้เชี่ยวชาญอิสระ และ ผู้เชี่ยวชาญที่มาจากประเทศสมาชิก เกณฑ์การคัดเลือก ของเขตการดำเนินงาน เป็นต้น
 - จำนวนที่เหมาะสมของผู้เชี่ยวชาญที่จะดำเนินการ PR, ToR, ความสอดคล้องของระยะเวลาในการดำเนินการให้ทันตามกำหนด
 - การมีส่วนร่วมในการประเมินของประเทศสมาชิกของทั้ง CE และ PR

บทบาทท่าทีของประเทศไทย

- ตระหนักถึงความสำคัญของแผน GSPA และเห็นด้วยกับการขยายระยะเวลาของแผน GSPA เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการดำเนินการวิจัยและพัฒนา

- ตะหนักถึงความสำคัญของข้อเสนอแนะในการดำเนินการตามแผน GSPA ในระยะต่อไป รวมทั้งความท้าทายที่เกิดขึ้น ดังนั้นทีมที่จะประเมินควรจะต้องประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญในหลายด้านที่สอดคล้องทั้ง ๘ elements และควรจะมีการมีส่วนร่วมจากประเทศสมาชิกในภูมิภาคต่างๆ

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมเห็นชอบร่างมติ GSPA

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

- ตั้ง Focal point เพื่อประสานติดตาม กำกับ การดำเนินงานในภาพรวมของแผน
- ประสานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการตามแผน GSPA และ ทำการประเมินผลการดำเนินงานตามแผน GSPA ของประเทศ

การทำงานในระดับนานาชาติ

เข้าร่วม ติดตาม การดำเนินการตามมติดังกล่าว รวมทั้งการเตรียมผู้เชี่ยวชาญที่จะเสนอเข้าร่วมเป็นผู้ประเมิน

Intervention on Agenda ๓๗.๕ Evaluation of the Global Strategy and Plan of Action on Public Health, Innovation and Intellectual Property

Read by Sitanun Poonpolsub

Thailand appreciates the report on the implementation of the GSPA in A๖๘/๓๕

We need to extend the GSPA from ๒๐๑๕ to ๒๐๒๒, and extend the overall program review from ๒๐๑๕ to be conducted by ๒๐๑๘

We agree that we need to conduct comprehensive evaluation and overall program review in a staggering manner.

We agree with the proposed nomination of panel of experts of the overall program review where the DG identifies from the pool of experts proposed by member states.

Having reviewed the Conference paper A๖๘/B/Conf ๑

Thailand supports the draft Resolution.

Thank you, Mister Chair

Agenda ๑๘ Progress Reports: Non-Communicable Diseases

- A. Comprehensive Mental Health Action Plan ๒๐๑๓-๒๐๒๐ (Resolution WHA๖๖.๘)
- B. Comprehensive and Coordinated Efforts for the Management of Autism Spectrum Disorders (Resolution WHA๖๗.๘)
- C. Disabling Hearing Loss (Resolution WHA๔๘.๙)

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. แพทย์หญิงเบญจมาศ พฤกษ์กานนท์ กรมสุขภาพจิต
๒. นายแพทย์ฐิติกร โตโพธิ์ไทย กรมอนามัย

สาระสำคัญของวาระ

วาระเพื่อรายงานความก้าวหน้าโดย WHO secretariat สำหรับ Non-Communicable Diseases (NCDs) ใน ๓ Resolutions ดังนี้

- A. Comprehensive Mental Health Action Plan ๒๐๑๓-๒๐๒๐ (Resolution WHA๖๖.๘) สืบเนื่องจาก WHA๖๖ มีการขอให้รายงานความคืบหน้าทุก ๒ ปี ใน Action Plan มี ๖ เป้าหมายระดับโลกและ Secretariat ได้คิดชุดตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องให้กับประเทศสมาชิกและกำหนด ๘ ตัวชี้วัดสำคัญที่ปรากฏอยู่ใน WHO Mental Health Atlas เพื่อให้ประเทศสมาชิกสามารถรายงานได้
- B. Comprehensive and Coordinated Efforts for the Management of Autism Spectrum Disorders (Resolution WHA๖๗.๘)
สืบเนื่องจาก WHA๖๗ มีการขอให้รายงานการดำเนินงานดูแลรักษา ASDs พร้อมกับเข้าไปในการดำเนินงานของ Resolution WHA๖๖.๘ Comprehensive Mental Health Actions Plan ๒๐๑๓-๒๐๒๐ และในการดำเนินงานของ WHA๖๖.๘ Ability
- C. Disabling Hearing Loss (Resolution WHA๔๘.๙)
WHO ประเมินการณ์ว่ามีประชาชนประมาณ ๓๖๐ คน ทั่วโลกที่มีความพิการบกพร่องทางการได้ยิน (hearing loss) ในจำนวนนี้ ๓๒ ล้านคนเป็นเด็ก ราว ๑ ใน ๓ ของคนอายุมากกว่าหรือเท่ากับ ๖๕ ปี มี hearing loss ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อาศัยในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง (Low and Middle Income Countries) ที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคคล ทางเลือกของการรักษาและการเข้าถึงเครื่องช่วยฟัง ส่วนในอีกประมาณ ๑ ล้านคนของประชากรอายุระหว่าง ๑๒-๓๕ ปี ซึ่งส่วนใหญ่อาศัยในประเทศรายได้ปานกลางถึงสูง (High and Middle Income Countries) ซึ่งมักเกิดปัญหาจากปัญหาการเผชิญกับเสียงดัง

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ทุกประเทศที่เสนอความเห็นมีความเห็นสอดคล้องตรงกันในการชื่นชมการทำงานของผู้อำนวยการใหญ่ องค์การอนามัยโลกและ Secretariats สำหรับการรายงานความก้าวหน้าใน Resolutions ทั้งสามนี้ รวมทั้งพร้อมที่จะดำเนินการสนับสนุน Resolutions ทั้งสามนี้ต่อไป และมีการเสนอความเห็นสอดคล้องกันทั้งภูมิภาค (Regional one voice) คือ African Region one voice (๔๗ ประเทศ) หลายประเทศมีการพูดถึงความสำคัญของการดูแลด้านสุขภาพจิตในภาวะวิกฤตที่ทั่วโลกได้เผชิญอยู่เป็นระยะๆ ได้แก่ ความรุนแรงจากสถานการณ์การเมืองการปกครอง โรคระบาด พายุ น้ำท่วม แผ่นดินไหว และมีแนวโน้มเห็นความสำคัญของ

การส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต (Prevention and Promotion) ก่อนที่จะเกิดปัญหาขึ้น โดยเน้นให้เห็นความสำคัญของการทำให้เกิดความตื่นตัวสนใจจากสังคม (Public Awareness) รวมทั้งการป้องกันหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงหรือสาเหตุที่จะทำให้เกิดความพิการบกพร่องทางการได้ยิน

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยให้การสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับเรื่อง Comprehensive Mental Health Action Plan ๒๐๑๓-๒๐๒๐ (resolution WHA๖๖.๘) และเรื่อง Comprehensive and Coordinated Efforts for the Management of Autism Spectrum Disorders (Resolution WHA๖๗.๘) และชื่นชมการทำงานของ WHO DG, secretariat และประเทศสมาชิกทั้งหลายที่ได้ทำให้เกิดการรายงานความก้าวหน้าที่ยากมาครั้งนี้ และได้รายงานการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตสำหรับประเทศไทย โดยกล่าวถึงระบบงานด้านสุขภาพจิตที่บูรณาการเข้าสู่ระบบสุขภาพของประเทศไทย ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการดำเนินงานด้านการเพิ่มความรู้อำนาจระดับประเทศ เพื่อให้สังคมไม่รังเกียจผู้มีปัญหาสุขภาพจิตรวมทั้งผู้ป่วย ASDs และทำให้ผู้ป่วยและญาติเหล่านี้สามารถใช้ชีวิตร่วมกันในสังคมรวมทั้งสามารถทำประโยชน์ให้กับสังคมได้ รวมทั้งเสนอความต้องการการสนับสนุนจาก WHO ในเรื่องที่ยังเป็นปัญหาสำหรับประเทศไทยอยู่ ได้แก่ เรื่องการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน รวมทั้งเรื่องฐานข้อมูล

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

- ประเทศสมาชิกรับทราบรายงานความก้าวหน้า ในเอกสาร A๖๘/๓๖ Report by WHO Secretariats และทางทีม WHO Secretariats รับทราบสิ่งที่แต่ละประเทศให้ความเห็น โดย Dr. Zaxena, Director of Mental Health and Substance Abuse, WHO สำหรับเรื่องสุขภาพจิต สรุปตอนท้ายว่า ขอบขอบคุณที่ประเทศสมาชิกที่ให้การสนับสนุนและดำเนินการตาม Resolutions ทั้งสามนี้เป็นอย่างดีและเกิดความก้าวหน้าขึ้นอย่างมาก ด้วยการดำเนินการหลากหลายกันตามแต่บริบทของแต่ละประเทศที่แตกต่างกันไป อย่างไรก็ตามมีประเด็นที่น่าสนใจดังนี้คือ
 - A. Comprehensive mental health action plan ๒๐๑๓-๒๐๒๐ (resolution WHA๖๖.๘) ประเทศสมาชิกหลายประเทศได้มีการผลักดันเชิงนโยบายรวมทั้งการผลักดันตามกฎหมายกระทรวงทำให้เกิด mental health action plan ที่ชัดเจนขึ้น โดยแต่ละประเทศสมาชิกมีการเลือกจัดลำดับความสำคัญของการดำเนินงานตามปัญหาสุขภาพจิตที่แตกต่างกันของแต่ละประเทศสมาชิก อาทิ ปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ปัญหาการฆ่าตัวตาย เป็นต้น สำหรับประเทศสมาชิกในภูมิภาคแอฟริกา ยังคงต้องการให้ WHO สนับสนุนด้านเทคนิคต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนให้เกิดการเข้าถึงบริการที่มากขึ้นสำหรับผู้มีปัญหาสุขภาพจิตทั้งในระดับประเทศและระดับภูมิภาค รวมทั้งประเทศสมาชิกอื่นยังคงต้องการการสนับสนุนเรื่องข้อมูลด้านสุขภาพจิตซึ่งเป็นเรื่องสำคัญ
 - B. Comprehensive and Coordinated Efforts for the Management of Autism Spectrum Disorders (Resolution WHA๖๗.๘) ขอขอบคุณประเทศสมาชิก และโดยเฉพาะประเทศบังคลาเทศที่ทำให้เกิดภาพการดูแลผู้ป่วย ASDs ที่ก้าวหน้าไปมากทั้งระดับประเทศและระดับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ประเทศสมาชิกได้พัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการเตรียมความพร้อมสำหรับดูแลด้านนี้อย่างเข้มแข็ง รวมทั้งสนับสนุนให้เกิดภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชนรวมทั้งญาติและผู้ป่วย ซึ่งเป็นปากเสียงที่ดีมาก

- WHO secretariat สำหรับผู้พิการ ได้สรุปในประเด็น
 - C. Disabling hearing loss (resolution WHA๔๔๙) กล่าวว่าประเทศสมาชิกหลายประเทศผลักดันโปรแกรมการตรวจคัดกรองเด็กที่มีปัญหาการได้ยินและให้เครื่องช่วยฟังทันทีที่ตรวจพบ ทำให้เด็กที่มีปัญหาการได้ยินกลุ่มนี้สามารถเข้าถึงบริการได้ดีขึ้น รวมทั้งมีการสนับสนุนให้เกิดเครือข่ายการดูแลที่เข้มแข็งทั้งในระดับประเทศและระหว่างประเทศ อย่างไรก็ตามประเทศสมาชิกยังคงต้องการการสนับสนุนในเชิงเทคนิคโดยเฉพาะเรื่องฐานข้อมูลระดับประเทศสำหรับผู้พิการด้านการได้ยิน

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

สำหรับกระทรวงสาธารณสุขและกรมสุขภาพจิต

- กระตุ้นและผลักดันให้เกิดความมุ่งมั่นทางการเมืองอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะด้านงบประมาณ และการพัฒนากำลังคนในนโยบายและแผนสุขภาพระดับชาติในการดูแลผู้ป่วยปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาพัฒนาการ และผู้ที่มีความพิการด้านการได้ยิน โดยความร่วมมือกับเครือข่ายทั้งภาคประชาชน ภาครัฐ และภาคเอกชน ทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข
- สื่อให้ประชาชนและสังคมมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวชและผู้พิการหรือด้อยโอกาสทางสังคม รวมทั้งผู้ป่วย ASDs และผู้ที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน
- ให้การดูแลทั้งคัดกรอง วินิจฉัย และรักษาอย่างบูรณาการในระบบบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิ รวมทั้งสนับสนุนพัฒนาให้มีการส่งต่อผู้เชี่ยวชาญอย่างไร้รอยต่อในระบบการพัฒนาบริการสาขา (service tract) สุขภาพจิตและจิตเวชในเขตสุขภาพทั้ง ๑๒ เขตรวมทั้งกรุงเทพมหานคร โดยควรมีการดำเนินการดูแลผู้ป่วย ออติสติก รวมไปถึงการดูแลปัญหาสุขภาพจิตเด็กอื่นๆ รวมทั้งปัญหาพัฒนาการล่าช้า โดยควรมีการเข้าไปในโปรแกรมการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาสารเสพติดและความผิดปกติทางระบบประสาท (WHO mhGAP program) ที่มีการดำเนินการอยู่แล้วในพื้นที่นำร่อง และกำลังขยายการดำเนินการขั้นต่อไปในเขตสุขภาพ
- เพิ่มความสามารถของระบบสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพิ่มการเข้าถึงบริการและเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการของบุคลากรด้านสุขภาพจิต ในบทบาทเชิงรุกเพื่อให้สามารถให้การวินิจฉัยและให้การรักษาอย่างรวดเร็วทันที่
- ในด้านระบบข้อมูลและสารสนเทศที่เป็นสิ่งท้าทายสำคัญสำหรับประเทศสมาชิกทั้งหลายรวมทั้งประเทศไทย นั้น เดิมกรมสุขภาพจิตมีฐานข้อมูลการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า และฐานข้อมูลการฆ่าตัวตายในเชิงคุณภาพ ซึ่งได้จากการรายงานของพื้นที่ทั่วประเทศที่ทำให้สามารถรายงานสถานการณ์การเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า รวมทั้งสถานการณ์การฆ่าตัวตายที่มีคุณภาพและเป็นปัจจุบัน แต่เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้ลดการรายงานจากพื้นที่ลง และให้ใช้ฐานข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขเพียงฐานข้อมูลเดียวคือ ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม ซึ่งน่าจะมีผลกระทบต่อกรรายงานข้อมูลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชระดับประเทศ จึงควรจะมีการวางแผนและวิเคราะห์ร่วมกันในภาพรวมของกระทรวงสาธารณสุข โดยตัวแทนจากหน่วยงานต่างๆ เพื่อทำข้อตกลงหรือพัฒนาฐานข้อมูลที่จำเป็น และรองรับการรายงานในฐานประเทศสมาชิกต่อ WHO ตาม resolutions ต่างๆ รวมทั้ง Resolutions ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตและจิตเวชด้วย

สำหรับหน่วยงานภายนอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงาน รวมทั้งหน่วยงานที่ไม่ใช้รัฐบาล เช่น สำนักงานกองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

- มีส่วนร่วมสนับสนุนในการให้เกิดข้อผูกมัดทางการเมือง โดยเฉพาะด้านงบประมาณ กำลังคนในนโยบาย และแผนสุขภาพระดับชาติในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ร่วมกันโดยเครือข่าย ทั้งภาคประชาชน ภาครัฐ และภาคเอกชนทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข
- ร่วมสื่อให้ประชาชนและสังคมมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวชและผู้พิการหรือด้อยโอกาสทางสังคม รวมทั้งผู้ป่วย ASDs และผู้พิการที่บกพร่องทางการได้ยิน
- สำนักงานกองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เน้นให้การสนับสนุนเรื่องการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งความพิการบกพร่องทางการได้ยิน
- กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงาน เน้นการให้การสนับสนุนด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพกับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งความพิการบกพร่องทางการได้ยิน

การทำงานในระดับนานาชาติ

เนื่องจากปัญหาเรื่องสุขภาพจิตและจิตเวช รวมทั้งผู้พิการมิใช่เพียงปัญหาในระดับประเทศ หากแต่ถือเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก ดังนั้นควรมีการเครือข่ายการดำเนินงานในต่างประเทศที่จะให้การสนับสนุนการทำงานเรื่องนี้ร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรม ได้แก่ มีการใช้ Platform ที่มีอยู่แล้วในด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ เช่น SOMHD ในการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิตและผู้พิการในระดับภูมิภาค รวมทั้งมีการแลกเปลี่ยนสื่อและเทคโนโลยีในการป้องกันแก้ไขปัญหาดังกล่าว และควรร่วมมือกันทำวิจัยเพื่อพัฒนาในเรื่องนี้ต่อไป

Intervention on Agenda ๑๘ Progress Reports: Non-Communicable Diseases

Read by Dr. Benjamas Prukkanone (๒๖/May/๒๐๑๕)

Thank you, Mr. Chair.

Good morning honorable delegates, Ladies and Gentlemen.

First of all, Thailand would like to appreciate the WHO DG, Secretariat team and Member States who contributed to this excellence progression in the implementation of the comprehensive mental health action plan ๒๐๑๓-๒๐๒๐ and the comprehensive and coordinated efforts for the management of Autism Spectrum Disorders.

Please allow me to share our progression. Thailand has provided comprehensive mental health care integrated with national health care system, and booted the accessibility to mental health care through universal health coverage scheme. We also implemented community-based mental health promotion and prevention programs across life span.

Advocacy against prejudice, empowering people with mental disorders included Autism Spectrum Disorders, families and communities , as well as collaborating among multiple sectors such as social, education, employment and other relevant sectors increased social concerns with people affected mental health problems. The implementation of the mental health action plan is well consistent to the Mental Health Act updated this year (๒๐๑๕) with aims to protect not only rights of vulnerable people who have mental illness but also people in society.

However, challenges still need to be concerned in the future. Among the key challenges are strengthening information systems, evidence and research as well as monitoring and evaluation of on-going program implementation. Above all, political commitment needs to ensure continuity of strong support as well as regional leadership.

Therefore, we would very much appreciated for more technical guidance and support from WHO, particularly for improving mental health information systems and framework for monitoring and evaluation, in order to achieve the goals of the mental health action plan ๒๐๑๓-๒๐๒๐ .

Thank you very much, Mr. Chair.

Agenda ๑๘ Progress Reports: Communicable Diseases

- D. Eradication of Dracunculiasis (Resolution WHA๖๔.๑๖)
- E. Elimination of Schistosomiasis (Resolution WHA๖๕.๒๑)
- F. Neglected Tropical Diseases (Resolution WHA๖๖.๑๒)
- G. Prevention and Control of Sexually Transmitted Infection

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. แพทย์หญิงบุษบัน เชื้ออินทร์ กรมควบคุมโรค
๒. นายแพทย์ยงเจือ เหล่าศิริถาวร กรมควบคุมโรค
๓. แพทย์หญิงอรรธยา ลีมีวัฒนาที่ยังยง กรมควบคุมโรค

สาระสำคัญของวาระ

- เป็นการรายงานความก้าวหน้าภายหลังจากที่แต่ละได้มีข้อมติในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยต่างๆ
- วาระเหล่านี้ไม่มีความก้าวหน้าการดำเนินงานมากนัก เนื่องจากโรคส่วนใหญ่เกิดในประเทศกำลังพัฒนา ขาดทรัพยากรในการแก้ไขปัญหาและที่สำคัญคือขาดความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ
- ปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

D. Eradication of Dracunculiasis (Resolution WHA๖๔.๑๖)

หลายประเทศขอให้มีการสนับสนุนให้ประชาชนในประเทศที่มีโรคมมีโอกาสเข้าถึงน้ำดื่มที่สะอาด

E. Elimination of Schistosomiasis (Resolution WHA๖๕.๒๑)

มีข้อคิดเห็นและเรียกร้องให้ร่วมกันแก้ไขปัญหาในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบและมีความกังวลต่อผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมที่จะมีผลต่อ host และทำให้มีการกระจายของพยาธิมากขึ้น

F. Neglected Tropical Diseases (Resolution WHA๖๖.๑๒)

มีการเรียกร้องให้มีการแก้ไขปัญหา NTD อย่างจริงจัง ซึ่งยังมีอีกหลายโรคที่ไม่ได้บรรจุอยู่ในรายการ เช่น พยาธิใบไม้ในตับ

G. Prevention and Control of Sexually Transmitted Infection

มีการแสดงความกังวลต่อ STI ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น รวมถึงการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และเสนอให้เร่งรัดมาตรการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยไม่ได้แสดงท่าทีในวาระนี้เนื่องจากมีเวลาจำกัด

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับทราบรายงานความก้าวหน้า

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

การทำงานในระดับประเทศ

กรมควบคุมโรค ร่วมกันขับเคลื่อนโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ แม้จะไม่ได้บรรจุในรายการ เช่น พยาธิใบไม้ในตับ โรคเรื้อน เป็นต้น

การทำงานในระดับนานาชาติ

ติดตามความก้าวหน้าและหาโอกาส advocate ในระดับนานาชาติเพื่อหาจุดสนใจร่วมและสร้างความร่วมมือในการแก้ปัญหาพร้อมกัน

Agenda ๑๘ Progress Reports: Promoting Health through the Life Course

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. ดร. เบญจวรรณ ธวัชสุภา กรมอนามัย
๒. รองศาสตราจารย์ ดร. นงนุช บุญยั้ง สภาการพยาบาล

สาระสำคัญของวาระ

วาระนี้ เป็นการนำเสนอรายงานความก้าวหน้า ในเอกสาร A๖๘/๓๖ Progress reports by secretariat ในหัวข้อ Promoting health through the life course ซึ่งประกอบด้วยหัวข้อต่อไปนี้

- H. Newborn Health (Resolution WHA๖๗.๑๑) ที่ทาง WHO กำหนดให้เป็นโปรแกรมในการจัดการปัญหาของทารกแรกเกิด โดยมีความมุ่งหวังหลักในการลดการเสียชีวิตของทารก
- I. Working Towards Universal Coverage of Maternal, Newborn and Child Health Interventions (Resolution WHA๕๘.๓๑) ที่ให้ความสำคัญกับขยายการเข้าถึง ความครอบคลุมและความเพียงพอของระบบบริการสาธารณสุขในการให้บริการอนามัยแม่และเด็กและอนามัยการเจริญพันธุ์
- J. Implementation of the Recommendations of the United Nations Commission on Life-Saving Commodities for Women and Children (Resolution WHA๖๖.๓) ที่ให้มีการรายงานความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามแผนการดำเนินงานของ UN Commission on Life-Saving Commodities for Women and Children

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศส่วนใหญ่เห็นด้วยในรายงานความคืบหน้าของการดำเนินงานที่จัดทำโดยคณะเลขานุการ โดยอยากให้รักษาความก้าวหน้าในการดำเนินงานในแผนปฏิบัติการเพื่อเพิ่มอัตราการรอดของทารก และมีข้อเสนอแนะให้ประเทศสมาชิกในการผนวกเรื่องอนามัยแม่และเด็กในบริการสุขภาพแบบปฐมภูมิ (Primary Health Care) การพิจารณาถึงเรื่องความเท่าเทียมกันในการให้บริการสุขภาพประชาชนที่ย้ายถิ่นเข้ามา (Migrants) เพื่อป้องกันและช่วยลดการเสียชีวิตของทารก

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยรับรองรายงานความก้าวหน้าของการดำเนินงานที่จัดทำโดยคณะเลขานุการ และมีข้อห่วงใยในเรื่องกลุ่ม High-risk group ได้แก่ Teenage Pregnancy และ Migrants ยังมีปัญหาในแง่การเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ ดังนั้นการดำเนินงานเรื่อง Newborn Health ต่อไปควรเน้นในเรื่องคุณภาพและการเข้าถึงบริการ และจากประสบการณ์ของประเทศไทย พบว่า การมีระบบบริการสุขภาพและบุคลากรสาธารณสุขที่มีคุณภาพและครอบคลุมทั่วถึงนั้น ยังเป็นปัจจัยที่สำคัญในการดำเนินงานตามนโยบายดังกล่าว นอกจากการสนับสนุนทางการเมืองและนโยบายด้านสุขภาพที่เข้มแข็งแล้ว ประเทศไทยจึงขอเรียกร้องให้องค์การอนามัยโลกและประเทศสมาชิกได้ให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาพื้นฐานในด้านความครอบคลุมและความเพียงพอของระบบบริการสาธารณสุขรวมทั้งบุคลากรสุขภาพ ในการให้บริการอนามัยแม่และเด็กได้อย่างครอบคลุมและถ้วนหน้า นอกจากนี้การพัฒนาฐานข้อมูลสุขภาพรวมทั้งการลงทะเบียนและเพื่อให้ครอบคลุมหญิงตั้งครรภ์และทารกทุกราย และการสำรวจครัวเรือนทั้งในด้านการเข้าถึงและการใช้บริการสุขภาพเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการติดตามและประเมินผลความสำเร็จของนโยบาย รวมทั้งยังสามารถนำข้อมูลมาใช้วิเคราะห์ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการอนามัยแม่และเด็กของประเทศต่างๆ ได้อีกด้วย

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ประเทศสมาชิกรับรองรายงานความก้าวหน้า ในเอกสาร A/๖๘/๓๖ Progress reports by secretariat ในหัวข้อ Promoting health through the life course ซึ่งประกอบด้วยเรื่อง Newborn health, Working towards universal coverage of maternal, newborn and child health interventions และ Implementation of the recommendations of the United Nations Commission on Life-Saving Commodities for Women and Children

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

กรมอนามัย โดยสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมการแพทย์ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเน้นการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่รับผิดชอบเรื่องสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก พัฒนาระบบการควบคุม กำกับติดตามและประเมินผล โดยมี MCH Board เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงานอบรม อสม. ให้ เข้ามามีส่วนร่วม เพื่อเน้นการทำงาน ตั้งแต่การให้บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิโดยเครือข่ายชุมชน และพัฒนาศักยภาพทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) ในการดูแลประชาชนเรื่องต่างๆ ที่รวมถึงเรื่องอนามัยแม่และเด็กด้วย

การทำงานในระดับนานาชาติ

ติดตามเรื่อง Newborn Health, Maternal and Child Health และ Implementation of the Recommendations of the United Nations Commission on Life-Saving Commodities for Women and Children รวมทั้งเสริมสร้างความเข้มแข็งของ Health Information System ให้มีข้อมูลที่ทันต่อสถานการณ์และมีตัวชี้วัดที่สามารถใช้เปรียบเทียบสถานการณ์กับนานาชาติได้

Intervention on ๑๘ Progress report on Promoting health through the life course.

Read by Dr. Benjawan Tawatsupa (๒๕/May/๒๐๑๕)

Thank you chair,

Delegation of Thailand welcomes the Secretariat's report. We do have a few points to share for our works in light of the movements and our concerns on Promoting health through the life course issue.

๑. Newborn health (resolution WHA๖๗.๑๑)

We would like urge WHO to support MS to specify and strategize the action plan implementation to address high-risk target groups, who largely contribute to newborn mortality and morbidity. These include, among others, teenage pregnancy and migrants. With social and financial barrier, these population groups generally have lower access to health and social care with good quality.

๒. Working towards universal coverage of maternal, newborn and child health interventions (resolution WHA๕๘.๓๑)

Thailand already implemented Universal health coverage for maternal and child. Almost ๑๐๐% of deliveries in Thailand is in healthcare setting, by health professional. Now we are in the process of ensuring the quality of care and closing gaps.

To achieve the universal coverage of maternal, newborn, and child health, we need adequacy and accuracy of vital registration on health status and utilization of health services among these concerning groups including reliable data of infant and maternal mortality. This information is necessary for monitoring and evaluation systems regarding universal coverage on maternal and child health interventions at national, regional, and global levels and also beneficial for assessing the coverage and progress of implementation. Therefore, we would like to urge the WHO to support member states to strengthen their health information system which would enable them to generate this necessary information for monitoring progress and achievement in improving maternal and child health especially among the least advantage of the society.

๓. Implementation of the recommendations of the United Nations Commission on Life-Saving Commodities for Women and Children (resolution WHA๖๖.๗)

For life-saving commodities, all commodities is already available in Thailand.

There is a great need for empowerment well-trained local staffs who responsible in the women health and child care should be emphasized in order to drive the achievable in the implementations.

In addition, close monitoring and evaluation through the process of implementation could ensure the quality and effectiveness of the maternal and child care.

Besides focusing on the health problems and treatments, we should pay attention on women and child life contexts such as education, family relationships, and understanding towards the current teenager's life, as well as awareness of fully attending the antenatal care clinics of pregnant women.

Thank you, chair.

Agenda ๑๘ Progress Reports: Health Systems

K. Social determinants of health (resolution WHA๖๕.๘)

L. Sustainable health financing structures and universal coverage (resolution WHA๖๔.๙)

M. Strategy for integrating gender analysis and actions into the work of WHO (resolution WHA๖๐.๒๕)

N. Progress in the rational use of medicines (resolution WHA๖๐.๑๖)

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. ดร. กาญจนา จันทน์ไทย สำนักการพยาบาล
๒. นายแพทย์ธงธน เพิ่มบทศรี กรมการแพทย์
๓. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันทพันธ์ ชินล้ำประเสริฐ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ

สาระสำคัญของวาระ

เป็นการรายงานความก้าวหน้าของภายหลังจากที่ได้มีมติในสมัชชาอนามัยโลกสมัยต่างๆ โดยในการประชุมครั้งนี้ได้รวบรวมประเด็นทั้งสี่ (K L M และ N) มาพิจารณาในคราวเดียวกัน โดยเมื่อพิจารณารายงานของประเทศสมาชิก พบว่าโดยทั่วไปในแต่ละ agenda ของ Health Policy มีความก้าวหน้าไปมาก

- Social Determinants of Health จากข้อสรุปของการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๒ มีหลักสำคัญที่ขอให้ประเทศสมาชิกรวบรวมเอาข้อตกลง Rio Political Declaration on Social Determinants of Health ไปใช้ให้บรรลุผลโดยผ่านช่องทางด้านนโยบายเช่นหลักการ Health-in-all-policies พบว่า แม้ประเทศส่วนใหญ่จะไม่ได้รายงานถึงปัญหาและอุปสรรคของการ Implementation แต่ก็ไม่มีกรรายงาน

ถึงหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดำเนินงานจากประเทศสมาชิกด้วย ดังนั้นกลไกสนับสนุนการประสานงานระหว่างภาคส่วนโดย WHO จึงยังมีความสำคัญ

- Sustainable Health Financing Structures and Universal Health Coverage ตั้งแต่การประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๔ ที่ได้เรียกร้องให้ประเทศสมาชิกพัฒนาระบบการเงินการคลังสำหรับนโยบายสุขภาพเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ รวมถึงสนับสนุนระบบสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage) ให้มีความยั่งยืน โปร่งใส เท่าเทียมและมีคุณภาพ โดยมีข้อตกลงร่วมกันที่เป้าหมาย ๐.๗% ของ GDP สำหรับ ODA ให้ได้ในปี ๒๐๑๕ แต่อย่างไรก็ตาม ในการประชุมครั้งนี้ก็ยังไม่มียางานถึงความก้าวหน้าที่ชัดเจนในเรื่องนี้ สำหรับประเทศไทยมีความพอใจที่แต่ละประเทศสมาชิกได้มีการพัฒนาระบบการเงินการคลังที่สอดคล้องกับ Universal Coverage ถึงแม้ว่ามีประเทศในกลุ่มรายได้น้อยที่ยังประสบปัญหาด้านการขาดแคลนทรัพยากรภายในประเทศและการสนับสนุนจากผู้กำหนดนโยบาย
- Integrating Gender Analysis and Actions into the Work of WHO : ประเด็นนี้สืบเนื่องจากหลายการประชุม เช่น Programme of Action of the International Conference on Population and Development ๑๙๙๔ และ Beijing Declaration and Platform for Action ๑๙๙๕ รวมถึง Resolution WHA๕๘.๓๐ ที่เรียกร้องให้มีการใช้ Gender Analysis ในการวางแผนนโยบายสุขภาพในระดับประเทศ โดยเน้นความเท่าเทียมทางเพศในระบบสุขภาพในทุกระดับ ประเทศไทยมีความพอใจที่มีผู้บริหารขององค์การอนามัยโลกเป็นสตรีและยังมีผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกในส่วนภูมิภาคอีกถึง ๔ คน รวมถึงการที่ประเทศสมาชิกได้มีการเพิ่มศักยภาพในการ Gender Analysis และมีนโยบายชัดเจนในเรื่องนี้ โดยประเทศไทยได้เน้นย้ำว่าการไม่เท่าเทียมทางเพศถือเป็นอุปสรรคที่ยอมรับไม่ได้ในการพัฒนาระบบสุขภาพ
- Progress in the Rational Use of Medicines ประเด็นการใช้ยาอย่างเหมาะสมทั้งจากผู้สั่งยาและประชาชนนั้นถูกหยิบยกเป็นประเด็นสำคัญในการประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลกหลายครั้ง โดยมีการหารือและสรุปข้อตกลงหลายแง่มุม ทั้งในแง่จริยธรรมในการส่งเสริมการใช้ยา บัญชียาจำเป็น บทบาทของเภสัชกร การโฆษณาและการส่งเสริมการขายหรือการขายยาทางinternet โดยเน้นส่งเสริมการใช้ยาที่มีหลักฐานสนับสนุนชัดเจนและแสดงให้เห็นปัญหาของการใช้ยาไม่เหมาะสมว่าก่อให้เกิดผลข้างเคียงและเป็นส่วนหนึ่งของการทำให้มาตรการลดภาวะดื้อยาปฏิชีวนะไม่ประสบความสำเร็จ ซึ่งการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๕ มีข้อเรียกร้องให้ประเทศสมาชิกเพิ่มการลงทุนในการพัฒนาบุคลากรเพื่อเพิ่มศักยภาพในการใช้ยาให้เหมาะสมทั้งในภาครัฐและเอกชน การพัฒนาให้มีหน่วยงานควบคุมการใช้ยาในระดับชาติที่ครอบคลุมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง การมีกฎหมายเพื่อควบคุมการใช้ยาที่ผิดจริยธรรมและไม่ถูกต้อง รวมถึงการพัฒนาและสนับสนุนให้มีนโยบายระดับประเทศในการส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาอย่างเหมาะสมในทุกภาคส่วน ประเทศไทยแสดงความเห็นแก่ประเทศสมาชิกให้เพิ่มการบังคับใช้กฎหมายในการส่งเสริมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์จริยธรรม โดยให้ความสำคัญถึงการใช้ยาโดยประชาชนในระดับชุมชนซึ่งยังถือว่าเป็นปัญหาอยู่มาก การนำนโยบายและข้อตกลงไปใช้อย่างจริงจังและมีประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็น

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ในการรายงานของประเทศส่วนใหญ่จะชมเชยการรายงานผลของทีม Secretariat และค่อนข้างมีท่าทีในเชิงบวกในทุกประเด็น โดยเห็นความสำคัญของปัญหาและมีความเห็นในทำนองเดียวกันถึงประโยชน์ของการ Implementation ของ Resolutions ต่างๆ ในอดีต โดยเฉพาะปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมซึ่งเชื่อมโยงกับปัญหาเชื้อดื้อยาที่พบมากขึ้น

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับทราบความก้าวหน้าในประเด็น Health System ทั้งสี่ประเด็นจากประเทศสมาชิก

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

- กระทรวงสาธารณสุขในฐานะผู้รับชอบด้านสุขภาพ ควรมุ่งมั่นบูรณาการการทำงานกับกระทรวงที่เกี่ยวข้องกับภาคสังคมเพื่อส่งเสริมให้ภาคสังคมเข้ามามีบทบาทในการพัฒนาระบบสุขภาพ เช่นกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ รวมถึงองค์การเอกชนต่างๆ โดยคำนึงถึงความสำคัญและประสิทธิภาพของงานด้านสาธารณสุขที่จะมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะงานส่งเสริมและป้องกัน รวมถึงงานที่ควรจะมีฐานอยู่ในชุมชน เช่นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เป็นต้น
- ในประเด็นการพัฒนาระบบการเงินการคลังเพื่อระบบสุขภาพและUniversal Coverage ที่ยั่งยืนนั้น เป็นความสำคัญที่ประเทศไทยและองค์การอนามัยโลกมุ่งหวัง แต่การบริหารจัดการให้บรรลุเป้าหมายนั้นต้องอาศัยความร่วมมือในทุกภาคส่วน ทั้งในด้านระบอดวิชา เศรษฐศาสตร์ สังคมวัฒนธรรมและผู้กำหนดนโยบาย โดยคำนึงถึงข้อตกลงและบทสรุปที่ได้ทำร่วมกันกับ WHO เช่นการลดภาระของผู้ใช้บริการ การหลีกเลี่ยงการต้องจ่ายเงินค่าบริการ ณ จุดให้บริการ ความครอบคลุมและขยายการเข้าถึงบริการ การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพไม่เป็นภาระทางการคลัง ความโปร่งใส และความเท่าเทียม ทั้งนี้อาจมีแนวทางการพัฒนาไปได้หลายแบบ ทั้งการมีความร่วมมือกับภาคเอกชน การผสมผสานระบบภาษีและการจ่ายเงิน เป็นต้น
- การIntegrating gender analysis and action into work of WHO และนโยบายสุขภาพนั้น ในประเทศไทยค่อนข้างมีความก้าวหน้ามาก ปัญหาเรื่องเพศกับการเข้ารับบริการสาธารณสุขเป็นสิ่งที่ได้รับการยอมรับในภาคปฏิบัติ แต่ในอนาคตอาจมีการพัฒนาไปถึงประเด็นอื่นในอนาคต เช่นความหลากหลายทางเพศ
- การส่งเสริมการใช้ยา Rational drug use นั้น ในประเทศไทยมีองค์กรในระดับชาติตามหลักสากล มีคณะกรรมการบัญชียาหลักแห่งชาติและมีหน่วยงานที่รับผิดชอบในการควบคุมการโฆษณาหรือจริยธรรมของการส่งเสริม/โฆษณาการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องอยู่แล้ว (อย.) แต่ก็ต้องยอมรับว่าการบังคับใช้อาจยังไม่ครอบคลุม อีกทั้งประเด็นการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสมของประชาชนในชุมชนเองก็ค่อนข้างมีปัญหามาก โดยเฉพาะยาแก้ปวดหรือยาปฏิชีวนะ การให้ความรู้แก่ประชาชน การเพิ่มความตระหนักและการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในท้องถิ่นจึงเป็นความจำเป็นที่ประเทศไทยต้องพัฒนาอย่างเร่งด่วน

การทำงานในระดับนานาชาติ

ความร่วมมือระหว่างประเทศในช่องทางต่างๆ ของประเด็นทั้งสี่ใน Health System นั้นจะเกิดประโยชน์ ทั้งแลกเปลี่ยนประสบการณ์และองค์ความรู้ การพัฒนาบุคลากรร่วมกัน การสร้างมาตรฐานและการประเมินผล การขยายความร่วมมือไปยังภาคเอกชนโดยเฉพาะในเรื่องของการใช้ยา รวมถึงการสนับสนุนการใช้เครื่องมือประเมินและการใช้WHO เป็นองค์กรสนับสนุนในการดำเนินการพัฒนาและการรายงานความคืบหน้าการดำเนินงานของHealth systemทั้งสี่ประเด็น เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ประเทศสมาชิกให้ความสำคัญอย่างต่อเนื่องและบรรลุถึงเป้าหมาย

Intervention on Agenda Item ၈ Progress Report; Health System

Read by Dr. Thongtana Permbotasi (၂၀ မေ ၂၀၁၉)

Thank you, Chair.

Thailand appreciates the efforts of WHO secretariat in providing the report အဖွဲ့/စာ regarding Health System on the heading K, L, M, and N.

Thailand recognizes the significant progress of the implementation of each region in certain points of the Rio Political Declaration on Social Determinants of Health in particular the political commitment to and action on “health-in-all-policies” approach. Although efforts have been made substantially in the area of sharing experiences on implementation of programs addressing social determinants of health, mechanism support for inter-sectoral policy development by WHO is important.

Regarding sustainable health financing structure and Universal Health Coverage. The commitment of developed countries to achieve the target of ၀.၇% of GDP for ODA by ၂၀၁၉ is crucial, but has not yet been reporting in terms of its progress and achievement. However, the information did not gear to the clear understanding if the ODA is effectively utilized and achieving the development goals and targets.

Thailand appreciates the progress of each country from all regions in health financing reform or other forms of development in order to move to the promising directions of universal health care coverage. However, many low income countries are still facing challenges in particular political commitment and adequate domestic resources.

Next, WHO's endeavor on sustaining incorporation of a gender perspective have been recognized for decades. At leadership level, besides WHO Director General, currently we have ၄ women regional directors working effectively across the world. Many Member States have built their capacity for gender analysis and action, as well as formulated strategies and action plans for integrating gender equality in all health policies. WHO's full implementation of the strategy is utmost necessity and gender inequity is the unacceptable obstacle to healthcare services.

Lastly, concerning the rational use of medicine, Thailand recognizes the efforts of WHO in collaborating with Member States to move on the implementation of rational use of medicine. Regarding the progress report, we would like to encourage more legislative enforcement in particular to ban unethical promotion of medicine. However, irrational use of medicine at community level is dilemma. Therefore the implementation of strategy at local level is utterly crucial for accomplishment of the resolution.

Thank you, Chair.

Agenda ๑๘ Progress Reports: Preparedness, Surveillance and Response

- O. Pandemic Influenza Preparedness: Sharing of Influenza Viruses and Access to Vaccines and Other Benefits
- P. Smallpox Eradication: Destruction of Variola Virus Stocks

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

นายแพทย์พงศ์ธร ชาติพิทักษ์ กรมควบคุมโรค

สาระสำคัญของวาระ

ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๔ ได้มีมติรับรอง Pandemic Influenza Preparedness Framework เพื่อการสร้างความเข้มแข็งในการแลกเปลี่ยนเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ผ่านระบบ Global Influenza Surveillance and Response System และสนับสนุนการได้ประโยชน์จากการแลกเปลี่ยนเชื้อจากประเทศกำลังพัฒนาอย่างเท่าเทียมและเหมาะสมและให้องค์การอนามัยโลกรายงานความก้าวหน้าทุก ๒ ปี วาระนี้จึงเป็นการรายงานความก้าวหน้าครั้งที่ ๒ ในประเด็นต่างๆ ได้แก่ (๑) ศักยภาพของห้องปฏิบัติการ และระบบเฝ้าระวัง เพียงพอต่อการรับภาระระบาดของไข้หวัดใหญ่ และขยายไปยังโรคอื่น ๆ ด้วย (๒) ศักยภาพในการผลิตวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ผลิตได้ ๑,๕๐๐ ล้านโดส ในปี ๒๕๕๖ และจะเพิ่มให้ถึง ๕,๐๐๐ ล้านโดส ในปี ๒๕๕๙ (๓) ข้อตกลงกับบริษัทผู้ผลิตสร้างข้อตกลงในการเข้าถึงวัคซีนขององค์การอนามัยโลกได้ตลอดเวลาร้อยละ ๑๐ ของกำลังการผลิตกับ ๒ บริษัท และร้อยละ ๑๕ กับอีก ๑ บริษัท และยาดับไวรัสไข้หวัดใหญ่อีก ๑๐ ล้านชุด (๔) การใช้จ่ายเงินบริจาคจากภาคีเครือข่ายสิ้นปี พ.ศ. ๒๕๕๗ องค์การอนามัยโลกได้รับเงินบริจาค ๑๕ ล้านดอลลาร์สหรัฐและมีแผนการใช้เงินการเตรียมความพร้อมรับมือการระบาดในประเด็นต่างๆ (๕) ข้อมูล Genetic Sequence ได้มีการตั้ง Technical Expert Working Group เพื่อดูแลในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ Genetic Sequence อีกประเด็นหนึ่งคือการรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานขององค์การอนามัยโลกในเรื่องการกำจัดโรคฝีดาษ และการตรวจสอบสภาพการเก็บรักษาไวรัสในแหล่งที่ได้รับอนุญาต ๒ แห่งซึ่งเป็นมติจากการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๐ ซึ่งขอให้องค์การอนามัยโลกตรวจสอบ ๒ ปีต่อครั้ง โดยสรุปการประชุม WHO Advisory Committee on Variola Virus Research ครั้งที่ ๑๖ โดยที่ประชุมยืนยันว่าไม่มีข้อเสนอขอทำวิจัยใหม่ที่เกี่ยวข้องกับเชื้อฝีดาษแบบเป็นได้รับการอนุมัติอีก ในขณะที่งานวิจัยอื่นๆ ที่ยังค้างอยู่ก็มีความก้าวหน้าในการดำเนินงาน การเก็บรักษาไวรัสในแหล่งที่ได้รับอนุญาตนั้นเป็นไปตามระเบียบมาตรฐานส่วนในประเด็นการความเป็นไปได้ในการใช้เทคโนโลยี Biosynthetic กับเชื้อฝีดาษในการเตรียมความพร้อม และควบคุมโรคซึ่ง WHO ถูกขอให้เป็นที่ปรึกษาในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๗ นั้น จะมีการประชุมผู้เชี่ยวชาญในเดือนมิถุนายนต่อไป

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศสมาชิกส่วนใหญ่สนับสนุนการดำเนินงานตาม Pandemic Influenza Preparedness Framework และเห็นว่าการแลกเปลี่ยนข้อมูล และเชื้อไวรัสเป็นกลไกสำคัญในการรับมือการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ ในขณะที่บางประเทศยังคงต้องการการพัฒนาศักยภาพในด้านต่าง ๆ เพื่อดำเนินการให้ได้ตาม Framework และต้องการให้เร่งรัดการดำเนินงานตาม Standard Material Transfer Agreement Outside WHO GISRS (SMTA๒) ประเทศญี่ปุ่นเสนอให้กลุ่มที่ปรึกษาศึกษาความเป็นไปได้ในการเปลี่ยนจากการใช้ Genetic Sequence มาเป็นการใช้ข้อมูลเพียงอย่างเดียวในการพัฒนาวัคซีน ส่วนในเรื่องโรคฝีดาษ แม้ชิลีจะสนับสนุน

การทำลายเชื้อฝีดาษ เนื่องจากไม่มีงานวิจัยที่จะต้องใช้เชื้อแบบเป็นแล้ว ส่วนสหรัฐอเมริกาต้องการให้มีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยี Biosynthetic ในการสร้างไวรัสต่อไป

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยยืนยันว่า ควรรีบทำลายเชื้อฝีดาษให้หมดไปโดยเร็วที่สุด

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกรับทราบความก้าวหน้าในประเด็นการเตรียมความพร้อมรับการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ และการกำจัดเชื้อฝีดาษ

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

กรมควบคุมโรค กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องควรติดตามการดำเนินงานให้เป็นไปตาม Pandemic Influenza Preparedness Framework เพื่อเตรียมความพร้อมรับการระบาดของไข้หวัดใหญ่

การทำงานในระดับนานาชาติ

ควรติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานตาม Pandemic Influenza Preparedness Framework ในระดับโลก และติดตามความก้าวหน้าในการทำลายเชื้อฝีดาษต่อไป

Intervention on Agenda Agenda ๘๘ Progress Reports: Preparedness, Surveillance and Response
Read by Dr. Pongtorn Chartpituck (๒๖/May/๒๐๑๕)

Thank you, Mr. Chair,

Thai delegation thanks Secretariat for the comprehensive report contained in the document A๘๘/๓๖

On Smallpox eradication: destruction of variola virus stocks

Chairperson, from the comprehensive review, we have got significant advancement on smallpox researches. All requisite knowledge and tools are sufficient to be well-prepared for an intentional or accidental outbreak. As long as there are stocks of live variola virus, the threats posed by such stock outweigh the benefit and continued put the world at risk.

Thailand confirms our position for the timely destruction of variola virus stocks as soon as possible.

Thailand puts high hope to see peaceful consensus when we revisit this agenda.

Thank you Chair

สรุปผลการประชุม Side Meetings

๒.๑ Technical Briefing: Health in the Post-๒๐๑๕ Sustainable Development Goals

ผู้จัด WHO Secretariat วันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๘ เวลา ๑๒:๓๐-๑๔:๐๐ น. Salle VII, UN Palais

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

- ๑ นายรังสรร มั่นคง สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
- ๒ แพทย์หญิงภัทรวลัย ตลิ่งจิตร คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

ปี ๒๐๑๕ จะเป็นปีที่จะมีการเปลี่ยนผ่านจาก Millennium Development Goals (MDG) ไปสู่ Post-๒๐๑๕ Sustainable Development Goals (SDG) โดยมีขอบเขตที่กว้างขวางขึ้นกว่า MDG และมีกระบวนการพัฒนาที่มีส่วนร่วม

- เดือนกันยายน ๒๐๑๕ ทาง UNGA Summit (United Nation General Assembly Summit) จะพิจารณาเอกสาร Outcome Document สำหรับ Post-๒๐๑๕ Sustainable Development Agenda
- SDGs มีทั้งสิ้น ๑๗ Goals, ๑๖๙ Targets (โดย Health เป็นหนึ่งใน ๑๗ Goals และมี ๑๓ Targets)
- วัตถุประสงค์ของการประชุม ครั้งนี้ คือ แจ้งสถานะความก้าวหน้าของ Outcome Document โดยเน้นในเรื่อง Health Goal และเสวนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กับผู้แทนประเทศต่างๆ และองค์กรนานาชาติที่เกี่ยวข้อง

Thomas Gass, Assistant Secretary General

- การพัฒนา SDG ครั้งนี้ คือการเปลี่ยนกระบวนทรรศน์สำคัญ ๓ ด้าน คือ ๑. จัดทำผ่านกระบวนการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม เป็นเวลากว่า ๒ ปี เพื่อให้ได้ภาพวิสัยทัศน์ร่วมของมนุษยชาติ ในสิบห้าปีข้างหน้าร่วมกัน (shared vision of humanity for the next ๑๕ years) ๒. เป็นการนิยามความหมายของการพัฒนาอย่างยั่งยืนใหม่ ที่ต้องครอบคลุม cross cutting issues อาทิ สันติภาพ การศึกษา กฎหมาย ที่เอื้อให้ทุกประเทศสามารถร่วมเป็นเจ้าของ และ ๓. ความมุ่งมั่น ที่จะไม่ทอดทิ้งผู้ใดไว้ข้างหลัง (leave no one behind) มุ่งสู่ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์อย่างเท่าเทียมในปี ๒๐๓๐
- ไม่ใช่เป็นเมนูด่วนเพื่อแก้ปัญหา แต่เป็นสัญญาใหม่ทางสังคม ที่ต้องมองเห็นและดูแลกลุ่มคนที่เปราะบางกว่าในสังคม ต้องมองทั้งในมิติสิ่งแวดล้อม สังคม และ เศรษฐกิจประกอบกัน และต้องการ commitment จากรัฐบาล และความร่วมมือของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

Marie-Paul Kieny, ผู้ช่วยผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก

- Goals, Targets และ Indicators เทียบระหว่าง MDG และ ใน SGD มีดังนี้

MDG ๒๐๐๐	SDG
UN-Led	Inter-Gov Led, UN in advisory role
Developing country focus	All country focus
๘ Goals (๓ for Health)	๑๗ Goals (๑ for Health คือ Goal #๓)

๒๑ Targets (๖ for Health)	๑๖๙ targets (๑๓ for health)
๖๐ Indicators (๒๑ for Health)	๓๐๔ proposed (to be finalized by Mar ๒๐๑๖)

- ได้มีการพัฒนา ๑๓ Health Targets ที่ครอบคลุม (๕ Targets ต่อเนื่องจาก MDG, ๓ Targets เกี่ยวข้องกับ Financing, Universal Health Coverage (UHC), Essential Medicines; ๔ Targets สำหรับ NCDs & Injuries; และ ๑ Target on Environmental Health)
- มีความเกี่ยวเนื่องกันระหว่าง Health Goal (#๓) และ SDGs อื่นๆ (อาทิ กับ #๑ Poverty, #๒ Hunger and Nutrition, #๔ Education, #๕ Gender and Women, #๖ Water and Sanitation, #๑๐ Inequality, #๑๑ Cities, #๑๓ Climate Change, #๑๖ Inclusive Society)
- แนวทางการ Financing SDG กำลังถูกพัฒนา Addis Ababa Accord เดือน ก.ค. ๒๐๑๕ มีการกล่าวถึง Health ว่าควรได้ financing ต่อใน Unfinished MDGs และ รวมทั้งด้าน UHC และ NCDs
- มีคณะทำงาน UN Statistical Commission ที่ต้องคัดเลือกตัวชี้วัดให้สอดคล้องกับ SDG targets และมีจำนวนตัวชี้วัดที่เหมาะสม ไม่มากจนเกินไป (ปัจจุบัน มีเสนอไว้เบื้องต้น ๓๐๔ ตัวชี้วัด)
- UHC เป็น Platform สำหรับการบูรณาการ Health Targets ทั้ง ๑๓ ข้อ และเป็น Platform สำคัญที่ลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพของประชาชน
- ระบบข้อมูลสุขภาพของประเทศต่างๆ จำเป็นต้องได้รับการยกระดับ เพื่อให้สามารถติดตาม SDG targets

ศาสตราจารย์นายแพทย์รัชตะ รัชตะนาวิน รัฐมนตรีสาธารณสุขไทย

- เน้นย้ำความสำคัญของ UHC ในฐานะ Platform เพื่อบูรณาการประเด็นสุขภาพ และการปกป้องประชาชนเชิงสุขภาพและเชิงเศรษฐกิจ
- UHC ของไทย ครอบคลุม การส่งเสริม การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟู
- ประเทศไทยมีบทบาทสนับสนุน UHC ในระดับนานาชาติ เช่น ประธาน ASEAN+๓ UHC Network
- นอกจากนี้ ประเทศไทย ยังเน้นการพัฒนาสาธารณสุขปฐมภูมิเพื่อตอบสนองคนยากจน (pro-poor policy)
- การขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce) เป็นความท้าทายสำคัญของ SDGs
- ประเทศไทยสนับสนุนการขับเคลื่อนประเด็นกำลังคนด้านสุขภาพของ SEARO, Asia Pacific และ ASEAN
- โดยสรุป คือ SDG เป็นเป้าหมายอันทะเยอทะยาน แต่สามารถทำให้สำเร็จได้หากประเทศนั้นๆ มุ่งมั่นทุ่มเทอย่างแท้จริง

Cassisa Etienne, Regional Director, WHO American Region

- เน้นย้ำว่า SDG มุ่งการสร้างความเท่าเทียม (Equality) และ Social Inclusion
- Health เป็นแกนกลางของการขับเคลื่อน ทั้ง ๑๗ SDGs เพราะ เป็น platform การทำงานหลายภาคส่วน (multisectoral)
- Social Inclusion ทำได้โดยเริ่มที่การระบุ และรองรับ ประชากรกลุ่มที่เปราะบางในสังคม
- ต้องสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพ ให้สามารถปรับสภาพได้ (resilient) และเข้าถึงทุกคน

- การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ เช่น ฝึกให้บุคลากรสุขภาพระดับปฐมภูมิ ให้มองสุขภาพแบบองค์รวม แทนการมองแบบมุ่งไปที่โรค
- ด้าน Financing ต้องสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับทุกคน และ UHC
- ในระดับ Implementation รัฐบาลของแต่ละประเทศต้องมีความเข้มแข็งทางธรรมาภิบาล ด้านการกำกับติดตามและประเมินผล ด้านการพัฒนาอาชีพเพื่อสุขภาพ การกำจัดคอร์รัปชัน เรียนรู้การทำงานกับภาคเอกชน การพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพ การทำตามข้อตกลง FCTC การเพิ่ม R&D เรื่อง NCDs และ CDs การทำงานให้สอดคล้องกับ International Health Regulations ตลอดจนการขับเคลื่อน Health in All Policy
- การขับเคลื่อน SDG เป็นโอกาสสำคัญในการกำจัดความอยุติธรรมให้หมดสิ้นไป

Margaretha Walkstrom, Special Representative of Secretary General for Disaster Risk Reduction, DRR

- DRR มีความสำคัญต่อการไปถึงเป้าหมาย SDG
- มีการพัฒนา Sendai Framework for DRR ในเดือนมีนาคม ที่ผ่านมา เพื่อมองดูแลการจัดการความเสี่ยงภัยพิบัติ
- DRR มีความเชื่อมโยงกับสุขภาพอย่างมาก ทั้งในการทำงานแบบบูรณาการ และการที่ health เป็น outcome สำคัญของ DRR (คือ การลดความสูญเสียในชีวิต ในสภาพความเป็นอยู่ และในสุขภาพ ของประชาชนที่มีความเสี่ยงเผชิญภัยพิบัติ) แผนที่มีความเสี่ยงในแอฟริกา พบว่าความเสี่ยงทางสุขภาพ เป็นสาเหตุหลักของการตาย จึงจำเป็นอย่างยิ่งต้องสร้างความเข้มแข็งระบบสุขภาพ
- DRR มีการวาง ๗ Global targets และ ตัวชี้วัดกำลังถูกออกแบบ ทั้งนี้จะมุ่งไม่ให้เป็นการสร้างภาระเพิ่มเติมด้านการรายงาน ของประเทศสมาชิก

Pali Lehohla, Government Statistician, Republic of South Africa

- อธิบายถึงภารกิจและความท้าทายอันใหญ่หลวง ของ Statisticians ในการออกแบบและคัดเลือกตัวชี้วัดเพื่อตอบสนอง SD goals และ targets โดยไม่ให้สาระสูญหายไปในตัวเลข
- ความท้าทายสำคัญ คือ การวัดอย่างไร ไม่ใช่ การวัดอะไร
- ที่ผ่านมา ได้ review ตัวชี้วัดเป็นพันตัว และย่อลงมาเหลือ ๓๐๔ ตัวในปัจจุบัน โดยภายในเดือนมีนาคม ๒๐๑๖ ต้องสรุป แต่อาจต้องเร่งให้ทัน UNGA ในเดือนกันยายน ๒๐๑๕
- ประเด็นสำคัญ คือการ สร้าง Infrastructure ที่ทำให้การตอบตัวชี้วัดเป็นไปได้ หลายประเทศยังประสบปัญหาการระบุไปถึงระดับสาเหตุของการตาย
- ปิดด้วย quote ของ Nelson Mandela “Significant progress is always possible if we ourselves try to plan every detail of our lives and actions and allow the intervention of fate only on our own terms”

Ariel Pablos-Mendes, Assistant Administrator, United States Agency for Development

- ที่ผ่านมามีเห็นความก้าวหน้าด้านเป้าสุขภาพ ของ MDG โดยเฉพาะ maternal and child mortality ที่ประเทศต่างๆเริ่ม converge สู่อัตราที่ใกล้เคียงกัน
- ความท้าทายของ Post -๒๐๑๕ SD คือการสื่อสาร ทำความเข้าใจ ของ Goals และ targets ที่มีจำนวนมาก

- แม่ health จะอยู่ในสภาพที่ดีเทียบกับเป้าอื่นๆ ประเด็นสุขภาพ Post-๒๐๑๕ ที่สำคัญ ได้แก่ UHC สามารถลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพภายในแต่ละประเทศได้
- การสร้างหุ้นส่วนความร่วมมือ จะเป็นกุญแจสำคัญ
- ๓ pillars of implementations – กำลังคนทางสุขภาพ, Financing หรือ การระดมทรัพยากรเพื่อสุขภาพ), และ การวัดผลของสุขภาพ
- สนับสนุนประเทศด้านพัฒนาข้อมูลสุขภาพ การจัดทำแผนที่ทางเดินด้าน Global Health ที่เกี่ยวข้อง และการทำงานกับหน่วยงานให้ทุน เป็นต้น

สรุปประเด็นสำคัญช่วงถาม-ตอบ

๑. การลดความเหลื่อมล้ำ การดูแลประชากรกลุ่มเปราะบาง

- เห็นด้วยกับการมุ่ง SDG เน้นการดูแลประชากรกลุ่มที่เปราะบาง โดยเริ่มที่การระบุว่าคนกลุ่มนี้คือใคร
- การรู้ว่าใครอยู่ในกลุ่มผู้เปราะบาง ยังทำไม่ได้ในหลายประเทศในเอเชียและแอฟริกา
- ต้องเพิ่มประสิทธิภาพของรัฐบาล
- การดูแลคนชายขอบของไทย แบ่งเป็น ๓ กลุ่ม คือ ๑. กลุ่ม Stateless คือผู้ที่เกิดในไทยแต่ไร้สถานะจัดการโดยการพิสูจน์และลงทะเบียนเป็นคนไทย โดยแม้ว่าไร้สถานะก็ได้รับสิทธิพื้นฐานทางการศึกษา และการบริการสุขภาพ ๒. กลุ่ม Migrant workers ได้รับสิทธิพื้นฐานทางการบริการสุขภาพ (ระบบประกันสังคม) ๓. กลุ่มประชากรประเทศเพื่อนบ้านที่ข้ามมารับการรักษาในไทย ตอนนี้ให้การรักษาด้วยเหตุผลเชิงมนุษยธรรมแต่การแก้ไขระยะยาวต้องหารือกับรัฐบาลประเทศเพื่อนบ้าน
- WHA เองก็มีวาระ เรื่องสิทธิของผู้อพยพ แต่ยังไม่ค่อยมีการขับเคลื่อนจริงจังในระดับประเทศมากนัก

๒. ตัวชี้วัด

- การลดจำนวนตัวชี้วัด อาจทำได้โดยการรวมเป็นกลุ่ม เช่น กลุ่ม UHC, กลุ่มระบบสุขภาพ เป็นต้น
- มีผู้เสนอให้เพิ่มเติม หรือ ทำให้ชัดเจนขึ้น ได้แก่ ตัวชี้วัด ด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ (WB กำลังจัดทำ PHC Index) สุขภาพจิต (รวมอยู่ในตัวชี้วัดระบบสุขภาพ และ สำคัญต่อ Disaster Risk ด้วย) สุขภาพวัยรุ่น สุขภาพ โรคในเด็ก
- อยากให้กระบวนการตัดหรือลด ตัวชี้วัดมีความโปร่งใส และมีส่วนร่วม
- ประเด็นสำคัญ ไม่ใช่จำนวนตัวชี้วัด แต่เป็น ข้อมูลจริงว่ามีอยู่ หรือสามารถเก็บได้ตามตัวชี้วัด

๓. การจัดการภาระโรคที่หลากหลาย เทียบกับทรัพยากรที่จำกัด

- ประเทศไทยให้ความสำคัญกับการจัดสรรทรัพยากรสู่กลุ่มประชากรที่เปราะบางที่สุด
- โดยมี basic UHC package สำหรับประชาชนทุกคน แต่เพิ่มเติม additional package กลุ่มประชากรที่เปราะบาง เช่น ผู้ติดเชื้อ HIVs

๔. ด้านความร่วมมือและบทบาทภาคส่วนต่างๆ ใน SDG

- บทบาทภาคอุตสาหกรรมสุขภาพ คือการทำงานร่วมกับและภายใต้การนำของภาครัฐ เพราะ SDG เป็นการมุ่งเพื่อประโยชน์ประชาชน ไม่ใช่เพื่อผลกำไร
- การทำงานข้ามภาคส่วนของไทย มีหลายระดับ ในระดับชาติ มีสมัชชาสุขภาพประจำปี ที่มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ในการกำหนดประเด็นสุขภาพที่สำคัญของประเทศ, คณะกรรมการชาติ ในประเด็นสุขภาพ เช่น ยาเสพติด ความปลอดภัยทางถนน การควบคุมสุรา หรือ บอร์ด สปสช. ที่มีองค์กรประกอบเป็นตัวแทนหลายภาคส่วน การประชุมร่วมทุกเดือนของรมต.ด้านสังคม เพื่อบูรณาการการทำงาน

ประเด็นสำคัญ เช่น การตั้งครุฑไม่พร้อมในวัยรุ่น นอกจากนี้ยังมีกลไกการทำงานข้ามภาคส่วนระดับพื้นที่อีกด้วย

การขับเคลื่อน SDG ต้องใช้ความร่วมมือร่วมใจกันของทุกภาคส่วนในทุกระดับ อย่างที่ไม่เคยเป็นมาก่อน โดย WHO อยู่ในบทบาทที่จะเป็นผู้ประสานหลัก ดังนั้นจึงขอให้ประเทศสมาชิกสนับสนุน WHO ในการขับเคลื่อนการพัฒนาอย่างยั่งยืนเพื่อมนุษยชาติ

๒.๒ Side Meeting: The BRICS: nutrition, health and development – the way forward.

ผู้จัด : The BRICS country, WHO, and FAO

วันที่/เวลา Monday ๑๘th May ๒๐๑๕

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. แพทย์หญิงสายพิณ โชติวิเชียร กรมอนามัย
๒. แพทย์หญิงชมพูนุท โตโพธิ์ไทย กรมอนามัย

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

- The burden of malnutrition is gradually increasing. Almost half of the world population lives in hunger with malnutrition conditions. The problem of malnutrition has become more complex as it comprised of two aspects, under and over-nutrition. Collaboration of countries and international organizations are urgently required to eliminate all forms of malnutrition.
- This meeting is organized by BRICS countries in cooperation with WHO and FAO in order to share their views and experiences on how they combat nutrition problems at national and global levels.
- In summary, strategies sharing by BRICS countries taking into account active policies for safe and good nutrition. Women, children, and vulnerable people are prioritized as target groups. Efforts have been made to fight malnutrition problems in various forms including sufficient nutrition education, labeling regulation, establishment of nutritional guidelines, and building the collaboration across multi-sectors. In addition, WHO and FAO are working together to create a global cooperation mechanism to support Member States to fight with this challenging issue.

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้ :

- China proposed ๓ recommendations for further steps as following;
 - Collaboration among policy level to make policy development
 - Strengthening cooperation among technical level to create more evidence support
 - Strengthening capacity building to increase academic exchange
- The freedom of Conflict of Interest (COI) should be ensured in all policies development

- The recommendations on how to create sustainability of policies and actions to combat malnutrition problems should be further identified

Annex: the details of each country presentation

WHO and FAO: emphasize an important of bringing nutrition to the front line of policy level as being done in the ୬nd International Conference on Nutrition (ICN୬) in Rome, November ୧୦୧୧. WHO and FAO will organize the multi-sectoral cooperation mechanism to support MS to tackle the problem of nutrition. Also, WHO prepares to assist countries to develop national guidelines and come up with toolkit.

Brazil: implements food and nutrition security policies including hunger zero strategy, and other large scale social and economic policies (unemployment reduction, family farming, national school feeding program, Bolso Familia program- conditional cash transfer program). The responsibility of the health sector includes establishment of nutritional care as part of integral health care, the implementation of national food and nutrition policy (food reformulation through voluntary agreements from industries ex. sodium reduction plan in processed food items), and the establishment of Brazilian Food guidelines that support traditional healthy food practices concerning cultures of people.

China: Chinese government has established food and nutrition guideline, implemented food labeling policy for packaged food, and establishing routine surveillance to identify risk factors and nutritional situation of chronic disease in order to create an evidence-based informed policy. There is a school program including diet and exercises launched by the MOE and MOH.

Russian Federation: establish the smart eating and healthy nutrition standards including increase hygiene standards particularly among school-food, inform people about recommended calories consumption. Raising awareness of pregnant and lactating women on breastfeeding promotion and controlling the advertising of Breast-milk substitutes through OBGYN clinics. Russian Government also emphasizes the important of nutritional guideline strengthening and will work actively with Codex groups.

India: the strategy for combating nutrition problems should be divided into ୬ levels, the first strategy is to provide enough food for those vulnerable/poor people. The other is to standardize food for general population. SDH particularly social, economic, and gender play important role on nutritional status of people and should be addressed in the policy and actions. The further steps that remain unclear are the availability of resources to tackle the nutrition problems. Also, while the strategy could be globally, the action should be locally.

South Africa: focuses on reducing the consumption of salt and sugar. For salt reduction, the regulation for industries and target by ୧୦୧୬ has already been set whereas the regulation of

sugar is underway. In addition, to help people making healthy choices, the regulation on food labeling is on the process.

๒.๓ Side Meeting: Tackling Obesity: fiscal measures and food labeling for better nutrition

ผู้จัด: The delegations of Australia, Ecuador, Indonesia and Paraguay

วันที่ Monday ๑๘th May ๒๐๑๕ at ๑๓:๔๕ – ๑๙:๑๕ hr

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. แพทย์หญิงสายพิณ โชติวิเชียร กรมอนามัย
๒. แพทย์หญิงเบญจมาศ พงษ์ก้านนท์ กรมสุขภาพจิต

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

- The world is facing a nutrition crisis with poor diets now underlie over ๑๑ million deaths annually. Non-communicable diseases (NCDs) killed more than ๘ million people before their sixtieth birthdays in low and middle-income countries in ๒๐๑๓ alone. Moreover, wasting and stunting continue to be a major cause of death and disability in many low- and middle-income countries, creating a double burden of malnutrition. All of these conditions are highly influenced by diet and could be addressed by a healthy food system.
- New research from Consumer International (CI) shows that more than ๘๐% of people underestimate the global impact of unhealthy diets when compared to the other causes. Therefore, CI has been campaigning for a Global Convention to protect and promote healthy diets, using a similar mechanism to the Framework for Tobacco Control, it would involve WHO MSs commitment to a framework of policies that would include restrictions on marketing of unhealthy food to children, better nutrition labeling, reformulation of processed food to reduce fat, sugar and salt and use of fiscal tools to supports the consumption of healthy food. Mandate for use of Fiscal policies are the global commitments assumed in the Global Action Plan for NCDs ๒๐๑๓-๒๐๒๐ and the Comprehensive Implementation Plan (CIP) on Maternal, Infant and Young Child Nutrition ๒๐๑๒
- In Indonesia, regulation on salt, sugar and fat in fast food has been regulated in ๒๐๑๓. The initiatives from Ecuador uses food labeling regulation with traffic light system (red, yellow, green) whereas Australia government, in collaboration with industry, public health and consumer groups, developed the Health Star Rating system which is a voluntary front of pack labeling scheme that scores the overall nutritional profile of similar packaged foods

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย:

Negotiation with food industries taken time. Ecuador government has made a policy on gradually asking food industries voluntary use food labeling since ๒๐๑๓. The food labeling turn to compulsory in ๒๐๑๔

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- Coherence on trade agreement should be taken into account for WHO
- A convention to protect and promote healthy diets should define healthy diets and healthy food and be developed free from commercial conflict of interests
- There is need for government to work in collaboration with multisectoral sectors at population level by creating food label and taxation, to fight with unhealthy food

๒๔ Side Meeting: Political Commitment and Accomplishment on Neglected Tropical Diseases

ผู้จัด Member states of Burundi, Ethiopia, India and Malawi

วันที่/เวลา ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๘ เวลา ๑๘.๐๐-๑๙.๓๐ น.

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

แพทย์หญิงบุษบัน เชื้ออินทร์ กรมควบคุมโรค

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

- กล่าวต้อนรับโดย Dr. Kessetebirhan Admasu, Minister of Health, Federal Democratic of Ethiopia และได้กล่าวถึงข้อเสนอแนะของ WHO สำหรับยุทธศาสตร์การป้องกันควบคุมกำจัดและกวาดล้าง Neglected tropical diseases (NTD) ดังนี้ preventive chemotherapy, intensified disease management, vector and intermediate host control, veterinary public health at the human-animal interface และ provision of safe water, sanitation and hygiene โรค NTD เหล่านี้บางโรคถูกกำจัดจนไม่เป็นที่ปัญหาสาธารณสุข (elimination) แล้ว บางโรคมีเป้าหมายในการกำจัดไม่ให้เป็นที่ปัญหาสาธารณสุขภายในปี ๒๐๒๕ จนถึง ๒๐๓๐ โดยใช้มาตรการ good information system, surveillance system และ supplied chain
- ได้มีการให้ชม Video เรื่อง River blindness (Onchocercosis) ซึ่งมีแมลงเป็นพาหะ และทำให้ผู้ติดเชื้อตาบอดได้ มี เป้าหมายการกำจัดโรค (Elimination) ของ River blindness ภายในปี ๒๐๒๕ ซึ่งขณะนี้ใกล้ที่จะ eliminate ได้แล้ว จึงมีการรณรงค์ให้รีบดำเนินการให้ถึงเป้าหมายโดยเร็ว โดยจะเน้นที่ การวินิจฉัยตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและการป้องกันการแพร่โรคสู่ผู้สัมผัสโรค และพัฒนาศักยภาพของ community, child community และ health worker
- Panel discussion: Political commitment and accomplishment ดำเนินรายการโดย Dr. Dirk Engels, WHO แจ้งว่า WHO ได้เตรียมยาสำหรับรักษาผู้ป่วยไว้อย่างเพียงพอ แต่ผู้ป่วยได้รับการรักษาแค่ครึ่งหนึ่ง ดังนั้นต้องขอความร่วมมือของชุมชน ร่วมกับ private sector ในการกระจายยาให้ทั่วถึง

- Dr. Tim Evans, World Bank กล่าวว่า World Bank มีโครงการให้การสนับสนุนการควบคุม NTD ในปี ๒๐๑๕-๒๐๒๐ โดย World Bank ช่วยให้ประเทศกำลังพัฒนาได้รับเงินไปสนับสนุนการดำเนินงานด้าน NTD ในระดับชาติ และระดับภูมิภาค การพัฒนาระบบข้อมูล และการกระจายยา นอกจากนี้ World Bank ได้สนับสนุนการแก้ไขปัญหาเหล่านี้ผ่านทางการศึกษา การเกษตรกรรม และหน่วยงานต่างๆ ที่เป็นหน่วยงานหลักในการตัดการแพร่การติดเชื้อ
- Dr Jarba Chioro, Minister of Health, Brazil เน้นที่ commitment ในระดับประเทศ การทราบประชากรกลุ่มเป้าหมายของการกำจัดโรค และให้ความสำคัญกับ primary health care platform โดยมี technical guidance และการสร้างเครือข่ายความร่วมมือทางสังคม (Social network),
- Minister Kalilani, Malawi กล่าวว่า Malawi มุ่งสู่การกำจัดโรค (elimination) ตาม Global targets ดังต่อไปนี้ Onchocercosis Schistosomiasis Leprosy และ Trachoma ตาม มีการดำเนินงานเพื่อลด transmission โดยให้สุขศึกษาแก่ครู นักเรียน และ บุคลากรสาธารณสุข
- Minister Bajar Idris Abu Garda, Sudan กล่าวว่า เมื่อปี ๒๐๐๐ Sudan ได้ดำเนินการ Health system reform โดยรวม NTD ให้อยู่ภายใต้ department เดียวกัน มีการพัฒนา data surveillance system เพื่อจัดทำแผนที่การกระจายของโรค บูรณาการงานที่ทำหายเข้ากับการประจำ จัดสรรให้มีงบประมาณที่เพียงพอ และพัฒนา Rapid diagnostic test ได้มีการดำเนินการตาม ๕ points of political commitments คือ ๑. การวางแผนระยะสั้นและระยะยาว ๒. ให้ทุกภาคส่วนมาร่วมดำเนินงาน NTD program ๓. การลงทุนทางการเงิน ๔. จัดทำคู่มือแนวทางการรักษา ๕. สร้างความเข้มแข็งของ NTD program ควบคู่กับการสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ (Health System)

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

แนวทางในการกำจัดโรค (Elimination) Trachoma, Filariasis และ Leprosy

การจัดลำดับความสำคัญของงานและโรค

การเฝ้าระวังโรคโรคควรมีการกำหนดพื้นที่เป้าหมาย หรือพื้นที่เสี่ยง (Mapping Surveillance) มีการดำเนินงานแบบบูรณาการ (integrated surveillance)

ความร่วมมือของชุมชน

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

ควรมีการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคมุ่งสู่การกำจัด หรือกวาดล้างโดยดำเนินงานแบบบูรณาการระหว่างหน่วยงานต่างๆ และระหว่าง NTD กับโรคที่ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีลักษณะคล้ายกันหรือระบบบริการสุขภาพทั่วไป

๒.๕ Side Meeting: Childhood Cancer: Universal Access to Treatment, Care and Support from a Global Perspective

ผู้จัด Co-sponsored by the Russian Federation, Germany, Philippines and Ghana with statement from the International Society of Pediatric Oncology (SIOP) and Childhood Cancer International (CCI)

วันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๘ เวลา ๑๘.๐๐-๑๘.๓๐ น.

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. รองศาสตราจารย์ ดร. นงนุช บุญยั้ง สภาการพยาบาล
๒. แพทย์หญิงภัทรวลัย ตีลังจิตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

Opening and introduction of speakers by ADG/NMH O. Chestnov then follow by four statements of Honorable Ministry of health of Russian Federation, Germany, Philippines and Ghana. Subsequently, there was one video message from Honorable Princess Dina Mired of Jordan and two more statements from Director of IARC (International Agency for Research on Cancer) and German Cancer League. Then, Mr. Chair invited five statements from floor and closing the event by discussion with the audience.

Cancer is the leading non-communicable disease-related cause of death among children in all countries around the world. Childhood cancer is a steadily growing and devastating global disease. However, early diagnosis and appropriate treatments for children with all types of cancer still get less attention from most countries.

Statements of each country had common concerns in these following issues ๑) raising awareness for childhood cancer, ๒) childhood cancer should not be neglected, ๓) childhood cancer was important as adult cancer, ๔) most countries faced with resource-constraint to provide care for children with cancer such as lack of pediatric-oncology specialty, lacked of qualified oncology nurses and medications, insufficient registration system to capture all childhood cancer.

They then asked for collaboration with network at national and international levels. In addition, all speakers-all statements made a request to take the childhood cancer to be a main issue for the next world health assembly. With hope, they will be able to get support from alliance to enhance the capacity for cancer treatment, to get access to global resources for cancer research, and to expand the universal coverage for the childhood cancer to increase the accessibility to care.

Some interesting information about the effort for management of childhood cancer can be identified from these statements. The Russian Federation had a well-established system for childhood cancer by providing childhood care free of charge; implement the cancer care in school, establishment of a mobile clinic for getting an early diagnosis. Another piece of information from Germany to treat childhood cancer is fascinating. All contributions and funding gained from people not from the government itself. This is a role model for collaboration. That of Philippines, urges for getting more financial support, and reported some challenges to childhood cancer were a great need for cheaper cost of medicines, increase human capacity, reduce the inequity and overcome the national geographic barrier. Ghana has developed the national strategic plan for childhood cancer

treatment with emphasizing on prevention, early diagnosis, adopt palliative care, raise awareness of childhood cancer, and proving timely treatment. An impressive story of one childhood cancer survivor in the United States reflected that in a prompt healthcare resource, childhood cancer can access and obtain high quality of care.

However, there is one contradicting issue whether or not we need a new medicine to treat childhood cancer. The IARC revealed that the growing burden of cancer will place a significant strain on healthcare systems of even the richest nations. Prevention and early detection remain the most effective strategies for achieving a significant and lasting impact on cancer.

สรุปประเด็นสำคัญช่วงถาม-ตอบ

มีปัญหาในการสื่อสารเนื่องจากไม่มีล่ามแปลเป็นภาษาอังกฤษและเหลือเวลาในการตอบคำถามน้อยมาก ประธานในที่ประชุมจึงไม่สามารถตอบได้ทัน

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- ๑ มะเร็งในเด็กเป็นกลุ่มโรคที่มีความสำคัญส่งผลกระทบต่อทั้งสุขภาพของเด็กและครอบครัว และยังคงเป็นโรคที่มีการละเลยทำให้การวินิจฉัยล่าช้า การรักษาจึงไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร โดยเฉพาะในกรณีที่ใช้จ่ายในการรักษาสูง
- ๒ การขาดแคลนบุคลากรด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะ pediatric oncologist ที่มีความรู้และการเข้าถึงการรักษาที่มีคุณภาพยังเป็นปัญหาในหลายประเทศ
- ๓ การศึกษาวิจัยเพื่อค้นคว้าวิธีการรักษาและยาใหม่ๆยังเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายส่วน จึงควรนำเรื่องนี้เป็นหนึ่งในประเด็นสำหรับพิจารณาในการประชุม WHA๖๙

๒.๖ Side Meeting: Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health

วันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๘ เวลา ๑๘.๐๐-๑๙.๓๐ น.

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. นายแพทย์ฐิติกร โตโพธิ์ไทย กรมอนามัย
๒. แพทย์หญิงชมพูนุท โตโพธิ์ไทย กรมอนามัย

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

There was a cocktail dinner meeting with ๑๐ panelists (WHO, UNICEF, UNAID, Norway, Canada, South Africa, India, The Partnership for Maternal Newborn and Child Health) and ๕๐ participants held at the ๘th floor delegate restaurant, UN.

Background: The global movement for promoting women and children health was addressed under the MDG in ๑๙๙๐, followed by the first Global Strategy for women's and children's health launched in ๒๐๑๐ by Every Women Every Child (EWEC) under the

leadership of UNSG (United Nation – Secretary General). As we are in a transition period from the MDG to SDG (Sustainable Development Goals), all partners need to draw concrete actions for further steps to foster the achievement and accelerate unfinished agenda. The Global Strategy will play role as main platform for the SDG implementation as there are ๖ SDG target related to women’s, children’s, and adolescent’s health that were already agreed.

Discussion: From the past experiences, **well-planned strategies with policy prioritization, financial support, leadership, and political commitment** were key success factors that facilitate countries to develop appropriate policies and implement concrete actions. For the post-๒๐๑๕, the policy development needs to take into account the importance of **equality, partnership, innovation, and accountability**. Further sustainable financing mechanism particularly Universal Health Coverage (UHC) is necessary to unlock all existing barriers and closing the gaps of the policy implementation. The Global Financing facility fund (GFF) currently launched by the World Bank (WB) will be a new funding mechanism that helps countries to implement numbers of necessary interventions. Health education is still worth to be invested. Focusing on adolescent’s health, they are at risk by many threats including alcohol, tobacco, drugs etc. Policies and regulation to tackle these risk factors need to be implemented.

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้ :

- People Health Movement (PHM) of South Africa recommended that MNCAH (Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health) targets should be accountable. The cost-effectiveness interventions particularly universal health coverage should be focused and prioritized. Collaboration with partners is a main tool for driven the success.
- Country should establish health information system to collect data to monitoring progress and achievement in improving health of the women, children, and adolescent.

๒.๗ Technical Briefing: Ebola outbreak

จัดโดยองค์การอนามัยโลก วันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๕๘ เวลา ๑๒.๓๐ – ๑๔.๑๕ น.

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. แพทย์หญิงรพีพรรณ เดชพิชัย
๒. แพทย์หญิงอรรธยา ลิมวัฒนา ยิ่งยง

Panellists

- Ministers of Health จากประเทศที่ได้รับผลกระทบ ได้แก่ Sierra Leone, Guinea and Liberia
- ตัวแทนจากประเทศ จีนและสหรัฐอเมริกา

- ตัวแทนจาก African Union และ IFRC
- ประเทศที่สนับสนุนการดำเนินการด้านการศึกษาวิจัยและการพัฒนางาน ได้แก่ South Africa and the United Kingdom

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

- การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในประเทศแอฟริกาตะวันตก ชี้ให้เห็นความสำคัญของการเตรียมพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในทุกมิติของภัยสุขภาพ และการสร้างความร่วมมือในการดำเนินการร่วมกันขององค์กรต่างๆ ในระดับนานาชาติ
- องค์กรอนามัยโลกกำลังดำเนินการเพื่อหาทางในการปรับปรุงการดำเนินการ ซึ่งอาจรวมถึงการปรับปรุงโครงสร้างการทำงานและการสร้างศักยภาพขององค์กร หน่วยงานต่างๆ ที่ทำงานตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน
- การประชุมครั้งนี้ได้นำเสนอสถานการณ์ ความจำเป็นที่ต้องดำเนินการ ผลการดำเนินงานบทเรียนการดำเนินการตอบสนองต่อการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ในประเทศต่างๆ ที่ได้รับผลกระทบ เช่น ประเทศไลบีเรีย เซียร์ราลีโอน รวมทั้งประเทศต่างๆ ที่ได้ให้ความช่วยเหลือในการตอบสนองต่อการระบาดของโรคฯ เช่น ประเทศจีน สหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร เป็นต้น ได้นำเสนอผลการดำเนินงานที่ได้ทำไปแล้ว การสนับสนุน ให้ความช่วยเหลือโดยองค์กรต่างๆ เช่น ธนาคารโลก กาชาดสากล และสิ่งที่จะต้องดำเนินการต่อไปในอนาคตสำหรับประเทศ องค์กรต่างๆ
- การดำเนินงานที่สำคัญ คือการสร้างศักยภาพของการป้องกันควบคุมโรคที่ระดับต่างๆ รวมไปถึงชุมชนที่ได้รับผลกระทบ และการดำเนินการอย่างต่อเนื่องต่อไปในอนาคต

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

- การให้ความร่วมมือในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในแอฟริกาตะวันตก โดยประเทศต่างๆ และองค์กรต่างๆ
- การดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า โดยประเทศที่ได้รับผลกระทบ ได้แก่ เซียร์ราลีโอน ไลบีเรีย ซึ่งมีบทเรียนในการดำเนินการมานำเสนอในที่ประชุม

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- ให้ร่วมดำเนินการในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าต่อไป จนไม่มีผู้ป่วยในพื้นที่

๒๘ Side Meeting: Women & health: ๒๐ years of the Beijing Declaration and Platform for Action

ผู้จัด Co-sponsors: Brazil, Chile, India, Kenya, Netherlands, Uruguay

Moderator: Dr. Merleen Temmerman, Director Dep. of reproduction Health Research, WHO

วันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๕๘ เวลา ๑๒.๑๕-๑๓.๔๕ น.

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. นายรังสรร มั่นคง สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
๒. แพทย์หญิงภัทรวลัย ตลิ่งจิตร คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

The Beijing Declaration and Platform of Action, the outcomes of the Fourth World Conference on Women (Beijing, ๔-๑๕ September ๑๙๙๕), set out ๑๒ areas of action for the global realization of gender equality and women's empowerment, one of which was women and health. [Note that ๑๒ areas are ๑. women and poverty, ๒. education and training of women, ๓. women and health, ๔. violence against women, ๕. women and armed conflict, ๖. women and the economy, ๗. women in power and decision making, ๘. institutional mechanisms, ๙. human rights of women, ๑๐. women and the media, ๑๑. women and the environment and ๑๒. the girl child.

- Gender sensitive policy: effective health responses base on gender perspective (Dr.Laksmi Puri Deputy CEO, UN Women)
- Sexual and reproductive health service should be invested: Family planning must be based on choice, STIs prevention with condom used
- Unsafe abortion is the leading cause of maternal and infant mortality, must make abortion safe legal and remove stigma from it
- Gender based violence: ๑/๓ women – violence from those who are close, female genital mutilation (FGM) in the girl child area, early marriage
- Sexual health education in school curriculum is important for boys and girls./ consensual sex is way to prevent violence in domestic settings
- Human right equal to women right (Dr.Kate Gilmore,Dep CEO UNFPA), discrimination in accessing health and women dignity should be concern especially in vulnerable group, right-based approach for individual as well as universal health coverage for reproductive health services should be considered.
- Weak progress in woman cancer (e.g. breast and uterine cancer) was noted: screening test for early detection
- Transformation of health professional education: multidisciplinary team for reproductive health services

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

มีเวลาเหลือไม่พอในการตอบคำถาม

- Multi-sectoral approach with strong collaboration:
- What type of platform exists to speak about the progress that has been made –as other countries can learn?
- Should NGOs and other partners be part of effort?
- How future health care professional can assist?
- How to make new political movement?

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- Empowering women in sexual and reproductive health with public movement
- Collaboration among many organizations, strong national leadership with commitment and inter-sectoral action are needed
- Improvement quality of care is crucial

๒.๙ Side Meeting: Political Commitment and Global Efforts to Accelerate Responsible Use of Antimicrobials

ผู้จัด Foreign Policy and Global Health group (Brazil, France, Indonesia, Norway, Senegal, South Africa and Thailand) together with Australia, Bangladesh, Bhutan, Germany, India, Maldives, Myanmar, the Netherlands, Sri Lanka, Sweden and the United Kingdom in collaboration with WHO

วันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๕๘ เวลา ๑๒.๓๐-๑๔.๐๐ น. Room XXIII, Palais des Nations,

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. ดร. เกสัชกรหญิงนิธิมา สุ่มประดิษฐ์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
๒. เกสัชกรหญิงสิตานันท์ พูนผลทรัพย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
๓. นายชาติ กาญจนกฤษกร คณะผู้แทนถาวรฯ ณ นครเจนีวา กระทรวงการต่างประเทศ
๔. รองศาสตราจารย์นายแพทย์ชาญวิทย์ ตรีพุทธรัตน์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
๕. สัตวแพทย์หญิงอังคณา สมันสทธิชัย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๖. ทันตแพทย์หญิงวิริศา พานิชเกียรติกร สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

- เป็นการประชุม side event ระดับรัฐมนตรี (Ministerial side event) โดยมีประเทศไทยเป็นผู้ประสานงานหลักในนามของประเทศที่เป็น co-sponsor รวม ๑๘ ประเทศ ภายใต้ความร่วมมือจาก WHO-HQ office
- ผู้อภิปราย ๑๔ ท่าน ประกอบด้วย
 - Dr. Margaret Chan, DG, WHO
 - Dr. Keiji Fukuda, ADG for Health Security, WHO-HQ
 - Dr. Marie-Paule Kieny, ADG – Health Systems and Innovation, WHO-HQ
 - H.E. Ms Edith Schippers, Minister of Health, Welfare and Sport, Netherlands
 - H.E. Mr. Bent Høie, Minister of Health and Care Services, Norway
 - H.E. Dr. Jarbas Barbosa, Vice-Minister of Science, Technology and Strategic Inputs, Ministry of Health, Brazil
 - H.E. Professor Benoit Vallet, Director General of Health, Ministry of Social Affairs, Health and Women's Rights, France

- H.E. Mr. Shri Jagat Prakash Nadda, Union Minister Health & Family Welfare, India
- H.E. Dr. Malebona Precious Matsoso, Director General of Health, South Africa
- H.E. Dr. Papa Amadou Diack, General Director of Health, Senegal
- H.E. Prof. Chris Baggoley, Chief Medical Officer, Ministry of Health, Australia
- H.E. Mr. Hermann Gröhe, Federal Minister of Health, Germany
- H.E. Prof. Nila F. Moeloek, Minister of Health, Indonesia
- H.E. Prof. Rajata Rajatanavin, Minister of Public Health, Thailand
- ผู้ดำเนินรายการ H.E. Mr. Thani Thongphakdi, Ambassador and Permanent Representative, Permanent Mission of Thailand to the United Nations, Geneva

การประชุมแบ่งออกเป็น ๔ ช่วง โดยมีสาระสำคัญในแต่ละช่วงดังนี้

ช่วงที่ ๑ Global awareness and actions on Antimicrobial Resistance (AMR): How far have we come? เป็นการนำเสนอเหตุการณ์และความคืบหน้าที่สำคัญทั้งที่ประสบความสำเร็จและที่ยังคงเป็นประเด็นท้าทายในบริบทของการขับเคลื่อนงานและนโยบาย AMR ในระดับโลก

- Dr. Fukuda ได้นำเสนอว่า แม้ข้อมูลหลายส่วนไม่สมบูรณ์ แต่หลักฐานที่มีสะท้อนให้เห็นว่าสถานการณ์ของ AMR กำลังร้ายแรงและเรากำลังจะเป็นฝ่ายพ่ายแพ้ต่อเชื้อดื้อยาที่มีแนวโน้มที่สูงขึ้นและมีความรุนแรงมากขึ้น ขณะที่ pipeline ของยาปฏิชีวนะชนิดใหม่แทบจะไม่มี ปัจจุบัน มีเพียงไม่กี่ประเทศเท่านั้นที่มีแผนปฏิบัติการระดับชาติที่ครอบคลุมในการแก้ปัญหา AMR (Comprehensive national plan) จุดสำคัญที่สุด คือ การยกระดับทำให้ฝ่ายนโยบายและการเมืองเกิดความตระหนักถึงปัญหานี้ให้มากขึ้นและเกิดความมุ่งมั่น (Political commitment and leadership awareness) การดึงภาคเอกชนเข้ามาร่วมแก้ปัญหาเป็นตัวอย่างที่ดี เนื่องจากต้องหาทางออกร่วมกันในทุกภาคส่วน ช่องว่างที่สำคัญ คือ (ก) ข้อมูลการเฝ้าระวังการดื้อยาด้านจุลชีพและการใช้ยาปฏิชีวนะ (ข) การสร้างความตระหนักและทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ และ (ค) การคิดค้นยาปฏิชีวนะชนิดใหม่ โดย WHO จะสนับสนุนประเทศสมาชิกในการขับเคลื่อนงาน AMR และพัฒนาให้เกิด national action plan on AMR ในกลุ่มประเทศสมาชิก

- Netherlands กล่าวถึงการประชุมระดับรัฐมนตรีที่กรุงเฮกเมื่อปีที่แล้วเพื่อกระตุ้นให้เกิดความตระหนักเรื่องปัญหาการดื้อยาด้านจุลชีพ และสะท้อนประสบการณ์และความสำเร็จของการลดใช้ยาปฏิชีวนะในภาคการเกษตรในช่วง ๕ ปีที่ผ่านมา โดยยกตัวอย่างของฟาร์มมากกว่า ๓๐๐ แห่งเลิกใช้ยาปฏิชีวนะในการเลี้ยงและไม่ได้ทำให้ผลผลิตตกต่ำลงแต่เกษตรกรมีความสุขมากขึ้น และเป็น win-win situation ทั้งในส่วนของสุขภาพคนและสัตว์ นอกจากนี้ได้ยกประเด็นเรื่อง การที่ McDonald's ประกาศไม่ใช้ไก่ที่เลี้ยงด้วยยาปฏิชีวนะนับว่าก่อให้เกิดกระแสสนับสนุนที่ดีมากในเรื่องนี้ ในตอนท้ายได้ขมวดปมความคิดว่า AMR เป็นปัญหาใน EU ที่ต้องได้รับการแก้ไขและร่วมขับเคลื่อนไปพร้อมกับ Global Action Plan และเน้นความสำคัญเรื่องการสร้างความเข้าใจในเรื่องนี้กับภาคประชาชนให้มากขึ้น

- Norway กล่าวถึงการประชุมระดับสูงที่กรุงออสโลเมื่อปีที่แล้วเพื่อกระตุ้นการสนับสนุนทางนโยบายเรื่องการใช้อย่างมีความรับผิดชอบ (responsible use of antimicrobials) เน้นว่าปัญหานี้เกิดได้กับนักท่องเที่ยวที่เดินทางไปตามทีต่างๆ และอาจนำพาหรือได้รับเชื้อดื้อยาดื้อยาติดตัวมาด้วย ประเทศที่รายได้ต่ำจะประสบปัญหาและได้รับความเสี่ยงรวมทั้งผลกระทบจากเชื้อดื้อยาอย่างมาก สิ่งที่สำคัญ คือ การทำให้ทุกภาค

ส่วนแก้ปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะร่วมกันทั้งภาคผู้ผลิต ผู้จำหน่าย และผู้ใช้ ภาคการเกษตร ภาคสถานบริการ และการศึกษา รวมทั้งการสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ และการจำกัดการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดใหม่ๆ ใน การเกษตร

ช่วงที่ ๒ Country experiences to promote responsible use of antimicrobials เน้นการ แลกเปลี่ยนการดำเนินการที่เป็นรูปธรรม (concrete action) ในการแก้ปัญหาการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสมใน ประเทศต่างๆ

- Brazil กล่าวถึงระบบเฝ้าระวังโรคที่มีความเข้มแข็งของประเทศ โดยยกตัวอย่างการเฝ้าระวังโรควัณโรคและ มาลาเรียที่มีประสิทธิภาพทั้งในระดับโรงพยาบาลและระดับชุมชน รวมทั้งได้ให้ความสำคัญกับการควบคุมการ จ่ายยา (prescription) ปฏิชีวนะที่ถูกกฎหมายในระดับชุมชน ซึ่งมีผลทำให้ปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะใน ประเทศลดลงถึง ๑๐% บราซิลชี้ให้เห็นว่า การประสบความสำเร็จนี้ เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนและ ประชาชนในระดับพื้นที่ เพราะต้องการยกระดับคุณภาพของร้านขายยาและสถานพยาบาลด้วย อย่างไรก็ตาม สิ่งที่เป็นความท้าทายของประเทศบราซิลคือ การควบคุมการใช้ยาปฏิชีวนะในภาคเกษตรกรรม รวมทั้งการ กำหนดตัวชี้วัดระดับประเทศที่มีความชัดเจน

- France มีแผนยุทธศาสตร์ชาติในการควบคุมการใช้ยาปฏิชีวนะ ตั้งแต่ปี ค.ศ. ๒๐๑๑ โดยส่งเสริมให้มีการลด การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล ในด้านสาธารณสุขผ่านการควบคุมให้โรงพยาบาลรายงานการใช้ยาปฏิชีวนะ เป็นประจำ ควบคุมการออกใบสั่งยา รวมทั้งส่งเสริมให้ประชาชนตระหนักถึงปัญหาของเชื้อดื้อยา ทำให้ลดการ ใช้ยาได้ถึง ๒๕% ทั้งนี้ในอนาคตมีแผนในการพัฒนาเครื่องมือที่ช่วยในการตรวจวินิจฉัยที่มีความรวดเร็วเพื่อที่ แพทย์จะได้เลือกใช้ยาปฏิชีวนะได้อย่างเหมาะสม และลดการใช้ที่ไม่จำเป็น รวมทั้งขยายความร่วมมือในการ ควบคุมการใช้ยาในสัตว์ ยกเลิกการใช้ยาปฏิชีวนะเป็นสารเร่งการเจริญเติบโตในสัตว์ผ่านการศึกษา "business model" ที่มีความเหมาะสม

- India สนับสนุนการต่อสู้กับปัญหาเชื้อดื้อยาเพราะมองว่าเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อประชากรทั้งโลก เห็น ว่าปัจจัยในความสำเร็จคือความร่วมมือในการแก้ปัญหาจากทุกภาคส่วนและทุกระดับ ทั้งนี้อินเดียให้ ความสำคัญกับการจัดการปัญหาในเชิงพฤติกรรมทั้งในส่วนของบุคลากรทางการแพทย์ ประชาชน และธุรกิจ ยาเน้นจุดที่ควรให้ความสำคัญคือทำให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะที่ถูกต้อง รวมทั้งโทษ ของการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ทั้งในบุคลากรการแพทย์และประชาชน พร้อมทั้งให้ความสำคัญกับการบังคับใช้ กฎหมายเพื่อควบคุมการใช้ยา

- South Africa มองว่าปัญหาเชื้อดื้อยาเป็นภัยคุกคามของประเทศแอฟริกาใต้ โดยเฉพาะปัญหาการดื้อยาต้าน ไวรัสโรคเอดส์ ทั้งนี้มีแผนการดำเนินการตั้งแต่ปี ค.ศ. ๒๐๐๔ ผ่านการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และสหสาขาวิชาจากทั้งจากห้องปฏิบัติการและบุคลากรทางการแพทย์ โดยเน้นใน ๓ ประเด็น ได้แก่ ๑) stewardship โดยให้มีการออกมาตราฐานคู่มือการทำงานระดับชาติ ๒) การเสริมสร้างการควบคุม และป้องกัน ผ่านการให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ประชาชน การส่งเสริมสุขอนามัยในโรงพยาบาล ๓) การ สร้างระบบเฝ้าระวัง ยุทธศาสตร์ และการบริหารจัดการที่ดี (governance)

- Senegal ให้ความสำคัญการพัฒนาศักยภาพของห้องปฏิบัติการเพราะมองว่าเป็นจุดที่มีความสำคัญในการ แก้ปัญหาเชื้อดื้อยาของประเทศ รวมทั้งได้มีการสร้างความเข้มแข็งของระบบเฝ้าระวังโรคทั้งในสถานพยาบาล และชุมชนประกอบกับการศึกษาทางระบาดวิทยา

ช่วงที่ ๓ Closing the gaps and the ways forward เป็นการต่อยอดความคิดและแลกเปลี่ยนความเห็น และแผนการในการขับเคลื่อนงานต่อในอนาคต

- Australia เน้นการเปลี่ยนความตระหนักรู้สู่การลงมือทำ แต่ปัญหาใหญ่สุดตอนนี้ คือ การที่ผู้ที่เกี่ยวข้องในภาคส่วนต่างๆ ยังไม่ตระหนักรู้ถึงปัญหาอย่างถ่องแท้ และการที่ช่องว่างระหว่างความรู้กับพฤติกรรมยังไม่ได้รับการแก้ไข ควรมีการตั้ง time frame และ indicators สำหรับพฤติกรรมหรือผลลัพธ์ที่ต้องการและคาดหวัง เน้นการดำเนินการ ๓ ด้าน คือ ด้านการควบคุม (regulation) ระบบการจัดการเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะ (Antibiotic stewardship) และการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลโดยการรักษาสุขอนามัยของมือ (Hand hygiene) การมี Global Action Plan จึงสำคัญมากในการประสานให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทุกภาคส่วนทั้งสุขภาพคน สุขภาพสัตว์ และสิ่งแวดล้อม
- Germany ย้ำว่า AMR เป็นปัญหาที่ซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับ actors จำนวนมาก และให้ความสำคัญกับ One Health approach ภายใต้ความร่วมมือของ WHO/FAO/OIE ความสำเร็จในการแก้ปัญหาขึ้นอยู่กับคนที่ผู้นำระดับสูง (Top level) เข้าใจและเห็นความสำคัญของเรื่อง AMR ดังนั้น Chancellor Angela Merkel จึงนำเรื่อง AMR บรรจุเป็นวาระในการประชุมสุดยอดผู้นำ G๗ ในเดือนมิถุนายนนี้ โดยคาดหวังผลที่สำคัญ คือ ผู้นำประเทศเกิดความตระหนักรู้ความสำคัญของเรื่อง AMR และเห็นว่า momentum จาก WHA ๖๘ ในการตอบรับ Global Action Plan on AMR เป็นปัจจัยหนุนที่สำคัญ ทั้งนี้ Germany ได้ให้คำมั่นสัญญาที่จะต่อสู้กับการดื้อยาต้านจุลชีพมาตั้งแต่ปี ค.ศ. ๒๐๐๘ โดยมีการปรับปรุงและออกกฎระเบียบจำนวนมากในการควบคุม AMR ในภาคของสถานพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ และภาคการเกษตร
- Indonesia ในช่วง ๕ ปีที่ผ่านมา ได้มีความพยายามแก้ปัญหา AMR เช่น การมีคณะกรรมการระดับประเทศ การมี national action plan และการแต่งตั้ง national focal point ในเรื่องนี้ โดยเริ่มจากระดับปฐมภูมิงานที่จะดำเนินการต่อ คือ การสร้างความตระหนักรู้กับประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้อง และการดำเนินงาน AMR ทั้งระดับโลก ระดับภูมิภาค ระดับประเทศ และระดับพื้นที่ แต่ยังมีข้อจำกัดในด้านของศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์และต้องการการสนับสนุนทางวิชาการและความร่วมมือในการแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับแนวทางที่ระบุไว้ใน Global Action Plan
- Thailand อัตราการสูญเสียชีวิตจาก AMR ประมาณ ๓๐,๐๐๐ ราย/ปี คิดเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจประมาณเกือบ ๐.๖% ของ GDP ในภาพรวม ประเทศไทยได้มีการดำเนินการตามกิจกรรมที่ระบุใน Global Action Plan ไปแล้วกว่าร้อยละ ๖๐ เช่น ระบบการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาและการควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล การใช้ One Health approach โครงการ Antibiotic Smart Use และโครงการโรงพยาบาลใช้ยาสมเหตุผล เป็นต้น แม้ว่าจะยังไม่บูรณาการเข้าด้วยกันแต่นับว่ามีต้นทุนที่ดี เนื่องจาก ‘Action without plan is better than plan without action’ นอกจากนี้ เมื่อต้นพฤษภาคมที่ผ่านมา ประเทศไทยเพิ่งจัดการประชุม Global Health Security Agenda (GHSA) โดยมี AMR session รวมอยู่ด้วยซึ่งเป็นจุดเริ่มของการสร้างความร่วมมือในเอเชียแปซิฟิก ประเทศไทยตระหนักว่า ‘Planning is a sweet dream, Action is a hard work, Evaluation is torture’ และเพื่อป้องกันทุกซ์ที่เกิด Evaluation จึงขอสนับสนุนการดำเนินการตาม Global Action Plan และดำเนินการบูรณาการงาน AMR ทุกระดับเข้าด้วยกัน

ช่วงที่ ๔ Questions and answers from the floor

- Dr. Margaret Chan (WHO DG) ย้ำถึงความจำเป็นในการมี Political Engagement ในเรื่อง AMR และขอรับรอง(แกมบังคับ) ให้ member states ยอมรับ Global Action Plan (GAP) ในการประชุมครั้งนี้
- Minister from Sweden สนับสนุน GAP และพยายามหาช่องทางในการขับเคลื่อน AMR เข้าสู่ UNGA

- ReAct ประชาสัมพันธ์ Toolbox ซึ่งเป็น website ที่รวบรวม scientific evidence relating to AMR และ tools จากประเทศต่างๆ ในการดำเนินงาน AMR (มี Antibiotic Smart Use ของไทยรวมอยู่ด้วย)
- South Centre เริ่มทำเรื่อง AMR มาตั้งแต่ปี ค.ศ. ๑๙๙๒ มองว่า AMR สำคัญพอกับ climate change ดังนั้น ประเทศต่างๆ ควรให้ความสำคัญกับ political leadership ในการแก้ปัญหา
- USA เสริมประเด็นความสำคัญของ AMR ใน TB
- International Federation of Medical Student Association (IFMSA) ยังมองไม่เห็นภาพว่าจะเคลื่อนต่ออย่างไรเพราะ Global Action Plan มีกิจกรรมจำนวนมากและยังไม่มี target ที่ชัดเจน
- Médecins Sans Frontières (MSF) สะท้อนความกังวลเรื่องการเข้าถึงยาปฏิชีวนะและ diagnostic tool ชนิดใหม่
- Pharmacist association สะท้อนเรื่องบทบาทของเภสัชกรที่เป็นกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่เข้าถึงได้ง่ายที่สุดกับงานและบทบาทในการแก้ปัญหา AMR

๒.๑๐ Side Meeting: Diagnostics: Fighting Outbreaks and Improving Public Health

ผู้จัด Global Medical Technology Alliance (GMTA), AdvaMedDx, and the European Diagnostic Manufactures Association (EDMA)

วันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๕๘ เวลา ๑๘.๐๐-๑๙.๓๐ น.

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. ดร. กาญจนา จันทน์ไทย สำนักงานการพยาบาล
๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันทพันธ์ ชินล้ำประเสริฐ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ

Speaker

- Ayodele Aina อัครราชทูตถาวรไนจีเรียประจำสหประชาชาติ ใน Geneva,
- Professor Willy Shileanga Urassa in Vitro Diagnostics จาก WHO
- Jennifer Cohn, Medical Director จาก Medecins Sans Fronteres (MSF) Access Campaign
- Catharina Boehme, Chief Executive Officer, Foundation for innovative New Diagnostics (FIND)
- Duncan Blair, Director of Public Health Initiative, Alere & Dr. Fred C. Tenover, Vice President of Scientific Affairs, Cepheid

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

- Ebola Virus Disease (EVD) ไม่มีวัคซีนป้องกัน และวิธีการรักษาเฉพาะ หลักการสำคัญคือ การวินิจฉัยแยกโรคให้ได้โดยเร็ว การตรวจในห้องทดลอง แยกผู้ป่วยและให้การรักษา ควบคุมการระบาดของเชื้อ
- ตั้งแต่มีการระบาดไม่รุนแรง ในปี ๑๙๗๖, ๑๙๙๕, ๒๐๐๐/๒๐๐๑, และ ๒๐๐๗ ใช้ In house assay ซึ่งใช้ไม่ได้ในสถานการณ์ ปี ๒๐๑๔ และองค์การอนามัยโลกต้องปรับให้เป็นการตรวจโดยใช้ commercial assays เพื่อช่วยรองรับการตรวจตามจำนวนที่เพิ่มมากขึ้น ตาม WHO Emergency Use Assessment and Listing (EUAL) procedure ที่ใช้ mobile Lab ในการระบาดนั้น

- องค์การอนามัยโลกกำหนดให้ Ebola อยู่ใน priority ที่ต้องจัดการในอนาคต และมีความร่วมมือในหน่วยงาน องค์กร ต่างๆ ในทุกระดับไม่ว่าจะเป็น รพ ในชุมชน ในเมือง ระดับชาติ การประชุมนี้ได้รับบุถึงประโยชน์ของการมี infrastructure การตรวจวินิจฉัยเชื้อโรค รวมทั้งห้องปฏิบัติการและคลินิกในการช่วยให้การวินิจฉัยต่างๆรวมทั้งไวรัสอีโบล่าได้รวดเร็วในระยะต้น การถอดบทเรียนในด้านนวัตกรรมการวินิจฉัยโรค การดูแลในสถานที่ขาดแคลนทรัพยากร และการมี Infrastructure การตรวจวินิจฉัยที่เหมาะสม จะช่วยให้จัดการกับปัญหาการระบาดได้อย่างยั่งยืน สามารถทำการวินิจฉัยได้อย่างรวดเร็ว ในเวลาที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงการระบาดโดยแพร่จากชุมชนได้ในอนาคต ประโยชน์ของเครื่องมือการตรวจวินิจฉัยสามารถจะตรวจได้ทุกระยะของการดำเนินโรค ใช้ได้ทั้งการคัดกรอง การวินิจฉัย การรักษา และการบริหารจัดการด้านสุขภาพที่ประสบผลสำเร็จ
- WHO สนับสนุนให้มี Ideal Ebola IVD กล่าวคือ ๑) ต้องเป็นการตรวจที่ง่ายไม่ซับซ้อน สามารถใช้ได้ในพื้นที่เข้าถึงยาก อาจเป็นการใช้ตรวจครั้งเดียวหรือเป็น Series ก็ได้ ๒) การตรวจ Nucleic Acid Assays ต้องมีลักษณะที่เป็นระบบปิดง่ายต่อการใช้ ความร้อนคงที่ เป็นระบบที่ใช้วินิจฉัยได้หลากหลาย ๓) เป็นการตรวจที่มีความไวและความเที่ยงตรงสูง ๔) สามารถลดความเสี่ยงของการติดเชื้อของผู้ปฏิบัติงาน แต่เนื่องจากเชื้อไวรัสมีการพัฒนาตนเองให้ทนทานตัวยามากขึ้น ดังนั้นการตรวจที่ก้าวหน้ากว่านี้ จากสารคัดหลั่งต่างๆและรกของผู้รอดชีวิตจากเชื้ออีโบล่า ควรจะได้รับการสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยมากขึ้น

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

- ความร่วมมือของ WHO กับเครือข่ายองค์กรภาคอื่นๆทั้งในภาคประชาชน และภาคธุรกิจเอกชน ควรกระทำในลักษณะที่สนับสนุนให้เกิดความยั่งยืนในระบบสุขภาพ
- ควรต้องมีการรักษาความปลอดภัยของการแชร์ข้อมูลและปัญหาอุปสรรคต่างๆ เพราะข้อมูลที่มากกว่า ๘๓๐๐ data จากระบบ GeneXpert สามารถที่จะมองเห็นได้ในเวลาเดียวกัน

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

๑. WHO ควรให้ความสำคัญอย่างจริงจังกับการใช้ Infrastructure การตรวจวินิจฉัยเชื้อโรคต่างๆ โดยเฉพาะโรคที่ระบาดอย่างรวดเร็ว อัตราตายสูง ยังไม่มีการรักษาที่แน่ชัด และมีประสิทธิภาพเพียงพอ เพื่อลดอัตราการระบาดอย่างรวดเร็ว และควรมีการวางแผนการใช้เครื่องมือเหล่านี้ในประเทศที่มีการระบาด ในถิ่นทุรกันดารที่เข้าถึงยาก
๒. WHO ควรสนับสนุนอย่างจริงจังในด้าน Global Diagnostics Partnership เพื่อให้มีการเตรียมการเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยในห้องปฏิบัติการที่พร้อมทันทีเมื่อมีการระบาดเกิดขึ้น ภาคส่วนที่เป็น Partnership ประกอบด้วย WHO, สถานประกอบการ, ห้องปฏิบัติการ, NGO, Donors และ Regulator ที่เกี่ยวข้องกับการออกกฎหมายเพื่อการดูแลสิทธิผู้ป่วยและผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ

๒๑.๑๑ Side Meeting: Preserving Lives: Progress in the Decade of Action for Road Safety ๒๐๑๑-๒๐๒๐ – ๒nd Global High-Level Conference on Road Safety

ผู้จัด Co-sponsors: Brazil and Russia Federation

วันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๕๘ เวลา ๑๘.๐๐-๑๙.๓๐ น., Room XII, Palais des Nations

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

นายรังสรรค์ มั่นคง สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

In ๒๐๑๙, Russia hosted the ๑st Global Ministerial Conference on Road Safety, culminated in the adoption of the **Moscow Declaration**, which calls for “A Decade of Action for Road Safety ๒๐๑๑-๒๐๒๐.” The side meeting is to outline the progress made in the first ๕ years.

- A panel of ๗ speakers: ๕ country experiences, ๑ from UN, ๑ from the victim network; moderated by WHO; Aurthur Chioro, Minister of Health, Brazil; Victor Kriyanov, Vice-Minister of Internal Affairs, Russian Federation; Mathume Joseph Phahla, Deputy Minister of Health, South Africa; Rajata Rajatanain, Minister of Health, Thailand; Mitchell Wolfe , Deputy Assistant Secretary, US Public Health Service, USA; Jean Todt, UNSG’s Special Envoy for Road Safety; Jeanne Picard Mahaut, Director, Federacion Iberoamericana de Asociaciones de Vicimas contra la Violencia Vial; Moderator: Etienne Krug, Director, Management of NCDs, Disability, Violence, and Injury Prevention (NVI), WHO
- Road safety taking a big toll on lives, community, health system and economy.
- Efforts made to ensure it is included in the post-๒๐๑๕ development agenda.
- Concerned that the financial and political commitment falling shorts. Leaders must commit and take concrete actions on road safety. UN will launch an initiative to raise global business community support (UN special envoy).
- Countries still face challenges: Brazil on motorcycle incidents in young people; Russia on school children safety; Thailand on incidents during major festivals and incongruent road traffic data; South Africa on pedestrian deaths.
- Proposed measures: comprehensive measures of ๕ pillars of road safety (WHO); focus on systematic prevention; alcohol and drunk-driving should not mix (Brazil); equip children with knowledge and safety measures (Russia); effective mechanism to coordinate across sectors (e.g. Road Safety Group in Thailand); strengthen law enforcement (Thailand); social campaign and zero alcohol tolerance on the road (S.Africa); Engage state and non-state actors (e.g. funding from private sector); sharing experience with other countries (USA); dialogue and public education that enables civic behavior and the respect for others
- The ๒nd Global Ministerial Conference on Road Safety to be held in Brazil, September ๒๐๑๕ will be an important midway checkpoint and people are asked to bring tangible proposals there.

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

No time for questions/answers.

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

๑. Comprehensive approach involving government and non-government actors required with effective coordinating unit.
๒. Culture and awareness of road traffic burden and prevention must be built, especially towards the vulnerable groups: child, elderly, cyclists.
๓. Strong legislation and enforcement must be in placed.
๔. Sincere political commitment and new innovative funding mechanisms must be shown.
๕. National and local implementation are required. Time to act now.

๒.๑๒ Side Meeting: High-level Ministerial Dinner on identifying critical barriers to selecting and scaling proven innovations for Women and Children health

วันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๕๘ เวลา ๑๘.๐๐-๑๙.๓๐ น. ณ โรงแรม InterContinental Geneva

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. นายแพทย์ฐิติกร โตโพธิ์ไทย กรมอนามัย
๒. แพทย์หญิงชมพูนุท โตโพธิ์ไทย กรมอนามัย

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน และ นพ.สุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ เข้าร่วมการประชุม ซึ่งจัดขึ้นโดยภาคีเครือข่าย องค์การอนามัยโลก Grand Challenge Canada ตัวแทนจากรัฐมนตรีสาธารณสุขแห่งราชอาณาจักรนอร์เวย์ และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประเทศไนจีเรีย โดยมีจุดประสงค์สำคัญเพื่อให้เกิดการหารือถึงอุปสรรคและปัญหาที่ขัดขวางต่อการนำนโยบายด้านอนามัยแม่และเด็กไปปฏิบัติในประเทศและเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างรัฐมนตรีสาธารณสุขของแต่ละประเทศเกี่ยวกับบทบาทของกลไกทางการเงินใหม่ที่พัฒนาขึ้นโดยธนาคารโลกซึ่งเรียกว่า Global Financing Facility (GFF) ในการช่วยเหลือประเทศพัฒนาและขยายความครอบคลุมของนโยบายและสิทธิประโยชน์สำหรับพัฒนาคุณภาพชีวิตของแม่และเด็ก

ที่มาของการประชุม เนื่องมาจากความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของแม่และเด็กเป็นวาระสำคัญระดับโลก องค์การแห่งสหประชาชาติได้ตั้งเป้าหมายในการลดอัตราการตายของแม่และเด็กเล็กไว้ในเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals, MDG ๑๙๙๐-๒๐๑๕) โดยได้เน้นย้ำความสำคัญของประเด็นนี้อีกครั้งในปี ๒๕๕๓ โดยการตั้ง Every Women and Every Child Initiatives (EWEC initiatives) พร้อมกับการวางยุทธศาสตร์โลกสำหรับสตรีและเด็ก (Global strategy for women's and children's health) เพื่อวางแผนทางการดำเนินการร่วมกันในการผลักดันให้ทุกประเทศประสบความสำเร็จตาม MDG ซึ่งในปีนี้เป็นปีสุดท้ายที่องค์การแห่งสหประชาชาติจะต้องวัดผลความสำเร็จของ MDG การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นถึงปัญหาและอุปสรรคที่ผ่านมาที่แต่ละประเทศพบเจอระหว่างการนำนโยบายไปปฏิบัติจะช่วยให้การวางแผนการดำเนินงานด้านแม่และเด็กในอนาคตมีประสิทธิภาพมากขึ้น

นอกจากนี้เนื่องจากประสบการณ์ที่ผ่านมา อุปสรรคจากเรื่องของการขาดแคลนงบประมาณเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ทำให้การผลักดันนโยบายของบางประเทศไม่ประสบความสำเร็จ ทางธนาคารโลกและภาคีเครือข่ายที่สำคัญได้แก่ ประเทศสหรัฐอเมริกา ราชอาณาจักรนอร์เวย์ องค์กร Grand Challenge Canada และกองทุน Bill & Melinda Gate Fund ได้ตกลงความร่วมมือที่จะจัดตั้งกองทุนการเงินเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตสตรีและเด็กขึ้น เรียกว่า Global Financing Facility เพื่อเป็นแหล่งงบประมาณสนับสนุนประเทศกำลังพัฒนาให้สามารถจัดหาสิทธิประโยชน์เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของสตรีและเด็กต่อไป

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้ :

ประเทศสมาชิกที่เข้าร่วมรับทราบความร่วมมือในการจัดตั้ง Global Financing Facility ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

๒.๑๓ Technical Briefing: Climate Change and Health

ผู้จัด WHO Secretariat

วันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๕๘ เวลา ๑๒.๓๐-๑๔.๓๐ น.

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑ ดร. เบญจวรรณ รัชชสุภา กรมอนามัย

๒ แพทย์หญิงภัทรวลัย ตลิ่งจิตร คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message) (โดยอาจารย์ชื่อ speaker ด้วย)

- This technical meeting started with the VDO about impact of climate change on health which raise awareness of people
- The objective of this technical briefing is to reaffirm the importance of climate change on health, to provide Ministry of Health with the evidence and arguments to ensure that health is appropriately reflected in the Paris agreement and its financial and technical support mechanisms

Technical presentations:

- Update on the latest evidence on the health risks from climate change, and the opportunities to promote health through increasing resilience and gaining health benefits from climate change mitigation actions
- Report on the current status of the climate change negotiations towards the global climate change agreement at the ๒๑st Conference of the Parties to the UN Framework Convention on Climate Change (UNFCCC COP๒๑) in Paris in December, the representation of health within both the agreement text, and the financial and technical support mechanisms
- Planning resilient cities to protect health from climate change and air pollution.

Key messages:

- Current greenhouse gas emission put the world on path for +๔C (±๑.๕C) by ๒๑๐๐ and increase health risks from climate change such as extreme weather events caused mortality, increasing of malaria cases, etc
- Adaptation to climate change is primary prevention from climate risks
- A future without mitigating and adapting to climate change is unacceptable for health
- Public health sector can do by strengthening of preventive public health functions, including climate resilience, is the best protection for the future
- Proven public health measures, climate adaptation and mitigation decision can bring immediate and valuable health benefits
- Health can contribute to and benefit from, a strong and effective climate change agreement
- The poorest and those who have contributed least to climate change will be first affected (evidence from the carbon footprint by Tony McMichael)

ประเด็นสำคัญที่ถูกละเลย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

- There was a Ministerial round table about an opportunity for Ministries of Health and Ministries of Environments from countries at different levels of development on the perspectives for linking health and climate change in international agreements, national policy, and implementation
- The ideas and suggestions on how Ministries of Health could contribute constructively and effectively to negotiation of the global meaningful and public health focused climate agreement

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

Tackling climate change could be the greatest global health opportunity of ๒๑st century, we need actions to:-...

๑. Invest in climate change and public health research, monitoring, and surveillance of adaptation needs and health co-benefits.
๒. Scale-up financing for climate resilient health systems world-wide.
๓. Protect cardiovascular and respiratory health by rapid phase out of coal from the global energy mix.
๔. Transition to cities that support and promote lifestyles health for the individual and the planet: highly energy efficient building stock, ease of low cost active transportation, increasing access to green spaces.
๕. Establish the framework for a strong, predictable, and international carbon pricing mechanism.

- ๖. Rapidly expand access to renewable energy in low-income and middle income countries.
- ๗. Ensure that health impacts of national energy policies are built-in to the government regulation and decision making processes.
- ๘. Adoption mechanisms to facilitate collaboration between Ministries of Health and other government departments.
- ๙. Agree and implement an international agreement that supports countries in transitioning to a low-carbon economy.
- ๑๐. Develop a new, independent Countdown ๒๐๓๐: Global health and climate Action to monitor progress over the next ๑๕ years.

๒.๑๔ Side Meeting: Adolescent Girls' Health

ผู้จัด Chile, Tanzania, USA, and Zimbabwe

วันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๕๘ เวลา ๑๒.๑๕-๑๓.๔๕ น.

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

- ๑. นายรังสรร มั่นคง สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
- ๒. ทันตแพทย์หญิงวิริศา พานิชเกรียงไกร สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

- Around ๑.๒ billions of populations are adolescents aged ๑๐-๑๙. They are our most valuable capital. Adolescent girls still face several key problems for example child marriage, complication of teen pregnancy, violence, and lack of access to health and mental health services.
- Right-based solution suggested such as the right to health and the right to be respected; increasing participation in decision making process and having dignified conversation with adults. Also, men and boys should be engaged as ally for girl agenda, to reach gender equality.
- Chile: ๔ strategies to scale up services: ๑. “Friendly Space” health services which aimed to cover ๑๐๐% of health care centers ๒. Healthy assessment for adolescents e.g. risk factors, contraception, and counseling ๓. Health classrooms in multi-sectoral sectors and, ๔. Increase participation of youth council and capacity building of adolescents.
- India: Long-term measures: empower the ability to say “no”, Right to Education Act for mandatory education (age ๖-๑๔), connect community and health care facility, Immediate-term measures: amend for stronger criminal law (๒๐๑๓) and all-in-one legal and medical care units (๒๐๑๔)

- Brazil: challenge is unplanned pregnancy; the measures are to protect and ensure right of child and adolescents; inter-sectoral programs in schools, primary health care with services for adolescent girls
- USA: Pres. Obama gave priority to girls, initiated White House Council on Women and Girls, rallying federal agencies to incorporate girls' lens on their policy and programs. Three teen program approaches: ๑. grant directly to communities ๒. Public private partnership and ๓. Engaged private funds/foundations
- Tanzania: challenge of young marriage and young mothers; currently focus on good program within health system.
- Zimbabwe: challenge is early sexual debut (as early as ๙ yr old); interventions include increase school enrollment for girls, new initiative such as "sister to sister" ๔๐-week-long club that build up life skills among girls aged ๑๐-๑๙
- Existing mental health state is unmatched with risks on girls' suicide, eating disorder, depression. Smart phone and social media suitable channel to collect teenage girls' health data.

ประเด็นสำคัญที่ถูกละเลยหรือถูกถามจากที่ประชุม

- The right age to provide condoms in schools, as it is quite a controversy in many countries.
- What other reasons to allow legal abortion beyond rape, incest, and mother's high risk.
- How to remove stigma and be more sensitive to girls seeking health services.

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

๑. Thailand can learn and adapt innovative projects from other countries such as Brazil, Chile, US, Zimbabwe. The focus should be also on scaling up existing successful teenage girls projects for impact. Programs should use progressive approach/technology, teenagers' participation in the decision making of such programs, and multi-sectoral involvement.
๒. Thailand should pursue conceptual shift towards engaging men and boys on addressing girls' health issue aiming to solve gender inequality issues.

๒.๑๕ Side Meeting: Polio Eradication: Status, Lessons learnt and the way forward in Africa

ผู้จัด แคมเมอร์น ชาต อีควาทเรียล กินี เอธิโอเปีย เคนยา ไนเจอร์ ไนจีเรีย และโซมาเลีย

วันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๕๘ เวลา ๑๒.๑๕ - ๑๓.๔๕ น.

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

นายแพทย์พงศ์ธร ชาติพิทักษ์ กรมควบคุมโรค

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

- ภูมิภาคแอฟริกากำลังเข้าสู่ภูมิภาคปลอดโปลิโอ โดยผู้ป่วยโปลิโอรายสุดท้าย พบเมื่อวันที่ ๒๔ กรกฎาคม ๒๕๕๗ ที่ประเทศไนจีเรีย โดยประเทศในภูมิภาคแอฟริกาที่ยังพบผู้ป่วยโปลิโอในปี ๒๕๕๗ ได้แก่ ไนจีเรีย อีแควทอเรียลกินี แคเมอรูน และเอธิโอเปีย การดำเนินงานเพื่อกวาดล้างโปลิโอยังคงเดินทางต่อไป โดยมีแผนที่จะยกเลิกการใช้วัคซีน OPV๒ ในปี ๒๕๕๙ และประกาศเป็นภูมิภาคปลอดโปลิโอในปี ๒๕๖๑ อย่างไรก็ตามยังมีความเสี่ยงที่จะเกิดการแพร่เชื้ออยู่ เช่น การแพร่เชื้อข้ามมาจากภูมิภาคอื่น ดังที่เคยมีการแพร่เชื้อจากภูมิภาคตะวันออกกลางในปี ๒๕๕๖ จุดอ่อนในระบบรายงานผู้ป่วยอ่อนแรงเฉียบพลันในแอฟริกาตะวันออก เนื่องจากปัญหาการระบาดของโรคอีโบล่า การที่ยังมีบางพื้นที่ที่ความครอบคลุมของวัคซีน OPV๓ ยังคงต่ำอยู่ โดยเฉพาะในเขตติดต่อกับภูมิภาคตะวันออกกลาง หรือปัญหาในการดำเนินงานที่มีปัญหาความรุนแรง เช่น ทางตอนเหนือของประเทศไนจีเรีย และแคเมอรูน
- บทเรียนความสำเร็จที่ได้จากการกวาดล้างโปลิโอในภูมิภาคแอฟริกา ได้แก่ พันธสัญญาที่เข้มแข็งในการกวาดล้างโปลิโอจากผู้นำ การอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน เช่น ร่วมกับกระทรวงกลาโหมในการจัดตั้งทีมเพื่อดำเนินการในพื้นที่ที่มีปัญหาความรุนแรง หรือการสร้างนวัตกรรมในระดับพื้นที่ในการเพิ่มความครอบคลุมของระดับภูมิคุ้มกัน เช่น การตั้งจุดให้บริการวัคซีนชั่วคราว ๑ วันบนถนนสายหลักเมื่อไม่มีสัญญาณการเกิดการสู้รบในวันนั้น

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

- ปากีสถานซึ่งเป็นประเทศที่ยังพบผู้ป่วยโปลิโอจำนวนมาก จะแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับไนจีเรียในการดำเนินงานกวาดล้างโปลิโอ และตั้งเป้าจะลดจำนวนผู้ป่วยลง สองในสามในปีนี้
- แคนาดาเน้นย้ำความสำคัญของการดำเนินงานในกลุ่มที่เข้าถึงยาก ระบบเฝ้าระวังที่มีคุณภาพ และการรณรงค์ในการสร้างภูมิคุ้มกันอย่างต่อเนื่อง
- อิรักซึ่งเป็นประเทศที่ปลอดโปลิโอมา ๑๔ ปี ก่อนจะพบผู้ป่วยในปี ๒๕๕๗ เน้นความสำคัญของความร่วมมือจากทุกภาคส่วน

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ประกาศเป็นภูมิภาคปลอดโปลิโอในปี ๒๕๕๗ แต่เนื่องจากมีเขตติดต่อกับภูมิภาคตะวันออกกลางซึ่งพบผู้ป่วยโปลิโออยู่เป็นจำนวนมาก จึงยังคงต้องมีการเฝ้าระวังผู้ป่วยอ่อนแรงเฉียบพลันอย่างต่อเนื่อง เพื่อเฝ้าระวังการแพร่เชื้อข้ามภูมิภาค
- ประยุกต์ใช้นวัตกรรมของภูมิภาคแอฟริกาในการดำเนินงาน เช่น การตั้งจุดให้บริการวัคซีนชั่วคราว หรือการจัดทีมร่วมกับกระทรวงกลาโหมในพื้นที่ชายแดนภาคใต้ที่มีปัญหาความรุนแรง

๒.๑๖ Side Meeting: Global Human Resources for Health (HRH) governance: what are the health workforce implications of WHO resolutions?

ผู้จัด World Health Professions Alliance WHPA, Global Health Workforce Alliance GHWA, Intra Health International, International Federation of Medical Students Associations IFMSA

วันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๕๘ เวลา ๑๙.๐๐-๒๐.๐๐ น.

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. ดร. นาริรัตน์ ผุดผ่อง สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๒. นายแพทย์ธงชน เพิ่มบดศรี กรมการแพทย์
๓. ดร. กาญจนา จันทร์ไทย สำนักการพยาบาล
๔. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันทพันธ์ ชินล้ำประเสริฐ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

การพัฒนา HRH มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง Dr. Tea E. Collins ได้สรุปถึงการเคลื่อนย้ายกำลังคนด้านสุขภาพ ซึ่งมีทั้ง Source และ Destination countries อีกทั้งยังมี International Development Partners ที่เป็น stakeholder ที่สำคัญ ทำให้จำเป็นต้องมี Global Strategy on Human Resources for Health โดยมี Key Messages ๓ ข้อ คือ

- ๑) บทบาทของ WHO เพื่อสนับสนุน Member states ในการ implement WHO Global Code และ WHA resolution ที่เกี่ยวข้อง
- ๒) การลงทุนในกำลังคนด้านสุขภาพ เป็นสิ่งสำคัญซึ่งเป็น health system component ที่จำเป็นในการบรรลุความสำเร็จนโยบาย Universal Health Cover, UHC
- ๓) องค์กรวิชาชีพ มีบทบาทโดยตรงในการจัดการศึกษา ฝึกอบรม ออกใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ออกกฎระเบียบ ด้านวิชาชีพสุขภาพ

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

- บุคลากรที่กำหนดเป็น Health Workforce คือใครบ้าง
- จะอบรมบุคลากรเหล่านี้ให้ well trained ได้อย่างไร ในเมื่อยังไม่มีข้อมูล demand และ Supply
- ความสมดุลระหว่างการพัฒนาคุณภาพกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ
- งบประมาณด้านกำลังคน และค่าตอบแทนกำลังคน
- สิ่งแวดล้อม ความปลอดภัยในการทำงาน

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- WHO ควรพิจารณาสนับสนุนประเทศสมาชิกในการแก้ไขปัญหาสำคัญๆที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินตามนโยบาย WHA resolutions ในการนำ global Evaluation tool มาใช้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องแก้ปัญหาที่ตรงจุด
- ควรมีการลงทุนให้เพียงพอ เพื่อเพิ่มจำนวนและพัฒนาคุณภาพกำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยสนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคต่างๆ เช่น สรรหาบุคลากรในท้องถิ่น และใช้งบประมาณท้องถิ่นเพื่อพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพตามความต้องการของท้องถิ่น
- ผลักดันให้กลยุทธการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ เป็นนโยบายระดับประเทศ

๒.๑๗ Side Meeting: Health and well-being in Emergencies

ผู้จัด รัฐบาลของ Netherland และ New Zealand ร่วมกับ Haiti, Iraq, Liberia, Lebanon, Mozambique, Norway, Sierra Leone, United Arab Emirates, United States of America, ILO, UNFPA, UNHCR, IFRC, Safeguarding Health in Conflict Coalition and WHO

วันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๕๘ เวลา ๑๘:๐๐ – ๑๙:๓๐ น.

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

แพทย์หญิงรพีพรรณ เดชพิชัย

Chair of the event and moderator ได้แก่

Reina Buijs, Director-General for International Cooperation, Ministry of Foreign Affairs, Netherlands

Panellists ได้แก่

๑. Mr. Conrad Sauvé, President and Chief Executive Officer of the Canadian Red Cross and IFRC representative for reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health
๒. Dr. Florence D. Guillaume, Minister, Haiti
๓. Dr. Adeelah Hammood, Minister of Health, Republic of Iraq (Safety health workers and facilities)
๔. Her Royal Highness Princess Sarah Zeid of Jordan (Reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health)
๕. Dr. Rabih El-Chammy, Lebanon (Mental Health)
๖. Dr. Leonard Rubenstein, Chair, Safeguarding Health in Conflict Coalition (Safety of health workers)
๗. Ambassador Stevens, Sierra Leone (Mental Health)
๘. Dr. Maha Taysir Barakat, United Arab Emirates (Reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health)

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

- ตัวแทนจากประเทศจำนวน คน ได้ร่วมอภิปราย นำเสนอบนเวที คนละประมาณ ๓-๕ นาทีในประเด็น สุขภาพและอื่นๆ ที่ Panelist ให้ความสำคัญ และเลือกนำมาเสนอในการประชุม
- กลุ่มที่ได้รับผลกระทบด้านสุขภาพจากการเกิดภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในหลายประเทศ มีหลายกลุ่ม เช่น กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวม แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ช่วยเหลือ อาสาสมัคร รวมไปถึงกลุ่ม ประชาชนที่ได้รับผลกระทบโดยตรง
- การประชุมได้กล่าวถึงประเด็นสำคัญ ได้แก่ เรื่อง ความปลอดภัยและสุขภาพของเจ้าหน้าที่ (safety and health of health care workers) สุขภาวะของวัยเจริญพันธุ์ มารดา เด็กทารก วัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ ตอนต้น (reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health) และภาวะสุขภาพจิต และการให้ความช่วยเหลือดูแลด้านจิตใจสังคมในภาวะฉุกเฉิน (mental health and psychosocial support in humanitarian emergencies) นอกจากนี้ การประชุมได้กล่าวถึงผลกระทบของภาวะ ฉุกเฉินต่างๆ ได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ สังคม และผลกระทบต่อเศรษฐกิจ
- ที่ประชุมได้เรียกร้องให้มีการดำเนินการเพื่อความปลอดภัยแก่กลุ่มต่างๆ ดังกล่าวที่ได้รับผลกระทบจาก ภาวะฉุกเฉิน รวมไปถึงเจ้าหน้าที่อาสาสมัครที่ทำหน้าที่ในพื้นที่ยากแก่การเข้าถึงและไม่ปลอดภัย เพื่อให้ผู้ ได้รับผลกระทบได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น ในสถานการณ์ภาวะฉุกเฉินต่างๆ ซึ่งรวมถึง การระบอบ ภาวะความขัดแย้ง และสาธารณสุขภัยจากธรรมชาติต่างๆ

- สิ่งของที่ประชุมเรียกร้องให้ดำเนินการ รวมไปถึงการสร้างระบบสุขภาพที่ยั่งยืน การปกป้องและสนับสนุนการทำงานของบุคลากรและอาสาสมัคร การดูแลกลุ่มประชากรที่ได้รับผลกระทบ โดยเน้นความเหมาะสมตามสภาพของพื้นที่ เป็นต้น

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

- ประเด็นที่ได้รับความสนใจจากที่ประชุมมาก คือ กลุ่มอาสาสมัครและบุคลากรที่ได้รับบาดเจ็บและเสียชีวิต ในขณะที่จะไปให้บริการวัคซีนแก่ประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากเหตุความรุนแรง
- การให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนที่ได้รับผลกระทบในภาวะฉุกเฉิน

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- ให้ทุกฝ่ายให้ความสำคัญกับภาวะสุขภาพของทุกกลุ่มที่ได้รับผลกระทบจากภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข
- อาสาสมัครสาธารณสุขที่ช่วยให้บริการสุขภาพต่างๆ เช่น การให้วัคซีนในพื้นที่อันตราย เข้าถึงได้ยาก ควรได้รับการดูแล ควรมีมาตรการในการดูแลบุคคลเหล่านี้ให้มีความปลอดภัย

๒.๑๘ Side Meeting: Achieving the Global Vaccine Action Plan objective for routine coverage: what can be done to get back on track?

ผู้จัด Democratic Republic of the Congo, Thailand and the United States of America

วันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๕๘ เวลา ๑๘.๐๐-๒๐.๐๐ น.

ผู้รายงาน/หน่วยงาน

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ชาญวิทย์ ตริพัทธรัตน์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

Panelists

๑. Dr. Jean-Marie Okwo-Bele, Director of the WHO Department of Immunization, Vaccines and Biologicals
๒. ศาสตราจารย์ นายแพทย์รัชตะ รัชตะนาวิน รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขไทย
๓. Dr. Margaret Chan, Director-General WHO

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key messages)

Dr. Okwo-Bele ได้กล่าวเปิดประเด็นเรื่องอุปสรรคที่ทำให้ ๑๙๕ ประเทศไม่สามารถดำเนินการฉีดวัคซีนได้ตามแผนในปี ๒๐๑๕ ที่ต้องการให้มีความครอบคลุมเกินกว่า ๙๐%

- พบว่า ๖๕% ของประเทศที่ประกาศร่วมมือ ไม่สามารถดำเนินการให้สำเร็จได้
- อย่างไรก็ตาม WHO ทำให้การฉีดวัคซีน DTP ในเด็กพัฒนาได้อย่างมาก ในปี ๑๙๘๐ ความสามารถในการฉีดวัคซีนสามารถทำได้ครอบคลุมเพียง ๒๐% ในขณะที่ปี ๒๐๑๓ สามารถฉีดวัคซีนได้ครอบคลุมถึง ๘๐%
- WHO ยอมรับว่าไม่สามารถฉีดวัคซีนในเด็ก “คนที่ ๕” ได้ นั่นคือ “One-fifth of children worldwide are still missing out on immunization” ข้อมูลในปี ๒๐๑๐ แสดงให้เห็นว่ายังมีเด็กประมาณหนึ่งใน

ห้าของเด็กทั่วโลก หรือ ประมาณเกือบ ๒๐ ล้านคน ที่ไม่ได้รับการฉีดวัคซีน หรือ ที่เรียกกันว่า “Finding the final fifth inequalities in immunization”

- การระบาดของโรค Measles ถือว่าเป็นเครื่องบ่งชี้ของข้อผิดพลาดในการฉีดวัคซีนได้

ผลการดำเนินงาน

ปัญหาหลัก ๒ แบบ ที่ทำให้พลาดเป้าหมายการฉีดวัคซีน คือ ๑. Low coverage (ใช้ระดับ $> ๘๐\%$ coverage เป็นตัววัดความสำเร็จ) ๒. Low completion (มีการฉีดวัคซีนไม่ครบ ๓ ครั้ง)

แนวทางการแก้ปัญหา

- มีความจำเป็นต้องแก้ไขและปรับปรุงศักยภาพของสถานบริการสาธารณสุขและบุคลากร ควรต้องสร้างโครงการฉีดวัคซีนให้เป็นงานประจำที่ต้องดำเนินการ
- อาจต้องทบทวนนโยบายที่จะตรวจและฉีดวัคซีนในเด็กทุกรายที่มารับบริการในโรงพยาบาลไม่ว่าด้วยเรื่องใดก็ตาม (ไม่คำนึงว่าต้องเจ็บป่วยหรือไม่) เพราะพบว่า ๒๐-๔๐% ของผู้ป่วยเด็กที่มาโรงพยาบาล ได้รับวัคซีนไม่ครบ
- ต้องจัดระบบบันทึกการได้รับวัคซีน ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญ ๒ เรื่อง
 - ใบบันทึกการได้รับวัคซีน
 - ระบบการลงทะเบียนและจัดเก็บข้อมูล
- ต้องแก้ปัญหาเรื่องด้านการฉีดวัคซีนในเด็ก ๒ กลุ่ม
 - กลุ่มเด็กที่ไม่สามารถเข้าถึงการให้บริการ
 - กลุ่มเด็กที่ได้รับวัคซีนไม่ครบชุด

ศาสตราจารย์ นายแพทย์รัชตะ รัชตะนาวิน รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขไทย

- รัฐมนตรีได้กล่าวถึงความสำเร็จของประเทศไทยในการให้วัคซีนใน EPI สามารถลดการติดเชื้อในกลุ่มประชากรไทย และการให้วัคซีนสามารถครอบคลุมได้มากกว่า ๙๕%
- ประเทศไทยได้มีความพยายามในการแก้ปัญหาของกลุ่มที่ไม่ได้รับการฉีดวัคซีนหรือได้ไม่ครบ ซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่สามารถมารับบริการได้ เนื่องจากเป็นผู้อพยพ ชาวต่างด้าว หรือกลุ่มที่ย้ายถิ่นอาศัยตลอดเวลา มีระยะการเดินทางที่ห่างไกล ความกลัวต่อผลข้างเคียงของวัคซีน กลัวถูกจับกุมโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจ จำวันนัดไม่ได้ และความจำเป็นที่ต้องทำงาน

แนวทางการแก้ปัญหา

- การพัฒนาระบบการให้บริการกลุ่มแรงงานต่างด้าวอย่างเป็นระบบ
- การให้ความสำคัญอย่างเร่งด่วนในการเพิ่มศักยภาพการให้บริการของสถานพยาบาลท้องถิ่นในการทำ EPI โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มประชากรที่ไม่สามารถเข้าถึงการให้บริการ เช่นกลุ่มแรงงานต่างด้าว กลุ่มผู้ทำงานก่อสร้าง โดยประสานความร่วมมือกับผู้บริหารให้คืนความสุขให้สังคม (Corporate Social Responsibility, CSR) ร่วมกันสร้างโปรแกรมพิเศษสำหรับเด็กที่ได้รับวัคซีนไม่ครบให้ได้รับบริการด้านวัคซีนให้ครบตามเกณฑ์
- ขอความช่วยเหลือจาก WHO และผู้ร่วมสนับสนุนอื่นๆได้ให้การสนับสนุนด้านเทคนิคและเพิ่มศักยภาพการบริการต่อไป เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ WHO ได้กำหนดไว้

Dr. Margaret Chan

- Dr. Chan ได้ให้ความสำคัญในกลุ่มที่พลาดเป้าหมายความครอบคลุมการให้วัคซีน ให้หาสาเหตุของปัญหา และให้แก้ไขปัญหาเหล่านั้น ไม่ว่าจะเป็นด้าน การขนส่งวัคซีน การเก็บรักษาความเย็นของวัคซีน หรือปัญหา การไม่ยอมรับวัคซีน โดยอยากให้เปลี่ยนคำว่า (ไม่)ยอมรับ (Acceptance) เป็น ความลังเล (Hesitance)
- ให้ทำความเข้าใจด้านวิทยาศาสตร์และการทำงานของวัคซีน โดยการให้ความรู้และการสื่อสารที่ดี โดยเฉพาะความคุ้มทุนและการป้องกันโรคดีกว่าการรักษาโรค
- การปรับระยะเวลาการดำเนินการเพิ่มอีก ๕ ปีเพื่อให้ถึงเป้าหมายความครอบคลุม
- ความสำเร็จในการฉีดวัคซีนครอบคลุมจาก ๕% เป็น ๘๐% ยังไม่ดีพอ เด็กทุกคนต้องได้รับวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ
- GAVI ดำเนินการได้ดี
- กล่าวชื่นชมการดำเนินการของประเทศไทย
- ที่สำคัญที่สุดคือชื่นชมรัฐบาลไทยที่ดำเนินการให้มีการผลิตวัคซีนด้วยตนเอง แสดงให้เห็นประสิทธิภาพและความคุ้มทุนของการใช้วัคซีนป้องกันโรค
- อยากให้เห็นความสำคัญของ Non-state actors

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

- ปัญหาการจัดหาวัคซีนมาให้บริการ
- การขนส่งในระยะไกล การเก็บรักษาวัคซีนในถิ่นทุรกันดาร ที่ไม่มีถนนหรือไฟฟ้าใช้
- ปัญหาผู้อพยพ ผู้ย้ายถิ่นฐาน
- ปัญหาด้านระบบการบันทึกและติดตาม

๒๑๙ Side Meeting: Global Human Resources for Health (HRH) governance: WHO Global Code of Practice on International Recruitment of Health Personnel—initial Achievements and Future Challenges

ผู้จัด Medicus Mundi International, Health Workforce Advocacy Initiative, Health Workers for All, the WHO Expert Advisory Group on Code Review and the Global Health Workforce Alliance

วันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๕๘ เวลา ๑๙.๐๐-๒๐.๐๐ น.

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. ดร. นารีรัตน์ ผุดผ่อง สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๒. นายแพทย์ธงชน เพิ่มบถศรี กรมการแพทย์
๓. ดร. กาญจนา จันทร์ไทย สำนักการพยาบาล
๔. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันทพันธ์ ชินล้ำประเสริฐ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

- Kenneth Ronquillo นำเสนอความสำเร็จในการนำเอา Code of practice ไปใช้ใน Philippines ซึ่งเป็นประเทศต้นทางที่ผลิตพยาบาลเพื่อส่งออก โดยปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การมีความร่วมมือกันของ

- Stakeholders จากหลายภาคส่วน และการมี “Policy dialogue” ของผู้เกี่ยวข้องเรื่องการเคลื่อนย้ายของบุคลากร เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน สภาวิชาชีพ เป็นต้น
- Gabrielle Jacob ในฐานะประธานร่วมของ Expert Advisory Group นำเสนอรายงาน ซึ่งสรุปว่า
 - Code ยังคงมีความเกี่ยวข้อง (Relevance) กับความท้าทายในเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพ และเป็นเครื่องมือที่จะช่วยในการสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพได้
 - นับตั้งแต่มี Code ขึ้นมาเมื่อ ๒๐๑๐ นับเป็นเวลาไม่นานมากนัก จึงอาจจะเร็วเกินไปที่จะประเมินประสิทธิภาพ (Effectiveness) ของ Code ทั้งนี้ พบว่ายังมีช่องว่าง และปัญหาในการนำไปปฏิบัติใช้พอสมควร
 - Linda Mans ตัวแทน Civil society แสดงความคิดเห็นต่อ Code ว่ายังมีความท้าทายหลายประการ เช่น การทำให้ Member states รู้สึกเป็นเจ้าของ Code, การเป็นผู้นำของ WHO ในการสนับสนุนการนำ Code ไปใช้, การแลกเปลี่ยนข้อมูล ความโปร่งใส ความรับผิดชอบ และการมีส่วนร่วมของ stakeholders ทั้งในระดับประเทศ ระดับภูมิภาค และระดับโลก
 - Viroj Tangcharoensathien ในฐานะประธานร่วมของ Expert Advisory Group
 - **สรุปว่า** การรายงานผลการดำเนินงาน Code มีความหลากหลาย การรายงานผลครั้งที่ ๑ ได้รับความร่วมมือจากประเทศปลายทางมากกว่าประเทศต้นทาง ซึ่งแสดงถึงการยึดถือคำมั่นสัญญาในการดำเนินการตามเจตนารมณ์ของ Code และมีความสามารถในการเก็บและติดตามข้อมูลการเคลื่อนย้ายกำลังคนเข้าประเทศได้ดี
 - **แนะนำว่า** ต้องเพิ่มการสร้างความตระหนักและความสามารถในการดำเนินการตามเจตนารมณ์ของ Code โดยเฉพาะในประเทศที่มีรายได้ต่ำที่เป็นประเทศต้นทางซึ่งยังขาดศักยภาพ ดังนั้น การสร้างความเข้มแข็งให้ประเทศเหล่านี้อย่างจริงจัง เช่น การฝึกอบรมบุคลากร การบำรุงรักษาให้คนเหล่านี้ อยู่ในที่ที่มีความต้องการ การจัดการเรื่องการเคลื่อนย้ายให้ดีขึ้น และการร่วมมือกันอย่างใกล้ชิดระหว่างประเทศต้นทางและปลายทางในการดูแลและแก้ไขปัญหา เป็นต้น

๓.๒๐ Technical Briefing: Getting ๒๐๑๘, Preparing for the Third UN High-Level Meeting on Non-Communicable Disease

วันที่ ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๕๘ เวลา ๑๒.๓๐-๑๔.๐๐ น.

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. นายแพทย์รัฐติกร โตโพธิ์ไทย กรมอนามัย
๒. แพทย์หญิงชมพูนุท โตโพธิ์ไทย กรมอนามัย

Speakers: There are ๙ panelists including Madam DG, ADG Dr. Oleg Chestnov, Ministers and representatives from Barbados, Tonga, Turkmenistan, Thailand, Jordan, Kenya, and WHO Directors of prevention of NCDs program.

The aim of this technical briefing is to update the Member states on the progress done by country level on the control and prevention of NCDs and the proposed plan for the progress

monitoring in the future according to the global NCDs action plan in order to prepare for the third UN High-level Meeting on NCDs in ๒๐๑๘

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

- The Ministers and Representatives from each country updated the progress done by the government at country level focused on current NCD situation, the national policies and programs, and remaining challenges for countries as follows;
- NCD is the first health burden of the World in terms of premature death and health problem consequence. Greater percentage weighs on lower income country than higher income country.
- The policies and programs on NCDs control and prevention are ongoing implements mainly by the government. The countries adopted various best-buy interventions to fight with NCDs including increasing taxation on tobacco, promoting physical activities of population, strengthening health care system by integrating the NCD prevention and control into primary health care setting. Multi-sector collaboration and societal participation is mentioned as key message for success implementation of policies and programs. Although a lot of progress has clearly shown, many tasks need to be finished on time in order to achieve the targets.

ประเด็นหารือ

- The key factors for the government to fight with NCDs are including strong political commitments, multi-sectoral collaboration (Multi-Ministries, Involvement of NGOs and Private Sector), and good health system focusing on primary health care and UHC.
- Good designed national NCDs control mechanism i.e. Annual National Health Assembly in Thailand which involves GOs, IGOs, and Private Sector and uses the meeting consensus method, then to be approved by National Health Committee chaired by Prime Minister, multi-Ministries, Civil Societies, and Academia.
- Experience sharing among MSs would be a shortcut that allows countries to learn a success story and role model for example Health Promotion Foundation from Thailand which established from excise tax of alcohol and tobacco.
- Investing in best-buy policy options recommended by global NCD action plan and prioritizing with country's context is essential for achieving the target.

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้ :

- Plan big and comprehensive, then act. Even small act is meaningful than doing nothing.
- Global leaders and organizations should be the role model in implementing health promotion and NCDs control activities, then others can follow.

- “Money before implementation is wrong, first implementation and show result, money will come” quoted by Madam DG.

๒๒๑ Side Meeting: The Global Financing Facility: a concrete step toward sustainable financing for women’s health

ผู้จัด The delegations of Canada, Ethiopia and Norway

วันที่ ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๕๘ เวลา ๑๒.๑๕-๑๔.๑๕ น.

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑ รองศาสตราจารย์ ดร. นงนุช บุญยัง สภาการพยาบาล

๒ แพทย์หญิงภัทรวลัย ตลิ่งจิตร คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

- เป้าหมายสุดท้ายของ GFF คือการบรรลุ sustainable development goals (SDGs) ยุติการเสียชีวิตและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้หญิง เด็กและวัยรุ่น โดยลงทุนในด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ แม่และเด็กรวมทั้งสุขภาพวัยรุ่น ซึ่งคาดว่าจะสามารถป้องกัน ๔ million maternal deaths, ๑๐๑ million child deaths และ ๒๑ million stillbirths
- The GFF: what, how and who
 What: Smart เน้นที่ยุทธศาสตร์ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์และเห็นผลชัดเจน, Scale ลงทุนในด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ แม่และเด็กรวมทั้งสุขภาพวัยรุ่นโดยการเพิ่มทั้ง domestic และ international financing, sustainable ทำให้เกิดความยั่งยืนด้วยการเงินในประเทศ
 How: เชื่อมโยงการให้บริการ การป้องกัน การพัฒนาระบบสุขภาพให้มีความเข้มแข็ง โดยความร่วมมือของหลายภาคส่วน ซึ่งรวมถึงระบบข้อมูลทางสาธารณสุข (Civil Registration of Vital Statistics) โดยเน้นเรื่องที่ได้รับงบประมาณน้อยในอดีต เช่น การคุมกำเนิด โภชนาการ รวมทั้งกลุ่มเฉพาะที่มีปัญหา เช่น วัยรุ่น โดยให้ความสำคัญกับ efficient international responses
 Who: เน้นการมีส่วนร่วมทั้งภาครัฐ เอกชนที่ไม่หวังผลกำไร ภาคเอกชน ประชาชนผู้ได้รับผลกระทบ และองค์กรที่เกี่ยวข้อง
- The GFF Trust Fund: Catalyzing Investments in RMNCAH (Reproductive, maternal and Child, Adolescent Health) Eligibility ๖๓ ประเทศ ซึ่งเป็น low หรือ low-middle income ให้ค้ำประกันในการที่จะเพิ่มงบประมาณของประเทศสำหรับ อนามัยการเจริญพันธุ์ แม่และเด็กรวมทั้งสุขภาพวัยรุ่น **Resource allocation** พิจารณาจาก ๓ ปัจจัยคือ ความจำเป็น (need) ประชากร (population) และรายได้ (income) โดยงบประมาณจะอยู่ในช่วง ๑๐-๖๐ US dollar ต่อประเทศ **Roll out** เริ่มต้นใน ๔ ประเทศ (four frontrunner countries) ได้แก่ DRC, Ethiopia, Kenya, Tanzania และจะเลือก ๑๐-๑๒ ประเทศในช่วงต่อไป

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

๑. ประเทศสมาชิกจากทวีปแอฟริกาที่ยังไม่ได้รับทุนนี้สนใจที่จะขอรับทุนเพิ่มเติมแต่ต้องการทราบระเบียบและกฎเกณฑ์เพิ่มเติม
๒. มีการตั้งคำถามถึงความแตกต่างระหว่าง GFF และ World Bank
๓. ประเทศสมาชิกขึ้นชมกลไกของ GFF ที่ช่วยให้เกิดการพัฒนาย่างยั่งยืนจริงๆ

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

เป็นการดำเนินงานที่สะท้อนถึงความต้องการในการช่วยเหลือประเทศอื่นที่ยังขาดแคลนทรัพยากรทั้งเงินและไม่ใช่แค่เงินอย่างเป็นทางการ แต่อย่างไรก็ตามน่าจะสนใจว่านอร์เวย์ซึ่งเป็นประเทศเจ้าภาพหลักที่ก่อตั้งกองทุนนี้มีวัตถุประสงค์อย่างอื่นแอบแฝงหรือไม่

๒๒๒ Side Meeting: Implementing the Global Strategy on Public Health, Innovation and Intellectual Property- Promoting Financial and Coordination of R&D and Fostering Technology transfer

ผู้จัด ฝรั่งเศส สวิสเซอร์แลนด์ South Africa นอร์เวย์ และ ซิลี

วันที่ ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๕๘ เวลา ๑๒.๓๐-๑๔.๐๐ น.

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. เกสเซอร์หญิงสิตานันท์ พูนผลทรัพย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
๒. ทันตแพทย์หญิงวิริศา พานิชเกรียงไกร สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

- Prof. Dr. J. A. Rottingen, กล่าวถึงความจำเป็นมาของ The Global Strategy on Public Health, Innovation and Intellectual Property ว่าด้วยสาธารณสุข นวัตกรรมและทรัพย์สินทางปัญญา ซึ่งประกอบด้วย ๘ ยุทธศาสตร์หลัก พร้อมแผนปฏิบัติการที่ต้องดำเนินการจำนวนกว่า ๑๐๘ แผน เพื่อการ กระตุ้นการวิจัยและพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับโรคประเภท II และ III ที่เฉพาะกับประเทศกำลังพัฒนา
- Dr. M.-P. Kieney เน้นย้ำถึงความสำคัญของแผน GSPA รวมทั้งนำเสนอความก้าวหน้าคณะทำงานผู้เชี่ยวชาญ Consultative Expert Working Group (CEWG) ซึ่งเป็น element ที่ ๗ ของ GSPA ในประเด็นการเงินการคลังและการประสานงาน เพื่อนำไปสู่การวิจัยและพัฒนาโรคชนิดที่ ๒ และ ๓ และการจัดตั้งกองทุนร่วมแบบสมัครใจและการเปิดตัวอย่างเป็นทางการของ Global Health R&D observatory ในเดือนมกราคม ๒๕๕๙
- Dr. J. Reeder, TDR (the Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases) ได้กล่าวแนะนำ TDR ซึ่งเป็น global programme ของความร่วมมือทางวิทยาศาสตร์ การวิจัยและพัฒนาต่างๆ ที่จะช่วยเหลือและสนับสนุนการต่อสู้โรคที่เกิดในประเทศที่กำลังพัฒนา โดยได้รับการสนับสนุนเงินทุนจาก UNICEF, the United Nations Development Programme (UNDP), the World Bank and WHO และได้นำเสนอการดำเนินงานและบทเรียนที่ผ่านมาจากโครงการที่ผ่านมาเพื่อเป็นข้อมูล

เนื่องจาก TDR นั้นได้ถูกเสนอให้เป็นผู้บริหารกองทุน (pooled fund for voluntary contributions) ในการสนับสนุน การศึกษาวิจัยและการอบรมโรคเขตร้อน (tropical diseases) จาก CEWG

- Dr. B. Pecoul, DNDi "(Drugs for Neglected Diseases Initiative, DNDi) องค์กรด้านการวิจัยและพัฒนาเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงยา รักษา neglected diseases โดยมีรูปแบบการทำงานที่ไม่แสวงหากำไรได้นำเสนอความสำเร็จที่ผ่านมา เช่น fexinidazole for the treatment of African trypanosomiasis ยา Fixed-Dose Artesunate/Mefloquine เป็นต้น
- Greg Perry, The medicine Patent Pool นำเสนอ ระบบร่วมในสิทธิบัตรยาและเทคโนโลยีสำหรับรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี (Medicine Patent Pool: MPP) ที่จัดตั้งขึ้นโดยได้รับเงินสนับสนุนจาก UNITAID ซึ่งเป็นองค์กรระดับพหุภาคีภายใต้องค์การอนามัยโลก (WHO) MPP ดำเนินการโดยการเจรจากับ Patent holder เพื่อขอใช้สิทธิในการผลิตให้กับบริษัทที่ผลิตยาสามัญ (ซึ่งจะต้องได้อยู่ในโปรแกรมของ WHO Prequalification Program) สามารถผลิตยาแอดส์ที่ติดสิทธิบัตรได้ และสามารถที่จะพัฒนาและประยุกต์สูตรยาได้ง่ายยิ่งขึ้น เช่น ยาสูตรรวมเม็ดสามขนาน และยาสูตรสำหรับเด็ก (Voluntary licensing)

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

ผู้แทน MSF เน้นถึงความสำคัญของการดำเนินการตาม GSPA โดยเฉพาะเพื่อให้เกิดการพัฒนา global public goods ความสำคัญของการจัดหาและความยั่งยืนของกองทุนในการดำเนินการ การพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถในการพัฒนาต่อยอด

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

ติดตามการประเมินผลของแผน GSPA เพื่อนำข้อชี้แนะดังกล่าวมาปรับปรุงการทำงานในระดับประเทศ

๒๒๓๓ Side Meeting: Infection Control and Prevention of Antimicrobial Resistance – Important Pillars for Ebola Control

ผู้จัด the African Group of countries and the delegation of the United States of America
วันที่ ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๕๘ เวลา ๑๘.๐๐-๑๙.๓๐ น.

ผู้รายงาน

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ชาญวิทย์ ตริพิทุธรัตน์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื้อหาสำคัญในการประชุม

- Dr. Malebona Precious Matsoso, Director-General, National Department of Health, South Africa ทำหน้าที่เป็น Moderator
- Mrs. Garance Upham จาก World Alliance Against Antibiotic Resistance เน้นเรื่องการป้องกันโรคและความสะอาด (Prevention and hygiene) และกล่าวว่ามียุเสียชีวิตปีละ ๑,๐๐,๐๐๐ คนในเขต EU
- Dr. Edward Kelly, Director, Service Delivery and Safety, WHO กล่าวว่าปัญหาการดื้อยามีหลายมิติ แต่ WHO มีความพยายามที่จะลดปัญหาเชื้อดื้อยา ใน ๑๐ ปี โดยต้องการที่จะลดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่มีลักษณะที่เป็นเชื้อประจำถิ่นให้หมดไป เสนอให้เพิ่มความสามารถในการตรวจทาง

ห้องปฏิบัติการ และให้มีการส่งการจากหน่วยงานระดับสูงไปสู่หน่วยงานระดับท้องถิ่นในการปฏิบัติหน้าที่ที่จุดให้บริการ และให้เป็นวาระแห่งชาติ

- Dr. Margaret Chan ได้เข้ามาร่วมประชุมด้วย และกล่าวต่อผู้ฟังว่ามีแรงสนับสนุนให้มีการแก้ปัญหาเชื้อดื้อยาเป็นจำนวนมาก จึงขอฝากความหวังให้มีการผ่าน Resolution และ global action plan ภายใน ๑-๒ วัน
- Dr. BrimaKargbo, Chief Medical Officer, Ministry of public health and Sanitation, Sierra Leone ได้เล่าประสบการณ์ช่วงที่มีการระบาดอย่างหนักของโรคอีโบล่า โดยในช่วงเริ่มต้นของการระบาดประเทศไม่มีอุปกรณ์และเครื่องมือในการควบคุมโรค และเชื้อสายพันธ์ที่ระบาดในครั้งนี้ทำให้เกิดอาการและอาการแสดงที่ไม่เหมือนเดิม คือมีอาเจียนและมีถ่ายเหลว แต่ไม่พบภาวะเลือดออก ทำให้ไม่ได้ทดสอบผู้ป่วยใดๆได้ในระยะแรกว่าเป็นโรคอีโบล่าและเกิดการระบาดได้ไกลและนาน ต่อมาเมื่ออุปกรณ์ที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ เมื่อทำการสำรวจอัตราการติดเชื้อพบว่าการติดเชื้อโรคชนิดอื่น ๆ มีอุบัติการณ์ลดลง เช่น เป็นครั้งแรกที่ไม่พบผู้ป่วยอหิวาตกโรค ในช่วงอีโบล่าระบาด ซึ่งปกติตรวจพบทุกปี ทำให้เห็นความสำคัญทางด้าน Infection control) และเน้นให้เห็นความสำคัญของ Hand hygiene หากประเทศมีหลักการปฏิบัติด้าน infection control ที่ดีตั้งแต่แรก ก็คงจะไม่มีการระบาดของเชื้ออีโบล่า
- Dr. Mitchell Wolfe, Deputy Assistant Secretary for Global Affairs, CAPT, US Public Health Service, USA ได้กล่าวถึงปัญหาเชื้อดื้อยาที่จะมีมากขึ้นเรื่อย US CDC ได้เข้ามาช่วยเหลือด้านเทคนิคและการปฏิบัติหน้าที่ให้ถูกต้อง จัดการอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องไม่ต่ำกว่า ๗,๐๐๐ คน พัฒนาด้านการตรวจคัดกรอง การปฏิบัติด้าน Hand hygiene และ Personal protective equipment (PPE) ผู้ปฏิบัติการด้านการป้องกันโรคติดเชื้อจะต้องอดทนทำงานซ้ำเติมได้ เพื่อแก้ปัญหาเรื้อรังของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

- มีคำถามด้านการตรวจสายพันธ์ุของเชื้อที่สามารถตรวจรายละเอียดของสายพันธ์ุของเชื้อจนสามารถสืบหาต้นตอของเชื้อเหล่านั้นได้แล้ว ซึ่งได้รับคำตอบว่าจะต้องมีความร่วมมือระหว่างสถาบันต่างๆให้มีความโปร่งใส ไม่ปิดเป็นความลับ
- กลุ่มนักศึกษาแพทย์ได้ชี้ให้เห็นว่าการรณรงค์ด้าน Hand hygiene ไม่ได้ให้ความสำคัญต่อกลุ่มนักเรียนแพทย์ จึงขอแนะนำให้เพิ่มการเรียนสอนแก่นักศึกษาแพทย์ด้วย วิทยากรเห็นด้วยอย่างยิ่ง
- ผู้ฟังถามถึงการทำ protocol หรือ guideline ที่เป็น minimum standard ของ PPE และใครต้องมีหน้าที่รับผิดชอบในการจัดหาให้จุดเกิดโรคระบาด ซึ่งจะต้องมีการดำเนินการในส่วนนี้ต่อไป

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- เสนอให้เพิ่มความสามารถในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และให้มีการส่งการจากหน่วยงานระดับสูงไปสู่หน่วยงานระดับท้องถิ่นในการปฏิบัติหน้าที่ที่จุดให้บริการ และให้เป็นวาระแห่งชาติ
- ผู้ปฏิบัติการด้านการป้องกันโรคติดเชื้อจะต้องอดทนทำงานซ้ำเติมได้ เพื่อแก้ปัญหาเรื้อรังของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล
- การรณรงค์ด้าน Hand hygiene ไม่ได้ให้ความสำคัญต่อกลุ่มนักเรียนแพทย์

๒.๒๔ Technical Briefing: Cancer Prevention and Control, which policies and programmes have best driven progress?

วันที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๕๘ เวลา ๑๒.๓๐-๑๔.๑๕ น.

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. นายแพทย์ฐิติกร โตโพธิ์ไทย กรมอนามัย
๒. แพทย์หญิงสายพิณ โชติวิเชียร กรมอนามัย

There are ๙ panelists including DG Magaret Chan, ADG Dr Oleg Chestnov, MOH Colombia, S. Africa, Malaysia, Morocco, Ghana, RD EMRO, IARC

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

- The panelists updated the progress done by the government at country level in managing cancer by controlling NCD risk factors (especially tobacco) and identified the good national policies and programmes on cancer prevention and control on the concept of prevention, early detection, diagnosis, and treatment, and palliative care.
- Almost half of cancers can be prevented (for example, by vaccination of HPV) and most common cancers including breast, colorectal and cervical cancer are curable if detected early. Even with late cancer, pain can be reduced, progression of the cancer slowed, and patients and their families helped to cope.
- Partnership with civil societies, NGOs, and Universities is a key in controlling cancer focused on primary health care and palliative care with the proactive, outreach, and friendly approach (some of breast cancer women fear of mastectomy so they avoid going to the hospitals). Most staff in these organizations are village women. Moreover, health care system strengthening is also crucial in facilitating the four basic components of cancer prevention and control i.e. prevention, early detection, diagnosis & treatment and palliative care.
- Evidence-based intervention in providing HPV vaccine showed that this intervention is very cost-effective, as well as the traditionally palliative treatment in reducing pain i.e. massaging is also cost-effective. However, some countries may still find difficulties in mobilizing financial resources to implement those recommended interventions. Note that Thai study suggested that controlling cervical cancer by increasing the numbers of women accepting the VIA and Pap smear screening as routine and by improving the performance of the existing screening programmes is the most cost-effective policy option in Thailand compared to universal HPV vaccination [Praditsitthikorn N et al ๒๐๑๑].

ประเด็นหารือ

๑. Further research and action on cancer prevention are needed.
๒. CA registration should be established.
๓. Cost effectiveness of HPV vaccine remains questionable.

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้ :

- Regardless of resource level, all countries can implement the four basic components of cancer prevention and control which are prevention, early detection, diagnosis, and treatment, and palliative care.
- Evidence-based interventions on cancer prevention and control should be disseminated and applied to implement in other MSs.

๒๒๕ Side Meeting: Strengthening Emergency and Essential Surgical Care and Anaesthesia in the context of Universal Health Coverage

จัดโดย

- Member states: MOH from Australia, Kenya, Nigeria, Rwanda, Senegal, Sri Lanka, USA, Viet Nam, and Zambia and their Delegates.
- Non-state actors in official relations with WHO EESC
- WHO Secretariat (Emergency and Essential Surgical Care, EESC Programme)
- WHO Service Delivery and Safety Department

วันที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๕๘ เวลา ๑๒.๑๕-๑๓.๔๕ น.

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. ดร. นารีรัตน์ ผุดผ่อง สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๒. พันตแพทย์อรรถพร ลิ้มปัญญาเลิศ สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

- EESC Programme of WHO: นำเสนอว่ามีเครื่องมือหลายชิ้นที่ได้ทำขึ้นมาเพื่อสนับสนุนการดำเนินการตาม resolution นี้ เพื่อให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยของบริการผ่าตัด ซึ่งสามารถดาวน์โหลดได้จาก website และเสนอแนะว่า Member states ควรยึดมั่นในพันธะสัญญาที่จะดำเนินการตาม resolution ภายใต้อาณัติและความร่วมมือและความเป็นพันธมิตรกันในระดับโลก
- Keynote speakers:
 - การขยายบริการควรทำควบคู่ไปกับการดูแลคุณภาพบริการ ซึ่งต้องอาศัยยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการที่เหมาะสม ซึ่งต้องทำ “for all and to all”
 - ทุกคนสนับสนุนและต้องการให้มีการดำเนินการตาม resolution นี้อย่างต่อเนื่อง ภายใต้อาณัติปฏิบัติการที่ดี แนวทางการปฏิบัติระดับมืออาชีพ (professional guidance) และการสนับสนุนที่จำเป็น เช่น งบประมาณ กำลังคนด้านสุขภาพที่มีศักยภาพและคุณภาพ เครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็น เป็นต้น

- **USA:** ยืนยันที่จะให้การสนับสนุน เช่น การพัฒนาศักยภาพกำลังคนด้านสุขภาพ task-shifting (ในเรื่องที่จำเป็นและมีความเป็นไปได้) คุณภาพบริการ และการป้องกันการต้อตา เป็นต้น
- **WHO-Director General, Dr. Margaret Chan** ระบุว่าท้าทายสั้นๆ ยืนยันถึงความสำคัญของประเด็นนี้ และการสนับสนุนการบริการผ่าตัดที่มีคุณภาพและปลอดภัยภายใต้ภาวะฉุกเฉิน หรือเมื่อเกิดอุบัติภัยต่างๆ เช่น Nepal เป็นต้น

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

*ไม่มีเวลาซักถามเนื่องจากผู้อภิปรายมีหลายคน

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- การได้รับบริการผ่าตัดที่จำเป็นอย่างเท่าเทียม มีคุณภาพ และปลอดภัย เป็นสิ่งที่ต้องได้รับการดูแลและการสนับสนุนอย่างเข้มแข็งและต่อเนื่อง
- Investment เป็นสิ่งจำเป็น เพราะต้องอาศัยเทคโนโลยีที่ทันสมัย ต้องมีกำลังคนด้านสุขภาพที่มีจำนวนเพียงพอและมีคุณภาพ ขณะเดียวกันก็ต้องคำนึงถึงความยั่งยืนของการดำเนินงาน ภายใต้การร่วมมือและการช่วยเหลืออย่างเป็นพันธมิตรกัน
- “Ketamine” นั้นถือว่ายังมีความจำเป็นโดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา เนื่องจากเป็นยาราคาถูกและสามารถหาได้ง่าย

๒๒๖ Side Meeting: Autism Spectrum Disorder (ASD): from Resolution to Global Action

ผู้จัด Bangladesh, Bhutan, India, Italy, Japan, Malaysia, Republic of Korea, Romania, Thailand and WHO Secretariat

วันที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๕๘ เวลา ๑๒.๓๐-๑๔.๐๐ น.

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. แพทย์หญิงเบญจมาศ พุกษ์กานนท์ กรมสุขภาพจิต
๒. แพทย์หญิงชมพูนุท โตโพธิ์ไทย กรมอนามัย

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

- There are ๑๐ panelists including Regional Director of SEAR, Minister of Health and welfare of India, Minister of Health and Welfare of Bangladesh, Chair of National Advisory committee on Autism, Bangladesh, representative from Republic of Korea, Dr. Suriya Wongkongkatep DPS of MOPH Thailand and invited experts from India and Belgium.
- The aim of this side meeting is to update the progress made by each country and bring attention on how the global plan on ASD was translated into real actions.
- Although WHO adopt the resolution on the comprehensive management of ASD, this agenda is still neglected in some countries. ASD causes global health and socio-economic burden by affects almost ๗๖ million people around the world particular children. Though,

number of diagnosed patients with ASD is increasing every year, a lot of ASD people remain undiagnosed and under-reported. The incidence of ASD occurs mainly among poor income families. People with ASD are facing with widely discrimination and social stigmatization.

- Strong political commitment with widely participation from community and society are key success for the implementation of actions at the country level. However, the limited financing support, low-prioritized policy by policymakers, and poor health information and management system remain as important challenges that block the progress of actions at country level.
- Enhancing proper attitudes and knowledge about ASD among health professional will help reducing unfair treatment and discrimination.

ประเด็นหาหรือจากการประชุมนี้ :

- Raising public awareness is a good strategy for concurring ASD. It could decrease stigma, prejudice and social isolation.
- Early detection is the crucial step for management of ASD. Parents need to be trained to detect their children as early as possible.

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้ :

- SEA region recognizes the need to promote better coordination among MSs, improving access to health and education for ASD children, promoting family-based approach using existing health care delivery to shift from hospital-based to community-based care for rehabilitation.
- Factors that affect to the implementation plan including limited resources, prioritization, redesigning services, emphasis in health information and health surveillance system, national level need assessment and capacity and numbers of research.
- Country should develop a national plan and national registry, provide health care services and education, and deliver culture sensitive tools for ASD people.
- Sensitization, specialized training on distinguishing different developmental disabilities, and training of experts on developmental disabilities should be concerned to enhance country capacity.

๒๒๗ Side Meeting: Marketing the International Day to End Obstetric Fistula – Going from Global to Local: National Leadership and Strategies toward Ending Fistula

ผู้จัด: Ethiopia, Iceland and Liberia, UNFPA and WHO

วันที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๕๘ เวลา ๑๘.๐๐ – ๑๙.๓๐ น.

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. แพทย์หญิงเบญจมาศ พงศ์กานนท์ กรมสุขภาพจิต
๒. แพทย์หญิงสายพิณ โชติวิเชียร กรมอนามัย

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

- ผู้ดำเนินรายการ คือ Kate Gilmore, Assistant Secretary-General and UNFPA Deputy Executive Director มีผู้อภิปราย ๑๐ ท่าน ประกอบด้วยผู้แทนจากประเทศ Iceland, Pakistan, Ethiopia, Liberia และตัวแทนจาก WHO
- วัตถุประสงค์ของการประชุมนี้คือนำเสนอการดำเนินงานขับเคลื่อนในประเด็น Obstetric fistula ในระดับโลกสู่ระดับภูมิภาคและประเทศ
- Obstetric fistula คือ ภาวะที่มีรูที่ผิดปกติที่กระเพาะปัสสาวะและช่องคลอดหรือที่ทวารหนัก ซึ่งเป็นภาวะที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานแสนสาหัส ทั้งที่เป็นภาวะที่สามารถป้องกันได้ และในกรณีที่เกิดจากการบาดเจ็บระหว่างคลอดนั้น ก็สามารถรักษาให้หายได้
- ปัจจุบันมีผู้หญิงและเด็กทั่วโลกประมาณ ๒ ล้านคนที่ต้องมีชีวิตอยู่กับobstetric fistula ซึ่งมักปรากฏในกลุ่มคนที่ฐานะยากจนและอาศัยในพื้นที่ห่างไกล
- การขจัดให้ obstetric fistula หหมดไปถือเป็นความท้าทายอย่างยิ่งสำหรับสิทธิพื้นฐานของมนุษย์ ทั้งนี้ถูกบรรจุอยู่ใน Millennium Development Goals โดยเฉพาะด้านสุขภาพแม่และเด็ก (Goals ๔ and ๕)
- UNFPA, the United Nations Population Fund, และภาคีได้ดำเนินการเผยแพร่ the global Campaign to End Fistula อันประกอบด้วย ๓ ยุทธศาสตร์สำคัญ: ๑) ป้องกันการเกิดขึ้นของ fistula ๒) รักษาผู้หญิงและเด็กที่เกิดภาวะนี้ขึ้น ๓) ดูแลด้านจิตใจและฟื้นฟูผู้ป่วยเหล่านี้ หลังจากที่ได้รับการรักษาแล้ว ทั้งนี้ในวันที่ ๒๓ พฤษภาคมเป็นวัน the International Day to End Obstetric Fistula
- การป้องกันเป็นกลยุทธ์สำคัญในการหยุดยั้ง obstetric fistula ให้หมดไป ซึ่งได้แก่ ๑) การคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ ๒) การดูแลระหว่างคลอดและหลังคลอดที่เหมาะสม รวมทั้ง ๓) การสนับสนุนให้เกิดการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพทั่วถึงหากเกิดภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉินทางสูติกรรม

ประเด็นหารือจากที่ประชุม

ประเทศปากีสถาน ใช้การนำเสนอโดยผู้ที่เคยป่วยด้วย Obstetric Fistula ตั้งแต่อายุ ๑๘ ปี หลังคลอด ลูกคนแรก มีทั้งปัสสาวะและอุจจาระราด ตอนนั้นสามีเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุ ชีวิตช่วงนั้นลำบากมาก ต้องเลี้ยง ลูกคนเดียว คนรังเกียจความสกปรกไม่ยอมเข้าใกล้ ไม่มีคนคบหา ในจังหวัดที่ตนเองอาศัยนั้นหมอไม่สามารถ รักษาได้ ต้องเดินทางด้วยรถไฟไปที่กาลาจี จากนั้นได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด รู้สึกเหมือนได้ชีวิตคืนกลับมา จาก การที่เหมือนตายไปแล้ว ทุกวันนี้ได้แต่ภาวนาขออย่าให้มีใครต้องมาทุกข์ทรมานเช่นตนเองเลย ทำให้การนำเสนอดูน่าสนใจและสร้างความเข้าใจอย่างลึกซึ้งต่อผู้ป่วยที่ประสบกับภาวะนี้

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้ :

ปัญหา Obstetric fistula เป็นปัญหาที่มักเกิดในที่ห่างไกล ซึ่งขาดแคลนทรัพยากรด้านสุขภาพหรือ ระบบบริการสุขภาพไม่ดี ภาวะนี้มีผลเสียหายรุนแรงต่อผู้ป่วย ซึ่งไม่ควรให้เกิดขึ้น ดังนั้นจึงต้องทำการป้องกันปัจจัย

ที่ป้องกัน ได้อย่างเต็มที่ อย่างไรก็ตามการให้ความรู้กับสังคมและการสร้างเสริมกำลังใจและความเท่าเทียมกันทางเพศ ในผู้หญิงและเด็กที่ด้อยโอกาสเหล่านี้นับเป็นเรื่องที่สำคัญมากเช่นกัน

๒๒๘ Technical Briefing: Changing the trajectory of three epidemics – HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections – through the development of global health sector strategies

ผู้จัด องค์การอนามัยโลก

วันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๕๘ เวลา ๑๒.๓๐-๑๔.๑๕ น.

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

ดร. เกสซ์กรหญิงนิธิตมา สุ่มประดิษฐ์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

Technical briefing นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแจ้งความคืบหน้าของการพัฒนา the ๒๐๑๖-๒๐๒๑ Global Health Sector Strategies: HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections (STIs)

ผู้อภิปรายประกอบด้วย

- ๑) Gerald Gwinji, Permanent Secretary for Health and Child Care, Zimbabwe
- ๒) Juliana Vallini, Special advisor, Ministry of Health, Brazil
- ๓) Jean-Francois Delfraissy, Director, National Agency for Research on HIV and viral hepatitis, France
- ๔) Safaa Mourad, Under-Secretary, Ministry of Health and Population, Egypt
- ๕) Soe Lwin Nyein, Director-General, Department of Public Health, Myanmar
- ๖) Tewodros Melssse, Director General International Planned Parenthood Federation
- ๗) Julianna Odindo, Civil Society

ผู้ดำเนินการ คือ Dr.Shin Yong-soo, Regional Director, WHO Office for WPRO

การแก้ปัญหาทั้ง ๓ โรคนี้มีเป้าหมายร่วมกัน คือ ยุติการระบาดของของทั้ง ๓ โรคนี้ภายในปี ๒๐๓๐ โดยยุทธศาสตร์ที่ใช้แม้จะต่างกันแต่ก็มีความเกี่ยวเนื่องกัน ยุทธศาสตร์ของ HIV เน้นการสร้างกระแสการเคลื่อนไหว การเร่งรัดเรื่อง **Fast-track** (กระบวนการในการเร่งรัดการดำเนินการตามแผนป้องกันและรักษา HIV ที่เน้น people-centered approach) และ **Leapfrogging** (เทคนิคพิเศษด้าน Gene transfer ที่ใช้ในการคิดค้นวัคซีนต้าน HIV) ทั้งนี้เนื่องจากมีความคล้ายกันในเรื่องช่องทางการแพร่กระจายโรค ความต้องการในการเข้าถึงบริการและการบริการแบบองค์รวม และเกี่ยวพันกับปัญหาความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพ และถูกสังคมรังเกียจ

ยุทธศาสตร์ทั้ง ๓ โรคนี้เกี่ยวพันกับ WHA Resolution ดังนี้ AIDS – ใน WHA๖๗ ประเทศสมาชิกขอให้ WHO พัฒนา Post-๒๐๑๕ HIV strategy; Viral hepatitis – ตามมติ WHA๖๓๘๘ และ WHA๖๗๖ เรียกร้องให้ global hepatitis response และความเป็นไปได้ในการกำจัด Hepatitis B และ C ให้หมดไป; ส่วน STIs ได้มีการรับรอง Global strategy for prevention and control of STIs ๒๐๑๖-๒๐๑๕ พร้อมมติ WHA๕๙๑๙ ให้รายงานความคืบหน้าใน WHA๖๘

การดำเนินการต่อไป หลังจาก WHA๖๘ จะมีการประชุมหารือในประเทศต่างๆ อีกหลายเวที รวมทั้งการประชุมร่วมกับ donor partners และการประชุม World Hepatitis Summit ๒๐๑๕ ที่ สก็อตแลนด์ ในเดือนกันยายน ๒๕๕๘ และนำเข้าพิจารณาในการประชุม EB๑๓๘ เพื่อเตรียมเข้าเป็นวาระใน WHA๖๙

๒.๒๙ Side Meeting: Message from the Past: What Ignaz Semmelweis “Saviour of Mothers” can teach us – Simplicity, Efficacy, Prevention

ผู้จัด เคนยา และฮังการี

วันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๕๘ เวลา ๑๒.๓๐ – ๑๔.๐๐ น.

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

นายแพทย์พงศ์ธร ชาติพิทักษ์ กรมควบคุมโรค

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

- ประวัติ นพ.อิกนาส ฟิลลิปป์ เซมเมลไวส์ แพทย์ชาวฮังการีผู้บุกเบิกวิธีการทำให้ปลอดเชื้อในปี ค.ศ. ๑๘๔๐ ซึ่งเป็นเวลาก่อนที่หลุยส์ ปาสเตอร์จะค้นพบว่าเชื้อจุลินทรีย์เป็นตัวทำให้เกิดหนอง และการอักเสบ ในเวลานั้นรพ.เวียนนามีอัตราการตายหลังคลอดสูงมาก โดยเฉพาะในวอร์ดที่แพทย์เป็นผู้ดูแล ซึ่งต่างจากวอร์ดที่พยาบาลผดุงครรภ์เป็นผู้ดูแลที่มีอัตราการเสียชีวิตต่ำกว่า ๓-๔ เท่า เซมเมลไวส์พบว่า แพทย์หลายคนเมื่อออกจากห้องชันสูตรศพแล้ว ได้เข้าไปดูคนไข้โดยไม่ได้ล้างมือ จึงได้ตั้งกฎให้ล้างมือก่อนออกจากวอร์ด และก่อนตรวจคนไข้ และลดอุบัติการณ์การเสียชีวิตลงได้จาก ๑๘.๓% เหลือ ๑.๓%
- วิธีการของเซมเมลไวส์นั้นเป็นวิธีการที่ง่าย และได้ผลการปฏิบัติ แต่ปัจจุบันซึ่งเป็นเวลาผ่านมามากกว่า ๑๗๐ ปี สุขอนามัย และการล้างมือนั้นก็ยังไม่เป็นที่ครอบคลุมในสถานพยาบาลสาธารณสุขทุกแห่ง ปัญหาหนึ่งคือการเข้าถึงแหล่งน้ำ ซึ่งถึงแม้ว่าจะเป็นหนึ่งใน Millennium Development Goals แต่ก็ยังมีผู้คนอีกมากที่ยังไม่สามารถเข้าถึงแหล่งน้ำสะอาดได้ ทำให้การล้างมือในสถานพยาบาลในบริเวณนั้นไม่สามารถปฏิบัติได้ ขณะเดียวในสถานพยาบาลที่มีศักยภาพเพียงพอ ก็ยังคงพบบุคลากรที่ละเลยเรื่องการล้างมือ ทั้งที่เป็นวิธีการควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ดี และจะช่วยลดปัญหาเชื้อดื้อยาได้ ดังปรากฏเป็นวัตถุประสงค์หนึ่งใน Global Action Plan on Antimicrobial Resistance
- ประเทศฮังการีได้พัฒนาระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล ระบบเฝ้าระวังเชื้อดื้อยา มีการออก Guideline ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ มีโปรแกรมระดับชาติในเรื่องการควบคุมการติดเชื้อ และเชื้อดื้อยา และมีการทำงานร่วมกันทั้งในส่วนของสาธารณสุข และหน่วยงานที่รับผิดชอบการดำเนินงานในสัตว์ และสามารถลดอุบัติการณ์การติดเชื้อในโรงพยาบาล และลดปัญหาเชื้อดื้อยาลงได้

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

- การติดเชื้อของบุคลากรสาธารณสุขในการระบาดของโรคอีโบล่าทำให้เห็นจุดอ่อนในเรื่องของระบบการควบคุมการติดเชื้อ โดยเฉพาะในเรื่องสุขอนามัย และการล้างมือ

- ปัจจัยที่จะช่วยขับเคลื่อนการดำเนินงานได้แก่ ข้อตกลงทางนโยบาย การบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม การสื่อสารนโยบายสู่ทุกระดับตั้งแต่ระดับรากหญ้าจนถึงผู้เชี่ยวชาญ และความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

ประเทศไทยควรพัฒนาระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล และเชื้อดื้อยาที่มีประสิทธิภาพ ส่งเสริมสุขอนามัย และการล้างมือในทุกระดับ และสนับสนุนการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม เพื่อลดการติดเชื้อในโรงพยาบาล และลดปัญหาเชื้อดื้อยาในอนาคต

๒.๓๐ Side Meeting: Food Fortification: a Global Health Tool

ผู้จัด The Global Alliance for Improved Nutrition (GAIN)

วันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๕๘ เวลา ๑๘.๐๐-๑๙.๓๐ น.

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. แพทย์หญิงสายพิณ โชติวิเชียร กรมอนามัย
๒. นายแพทย์ฐิติกร โตโพธิ์ไทย กรมอนามัย
๓. แพทย์หญิงชมพูนุท โตโพธิ์ไทย กรมอนามัย

เนื้อหาสำคัญในการประชุม (Key message)

- Each year ๒ million children die unnecessarily due to micronutrient deficiency such as vitamin A, iron, zinc or other nutrients. Fortification of widely consumed staple foods and some condiments like flour, salt and edible oil, with vitamins and minerals is one of nutrition interventions that has been one of the most cost-effective measures to tackle this problem. From the evidence, WHO has published the program guidance on ๒๐๐๙, ๒๐๑๔ and two latest guidelines for food fortification in ๒๐๑๕
- Food fortification program requires timely and active engagement of key actors, proper investment, and domestic resource mobilization. Key points on fortification strategy are ๑) decision to fortify ๒) which food to fortify, and ๓) voluntary/mandate mechanism. The important limitations of fortified food are ๑) do not substitute a good quality healthy diet, ๒) may fail to reach the poorest population if fortified food are sold as a premium, ๓) vulnerable groups might not access to fortified food due to distribution system of food, ๔) need to consider about interactions, taste, ethics, equity and cost issues.
- Bangladesh is an example of countries joining SUN Program (Scale-Up Nutrition). Large scale Food Fortification in Bangladesh is established under the Ministry of Industry. The Government has exercised its relationship with industries to promote nutrition of people by providing fortified food, for example, Salt Iodization program.

ประเด็นหรือจากที่ประชุม

๑. African setting, how to prepare our food or what technology that helps us to protect the nutrients in fortified food from cooking?
๒. How the NSA can help government to educate public on benefits of fortified food?
๓. Regarding the legislation, what are the measures to ensure that small-scale businesses will follow the legislation?

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- The food fortification could be link as an effective intervention that helps countries to solve the micronutrients deficiency. Therefore, food fortification should be included in the follow-up agenda on the implementation of ICN^๒ recommendations.
- The way to manage proper nutrition in humanitarian emergency situation remains unclear. Integration of existing program for food and nutrition in humanitarian situation as part of global nutrition program in the future is necessary.

Annex: (full notes)

- Marc Van Ameringen, Executive Director, GAIN: the developed countries have successfully used food fortification to fight with malnutrition for ๒๕ years. The program will take average ๑๐ years to be effectively functions. Salt iodization, focus shift on last ๕ years focusing on first ๑๐๐๐ days of life while lacking the attention,
- Start the conversation on the new campaign on food fortification, launching new campaign liking with global summit hosted by the Gov of Tanzania, collaborated by BMGF, to build
- Francesco Branca, Director of Nutrition for Health & Development, WHO: Fortification of staple foods and some condiments with vitamins and minerals. The reason for food fortification is to cope with insufficiency of intake of certain nutrients. The advantage of food fortification is that the nutrient can be added and reach to needed people. Key points to be concerned on fortification strategy including ๑) decision to fortify – public health need or risk of deficiency or insufficiency, ๒) which food to fortify – food consumption patterns, and ๓) voluntary/mandate mechanism for fortification. From the evidence, WHO has published the program guidance on ๒๐๐๙, ๒๐๑๔ and two latest guidelines for food fortification in ๒๐๑๕. The health problem that may be used is anemia. The limitation of fortified foods could be ๑) fail to reach the poorest segments of the general population if fortified food are sold as a premium, ๒) vulnerable groups might not have access to fortified food due to distribution system of food, ๓) fortified food cannot promote healthy eating behaviors.

- Mr. Md.Mosharraf Hossain Bhuiyan ndc, Secretary, Ministry of Industries, Bangladesh: Large scale Food Fortification in Bangladesh is established under the Ministry of Industry. The government is going to have a new salt law to replace the law (๑๙๘๙ version). There are ๒๒ billion food processing sector in Bangladesh. The Government has exercised its relationship with industries.
- Patrizia Fracassi, Senior Nutrition Analyst and Strategy Advisor, SUN Movement Secretariat: food fortification requires timely and active engagement of key actors, proper investment, and domestic movement.
- Josephine Ippe, Senior Advisor, Global Nutrition Cluster Coordinator, UNICEF: Nutrition in humanitarian emergency situation, the opportunity is that the fortified food will reach the poorest of the poor group of population. There is a gap between the actors who work for providing food and nutrition in humanitarian situation and the working group who work for improving nutrition of general people.

๒.๓๑ Side Meeting: Responding to the Global Target of ๘๐% Availability of Essential Non-Communicable Diseases Medicines and Technologies by ๒๐๒๕; A Cancer Perspective

ผู้จัด The delegations of Cote d'Ivoire Senegal, Turkey and the Union for International Cancer Control
วันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๕๘ เวลา ๑๘.๐๐-๑๙.๓๐ น

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. รองศาสตราจารย์ ดร. นงนุช บุญยั้ง สภาการพยาบาล
๒. แพทย์หญิงเบ็ญจมาศ พฤกษ์กานนท์ กรมสุขภาพจิต

เนื้อหาสำคัญในการประชุม

Panelist มีทั้งสิ้น ๖ คน รวมทั้ง moderator สาระสำคัญมีดังนี้

กล่าวถึงความเจริญก้าวหน้าของการรักษาผู้ป่วยมะเร็งโดยเฉพาะมะเร็งในผู้ใหญ่ด้วยวิธีการผ่าตัด รังสีรักษา การค้นพบยาใหม่ ในประเด็นของการผ่าตัดโดย Richard Sullivan พูดในขอบเขตของ global cancer surgery ๒๐๓๐ ซึ่งมี key message ดังนี้ ปัจจุบันการรักษามะเร็งด้วยการผ่าตัดเป็นวิธีการรักษาที่มี outcome ที่ดี แต่ประเทศในกลุ่ม Low and middle income countries (LMIC) ยังไม่สามารถเข้าถึงการรักษาด้วยวิธีการนี้ได้ เนื่องจากมีข้อจำกัดหลายประการ ผู้เชี่ยวชาญจากประเทศทั่วโลกภายใต้ Lancet Commission on Global Surgery ได้ค้นหาวิธีการการทำแผนกลยุทธ์ระดับชาติที่จะช่วยให้ประเทศ ๒ ใน ๓ ของกลุ่ม LMIC สามารถเข้าถึงการรักษาด้วยการผ่าตัด และจำนวนการผ่าตัด ๕,๐๐๐ รายการต่อ ๑๐๐,๐๐๐ ประชากรที่มีคุณภาพปลอดภัยในปี ๒๐๓๐ รวมทั้งเสนอแนะความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องลงทุนเรื่องบุคลากรและทรัพยากรที่เกี่ยวข้องพร้อมกับการให้ความหมายและกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจน เช่น access to timely essential surgery, specialist surgery workforce density และ perioperative mortality (preoperative, intraoperative and postoperative mortality) เป็นต้น

Dr. Mary Gospodarowicz กล่าวว่ารังสีรักษาเป็นการรักษาที่จำเป็นสำหรับมะเร็งส่วนใหญ่ ผู้ป่วยมะเร็งจำนวนไม่น้อยที่ไม่สามารถเข้าถึงรังสีรักษาโดยเฉพาะประชากรในกลุ่ม LMIC ทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตหรือคุณภาพชีวิตแย่งลง จึงมีความจำเป็นอย่างมากที่จะต้องรณรงค์ให้เห็นถึงความสำคัญของรังสีรักษาในเวทีระดับโลก เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการรักษาในรูปแบบความร่วมมือระหว่างประเทศจากการที่ประเทศต่างๆมีแหล่งสนับสนุนการรักษาด้านรังสีรักษาแตกต่างกัน

Dr. Nicola Magrini กล่าวถึงโมเดลในการตัดสินใจเลือกใช้อายารักษามะเร็งตัวใหม่ที่เหมาะสม โดยเกณฑ์พิจารณาการเลือกยาคือ accessibility availability affordability และ accountability

ประเด็นหารือจากที่ประชุม

- การรักษามะเร็งในปัจจุบันควรมีการคำนึงถึงบริบทในเชิงวัฒนธรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมะเร็งและการรักษา
- พยาบาลที่ได้รับการอบรมเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด สามารถให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ โดยที่ไม่จำเป็นต้องรอแพทย์เฉพาะทางที่มีจำนวนจำกัด

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้

- สำหรับสภาการพยาบาล - ให้เพิ่มจำนวนพยาบาลที่รับการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งให้สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่มากขึ้น
- สำหรับประเด็นพิจารณาการใช้อายารักษามะเร็งตัวใหม่ที่มีหลักฐานว่ามีประสิทธิภาพสูงและต้นทุนต่ำ ขอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันผลักดันในเชิงนโยบายเข้าสู่ essential national drug list

๒๓๓๒ Side Meeting: Imaging for Saving Kids – the Inside Story about Patient Safety in Paediatric Radiology

ผู้จัด เคนยา มาเลเซีย สเปน ยูกันดา องค์กร DITTA, ICNIRP, ICPR, IOMP, ISR, ISRRT, RAD-AID, WFUMB, WONCA

วันที่ ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๕๘ เวลา ๑๒.๓๐-๑๔.๐๐ น.

ทีมผู้รายงาน/หน่วยงาน

๑. เกสัชกรหญิงสิตานันท์ พูนผลทรัพย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
๒. นางรัตนา สมบูรณ์วิทย์ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

เนื้อหาสำคัญในการประชุม

- การประชุมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นเวทีอภิปรายสำหรับผู้กำหนดนโยบาย ผู้ให้การดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อพัฒนาการให้บริการ (service delivery) โดยใช้รังสีรักษาสำหรับ Medical imaging ในผู้ป่วยเด็ก เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดและลดความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น และวิธีที่จะทำให้ประสบผลสำเร็จ
- การประชุมประกอบด้วย ประธานร่วม ๒ ท่าน และ ๑๑ panellists

- Dr. Donald Frush เน้นย้ำประเด็นความปลอดภัยของการใช้รังสีรักษาทางการแพทย์ในผู้ป่วยเด็ก และได้ นำเสนอรายงานการวิจัยเรื่องความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งจากการใช้ CT scan ในเด็ก รวมทั้งประเด็นการ พัฒนา medical imaging ในเด็ก โดยใช้การมีส่วนร่วมจากองค์กรต่างๆ และระบบการศึกษา
- เคนยา มาเลเซีย สเปน ยูกันดา ได้นำเสนอนโยบาย กลยุทธ์ และการปฏิบัติเพื่อพัฒนาความปลอดภัยใน paediatric imaging
- สเปนโดยการทำงานร่วมกันระหว่าง competent Authorities, scientific societies, ภาควิทยาศาสตร์ และ องค์กรระหว่างประเทศเพื่อกำกับดูแล กำหนดแนวทางและพัฒนาคู่มือในการรักษา ขนาดของรังสีที่ เหมาะสมในเด็ก diagnostic reference levels (DRLs) มีการรณรงค์เรื่อง justification and optimization และมีการใช้อย่างเหมาะสมการศึกษาอบรมเพื่อให้มีการใช้เทคโนโลยีใหม่ๆที่เหมาะสม
- ยูกันดาและเคนยา นำเสนอความท้าทายของประเทศเช่นการมีบุคลากร เช่น radiologist radiographer ไม่เพียงพอ การบำรุงรักษา การเปลี่ยนอุปกรณ์ที่เหมาะสม ความตระหนักถึงความปลอดภัยและ การ ป้องกันของการรักษา Adherence ต่อแนวทางในการรักษาของประเทศและมาตรฐานระหว่างประเทศ และได้มีการจัดตั้ง Uganda atomic energy council เพื่อดูแลความปลอดภัยและความมั่นคงของสังคม และสิ่งแวดล้อมจากอันตรายจากการใช้ ionizing radiation เน้นการสร้างวัฒนธรรมของความปลอดภัย เน้นการมีส่วนร่วมขององค์กรต่างๆ เช่น องค์กรวิชาชีพ การสร้างความตระหนักของผู้ป่วย
- องค์กรต่างๆนำเสนอทางเลือกที่จะสรรหาความร่วมมือจากองค์กรต่างๆเพื่อระบุงบทุนและ area of collaboration ให้มีการทำงานร่วมกันเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเด็ก

ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม:

- การสร้างความตระหนักของผู้ป่วยในเรื่องความปลอดภัยจาก Medical imaging สำหรับผู้ป่วยเด็ก
- การส่งเสริมให้มีการใช้ Medical imaging ในผู้ป่วยเด็กอย่างมี Justification และ Optimization

ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- ควรจะมีการจัดทำ และปรับปรุงแนวทางในการรักษาการดำเนินการรังสีรักษาในเด็กให้สอดคล้องกัน หลัฐานทางวิชาการที่ทันสมัยเพื่อความปลอดภัย และส่งเสริมการใช้อย่างเหมาะสม
- ควรจะมีการมีส่วนร่วมจากองค์กรต่างๆ เช่นสภาวิชาชีพต่างๆ ภาควิทยาศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขในการ พัฒนา บุคลากร ให้มีความรู้วิทยาการทางด้าน Medical imaging ในผู้ป่วยเด็ก

ภาคผนวก

Take Home Message

สาระสำคัญ	ท่าทีประเทศไทย	ประเด็นสำหรับกระทรวง สาธารณสุข (Downstream)	ประเด็นสำหรับ Next GH forum
๑๑.๑ Overview of Reform Implementation			
<p>วาระนี้เสนอสรุปรายงานการปฏิรูปองค์การอนามัยโลก โดยแบ่งออกเป็นดังนี้</p> <p>๑. การปฏิรูปแผนงาน (Programmatic Reform) เน้นเรื่อง Programme Budget ๒๐๑๖-๒๐๑๗</p> <p>๒. การปฏิรูปในการอภิบาลระบบ (Governance Reform)</p> <p>๓. การปฏิรูปการบริหารจัดการ (Managerial Reform)</p>	<p>ประเทศไทยรับทราบรายงานการปฏิรูปองค์การอนามัยโลก และแสดงความห่วงใยในความล่าช้าของ Governance Reform แต่ได้แสดงความชื่นชมการปฏิรูปขององค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และเห็นได้จากการตอบโต้เหตุการณ์แผ่นดินไหวที่ประเทศเนปาลได้มีประสิทธิภาพ รวมทั้งสนับสนุนการมี contingency fund ทั้งนี้ ประเทศไทยมีความกังวลเกี่ยวกับค่าของงบประมาณที่เพิ่มขึ้นในงบประมาณปี ๒๐๑๖-๒๐๑๗ โดยการกำหนดสัดส่วนของรายได้จากค่าบำรุงของประเทศสมาชิก (Assessed contributions) และรายได้จากการบริจาคโดยสมัครใจ (Voluntary Contributions) เป็นเรื่องที่มีความละเอียดอ่อนซึ่งจะได้หารือในระเบียบวาระถัดไป</p>	<p>ติดตามความก้าวหน้าของการปฏิรูปองค์การอนามัยโลก และหารือผู้ที่เกี่ยวข้องรวมทั้งให้ข้อคิดเห็นต่อการปฏิรูป</p>	<p>ประสานงานกับประเทศสมาชิก SEARO และคณะผู้แทนถาวรไทย ฯ ในการหารือและจัดทำข้อเสนอแนะในประเด็นการปฏิรูปองค์การอนามัยโลกต่อไป</p>
๑๑.๒ : Framework of Engagement with Non-State Actors (FENSA)			
กรอบความร่วมมือระหว่างองค์การอนามัย	เข้าร่วม informal consultation และสนับสนุน	มอบสำนักการสาธารณสุขระหว่าง	การเจรจาในส่วนของ

สาระสำคัญ	ทำที่ประเทศไทย	ประเด็นสำหรับกระทรวง สาธารณสุข (Downstream)	ประเด็นสำหรับ Next GH forum
<p>โลกและ non-state actors ประกอบด้วย ๒ ส่วนใหญ่ คือ</p> <p>๑.Overarching Framework of engagement with non-State actors</p> <p>ประกอบด้วย</p> <p>๑.๑ Engagement : Rationale, Principles, Benefits and Risks</p> <p>๑.๒ Non-State Actors</p> <p>๑.๓ Types of Interaction</p> <p>๑.๔ Management of Conflict of Interest and other risks of engagement</p> <p>๑.๕ Specific Provisions</p> <p>๑.๖ Relation of the Framework to WHO's other Policies</p> <p>๑.๗ Official Relations</p> <p>๑.๘ Oversight of engagement</p> <p>๑.๙ Non-compliance with this Framework</p> <p>๑.๑๐ Monitoring and evaluation of</p>	<p>การเจรจาให้ได้ซึ่งกรอบความร่วมมือฯ</p>	<p>ประเทศ</p> <p>๑. ประสานกับคณะผู้แทนถาวรไทยฯ เข้าร่วมและติดตามผลการประชุม Open-ended Intergovernmental Meeting</p> <p>๒. ศึกษารายละเอียดของกรอบความร่วมมือฯในประเด็นที่ถกเถียงเพื่อเสนอทำที่ให้กับคณะผู้แทนถาวรไทยฯ ที่จะเข้าร่วมประชุมในข้อ ๑.</p> <p>๓. จัดการประชุมเชิงวิชาการ (Technical Briefing on FENSA) เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจรจากรอบความร่วมมือฯกับผู้สนใจ</p>	<p>Overarching Framework of engagement with non-State actors และ Draft WHO policy and operational procedure on engagement with non-State actors ในการประชุม Open-ended Intergovernmental Meeting</p>

สาระสำคัญ	ทำที่ประเทศไทย	ประเด็นสำหรับกระทรวง สาธารณสุข (Downstream)	ประเด็นสำหรับ Next GH forum
<p>the Framework</p> <p>(๒) Draft WHO policy and operational procedure on engagement with non-State actors ประกอบด้วย</p> <p>๒.๑ Non-governmental organizations</p> <p>๒.๒ Private sector entities</p> <p>๒.๓ Philanthropic foundations</p> <p>๒.๔ Academic institutions</p> <p>วาระนี้อภิปรายและเจรจาใน informal consultation เป็นเวลามากกว่า ๔๐ ชั่วโมง ซึ่งที่ประชุมไม่สามารถเจรจาแก้ไข ข้อความที่เห็นพ้องต้องกันได้ทั้งสอง ส่วน</p>			
๑๒.๑ Implementation of Programme Budget ๒๐๑๔-๒๐๑๕: Mid-term review			
<p>วาระนี้เสนอรายงานฐานะทางการเงินในการดำเนินการตามแผนงบประมาณปี พ.ศ. ๒๕๕๗-๒๕๕๘ (Program Budget ๒๐๑๔-๒๐๑๕) ฐานะทางการเงิน เมื่อ</p>	<p>ประเทศไทยไม่ได้เสนอทำที่ในวาระนี้</p>	<p>ติดตามสถานการณ์การเงินเพื่อเป็นข้อมูลในการเสนอขอ งบประมาณร่วมกับองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย</p>	<p>เรียนรู้เรื่องการติดตามการเงินของ WHO</p>

สาระสำคัญ	ทำที่ประเทศไทย	ประเด็นสำหรับกระทรวง สาธารณสุข (Downstream)	ประเด็นสำหรับ Next GH forum
วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๖ พบว่ามีการเบิกจ่ายไปร้อยละ ๘๗ (ไม่รวมงบฉุกเฉิน) จากงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนเป็นจำนวนเงิน ๔,๕๖๕ ล้านดอลลาร์สหรัฐ แบ่งเป็น Assessed contributions และ Voluntary contributions ในสัดส่วน ๒๑ และ ๗๙		และภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้	
๑๒.๒ Proposed Programme Budget ๒๐๑๖-๒๐๑๗			
ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกเสนอแผนงบประมาณปี พ.ศ. ๒๕๕๙-๒๕๖๐ (Program Budget ๒๐๑๖-๒๐๑๗) เป็นจำนวนเงิน ๔,๓๘๕ ล้านดอลลาร์สหรัฐ (เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๘ จากปี พ.ศ. ๒๕๕๗-๒๕๕๘)	ประเทศไทยสนับสนุนการของงบประมาณเพิ่มขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ.๒๐๑๖-๒๐๑๗ ร้อยละ ๘ เป็นจำนวนเงินรวม ๔,๓๘๕ ล้านดอลลาร์สหรัฐ โดยเสนอให้รายได้ที่เพิ่มขึ้นมาจากการบริจาคโดยสมัครใจ (Voluntary Contributions)	ให้ติดตามการสนับสนุนงบประมาณในแต่ละประเภท รวมทั้งด้านอื่น ๆ ขององค์การอนามัยโลกที่เกี่ยวข้องกับแผนงานภายในประเทศ	ให้ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานขององค์การอนามัยโลกว่ามีการใช้งบประมาณอย่างไรบ้าง และนำเสนอข้อเท็จจริงหรือข้อสงสัยโดยมีการประเมินผลตามตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ในแต่ละด้าน
๑๓.๑ Outcome of the Second International Conference on Nutrition			
วาระนี้กล่าวถึงการประชุม the Second International Conference on Nutrition (ICN๒) ที่จัดขึ้น ณ สำนักงานใหญ่องค์การอาหารและเกษตรแห่ง สหประชาชาติ กรุงโรม สาธารณรัฐอิตาลี เมื่อ ๑๙-๒๑	ประเทศไทยยินดีต้อนรับปฏิญญากรุงโรมว่าด้วยโภชนาการและกรอบการทำงานสำหรับการดำเนินการ แต่อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานตามกรอบเพื่อการปฏิบัติการอย่างมีประสิทธิภาพตามเวลาที่กำหนดเป็นสิ่งที่ทำหายมาก ประเทศไทยจึง	(๑) กระทรวงสาธารณสุขได้เสนอผลการประชุม ICN๒ ต่อคณะรัฐมนตรีเมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ.๒๕๕๗ และกรมอนามัยได้จัดเวียนแจ้งปฏิญญากรุงโรมว่าด้วยโภชนาการและกรอบ	แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสมาชิกอื่นๆ และรายงานผลการดำเนินงานตามปฏิญญากรุงโรมว่าด้วยโภชนาการ และ กรอบเพื่อ

สาระสำคัญ	ท่าทีประเทศไทย	ประเด็นสำหรับกระทรวง สาธารณสุข (Downstream)	ประเด็นสำหรับ Next GH forum
<p>พฤศจิกายน ๒๐๑๔ ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วยผู้แทนประเทศสมาชิก ๑๖๔ คน ของ FAO และ WHO ผู้สังเกตการณ์รวมทั้ง UN และ intergovernmental organizations รัฐมนตรีและผู้บริหารระดับสูงของหน่วยงานราชการ หน่วยงานทั้งภาค ประชาชน และเอกชน ที่ประชุมมีการ adopted เอกสาร ๒ ฉบับ คือ ปฏิญญากรุงโรมว่าด้วยโภชนาการ และกรอบเพื่อการปฏิบัติการ (the Rome Declaration on Nutrition and its companion Framework for Action) การประชุมครั้งนี้เน้นย้ำให้เห็นความสำคัญของทุกโภชนาการด้านขาดสารอาหาร ที่แม้ว่าในสถานการณ์โลกโดยรวมจะดีขึ้น แต่ก็ยังมีปัญหาการขาดสารอาหารอยู่เป็นจำนวนมาก ทั้งการเปลี่ยนแปลงของโลกทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนไป มีการได้รับอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ประชากรมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ก่อให้เกิดภาวะ</p>	<p>ขอให้องค์การอนามัยโลกดำเนินบทบาทในการเป็นผู้สนับสนุนด้านวิชาการ (Technical assistance) แก่ประเทศสมาชิกตามบริบทและนโยบายการดำเนินงานของแต่ละประเทศ ในการพัฒนากรอบการดำเนินการระดับประเทศ (Accountability Framework) เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายโภชนาการระดับโลกทั้ง ๖ ประการ (six global nutrition targets) ที่ประเทศสมาชิกได้รับรองในการประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลกครั้งที่ ๖๕ ด้วย</p>	<p>เพื่อการปฏิบัติการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ข้อคิดเห็น และได้จัดประชุมคณะกรรมการจัดทำแผนอาหารและโภชนาการในมารดา ทารกและเด็กเล็ก วันที่ ๒๗-๒๘ เมษายน พ.ศ.๒๕๕๘</p> <p>(๒) กระทรวงสาธารณสุขควรใช้กลไกคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ ในการกำหนดร่างกรอบยุทธศาสตร์ ให้รองรับกับยุทธศาสตร์โลกและให้เหมาะสมกับบริบทประเทศไทยต่อไป (กำหนดการจัดประชุมในเดือนมิถุนายน พ.ศ.๒๕๕๘)</p> <p>(๓) ประสานงานกับองค์การอนามัยโลก และองค์การนานาชาติขององค์การสหประชาชาติที่เกี่ยวข้อง ในการขอการสนับสนุน ในการพัฒนาแนวทาง การขับเคลื่อน การติดตาม ในประเด็นอาหารและโภชนาการ</p>	<p>การปฏิบัติการ ตามระยะเวลาที่กำหนด</p>

สาระสำคัญ	ทำที่ประเทศไทย	ประเด็นสำหรับกระทรวง สาธารณสุข (Downstream)	ประเด็นสำหรับ Next GH forum
น้ำหนักเกินและโรคอ้วนเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นต้นเหตุของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั่วโลก			
๑๓.๒ Maternal, Infant and Young Child Nutrition: Development of the Core Set of Indicators			
<p>วาระนี้กล่าวถึงการพัฒนา Core set indicators และ Global Monitoring Framework (GMP) โดยเสนอเพิ่มอีก ๑๔ ตัวชี้วัด อ่างถึงแผนอาหารและ โภชนาการ ใน มารดา ทารกและเด็กเล็กที่ได้ตกลงในการ WHA๖๕ ตาม ๖ เป้าหมายระดับโลก ตัวชี้วัดระดับ core set รวม ๒๑ ตัวชี้วัด ประกอบด้วย ๑) primary outcome indicators (ใน WHA๖๗ รับแล้ว ๗ ตัวชี้วัด) ๒) intermediate outcome indicators (IO: ๕ ตัว) ๓) process indicators (PR: ๖ ตัว) ๔) policy environment and capacity indicators (PE: ๓ ตัว) การประชุมอย่างไม่เป็นทางการ เมื่อเมษายน ๒๐๑๕ โดยผู้แทนจาก ๔๑ ประเทศ เห็นด้วยกับ</p>	<p>๑) ประเทศไทยขึ้นชมนที่ WHO รายงานความก้าวหน้าของการพัฒนาตัวชี้วัดหลักและ GMP และขอให้ WHO สนับสนุนประเทศสมาชิกในการเสริมสร้างขีดความสามารถ ในการ จัดการทรัพยากรมนุษย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ได้รับการอบรมด้านโภชนาการและสนับสนุน ในการติดตามผลดำเนินงานและการรายงาน</p> <p>๒) ประเทศไทยมีข้อกังวล ๓ ข้อ ต่อ PE๑ จำนวน Trained Nutrition Professionals ต่อแสนประชากร คือ ๑) ต้องให้มี capacity building standards ที่จำแนกให้เหมาะสมตามระดับผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ ๒) ต้องมีระบบการประเมิน และอบรมอย่างสม่ำเสมอ ๓) ต้องมีระบบการจัดการด้าน บุคลากรอย่างเหมาะสม ทั้งระดับความรู้ความก้าวหน้าและ</p>	<p>๑) ได้ดำเนินการ โดยสำนักโภชนาการ กรมอนามัย ได้จัด ให้เป็นประเด็นหลักในแผน อาหารและโภชนาการ ใน มารดา ทารกและเด็กเล็กของไทย พ.ศ. ๒๕๕๗</p> <p>๒) ร่วมกับการเตรียม ๒๕๖๘ นำ ตัวชี้วัดที่เพิ่มขึ้นมาใช้ตามบริบทของประเทศไทย</p> <p>๓) ควรบูรณาการนโยบายและแผนงานด้านโภชนาการร่วมกัน ทั้ง ภายในและนอกหน่วยงาน กระทรวงสาธารณสุข เช่น ภาค การเกษตร การศึกษา พาณิชยกรรม อุตสาหกรรม การพัฒนาสังคม และ ความมั่นคง ของ มนุษย์ ทรัพยากร รวมทั้งภาคเอกชน และ</p>	<p>๑) เตรียมพร้อมในการดำเนินการ เก็บข้อมูลที่ตัวชี้วัดที่ต้องเริ่มรายงานใน ปี ๒๐๑๖ และติดตามความก้าวหน้าของ additional operational guidance ที่ ประเทศสมาชิก ขอให้ WHO ดำเนินการ ให้ได้ วิธีการได้มาซึ่ง ข้อมูลแต่ละ ตัวชี้วัด ตามบริบทของประเทศ</p> <p>๒) ควรมีการติดตามการประชุมอย่างไม่เป็นทางการ เพื่อหารือ การ ดำเนินงาน ตัวชี้วัด ๔ ตัว ตาม กรอบการติดตามระดับโลก (GMP) เรื่องโภชนาการของ มารดา ทารก และเด็กเล็กที่เสนอ ให้เริ่มรายงาน ในปี ๒๐๑๘</p>

สาระสำคัญ	ทำที่ประเทศไทย	ประเด็นสำหรับกระทรวง สาธารณสุข (Downstream)	ประเด็นสำหรับ Next GH forum
<p>ตัวชี้วัดทั้งชุดที่เสนอ เพิ่มเข้ามาและมีการเสนอให้รายงาน ๔ ตัวชี้วัด ในปี ๒๐๑๘ คือ PR๑, ๔, ๖ และ PE๑ ที่เหลือ ให้รายงานใน ปี ๒๐๑๖ และขอให้ WHO สนับสนุน operational guideline เพิ่มเติม</p>	<p>การกระจาย ทั้งในระดับ โรงพยาบาลและชุมชน</p>	<p>องค์กรที่ไม่แสวงหาผลกำไร ตลอดจนภาคสังคมต่างๆ ๔) ขับเคลื่อนให้มีการออกพระราชบัญญัติการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก และผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง (Milk code)</p>	<p>(PR๑, ๔, ๖ และ PE๑)</p>
<p>๑๓.๓: Update on the WHO Commission on Ending Childhood Obesity</p>			
<p>ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกจัดตั้งคณะกรรมการระดับสูงเพื่อยุติโรคอ้วนในเด็ก (Commission on Ending Childhood Obesity) เพื่อสร้างความตระหนักให้ประเทศสมาชิก เห็นความสำคัญของปัญหาภาวะอ้วนในเด็ก และเพื่อผลักดันให้เกิดการขับเคลื่อนทางนโยบายในระดับโลก คณะกรรมการฯ ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่ทบทวนข้อมูลทางวิชาการและให้ข้อเสนอแนะทางนโยบายเกี่ยวกับมาตรการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคอ้วนในเด็ก โดยคาดว่าจะต้องรายงานผลการปฏิบัติงานต่อผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ.</p>	<p>ประเทศไทยชื่นชมผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกที่จัดตั้งคณะกรรมการนี้ขึ้น และชื่นชมการทำงานของคณะกรรมการที่มีความคืบหน้าเนื่องจากปัญหาภาวะอ้วนในเด็กและวัยรุ่นเกิดจากปัจจัยหลายด้าน ประเทศไทยได้ร้องขอให้ทางคณะกรรมการให้ความสำคัญกับการทบทวนข้อมูลทางวิชาการที่ทันสมัยและมาตรการการแก้ไขปัญหาภาวะอ้วนในเด็กและวัยรุ่นที่ครอบคลุมปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ (Social Determinants of Health) เนื่องจากปัญหานี้ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยนโยบายจากหน่วยงานด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ประเทศไทยได้ร้องขอให้การทำงานของ</p>	<p>สำนักโภชนาการ กรมอนามัย ควรติดตามการทำงานของคณะกรรมการอย่าง ต่อเนื่อง และ ศึกษา ข้อเสนอแนะด้านวิชาการและด้านนโยบายจากคณะกรรมการเพื่อนำมาปรับใช้ในการวางแผนนโยบายและออกมาตรการที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะอ้วนในเด็กและวัยรุ่นที่สอดคล้องกับบริบทของประเทศ พร้อมกันนี้ควรเชิญทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งหน่วยงานภาครัฐธุรกิจ สังคมและท้องถิ่นมาร่วมกันวางแผนการ</p>	<p>๑) ควรติดตามรายงานคำแนะนำของคณะกรรมการและนำมาศึกษาเพื่อปรับใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อการวางมาตรการและนโยบายในการป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะอ้วนของเด็กและวัยรุ่นได้ ๒) ทบทวนมาตรการที่ประเทศไทยได้ดำเนินการไปแล้วและมาตรการที่ประเทศไทยยังไม่สามารถดำเนินการได้ เพื่อเตรียมรายงานความคืบหน้าแก่องค์การอนามัยโลกในกรณีที่มีการร้องขอ</p>

สาระสำคัญ	ทำที่ประเทศไทย	ประเด็นสำหรับกระทรวง สาธารณสุข (Downstream)	ประเด็นสำหรับ Next GH forum
<p>๒๕๕๙ การประชุม WHA๖๖ วาระ ๑๓.๓ ครั้งนี้เป็นการรายงานความก้าวหน้าการทำงานของคณะกรรมการฯ ซึ่งมีการประชุมไปแล้วและได้รวบรวมผลการประชุมในร่างรายงาน (interim report) โดยผลการประชุมได้ข้อสรุปเบื้องต้นว่า กรอบแนวคิดและหลักการการทบทวน ข้อมูลทางวิชาการจะครอบคลุมประเด็นสำคัญ ได้แก่ ๑) ผลกระทบที่ตามมาด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคมจากภาวะอ้วนในเด็กและวัยรุ่น ๒) ความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพตลอดช่วงชีวิต (life-course approach) ในการป้องกันภาวะอ้วนในเด็กและวัยรุ่นและ ๓) มาตรการที่ควรใช้ดำเนินการเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในเด็กและวัยรุ่น</p>	<p>คณะกรรมการธิการเป็นไปอย่างโปร่งใสปราศจากการแทรกซึมของผู้มีประโยชน์ทับซ้อน เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าข้อเสนอแนะที่ทางคณะกรรมการจัดทำจะเป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้และมีประโยชน์ต่อประเทศสมาชิกอย่างแท้จริง</p>	<p>ดำเนินงานเพื่อให้เกิดการผลักดันการแก้ปัญหาไปในทิศทางเดียวกัน นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขควรผลักดันการออกมาตรการที่มีประสิทธิภาพที่มีผลป้องกันการเกิดภาวะอ้วนในเด็กตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกที่ผ่านมาให้สำเร็จ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการออกกฎหมายเพื่อควบคุมการส่งเสริมการตลาดของอาหารทารกและเด็กและเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น</p>	
<p>๑๓.๔ Follow-up to the ๒๐๑๔ High-Level Meeting of the UNGA to Undertake a Comprehensive Review and Assessment of the Progress Achieved in the Prevention and Control of NCDs</p>			
<p>วาระนี้กล่าวถึงการประชุม the ๒๐๑๔ High-level Meeting of the UNGA ที่จัดขึ้น ณ</p>	<p>ประเทศไทยยินดีต้อนรับแผนงานการติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินการป้องกันและ</p>	<p>กระทรวงสาธารณสุขควรนำข้อเสนอแนะที่มีประสิทธิผล (best-</p>	<p>แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับประเทศ</p>

สาระสำคัญ	ทำที่ประเทศไทย	ประเด็นสำหรับกระทรวง สาธารณสุข (Downstream)	ประเด็นสำหรับ Next GH forum
<p>สำนักงานใหญ่องค์การสหประชาชาติ กรุงนิวยอร์ก สหรัฐอเมริกา เมื่อระหว่างวันที่ ๑๐-๑๑ กรกฎาคม ค.ศ. ๒๐๑๔ ผู้เข้าร่วมประชุม ประกอบด้วยผู้แทนประเทศสมาชิก ผู้สังเกตการณ์ รวมทั้ง United Nations และ intergovernmental organizations รัฐมนตรี และผู้บริหารระดับสูงของหน่วยงานราชการ หน่วยงานทั้งภาค ประชาชน และเอกชน ที่ประชุมมีการรับรอง Political Declaration of the High-level of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases โดยกำหนดขอบเขตการติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรค NCDs ในแต่ละประเทศ และกำหนดให้ Director-General ขององค์การอนามัยโลก รายงานความก้าวหน้าดังกล่าวต่อองค์การสหประชาชาติ ในปี ค.ศ. ๒๐๑๗ ซึ่งทาง Director-General ขององค์การอนามัยโลกได้นำเสนอแผนงานการติดตามความก้าวหน้าใน</p>	<p>ควบคุมโรค NCDs ปี ค.ศ. ๒๐๑๕-๒๐๒๒ และมีความเห็นเพิ่มเติมคือ ควรมีการนำ best-buy cost effective policy interventions ในส่วนเอกสารแนบท้ายที่ ๓ ของ Global Action Plan ๒๐๑๓-๒๐๒๐ on NCDs มาใช้เป็นแนวทางในการติดตามความก้าวหน้าด้านการป้องกันและควบคุม NCDs ด้วย, ควรมีการบูรณาการแผนงานต่างๆเข้าด้วยกัน เช่น แผนงานด้านโภชนาการมารดา ทารก และเด็กเล็ก, การจัดการปัญหาเด็กอ้วน, การส่งเสริมสุขภาพ, การควบคุมการบริโภคสุราและยาสูบ, และกลไกการจัดการ NCDs ขององค์การอนามัยโลก (One WHO NCD Workplan) นอกจากนี้ประเทศไทยยังได้ขอให้มีการจัดสรรทรัพยากรที่พอเพียงให้การดำเนินการตามแผน Global Action Plan ๒๐๑๓-๒๐๒๐ on NCDs เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการลด NCDs ในระดับโลกด้วย (๙ Global Voluntary Targets on NCDs)</p>	<p>buy cost effective policy interventions) ในส่วนเอกสารแนบท้ายที่ ๓ ของ Global Action Plan ๒๐๑๓-๒๐๒๐ on NCDs มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรค NCDs ของประเทศ โดยเร่งรัดการดำเนินการในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (โดยเฉพาะสำนักโภชนาการ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย, และสำนักควบคุมยาสูบ สำนักควบคุมแอลกอฮอล์ สำนักควบคุมโรค NCDs กรมควบคุมโรค) ให้สอดคล้องกับระยะเวลาตามแผนงานและเป้าหมายระดับโลก และสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินการให้เพียงพอ รวมถึงการบูรณาการการทำงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ ทั้งรัฐ เอกชน และภาคประชาชนด้วย</p>	<p>สมาชิกอื่นๆ และรายงานผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค NCDs ของประเทศ ให้สอดคล้องกับระยะเวลาตามแผนงานและเป้าหมายระดับโลก</p>

สาระสำคัญ	ท่าทีประเทศไทย	ประเด็นสำหรับกระทรวงสาธารณสุข (Downstream)	ประเด็นสำหรับ Next GH forum
การดำเนินการป้องกันและควบคุมโรค NCDs ปี ค.ศ. ๒๐๑๕-๒๐๒๒ ต่อสมัชชาองค์การอนามัยโลกในครั้งนี้			
๓.๕ Global Burden of Epilepsy and the need for coordinated action at the country level to address its health, social and public knowledge implication			
โรคลมชัก (Epilepsy) เป็นโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมต่อผู้ป่วย ครอบครัวและสังคมในวงกว้าง ปัจจุบันทั้งๆที่การรักษาโรคลมชักในหลายประเทศสามารถจัดให้บริการได้ที่สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ และยาที่ใช้รักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถจัดหาได้ในราคาถูก แต่ผู้ป่วยจำนวนมากยังไม่สามารถเข้าถึงการรักษา รวมทั้งไม่ได้รับยา (treatment gap) องค์การอนามัยโลกจึงมีมาตรการและคำแนะนำต่อประเทศสมาชิกออกมาอย่างต่อเนื่องเพื่อสนับสนุนให้ประเทศสมาชิกขยายขอบเขตการให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาด้านระบบประสาท	ประเทศไทยขึ้นชมองค์การอนามัยโลกที่ให้ความสำคัญกับปัญหาผู้ป่วยโรคลมชักและขึ้นชมองค์กรNGOs และประเทศสมาชิกที่มีส่วนร่วมในการพิสูจน์ว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคลมชักสามารถกระทำได้ที่สถานบริการระดับปฐมภูมิ ประเทศไทยแสดงความกังวลและความห่วงใยใน ๒ ประเด็นสำคัญ ได้แก่ ๑) ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายจะยังเป็นอุปสรรคที่ทำให้ผู้ป่วยโรคลมชักไม่สามารถเข้าถึงการรักษาและยาได้โดยเฉพาะในประเทศที่ไม่มีระบบหลักประกันสุขภาพไทยจึงร้องขอให้ประเทศสมาชิกวางแผนนโยบายและจัดลำดับความสำคัญของแนวทางปฏิบัติเพื่อพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยให้สอดคล้องกับบริบทของประเทศ ๒) ในร่างมติไม่ได้ระบุถึงแนวทางการกำกับติดตามการดำเนินงานไว้ (M&E)	กรมการแพทย์ ควรทบทวนข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกและนำมาวางแผนการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคลมชักทั้งในระดับนโยบายและระดับการปฏิบัติให้สอดคล้องกับบริบทของประเทศ ซึ่งข้อเสนอแนะในร่างมติ กำหนดหน้าที่ประเทศสมาชิกให้ปฏิบัติดังนี้ ๑) สร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้นำและระบบบริหาร ๒) พัฒนาระบบการจัดบริการดูแลรักษา ๓) บูรณาการการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคลมชักไว้ในระบบบริการปฐมภูมิ ๔) เพิ่มการเข้าถึงยารักษาโรคลมชัก ๕) วางแนวทางการป้องกันการเกิด	๑) รวบรวมข้อมูลสิ่งที่ประเทศไทยได้ดำเนินการไปแล้วตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกตามร่างมติ EB๑๓๖.R๘ และทบทวนการดำเนินงานในส่วนที่ยังไม่ได้ทำว่ามีอุปสรรคปัญหาอะไร และรายงานต่อองค์การอนามัยโลกเมื่อมีการร้องขอ ๒) ติดตามรายงานข้อเสนอแนะที่องค์การอนามัยโลกจะจัดทำเพื่อแนะนำประเทศสมาชิกในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยลมชัก

สาระสำคัญ	ทำที่ประเทศไทย	ประเด็นสำหรับกระทรวง สาธารณสุข (Downstream)	ประเด็นสำหรับ Next GH forum
<p>รวมถึงโรคลมชักให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น การประชุม WHA๖๘วาระ ๑๓.๕ นี้องค์การอนามัยโลกได้จัดทำข้อเสนอแนะสำหรับประเทศสมาชิกและผู้อำนวยความสะดวกการอนามัยโลกในการวางนโยบายและระบบการดูแลผู้ป่วยโรคลมชักในระดับประเทศอย่างจริงจัง ในร่างมติ EB๑๓๖.R๘ โดยขอให้ประเทศสมาชิกพิจารณาข้อเสนอแนะและรับรองร่างมติดังกล่าว</p>	<p>ไทยจึงเสนอให้องค์การอนามัยโลกเพิ่มเติมเรื่องการกำกับติดตามการดำเนินงานไว้ในเอกสารข้อเสนอแนะทางนโยบายและวิชาการซึ่งผู้อำนวยการอนามัยโลกถูกร้องขอให้จัดทำขึ้นในอนาคต โดยสอดคล้องกับตัวชี้วัดที่สำคัญได้แก่ การจัดให้มียารักษาผู้ป่วยโรคลมชักที่สถานบริการปฐมภูมิและสัดส่วนของผู้ป่วยโรคลมชักที่เข้าถึงการรักษาด้วย</p>	<p>โรคลมชัก ๖) สร้างกระแสสังคมและให้ความรู้แก่ประชาชนเรื่องโรคลมชัก ๗) เสริมสร้างและพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการจัดเก็บข้อมูลของผู้ป่วยโรคลมชักอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ๘) ส่งเสริมการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโรคลมชัก ๙) ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานและภาคส่วนต่างๆของสังคมเพื่อดูแลกลุ่มผู้ป่วยลมชัก</p>	
<p>๑๔.๑ Monitoring the Achievement of the Health-Related Millennium</p>			
<p>รายงานฉบับนี้นำเสนอสรุปความก้าวหน้าและผลการประเมินข้อมูลทางสุขภาพตาม Millennium Development Goals ซึ่งในปี ๒๐๑๕ นี้เป็นปีสุดท้ายที่มีการตั้งเป้าหมายการทำงานไว้ โดยพบว่าข้อมูลตัวชี้วัดทางสุขภาพส่วนใหญ่แสดงให้เห็นถึงการพัฒนาการของระบบการดูแลสุขภาพ อย่างไรก็ตามยังมีตัวชี้วัดบางตัวที่ไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้ เช่น การลดอัตราการ</p>	<p>สำหรับตัวชี้วัดทางสุขภาพที่ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ประเทศไทยร้องขอให้ WHO และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการเรื่องนี้ต่อไป รวมทั้งการเตรียมรับมือกับปัญหาอุบัติใหม่ (emerging agenda) เช่น non-communicable diseases, mental health problem, injuries ซึ่งควรต้องบรรจุไว้ในเป้าหมายข้างหน้า (post ๒๐๑๕ development goals) และเน้นความสำคัญในการถอดบทเรียนที่ผ่านมาของแต่ละประเทศ ซึ่ง</p>	<p><u>การทำงานในระดับประเทศ</u> เน้นย้ำความสำคัญของ Universal Health Coverage (UHC) ในฐานะ Platform ซึ่งครอบคลุม การส่งเสริม การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟู เพื่อบูรณาการประเด็นสุขภาพและการปกป้องประชาชนจากปัญหาในเชิงสุขภาพและเชิงเศรษฐกิจ ทำให้เกิดการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่าง</p>	<p>ประเด็นนี้มีความต่อเนื่องกับการวางแผน Sustainable Development Goals ซึ่งกำลังดำเนินการอยู่ในขั้นตอนการเลือกตัวชี้วัด และกลไกสำคัญหนึ่งที่เอื้อต่อความสำเร็จคือ Universal Health Coverage ซึ่งหลายประเทศมีความพยายามจะทำให้เกิดระบบที่มีความครอบคลุมและเนื่องด้วยทรัพยากรที่จำกัด</p>

สาระสำคัญ	ทำที่ประเทศไทย	ประเด็นสำหรับกระทรวง สาธารณสุข (Downstream)	ประเด็นสำหรับ Next GH forum
<p>เสียชีวิตของทารกแรกเกิด (neonatal death) และการตายคลอด (stillbirth) เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการสรุปให้เห็นถึงสาเหตุและแนวทางที่จะพัฒนาให้เป็นที่ไปตามเป้าหมายที่วางไว้ เช่น การลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพโดยเพิ่มการลงทุนในระบบสุขภาพเพิ่มมากขึ้น พัฒนาระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้มีความครอบคลุมบริการสุขภาพแม่และเด็ก นอกจากนี้ยังมีการเชื่อมโยงไปถึงปัญหาสุขภาพกำลังเพิ่มขึ้น เช่น Non-Communicable Diseases, Mental Health Problem, Injuries ซึ่งควรต้องบรรจุไว้ในเป้าหมายข้างหน้าที่กำลังมีคณะกรรมการดำเนินการอยู่</p>	<p>จะเป็นประโยชน์อย่างมากในการวางแผนอนาคตร่วมกันเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน (Sustainable Development Goals) โดยเฉพาะประเทศที่ประสบความสำเร็จแล้วในช่วงต้น สิ่งสำคัญที่ไม่ควรมองข้ามคือการตั้งเป้าหมายเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ เช่น ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่จะช่วยให้ประเทศสมาชิกบรรลุเป้าหมายอื่นๆ ได้</p>	<p>เท่าเทียม แม้จะมีงบประมาณที่จำกัด แต่การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และการจัดสรรงบประมาณอย่างเหมาะสมจะทำให้ระบบนี้ดำเนินไปได้ โดยเน้นการพัฒนาสาธารณสุขปฐมภูมิ (Primary Health Care) เพื่อตอบสนองคนยากจน (Pro-Poor Policy) และดำเนินการแก้ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce) ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญ <u>การทำงานในระดับนานาชาติ</u> ประเทศไทยมีบทบาทสนับสนุน UHC ในระดับนานาชาติ เช่น เป็นประธานใน ASEAN+๓ UHC Network รวมทั้งการขับเคลื่อนประเด็นกำลังคนด้านสุขภาพของ SEARO, Asia Pacific และ ASEAN ซึ่งจะเป็นกลไกสำคัญนำไปสู่การพัฒนา Sustainable Development Goals โดย</p>	<p>priority setting จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างไรก็ตามประเด็นเกี่ยวกับความเท่าเทียม (equity) เป็นสิ่งที่ควรต้องคำนึงถึง โดยเฉพาะในกลุ่ม vulnerable group</p>

สาระสำคัญ	ทำที่ประเทศไทย	ประเด็นสำหรับกระทรวง สาธารณสุข (Downstream)	ประเด็นสำหรับ Next GH forum
		รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้กล่าวว่าเป็นเป้าหมายอันทะเยอทะยาน แต่สามารถทำให้สำเร็จได้หากประเทศนั้นๆ มุ่งมั่นทุ่มเทอย่างแท้จริง	
๑๔.๒ Health in the Post-๒๐๑๕ Development Agenda			
รายงานฉบับนี้นำเสนอสรุปความก้าวหน้าของ Post-๒๐๑๕ development agenda ซึ่ง WHO secretariat กระตุ้นให้ประเทศสมาชิกยังคงดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุ MDGs ซึ่งได้รวมเข้าไปใน Post- ๒๐๑๕ Development Agenda (เช่นเดียวกับ Sustainable Development Goals or SDGs) โดยมุ่งเป้าไปที่การป้องกันการเสียชีวิตและการเจ็บป่วยที่สามารถป้องกันหรือหลีกเลี่ยงได้ รวมทั้งความพิการจาก Non-communicable diseases และอุบัติเหตุดังกล่าว การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิต ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage) และให้	ประเทศไทยรับทราบรายงานความก้าวหน้าและสนับสนุน Goal ๓ ซึ่งเกี่ยวกับสุขภาพ และครอบคลุมมิติที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตาม target ๓.๗ และ ๓.๘ ซึ่งเกี่ยวข้องการเข้าถึงบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ (access to sexual and reproductive health) และความครอบคลุมของระบบสุขภาพถ้วนหน้ายังมีความคลุมเครืออาจทำให้มีอุปสรรคในการนำไปใช้	สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศควรติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานเพื่อรองรับพร้อมทั้งขับเคลื่อนการดำเนินงานให้ได้ตามเป้าหมาย MDGs และ Post-๒๐๑๕ Health indicators ที่จะเกิดขึ้นต่อไป หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพัฒนาระบบการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดทางสุขภาพให้มีความครบถ้วนถูกต้อง พัฒนาระบบสุขภาพ โดยเฉพาะ UHC ให้ครอบคลุม การส่งเสริมการป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพของประชาชน โดยใช้	การพิจารณาเลือกตัวชี้วัดสุขภาพเพื่อให้บรรลุตาม targets และ goals เป็นสิ่งสำคัญที่ประเทศสมาชิกต้องร่วมกันพิจารณาและตกลงให้เกิดความเห็นร่วมกัน Political commitment เป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งที่จะนำไปสู่ความสำเร็จอย่างยั่งยืน ความเท่าเทียม (equity) เป็นประเด็นสำคัญ ซึ่งประเทศสมาชิกเห็นร่วมกัน

สาระสำคัญ	ทำที่ประเทศไทย	ประเด็นสำหรับกระทรวง สาธารณสุข (Downstream)	ประเด็นสำหรับ Next GH forum
<p>ความสำคัญกับการทำงานแบบพหุภาคี (Multisectoral Actions) ซึ่งครอบคลุมทั้งด้านสังคม สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ ขณะนี้ การดำเนินการยังอยู่ในขั้นตอนในการลดจำนวนตัวชี้วัดลงให้เหลือ ๑๐๐-๑๒๐ (UN Statistical Commission) โดยยังคงครอบคลุมประเด็นสำคัญที่มีการกล่าวข้างต้น กำหนดที่จะเสร็จสิ้นในเดือนมีนาคม ๒๐๑๖</p>		<p>ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการจัดลำดับความสำคัญปัญหาสุขภาพในการพิจารณาจัดสรรงบประมาณอย่างเหมาะสม และไม่ละเลยกลุ่มผู้ด้อยโอกาสหรือคนชายขอบซึ่งอาจจะไม่ได้รับการคุ้มครองจากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า พัฒนา infrastructure และระบบสุขภาพเพื่อรองรับการดำเนินงานตามเป้าหมาย Post ๒๐๑๕ SDGs เช่น กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce)</p>	
๑๔.๓ Adolescent Health			
<p>วาระนี้นำเสนอกรอบการดำเนินงาน (Framework) เพื่อพัฒนานโยบายระดับชาติและ โครงการต่างๆที่จะทำให้สุขภาพเยาวชนดีขึ้น โดยมี ๕ ส่วนสำคัญ โดยใช้ตัวย่อ “HELPS”</p> <ul style="list-style-type: none"> ● H= Healthy Service: ระบบบริการสุขภาพ ทั้งป้องกันและรักษาเข้าถึงได้ 	<ul style="list-style-type: none"> - ประเทศไทยรับทราบรายงาน เห็นชอบ และ สนับสนุนประเทศ Maldives ในฐานะตัวแทนประเทศในภูมิภาคเอเชียใต้-ตะวันออกที่ สนับสนุนให้มีการรับรองรายงานนี้ - เรื่องสุขภาพวัยรุ่นเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพในหลายประเด็น ดังนั้นควรพิจารณาถึง พฤติกรรมเสี่ยงในหลายๆด้านมากกว่าดูเพียง 	<ul style="list-style-type: none"> - ควรทำการแปลเอกสารกรอบการดำเนินงาน และปรึกษาหารือในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาความเหมาะสม สอดคล้องกับนโยบายและ แนวทางปฏิบัติที่มีอยู่ และ กำหนดประเด็นนโยบายเพิ่มเติม 	

สาระสำคัญ	ทำที่ประเทศไทย	ประเด็นสำหรับกระทรวงสาธารณสุข (Downstream)	ประเด็นสำหรับ Next GH forum
<p>และตอบสนองความต้องการทั้งทางร่างกาย จิตใจ ของเยาวชน และภายใต้บริบทของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า</p> <ul style="list-style-type: none"> ● E= Eating: การกินอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการที่เหมาะสมทางและดีต่อสุขภาพ และ ป้องกัน ปัญหาทุพโภชนาการ ผอม อ้วน และภาวะซีด ● L= Living: อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริม การมีพฤติกรรมที่เหมาะสม และ ปลอดภัย - P= physically active: มีพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสม ไม่มีการใช้ บุหรี่ สารเสพติด การดื่ม เครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ สนับสนุนการมีสุขภาพดีพร้อมกับพฤติกรรมสุขภาพดีอื่นๆ เช่น การมีกิจกรรมทางกาย ● S=Safe sexual debut: การเริ่มมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย เมื่อพร้อม 	<p>ด้านใดด้านหนึ่ง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ต้องจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพวัยรุ่น โดยเรื่องสุขภาพจิต เป็นเรื่องที่มีถูกละเลย แต่มีความสำคัญเพราะนำไปสู่การฆ่าตัวตายซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในวัยรุ่น และปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นที่ไม่ได้รับการรักษา อาจนำไปสู่ผลกระทบในวงกว้าง 	<p>ถ้าจำเป็น</p> <ul style="list-style-type: none"> - เสนอให้มีการปรับโครงสร้างงานจากที่มีอยู่เดิม ที่กรมอนามัย (นักอนามัยการเจริญพันธ์ สำ) กรม (สำนักส่งเสริมสุขภาพสุขภาพจิตและกรมการแพทย์ ให้เป็นกลุ่มงานสุขภาพวัยรุ่นอย่างชัดเจน เพื่อให้เกิดกลไกในการดำเนินงานด้านสุขภาพวัยรุ่นที่สอดคล้องกับสถานการณ์สุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป และสอดคล้องกับกรอบการดำเนินงานที่ทางองค์การอนามัยโลกได้เสนอไว้ - ควรจัดให้มีบริการด้านสาธารณสุขที่เหมาะสมสำหรับเยาวชนที่มีคุณภาพ และเป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนทั้งเชิงรับและเชิงรุก ที่เชื่อมโยงกับสถานศึกษา ครอบครัว ชุมชน 	

สาระสำคัญ	ทำที่ประเทศไทย	ประเด็นสำหรับกระทรวง สาธารณสุข (Downstream)	ประเด็นสำหรับ Next GH forum
		รวมทั้งต้องมีการพัฒนาบุคลากร สถานบริการสาธารณสุข ส่งเสริม การมีส่วนร่วมของเครือข่ายใน พื้นที่ ในการป้องกันและแก้ไข ปัญหาสุขภาพวัยรุ่นแบบบูรณา การ และจัดให้มีงบประมาณที่ เพียงพอ	
๑๔.๔ Women and Health			
<p>วาระนี้เสนอรายงานความก้าวหน้าของการ ขับเคลื่อนเรื่องผู้หญิงและสุขภาพ หลัง ครบรอบวาระ ๒๐ ปี ของคำประกาศและ แผนปฏิบัติการปักกิ่ง(Beijing Declaration and Platform for Action) โดยมีใจความ สำคัญในสามประเด็นหลักดังนี้</p> <p>๑. ความก้าวหน้าของสถานการณ์ประเด็น สุขภาพของผู้หญิงที่สำคัญในช่วงยี่สิบปี ที่ผ่านมา คือ การลดลงของอัตราการ ตายและป่วยของแม่และทารก การ เพิ่มอายุขัยเฉลี่ยของผู้หญิงจาก ๖๔ เป็น ๗๑ ปี การเพิ่มขึ้นของอัตราการ</p>	<p>ประเทศไทยสนับสนุนและให้ความสำคัญกับเรื่อง สุขภาพของผู้หญิง โดยมองว่าบริบทนี้ควร ครอบคลุมไปถึงมิติทางสังคมและวัฒนธรรม ที่จะ ก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนความเชื่อขนบธรรมเนียม และ พฤติกรรม ด้านสุขภาพ สิทธิของผู้หญิง และ ความเท่าเทียมระหว่างเพศ ตลอดจนการใช้ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage) ที่ก่อให้เกิดการพัฒนาและการเข้าถึง บริการทางด้านสุขภาพของผู้หญิงโดยเฉพาะใน กลุ่มที่เข้าถึงยาก นอกจากนี้ประเทศไทยยังเน้นว่า การสนับสนุนสุขภาพของผู้หญิง นอกจากจะยัง ประโยชน์แก่ผู้หญิงเองแล้ว ยังส่งผลกระทบบเชิง</p>	<p><u>กรมอนามัย</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● สื่อสาร และวิเคราะห์ นโยบาย มาตรการ และ ระบบกลไกที่มี อยู่ โดยเทียบกับ ๑๙๙๕ Beijing Declaration and Action Plan เพื่อหาโอกาสในใช้กรอบแนวคิด ดังกล่าว มา พัฒนาการ ดำเนินการประเด็นสุขภาพ ผู้หญิง ● ข้อมูลและสถิติด้านสุขภาพของ ประชากรที่มีการพัฒนาและ วิเคราะห์แยกเป็นเพศ ตลอดจน 	<p>ประสานงานกับองค์การอนามัย โลก และองค์กรนานาชาติใน ระบบ UN ที่เกี่ยวข้อง (เช่น UN Women, UNDP) ในการขอการ สนับสนุน ในการพัฒนาแนวทาง การขับเคลื่อน การติดตาม ใน ประเด็นสุขภาพผู้หญิง</p>

สาระสำคัญ	ทำที่ประเทศไทย	ประเด็นสำหรับกระทรวง สาธารณสุข (Downstream)	ประเด็นสำหรับ Next GH forum
<p>คุมกำเนิด และ อัตราการทำคลอดโดยบุคลากรที่มีทักษะ และโอกาสในการได้รับการศึกษาภาคบังคับของเด็กผู้หญิง</p> <p>๒. ความท้าทายด้านสุขภาพของผู้หญิงที่สำคัญ ได้แก่ ความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพของผู้หญิงระหว่างภูมิภาคและระดับเศรษฐฐานะต่างๆ ปัญหาโภชนาการ สุขภาวะทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศ ความรุนแรงต่อผู้หญิง การเข้าถึงและคุณภาพของระบบบริการสุขภาพของผู้หญิง</p> <p>๓. มาตรการที่สำคัญที่พึงเร่งการขับเคลื่อน ได้แก่ การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพที่แยกมิติทางเพศ (Gender-disaggregated) การออกแบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับความจำเป็นของผู้หญิง และการผลักดันสุขภาพผู้หญิงเป็นหนึ่งในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน</p>	<p>บวกต่อคนในครอบครัวและชุมชน และระบบสุขภาพโดยรวมอีกด้วย เพราะผู้หญิงเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ</p>	<p>ออกแบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับความจำเป็นของแต่ละเพศ</p> <p><u>สปสช.</u></p> <p>ร่วมออกแบบและสนับสนุนบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับความจำเป็นของประเทศหญิง</p>	

สาระสำคัญ	ท่าทีประเทศไทย	ประเด็นสำหรับกระทรวง สาธารณสุข (Downstream)	ประเด็นสำหรับ Next GH forum
<p>ของโลก ปี ค.ศ. ๒๐๑๖- ๒๐๓๐ (Sustainable Development Goals ๒๐๑๖-๒๐๓๐)</p>			
<p>๑๔.๕ Contributing to social and economic development: sustainable action across sectors to improve health and health equity (follow-up of the ๘th Global Conference on Health Promotion)</p>			
<p>วาระนี้กล่าวถึงการรายงานความก้าวหน้าของการนำมติจากการประชุมการส่งเสริมสุขภาพ ครั้งที่ ๘ ประเทศฟินแลนด์ สู่อำนาจปฏิบัติพร้อมการนำเสนอร่างกรอบแผนปฏิบัติการในระดับประเทศบูรณาการข้ามภาคส่วนในการส่งเสริมสุขภาพและความเท่าเทียมทางสุขภาพ Framework for Country Action across Sectors for Health and Health Equity เพื่อให้ประเทศสมาชิกได้นำแนวคิดตามร่างกรอบแนวคิดนี้สู่อำนาจปฏิบัติภายใต้บริบทของแต่ละประเทศ</p>	<p>ประเทศไทย รับรองรายงานความก้าวหน้าของการนำมติลงสู่การปฏิบัติพร้อมนำเสนอร่างกรอบแนวคิดการทำงานที่บูรณาการทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยแสดงความกังวลในสามประเด็น</p> <p>๑. ประเด็นของการตั้งข้อสังเกตเรื่องบทบาทของภาคีเครือข่ายภาคเอกชนที่มีเรื่องของผลประโยชน์ทับซ้อน และต้องการที่จะมีบทบาทเชิงรุก ในการกำหนดนโยบายและสร้างบรรทัดฐานทางวิชาการ โดยประเทศไทยได้แสดงความเห็นว่า บทบาทที่เหมาะสมของภาคเอกชนที่มีผลประโยชน์ทับซ้อนนั้นควรเป็นการสนับสนุนนโยบายและกระบวนการในฐานะของผู้ผลิต นักการตลาดหรือผู้จำหน่าย และภาคีเครือข่ายภาคเอกชนสามารถให้ความร่วมมือต่อนโยบายส่งเสริมสุขภาพประชาชนได้ โดยการมุ่งเน้น</p>	<p>ควรมีกระบวนการแปลกรอบแผนปฏิบัติการฯ เป็นภาษาไทยและนำมาพิจารณาโดยกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เพื่อทำการพิจารณาปรับแผนปฏิบัติการของหน่วยงานให้สอดคล้องกับกรอบแผนปฏิบัติการฯ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นการสร้างความร่วมมือทุกภาคส่วนและ ความเท่าเทียมในการเข้าถึงการสร้างเสริมสุขภาพอย่างจริงจังและต่อเนื่อง</p>	<p>ติดตามการดำเนินงาน และให้ความสำคัญเรื่องการนำกรอบแผนปฏิบัติการในระดับประเทศบูรณาการข้ามภาคส่วนในการส่งเสริมสุขภาพ และเรื่องความเท่าเทียมกันในการส่งเสริมสุขภาพประชาชน</p>

สาระสำคัญ	ทำที่ประเทศไทย	ประเด็นสำหรับกระทรวง สาธารณสุข (Downstream)	ประเด็นสำหรับ Next GH forum
	<p>บทบาทของหน่วยงาน/องค์กรในการควบคุม ตรวจสอบผลิตภัณฑ์ และการจัดการที่มีประสิทธิภาพ</p> <p>๒.ในการส่งเสริมสุขภาพประชาชน ประเทศไทย ขอเสนอให้มีการจัดลำดับความสำคัญและจัดระบบการควบคุมตรวจสอบการดำเนินการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจะเป็นกลไกที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มอายุได้อย่างทั่วถึง</p> <p>๓. ข้อจำกัดของกรอบแผนปฏิบัติการฯ อยู่ที่กระบวนการภายในประเทศ และไม่ได้ครอบคลุมถึงความตกลงทางการค้าและเศรษฐกิจระหว่างประเทศที่มีผลต่อสุขภาพ</p>		
๑๔.๖: Health and the Environment: Addressing the Health Impact of Air Pollution			
<ul style="list-style-type: none"> - วาระนี้เสนอให้รับทราบรายงาน และให้พิจารณาร่าง Resolution ที่จัดทำและสนับสนุนโดย ๑๔ ประเทศ - วาระนี้มี Drafting group โดยมีประเทศ Norway เป็นประธาน และให้ที่ประชุมพิจารณาร่าง Resolution ซึ่ง 	<ul style="list-style-type: none"> - ประเทศไทยรับทราบและขอบคุณประเทศสมาชิกที่ให้การสนับสนุนร่าง resolution นี้ - ประเทศไทยได้เน้นย้ำความสำคัญของเรื่องผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ ทั้งภายในและภายนอกอาคาร ว่าต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน ทั้งชุมชนที่อยู่ใน 	<ul style="list-style-type: none"> - สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย และสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค ควรดำเนินงานร่วมกันในการการพัฒนาองค์ 	<ul style="list-style-type: none"> - การมี Knowledge network และสร้างความตระหนักในภาคส่วนต่างๆ ถึงเรื่องผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศจะช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งในการจัดการปัญหามลพิษทาง

สาระสำคัญ	ท่าทีประเทศไทย	ประเด็นสำหรับกระทรวงสาธารณสุข (Downstream)	ประเด็นสำหรับ Next GH forum
<p>ได้กำหนดแนวทางในการดำเนินงาน และการปฏิบัติแก่ประเทศสมาชิก ได้แก่ การสร้างความตระหนักเกี่ยวกับอันตรายจากมลพิษอากาศให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข การพัฒนาแนวทางการปฏิบัติเพื่อลดการสัมผัสมลพิษอากาศ และการทำงานกับภาคส่วนต่างๆทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาที่ยั่งยืน เป็นต้น รวมทั้งการเสริมสร้างความเข้มแข็งความร่วมมือระหว่างประเทศ และการสนับสนุนองค์ความรู้ ข้อมูลวิชาการ และเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง</p>	<p>พื้นที่เสี่ยงจากมลพิษทางอากาศ หน่วยงานภาครัฐ และภาคเอกชน ทั้งภาคส่วนสาธารณสุข สิ่งแวดล้อม อุตสาหกรรม และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความตระหนักและป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประเทศไทยสนับสนุน WHO ที่มีบทบาทหลักในการสนับสนุนข้อมูลเชิงวิชาการ และองค์ความรู้ ประสบการณ์การจัดการมลพิษทางอากาศและผลกระทบต่อสุขภาพ 	<p>ความรู้ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อวิเคราะห์บทเรียน พัฒนากลไกการดำเนินงานทุกระดับ เพื่อการคุ้มครองสุขภาพประชาชนในพื้นที่เสี่ยงจากมลพิษทางอากาศ ตามแผนยุทธศาสตร์คุ้มครองสุขภาพประชาชนจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยงปี ๒๕๕๘-๒๕๖๐ และให้สอดคล้องกับแนวทางที่ WHO ได้กำหนดไว้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ควรจัดให้มีศูนย์กลางในการรวบรวมข้อมูลและประสานติดตามการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง 	<p>อากาศได้</p> <ul style="list-style-type: none"> - การติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานของ WHO ที่จะนำ resolution นี้ไปปฏิบัติเพื่อลดผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ และเตรียมให้ข้อเสนอแนะแก่ Road map ที่ WHO จะนำมาเสนอในการประชุม WHA๖๙
๑๕.๑ Antimicrobial Resistance (AMR)			
<p>วาระนี้เสนอเพื่อ</p> <ul style="list-style-type: none"> - รับรอง Global Action Plan on AMR (GAP-AMR) และรับรองร่างข้อมติ A๖๘/CoNF/๑Rev.๑ซึ่งมีสาระสำคัญคือให้รับรอง GAP on AMR และให้ประเทศต่างๆ 	<p>ประเทศไทยรับทราบและสนับสนุน GAP-AMR ผ่านทาง SEA Regional One Voice โดยได้ตั้งข้อสังเกตไว้ ๓ เรื่อง คือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ความไม่ชัดเจนของท่าทีของ GAP-AMR ต่อเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะในสัตว์ (Growth promoter) 	<p>พัฒนา National Action Plan on AMR ให้แล้วเสร็จโดยเร็วและมีกลไกการขับเคลื่อน รวมทั้งการติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ</p>	<p><u>ระดับภูมิภาค</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - SEAR ติดตามความคืบหน้าการดำเนินการตาม Jaipur declaration - ASEAN กำลังพัฒนา target ของ Post-๒๐๑๕ Health development

สาระสำคัญ	ทำที่ประเทศไทย	ประเด็นสำหรับกระทรวงสาธารณสุข (Downstream)	ประเด็นสำหรับ Next GH forum
<p>นำไปดำเนินการต่อและมีการรายงานผลในระยะเวลาที่เหมาะสม</p> <ul style="list-style-type: none"> - ขอให้ประเทศสมาชิกดำเนินการตาม GAP-AMR ให้สอดคล้องกับบริบทของประเทศ และพัฒนา National Action Plan on AMR ให้เสร็จภายใน ๒ ปี - ขอให้ WHO พัฒนาระบบการประสานงานใน HQ, regional และ country levels เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดำเนินการ สนับสนุนการดำเนินการของประเทศสมาชิก และขับเคลื่อน AMR เข้าเป็นวาระของ UN General Assembly และรายงานผลการดำเนินการใน WHA๖๙ ส่วนการดำเนินการในภาพรวมทั้งหมดให้รายงานทุก ๒ ปีใน WHA๗๐, WHA๗๑ และ WHA๗๔ 	<p>และการใช้ใน Crop protection</p> <ul style="list-style-type: none"> - การให้ความสำคัญในการป้องกันการติดเชื้อ (Infection Control) โดยการใช้ vaccine มากกว่ามาตรการควบคุมโรคอื่นๆ อย่างเห็นได้ชัด - ควรเพิ่มการติดตามเรื่อง antibiotic consumption in human and animal ในวัตถุประสงค์ที่ ๒ ของ GAP-AMR ด้วย <p>และขอให้ WHO รายงานผลการดำเนินการตามข้อสังเกตเหล่านี้ทุก ๒ ปีตามรอบการรายงานความก้าวหน้า WHA๗๐, WHA๗๑ และ WHA๗๔</p> <p>สรุปผลลัพธ์ของวาระ</p> <p>รับรอง Global Action Plan on AMR (GAP-AMR) และรับรองร่างข้อมติ A๖๘/A/CONF./๑Rev.๑</p>		<p>goal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asia-Pacific ยังไม่มีเครือข่ายของ MOH ในการประชุม GHSA ที่ไทย และ WHA ๖๘ ออสเตรเลียแจ้งว่าสนใจสร้างเครือข่าย AMR ใน Asia Pacific <p><u>ระดับโลก</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ติดตามการขับเคลื่อน AMR เข้าในเวที UNGA (มีสวีเดนและอังกฤษเป็นแกนประสาน) - ติดตามการเคลื่อนไหวของ GHSA โดยจะมีประชุมระดับสูง GHSA ที่เกาหลีใต้ ในเดือนกันยายน ๒๕๕๘
๑๕.๒ Poliomyelitis			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ องค์การอนามัยโลกได้จัดทำ Polio endgame strategic plan ๒๐๑๓ – ๒๐๑๘ ซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ ๔ ด้าน 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ประเทศไทยรับรองร่างข้อมติ A๖๘/๒๐ Add.๑ ▪ ประเทศไทยแสดงความกังวลเรื่อง bivalent- 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ กรมควบคุมโรคหารือและจัดทำแผนระดับประเทศและขับเคลื่อนให้เกิดการปฏิบัติ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ วางแผนร่วมกับภูมิภาคในการประชุม ITAG and EPI manager ในเดือนมิถุนายน

สาระสำคัญ	ทำที่ประเทศไทย	ประเด็นสำหรับกระทรวงสาธารณสุข (Downstream)	ประเด็นสำหรับ Next GH forum
<p>สาระสำคัญ เน้นข้อที่ ๒ ดังนี้</p> <p>(๒) กำหนดเกณฑ์ในการ withdraw type ๒ oral polio vaccine ให้ได้ทั่วโลกภายในปี ๒๐๑๖ โดย (๒.๑) จัดให้มี IPV อย่างน้อย ๑ โด๊สใน Routine immunization ภายในปี ๒๐๑๕ (๒.๒) เปลี่ยนจากการใช้ t-OPV เป็น b-OPV ภายในกลางปี ๒๐๑๖</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ปีนี้เป็นการรายงานความก้าวหน้าการกวาดล้างโปลิโอในด้านต่างๆ และให้มีการรับรองร่างมติที่เสนอโดยฝ่ายเลขานุการ WHA ๖๘/๒๑ Add๑ โดยมีประเด็นสำคัญดังนี้ <p>๑) ขอให้ประเทศต่างๆ ขับเคลื่อนการดำเนินการตาม Polio Eradication and Endgame Strategic plan ๒๐๑๓-๒๐๑๘</p> <p>๒) ให้ประเทศต่างๆ ดำเนินการเน้นตามวัตถุประสงค์ข้อ ๒ เพื่อกวาดล้างไวรัสโปลิโอชนิดที่ ๒</p>	<p>OPV และ IPV มีจำนวนไม่เพียงพอสำหรับทั่วโลกหรือมีราคาที่ไม่สามารถเข้าถึงได้ และจะเป็นอุปสรรคต่อดำเนินการตาม Polio endgame strategic plan ๒๐๑๓ - ๒๐๑๘ เนื่องจากมีผู้ผลิตจำกัดและ yield ในการผลิตไม่สูง รวมถึงมี lead time ในการผลิตและขยายกำลังการผลิตนาน</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ขอให้องค์การอนามัยโลกเร่งรัดการประสานงานเพื่อให้เกิดการถ่ายทอดเทคโนโลยีในการผลิต IPV (Inactivated Polio vaccine) ให้กับประเทศที่กำลังพัฒนาที่มีศักยภาพทางด้านการผลิตวัคซีนเพื่อสามารถขยายกำลังการผลิตวัคซีนของโลกในภาพรวมและรองรับความต้องการใช้ให้เพียงพอ <p>สรุปผลลัพธ์ของวาระ</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ รับรองร่างข้อมติ A๖๘/๒๑ Add.๑ 	<p>ร่วมกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ วางแผนในการนำวัคซีน IPV เข้ามาใช้ในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค รวมทั้งการเปลี่ยนผ่านวัคซีน t-OPV และ b-OPV ▪ ส่งเสริมการพัฒนาวัคซีนในประเทศเพื่อความมั่นคงของประเทศในระยะยาว ตามนโยบายและแผนยุทธศาสตร์วัคซีนแห่งชาติ 	<p>๒๕๕๘ และเชื่อมโยงกับการเตรียมการสำหรับ RC๖๘</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ติดตามสถานการณ์การระบาดของโปลิโอในระดับนานาชาติ/แผนการผลิตและกำลังการผลิตวัคซีน รวมทั้งแผนการเปลี่ยนผ่านวัคซีนจาก t-OPV เป็น b-OPV
๑๕.๓ Implementation of the International Health Regulation (๒๐๐๕)			
- กฎอนามัยระหว่างประเทศ (IHR ๒๐๐๕)	▪ ประเทศไทยรับรองร่างมติ EB๑๖๖ R๖ and	▪ กรมควบคุมโรคในฐานะ IHR	ระดับภูมิภาค

สาระสำคัญ	ทำที่ประเทศไทย	ประเด็นสำหรับกระทรวงสาธารณสุข (Downstream)	ประเด็นสำหรับ Next GH forum
<p>มีสถานะเป็นกฎหมายระหว่างประเทศและเป็นเครื่องมือป้องกันและควบคุมภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ</p> <p>- ปัจจุบันประเทศจำนวนหนึ่งไม่ผ่านการประเมินตนเองในด้าน core capacity ในการดำเนินงานตาม IHR ทั้งที่มีการขยายเวลาให้แล้ว ๒ ครั้ง</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ การประชุม WHA๑๐๘ มีวัตถุประสงค์สำคัญดังนี้ <p>๑. รายงานให้ที่ประชุมทราบ และเชื่อมโยงความสำคัญของ IHR กับ PHEIC ในโอกาสต่างๆ โดยเฉพาะอีโบล่า</p> <p>๒. พิจารณาร่างข้อมติ EB๑๓๖ R๖ and EB๑๓๖ R๕</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ The recommendations of the review committee on second extensions for establishing national public health capacities and on IHR implementation ■ Yellow fever risk mapping 	<p>EB๑๓๖ R๕</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ ประเทศไทยสนับสนุนและเสนอแนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม recommendations ในประเด็นสำคัญ ต่อไปนี้ - การพัฒนาศักยภาพด้านห้องปฏิบัติการและความร่วมมือระหว่างภาคส่วนด้านสัตว์และภาคสุขภาพ - เน้นย้ำความสำคัญของ multi sectoral collaboration - สนับสนุนการประเมิน IHR core capacities ที่จะสะท้อนศักยภาพและประเด็นท้าทายที่แท้จริง เช่น joint assessment, peer reviews และนำสู่ certifications ในที่สุด - ขอให้สนับสนุนการพัฒนากำลังคนทุกระดับทุกสาขาวิชาชีพ ทั้งในภาครัฐและเอกชน ภาค สุข ภาพ และ นอก ภาค สุข ภาพ เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม IHR ให้สำเร็จ <p>สรุปผลลัพธ์ของวาระ รับรองร่างมติ EB๑๓๖ R๖ and EB๑๓๖ R๕</p>	<p>focal point ควรเร่งรัดในการสร้างความเข้มแข็งของ National IHR focal center ให้มีศักยภาพ และมี Policy commitment ในระดับสูงอย่างต่อเนื่อง เพื่อสามารถประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและระหว่างกระทรวง</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ ปรับระบบการตรวจสอบการได้รับวัคซีน ณ Entry point และแนวทางการให้วัคซีนใช้เหลืองแก่ผู้ที่จะเดินทางไปยัง Yellow Fever Endemic areas รวมถึงควรมีระบบเฝ้าระวังติดตามโรคไข้เหลืองต่อไป ภายหลังจากแก้ไข 	<p>เตรียมการพัฒนา IHR ในประเทศ และร่วมเสนอแนวทางการพัฒนาระดับภูมิภาค <u>ระดับโลก</u></p> <p>ติดตามประเด็นและรูปแบบการประเมินนอกเหนือจาก self assessment เพื่อเตรียมพร้อมรับการประเมินเพื่อการพัฒนา กรมควบคุมโรคควรแสวงหา รูปแบบความร่วมมือกับประเทศต่างๆ เพื่อพัฒนาความเข้มแข็งของการดำเนินงานตาม IHR เช่น การสร้างเครือข่ายกับประเทศต่างๆ โดยทำงานผ่านเครือข่ายที่เป็นทั้ง formal และ informal network (ASEAN plus ๓ FETN, Mekong Basin Disease Surveillance)</p>

สาระสำคัญ	ทำที่ประเทศไทย	ประเด็นสำหรับกระทรวง สาธารณสุข (Downstream)	ประเด็นสำหรับ Next GH forum
and recommended vaccination for travellers			
๑๕.๔ WHO Response in Severe, Large-Scale Emergencies			
<p>- การประชุมสมัชชาอนามัยโลกในครั้งนี้ได้กล่าวถึงบทบาทขององค์การอนามัยโลกในฐานะ Health cluster lead ในเหตุการณ์ large scale emergencies ที่สำคัญทั่วโลก ให้ประเทศสมาชิกและองค์กรที่เกี่ยวข้องได้รับทราบและให้ข้อเสนอแนะต่อรายงานขององค์การอนามัยโลก (A๖๘/๒)</p> <p>- วาระนี้ เชื่อมโยงสอดคล้องกับ International Health Regulation และ Ebola ซึ่งประเด็นข้อตัดสินใจสำคัญได้บรรจุอยู่ในวาระ Ebola</p>	<p>ประเทศไทยสนับสนุนองค์การอนามัยโลกในการดำเนินการด้าน humanitarian emergencies และเสนอประเด็นความสำคัญ ได้แก่</p> <p>(๑) การทำงานร่วมกันกับองค์กรต่างๆ ในระดับนานาชาติ โดยองค์การอนามัยโลกเป็นแกนประสานด้านสุขภาพและเชื่อมโยงกับกลไกอื่นๆ ให้สอดคล้องเป็นหนึ่งในเดียว โดยเฉพาะการบูรณาการกับกลไกขององค์การสหประชาชาติ (๒) การช่วยเหลือสนับสนุนประเทศที่ได้รับผลกระทบจาก humanitarian emergencies ควรอยู่บนพื้นฐานของการให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสม Country driven มากกว่า donors driven</p> <p>(๓) ขอให้องค์การอนามัยโลกสนับสนุนทางวิชาการได้แก่ การประเมินความเสี่ยงการเตรียมการและการจัดการสาธารณสุข และการพัฒนาบุคลากร เพื่อให้การวางแผนป้องกันและตอบสนองของประเทศต่างๆ เป็นไปด้วยความ</p>	<p>(๑) มีแผนการดำเนินงานในระดับชาติที่เกิดจากความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน มีหน่วยงานเจ้าภาพรับผิดชอบเป็นผู้จัดการในแต่ละด้านที่สำคัญ และมีกลไกการตัดสินใจ/ติดตามกำกับระดับนโยบาย มีงบประมาณรองรับที่เพียงพอ</p> <p>(๒) มีการแบ่งบทบาทและประสานการดำเนินงานที่ชัดเจน (๓) นำบทเรียนการดำเนินงานในประเทศต่างๆ หรือในเหตุการณ์ต่างๆ มาใช้ในการพัฒนา (๔) เชื่อมโยงการทำงานกับการพัฒนาด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น IHR ๒๐๐๕, พรบโรคติดต่อฉบับใหม่ การป้องกัน</p>	<p>- ติดตามความเคลื่อนไหวในระดับนานาชาติ ที่สำคัญ เช่น การพัฒนากำลังคนรองรับภาวะฉุกเฉิน การจัดตั้งกองทุนและการบริหารจัดการกองทุน เพื่อจะสามารถนำมาเชื่อมโยงต่อยอดการทำงานในประเทศไทย</p> <p>- ส่งเสริม ขับเคลื่อน การทำงานร่วมกันกับนานาชาติประเทศ ในด้านการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง การแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสบการณ์ในการจัดการ humanitarian emergencies และการทำงานร่วมกันระหว่างประเทศที่สำคัญ เช่น Joint outbreak investigation</p>

สาระสำคัญ	ทำที่ประเทศไทย	ประเด็นสำหรับกระทรวง สาธารณสุข (Downstream)	ประเด็นสำหรับ Next GH forum
	พร้อมและมีประสิทธิภาพ สรุปผลลัพธ์ของวาระ ที่ประชุมรับทราบรายงาน Ab๘๘/๒	ควบคุมโรคชายแดน/ทวิภาคี กรม อุตุนิยมวิทยา การพัฒนากำลังคน ด้านระบาดวิทยา เป็นต้น	team
๑๖.๑ ๒๐๑๔ Ebola Virus Disease Outbreak and follow-up to the Special Session of the Executive Board on Ebola			
<p>การระบาดของอีโบลาระบาดที่ความไม่พร้อมขององค์การอนามัยโลกในการเป็น health cluster lead in humanitarian emergencies และเป็นสัญญาณเตือนให้ทั่วโลกมีการเตรียมความพร้อมเพื่อความมั่นคงของมวลมนุษยชาติ การประชุมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อรับรอง Draft decision Ab๘๘/๕๑ Rev.๑ โดยมีประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interim assessment - Global health emergency workforce - International Health Regulations - Contingency fund 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ประเทศไทยขอให้องค์การอนามัยโลกสนับสนุนการวิจัยที่สำคัญอย่างต่อเนื่อง โดยขอให้มีการศึกษาครอบคลุมทั้งด้านวิทยาศาสตร์และสังคมวัฒนธรรมด้วย ■ ประเทศไทยสนับสนุนหลักการของการมี contingency fund โดยขอให้มีระบบบริหารจัดการที่ดี โปร่งใสและมีประสิทธิภาพ <p>สรุปผลลัพธ์ของวาระ รับทราบ Outcome of the drafting group Ab๘๘ Conf.๕ ๒๓ May ๒๐๑๔ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ขอให้ interim assessment panel ดำเนินการติดตามบทบาทและส่งรายงานฉบับสุดท้ายก่อน ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๕๘ - ขอให้ review committee ประเมินประสิทธิภาพของการนำ IHR มาใช้ในกรณี Ebola outbreak/ ให้ข้อเสนอแนะ /มองหาวิธีประเมิน 		

สาระสำคัญ	ทำที่ประเทศไทย	ประเด็นสำหรับกระทรวงสาธารณสุข (Downstream)	ประเด็นสำหรับ Next GH forum
	core capacity ที่เหมาะสม - ขอให้องค์การอนามัยโลกไปดำเนินการต่อเรื่อง Contingency fund และรายงานผลการดำเนินงานใน WHA๓๖		
๑๖.๒ Malaria: Draft Global Technical Strategy: Post ๒๐๑๕			
<ul style="list-style-type: none"> ■ การประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ ๖๖ มอบหมายฝ่ายเลขานุการให้ร่าง Global technical strategy of Malaria: post ๒๐๑๕ ■ Draft Global technical strategy of Malaria: Post ๒๐๑๕ มีสาระสำคัญ ดังนี้เร่งรัดขับเคลื่อนการกำจัดโรคมาลาเรีย ให้เป็นไปตามเป้าหมาย ๔ ด้าน ได้แก่ ลด mortality, ลด incidence, ลดจำนวนประเทศที่เป็น endemic countries และ maintain malaria free status ในประเทศที่ไม่มีโรค ในปี ๒๐๒๐, ๒๐๒๕ และ ๒๐๓๐ ■ การประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ ๖๘ มีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อรับรองร่างข้อมติ 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ประเทศไทยสนับสนุน และรับรอง global technical strategy ■ ประเทศไทยเสนอขอเพิ่มเติมประเด็นที่ยังไม่ได้ครอบคลุมในร่างข้อมติ ใน ๒ ประเด็นสำคัญ ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> ๑. ประเด็น cross border collaboration in disease prevention and control ๒. การบูรณาการ donor supported programs เข้าสู่ระบบสุขภาพเพื่อความยั่งยืนในระยะยาว <p>สรุปผลลัพธ์ของวาระ สมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๖๘ มีมติเห็นชอบร่างข้อมติ EB ๑๓๖. R๑ (รับหลักการข้อเสนอของประเทศไทย แต่มีการปรับวิธีการเขียน)</p>	กรมควบคุมโรคนำ Global Strategy มาวิเคราะห์และปรับเป็นแผนยุทธศาสตร์ของประเทศให้เหมาะสมตามบริบทของประเทศ โดยบูรณาการร่วมกับแผนยุทธศาสตร์โรคติดต่อ นำโดยแมลง ปี ๒๕๕๕-๒๕๕๙ และใช้เป็นปัจจัยนำเข้าในการวางแผนยุทธศาสตร์ในช่วงหลังจากปี ๒๕๕๙ และคัดเลือกประเด็นสำคัญที่จะช่วยในการกำจัดโรคมาลาเรีย เช่น การป้องกันควบคุมโรคชายแดน การวางแผนเปลี่ยนผ่านสำหรับ Graduation from GFATM เพื่อความยั่งยืนในการดำเนินงานของ National	นำมติที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก เป็นข้อมูลนำเข้าสู่ที่สำคัญประกอบการกำหนดทำที่ประเทศไทยในการประชุม RC๖๘ รวมถึง International forums อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อนบ้านในการควบคุมโรคชายแดน เป็นต้น

สาระสำคัญ	ทำที่ประเทศไทย	ประเด็นสำหรับกระทรวงสาธารณสุข (Downstream)	ประเด็นสำหรับ Next GH forum
EB ๑๓๖. R๑ <ul style="list-style-type: none"> ▪ สาระสำคัญของ ร่างข้อมติ EB ๑๓๖. R๑ คือ การรับรอง Draft Global Technical Strategy: Post ๒๐๑๕ 		malaria program โดยเฉพาะการบูรณาการโครงการภายใต้การสนับสนุนของกองทุนโลกเข้าสู่ระบบสุขภาพปกติ เป็นต้น	
๑๖.๓ Dengue: Prevention and Control			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ในปี ๒๐๑๒ ได้มีการจัดทำ Global Strategy for Dengue Prevention and Control ๒๐๑๒ – ๒๐๒๐ โดยมีเป้าหมาย สำคัญคือ การลดโรคไข้เลือดออกเดงกีและการลดอัตราการป่วยและอัตราการตายอย่างน้อยร้อยละ ๕๐ และร้อยละ ๒๕ ตามลำดับภายในปี ๒๐๒๐ ▪ การประชุมครั้งนี้ เป็นเอกสารรายงานโดยฝ่ายเลขานุการ ซึ่งไม่ได้กล่าวรายละเอียดความก้าวหน้าการดำเนินงานตามแผนระดับโลกแต่อย่างใดและขอให้ สมัชชานานาชาติรับทราบรายงาน 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ขอให้องค์การอนามัยโลกจัดทำคำแนะนำทางยุทธศาสตร์และแนวทางการใช้วัคซีนใช้เลือดออกเดงกีเป็นเครื่องมือเสริมในการป้องกันควบคุมโรคร่วมกับเครื่องมืออื่นๆ และสร้างความเข้มแข็งของประเทศสมาชิกในการนำเครื่องมือใหม่มาใช้ในวงกว้าง ▪ ขอให้องค์การอนามัยโลกสนับสนุนการพัฒนาเครื่องมือใหม่ในการวินิจฉัย ป้องกันควบคุมโรคและการรักษา และสนับสนุน การเข้าถึงเครื่องมือเหล่านี้ที่ราคาที่เหมาะสม ▪ ขอให้องค์การอนามัยโลกเป็นแกนกลางในการสนับสนุนการแลกเปลี่ยนข้อมูลทางระบาดวิทยา ไวรัสวิทยาและประสบการณ์ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกเดงกีของประเทศต่างๆ 	กรมควบคุมโรคร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันนำ Global strategy for dengue prevention and control ๒๐๑๒-๒๐๒๐ มาปรับสู่การปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับบริบทของประเทศ โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาความเข้มแข็งของแผนงานควบคุมโรคติดต่อโดยแมลง การพัฒนา Evidence-informed policy โดยเฉพาะการนำเครื่องมือป้องกันควบคุมโรคใหม่มาใช้ และประเด็นอื่นๆ เช่น การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและคุณภาพของข้อมูลที่เป็นข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์สู่การกำหนดนโยบาย การพัฒนาการควบคุมยุงแบบบูรณา	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานตาม Global strategy for dengue prevention and control ๒๐๑๒-๒๐๒๐ ของ ประเทศ อื่นๆ เปรียบเทียบกับความก้าวหน้าในประเทศไทย ▪ วิเคราะห์ปัญหาที่เป็นประเด็นร่วมของแต่ละประเทศในระดับภูมิภาคและหาแนวทางการสร้างเครือข่ายความร่วมมือ เช่น ประเด็นเรื่อง clinical classification ที่ประเทศในภูมิภาคเอเชียใต้และตะวันออกเฉียงใต้มีความสนใจร่วมกัน การแลกเปลี่ยนข้อมูล Disease surveillance การนำวัคซีนเดงกี

สาระสำคัญ	ทำที่ประเทศไทย	ประเด็นสำหรับกระทรวง สาธารณสุข (Downstream)	ประเด็นสำหรับ Next GH forum
	<ul style="list-style-type: none"> ■ ขอให้มีการทบทวนแนวทางการวินิจฉัยโรคและแนวทางการจำแนกผู้ป่วยทางคลินิก (Clinical Classification) เพื่อใช้เป็นแนวทางเดียวกันทั่วโลกและปรับให้เหมาะกับบริบทปัจจุบัน <p>สรุปผลลัพธ์ของวาระ ที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๖๘ รับทราบ รายงาน</p>	<p>การและการมีส่วนร่วมของชุมชน การพัฒนากำลังคน เป็นต้น</p>	<p>ไปใช้ การควบคุมยุงพาหะ เป็นต้น</p>
๑๖.๔ Global Vaccine Action Plan			
<ul style="list-style-type: none"> ■ การประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ ๖๕ รับรอง Global Vaccine Action Plan ซึ่งมีสาระสำคัญเพื่อกำจัด/กวาดล้างโรคและบรรลุความครอบคลุมและการเข้าถึงวัคซีน ■ ในปีนี้เป็นการรายงานความก้าวหน้าตามกำหนดโดย Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) on Immunization โดยมีสาระสำคัญดังนี้ - ยุทธศาสตร์เดียวที่มีความก้าวหน้าคือการนำวัคซีนใหม่เข้าสู่แผนงาน 	<p>ข้อเสนอเพื่อบรรลุเป้าหมาย GVAP</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. การเน้นถึงความสำคัญของการสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ การพัฒนากำลังคน การพัฒนาระบบข้อมูล การบริหารจัดการ แผนงานและระบบลูกโซ่ความเย็น ๒. การให้ความสำคัญกับการเข้าถึงวัคซีนและความครอบคลุมวัคซีนในประชากรกลุ่มที่ขาดโอกาส ๓. การสนับสนุนศักยภาพของประเทศกำลังพัฒนาในการผลิตวัคซีนซึ่งถือเป็นยุทธศาสตร์สำคัญที่จะนำไปสู่ความสำเร็จต่อความมั่นคงด้าน 	<p>หน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันนำ Global vaccine action plan (GVAP) มาปรับสู่การปฏิบัติงาน ควบคุม กำกับ ติดตามประเมินผลตามแผนงานให้สอดคล้องกับบริบทของประเทศ โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาความเข้มแข็งของแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ การพัฒนา Evidence-informed policy โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็น</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ ติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานตาม GVAP ของประเทศอื่นๆ ■ ติดตามความก้าวหน้าตามร่างมติและร่วมผลักดันเรื่องการเปิดเผยข้อมูลราคาวัคซีน ซึ่งจะ เป็นประโยชน์ต่อประเทศไทย โดยเฉพาะตามกลไกการนำวัคซีนใหม่มาใช้ สำหรับคณะทำงานต่อรองราคาภายใต้ คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียา

สาระสำคัญ	ท่าทีประเทศไทย	ประเด็นสำหรับกระทรวงสาธารณสุข (Downstream)	ประเด็นสำหรับ Next GH forum
<p>สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ และการสร้างความเข้มแข็งของกลไก National Immunization Technical Advisory Group</p> <ul style="list-style-type: none"> - ด้านอื่น ๆ มีความล่าช้าในการดำเนินการ และมีแนวโน้มที่จะไม่บรรลุเป้าหมาย ■ การประชุมครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ <ol style="list-style-type: none"> ๑. รายงานความก้าวหน้าและรับฟังข้อคิดเห็นเพื่อการพัฒนาให้บรรลุตามแผน ๒. รับรอง draft resolution A๖๘/A/Conf./๔ ซึ่งมีเนื้อหาสำคัญ เพื่อการเข้าถึงวัคซีน share price, IP issues 	<p>วัคซีน</p> <p>ข้อเสนอต่อ draft resolution</p> <p>ประเทศไทยร่วมเป็น co sponsor เสนอขอแก้ไขใน ๒ ประเด็น</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. สนับสนุนการเปิดเผยข้อมูลราคาวัคซีน เพื่อประโยชน์ต่อการเข้าถึงวัคซีนแก่ประเทศกำลังพัฒนา ๒. การเพิ่มเติมประเด็นเรื่อง intellectual property <p>สรุปผลลัพธ์ของวาระ</p> <p>สมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๖๘ รับรองร่างมติ A๖๘/A/conf./๔ Rev.๒๒๕ May ๒๐๑๕</p> <p>โดยคงเรื่องการเปิดเผยราคาไว้เมื่อมีความเป็นไปได้และตัดประเด็นเรื่อง IP barriers ออกไป</p>	<p>การนำวัคซีนใหม่มาใช้ รวมถึงประเด็นอื่นๆ เช่น การพัฒนาคุณภาพของข้อมูลและระบบข้อมูลด้านวัคซีน การพัฒนา logistics and supply chain การพัฒนากำลังคนด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และการพัฒนาเทคโนโลยีต่างๆ เพื่อ vaccine security and affordability</p>	<p>หลักปแห่งชาติ ทั้งนี้ ให้พิจารณาร่วมมือกับองค์กรต่างๆ เพื่อให้ประเทศ middle-income countries สามารถเข้าถึงวัคซีนได้ในราคาที่เหมาะสม</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ วิเคราะห์ปัญหาที่เป็นประเด็นร่วมของแต่ละประเทศในระดับภูมิภาคและหาแนวทางการสร้างเครือข่ายความร่วมมือ เช่น ประเด็นเรื่อง vaccine supply (Measles contained vaccine, IPV, b-OPV) การแลกเปลี่ยนข้อมูล
๗.๑ Strengthening Emergency and Essential Surgical Care and Anaesthesia as a Component of Universal Health Coverage			
<p>วาระนี้เป็นการพิจารณารับรอง (ร่าง) Resolution EB๑๓๖.R๗ ที่เสนอโดย EB ให้พิจารณาเรื่องการสร้าง ความเข้มแข็งของการดูแลฉุกเฉินและการผ่าตัด ที่มีความจำเป็นและการใช้ยาสลบ โดยการ</p>	<p>ให้การรับรอง Resolution นี้ และสนับสนุน Regional one voice (led by DPR Korea) ที่จะเพิ่มการเข้าถึงบริการผ่าตัดในพื้นที่ชนบทห่างไกล ยกตัวอย่างเช่น (ก) การจัดทีมแพทย์และเจ้าหน้าที่ผ่าตัดหมุนเวียนไปให้บริการผ่าตัด</p>	<p>ต้องสร้างความตระหนักและพันธะสัญญาทางการเมือง (political commitment) รวมถึงยุทธศาสตร์และแผนการปฏิบัติการ (Strategic and action plan) ที่ชัดเจน ได้แก่</p>	<p>แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสมาชิกอื่นๆ และรายงานผลการดำเนินงานตาม Resolution ตามระยะเวลาที่กำหนด</p>

สาระสำคัญ	ทำที่ประเทศไทย	ประเด็นสำหรับกระทรวง สาธารณสุข (Downstream)	ประเด็นสำหรับ Next GH forum
<p>บรรจุให้เป็นส่วนหนึ่งของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า</p>	<p>ไม่ผูกเงินในชุมชน (เช่น ต้อกระจก ใส่เลื่อน เป็นต้น) โดยไม่ต้องมีการส่งต่อ (ข) การทำ Telemedicine และ (ค) การจัด task-sharing เป็นต้น</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การขยายขอบเขตการเข้าถึงบริการผ่าตัดที่จำเป็นและผูกเงินในพื้นที่ที่มีความต้องการ - กำหนดตัวชี้วัดของมาตรฐานขั้นต่ำ (minimum standards) เพื่อความปลอดภัยและคุณภาพบริการผ่าตัดฯ - สร้างความเข้มแข็งของกำลังคนด้านสุขภาพที่ให้บริการผ่าตัดฯ - ปรับปรุงระบบการเก็บข้อมูล การติดตาม และ ประเมินผลการดำเนินงาน - สนับสนุนให้เกิดความร่วมมือและการสร้างพันธมิตรในระดับโลก (Global collaborations and partnerships) 	
๑๗.๒ WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel			
<p>วาระนี้นำเสนอ รายงานการทบทวนครั้งที่ ๑ ของ WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of</p>	<p>ประเทศไทยเป็น Co-sponsor ของ (ร่าง) การตัดสินใจ และยืนยันการสนับสนุนการดำเนินงานตามเจตนารมณ์ของ Code และตามที่ระบุไว้ใน</p>	<p>(๑) สนย. สปช. IHPP และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ได้แก่ ผู้ใช้ เช่น หน่วยงาน service plan,</p>	<p>แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสมาชิกอื่นๆ และรายงานผลการ</p>

สาระสำคัญ	ทำที่ประเทศไทย	ประเด็นสำหรับกระทรวง สาธารณสุข (Downstream)	ประเด็นสำหรับ Next GH forum
<p>Health Personnel (ต่อจากนี้เรียกว่า Code) โดยแบ่งรายงานการทบทวนเป็น ๒ ส่วน คือ ๑) การทบทวนเรื่องความเกี่ยวข้องและประสิทธิภาพของ Code (Relevancy and effectiveness of the Code), ๒) การรายงานผลการดำเนินงานของ Code โดยประเทศสมาชิก ซึ่งมีเพียง ๕๖ ประเทศเท่านั้นที่รายงานผล, และมีการพิจารณา (ร่าง) การตัดสินใจ (Draft Decision Point in A๖๘/B/Conf/๓) โดยกลุ่มประเทศ EU ออสเตรเลีย บราซิล ญี่ปุ่น บังกลาเทศ อิหร่าน มัลดีฟ ซิมบับเว รวมทั้งประเทศไทย ได้ร่วมกันเป็นผู้สนับสนุน หรือ cosponsor</p>	<p>(ร่าง) การตัดสินใจ (A๖๘/B/Conf/๓) เนื่องจากเห็นความสำคัญของปัญหาการเคลื่อนย้ายกำลังคนด้านสุขภาพ ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบด้านลบต่อระบบสุขภาพของประเทศต้นทางที่มีรายได้ต่ำและมีภาวะวิกฤตของการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ ซึ่งจะขัดขวางการไปสู่เป้าหมายของ Sustainable Development Goals (SDGs) โดยจะร่วมมือกับประเทศในภูมิภาคเดียวกันในการดำเนินงานตามเจตนารมณ์ของ Code การรายงานผล และการระบุประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องที่จะพัฒนาประสิทธิภาพการดำเนินงานตามเจตนารมณ์ของ Code ต่อไป</p>	<p>ผู้ควบคุมดูแล เช่น สภาวิชาชีพต่างๆ เป็นต้น ควรร่วมมือกันในการดำเนินงานตามเจตนารมณ์ของ Code อย่างเข้มแข็งและต่อเนื่อง</p> <p>(๒) ร่วมมือกับหน่วยงานอื่นๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนในการปรับปรุงระบบฐานข้อมูล การจดทะเบียนหรือติดตามการเคลื่อนย้ายของกำลังคนสุขภาพ (การย้ายออก/การย้ายเข้าไม่ว่าคนไทยหรือต่างประเทศ) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องในวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ</p> <p>(๓) ร่วมมือกับประเทศกลุ่ม SEAR ในการค้นหาช่องว่างหรือการแก้ไข ปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน Code ในระดับภูมิภาค</p>	<p>ดำเนินงานตามเจตนารมณ์ของ Code ตามระยะเวลาที่กำหนด โดยเน้นประเด็นสำคัญที่ระบุไว้ใน การตัดสินใจ</p>
๑๗.๓ Substandard/spurious/falsely/labelled/falsified/counterfeit medical products			
<p>- เป็นการรายงานการประชุมของกลไกของประเทศสมาชิก (Member State</p>	<p>สนับสนุนข้อตัดสินใจ EB๑๓๖ (๑) ที่ MSM ขอให้เลื่อนการนำเสนอผลการทบทวนการดำเนินงาน</p>	<p>สรุปผลลัพธ์ของวาระ ที่ประชุมเห็นชอบต่อรายงานการ</p>	<p>เข้าร่วม ติดตาม รวมทั้งให้การสนับสนุนการดำเนินการเข้าร่วมการ</p>

สาระสำคัญ	ทำที่ประเทศไทย	ประเด็นสำหรับกระทรวง สาธารณสุข (Downstream)	ประเด็นสำหรับ Next GH forum
<p>mechanism, MSM) ครั้งที่ ๓ เพื่อดำเนินการเกี่ยวกับ เรื่อง SSFFC ให้ครอบคลุมมุมมองด้านสาธารณสุขและปราศจากประเด็นทางด้านการค้าและทรัพย์สินทางปัญญาโดย มีเป้าหมายเพื่อป้องกันสุขภาพของประชาชนและส่งเสริมการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพและมี คุณภาพ ในราคาที่เหมาะสม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การประชุม MSM ครั้งที่ ๔ จะจัดขึ้นช่วง ตุลาคม หรือ พฤศจิกายน ๒๕๑๕ - MSM ขอให้ฝ่ายเลขานุการรายงานความคืบหน้าของการดำเนินการตามมติ WHA๖๗.๒๐ เรื่อง Regulatory system strengthening สำหรับMedical Product เพื่อให้ไม่เกิดการซ้ำซ้อนของการดำเนินงานตามแผนการดำเนินงานของ MSM on SSFFC - MSM ขอให้เลื่อนการนำเสนอการทบทวนการดำเนินงาน ตามที่ระบุใน 	<p>ต่อสมัชชาอนามัยโลกออกไปอีก ๑ ปี ให้ไปเป็นปี ๒๐๑๗</p> <p>สนับสนุนการดำเนินการของกลไกการดำเนินงานของประเทศสมาชิกให้มีความสำคัญกับ WHO Global Surveillance and Monitoring Project ซึ่งจะทำให้ประเทศสมาชิกเข้าใจสภาพปัญหาและลักษณะของปัญหาที่แท้จริงของ SSFFC ขอให้ WHO Secretariat ชี้แจงงบประมาณในปี ๒๐๑๖-๒๐๑๗ เพื่อที่จะนำมาใช้ในการดำเนินงาน ของ MSM</p>	<p>ดำเนินงานครั้งที่ ๓ ของ MSM on SSFFC และให้เลื่อนการทบทวนการดำเนินงานของ MSM ออกไปอีก ๑ ปี จากปี ๒๐๑๖ เป็น ๒๐๑๗</p> <p><u>ประเด็นสำหรับกระทรวงสาธารณสุข</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - วิเคราะห์หน่วยงานเพื่อจัดทำแผนพัฒนาที่สอดคล้องกับแผนการดำเนินงานของ SSFFC - ประสานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการตามแผนการดำเนินงานในส่วนที่กระทรวงสาธารณสุขมีความพร้อม เช่น กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ 	<p>ประชุมของ MSM เพื่อดำเนินการจัดทำแผนการดำเนินงานและตัวชี้วัดที่เป็นรูปธรรม ติดตามความคืบหน้าของการจัดงบประมาณของแผนการดำเนินงาน SSFFC เข้าร่วมในโปรแกรมการเฝ้าระวังของ WHO Global Surveillance and Monitoring Project และติดตามการดำเนินงานด้าน SSFFC ในระดับภูมิภาค และ ระดับโลก</p>

สาระสำคัญ	ทำที่ประเทศไทย	ประเด็นสำหรับกระทรวง สาธารณสุข (Downstream)	ประเด็นสำหรับ Next GH forum
Resolution WHA๖๕.๑๙ ต่อสมัชชา อนามัยโลกออกไปอีก ๑ ปี เป็นปี ๒๐๑๗			
๑๗.๔ Follow-up of the Report of the Consultative Expert Working Group on Research and Development: Financing and Coordination			
<p>วาระนี้เป็นการติดตามความก้าวหน้า Consultative Expert Working Group (CEWG) ในประเด็นการเงินการคลังและการประสานงาน สาระสำคัญของรายงานความก้าวหน้าโดยผู้อำนวยการใหญ่ องค์การอนามัยโลก (เอกสาร A๖๘/๓๔) ประกอบด้วย</p> <p>๑) การจัดตั้งคณะกรรมการ Joint Coordinating Board เพื่อกำกับดูแลระบบการเงินการคลังและคณะทำงาน (Scientific working group) เพื่อคัดเลือกโครงการติดตามการทำงานและรายงานผลการดำเนินงาน</p> <p>๒) การจัดตั้งกองทุนร่วมสมัครใจ) pooled fund for voluntary contributions) ทั้งนี้ จะต้องมีการจัดตั้งกองทุนใหม่ โดย WHO จะเป็นผู้รับผิดชอบในการระดมทุน</p>	<p>ประเทศไทยสนับสนุนรายงานฉบับนี้ รวมถึงสนับสนุนให้ TDR เป็นผู้จัดการกองทุน นอกจากนี้ ยังได้แสดงข้อกังวลใจถึงความยั่งยืนของกองทุน เนื่องจากในรายงานยังไม่ได้ระบุวิธีการระดมทุนที่ชัดเจน ความโปร่งใสและหน้าที่รับและบงกองทุน ในการสนับสนุนงานวิจัยที่ต้องมีการห้กบบริหาร จัดการออกก่อนมากถึงร้อยละ ๑๓</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ควรมีการกำหนดผู้รับผิดชอบหลักของเรื่อง CEWG เพื่อเป็นตัวแทนประสานงานกับหน่วยงานต่างๆในประเทศไทยให้เกิดการดำเนินงานที่ต่อเนื่องภายหลังการประชุม WHA รวมถึงการติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงาน CEWG อย่างต่อเนื่อง - เสนอให้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส) เป็น focal point เรื่อง CEWG อย่างต่อเนื่อง และ เสนอให้ประเทศไทยพิจารณา ร่วมลงทุนในกองทุนแบบสมัครใจด้วย - การนำข้อมูลจาก Global R&D observatory มาใช้ประโยชน์ และการแนะนำ global R&D 	<ul style="list-style-type: none"> - การติดตามรายงาน comprehensive report เพื่อเป็นข้อมูลในการดำเนินงานในอนาคต - การเข้าร่วมการประชุม open end meeting เพื่อหารือในเรื่องการบริหารจัดการกองทุน โดยฝ่ายเลขานุการจะแจ้งวันประชุมให้ทราบภายหลัง

สาระสำคัญ	ทำที่ประเทศไทย	ประเด็นสำหรับกระทรวงสาธารณสุข (Downstream)	ประเด็นสำหรับ Next GH forum
<p>๓) การบริหารจัดการกองทุน ฝ่ายเลขานุการได้จัดประชุมภายในและเสนอให้ TDR เป็นผู้บริหารจัดการกองทุน โดยมีการหักค่าบริการจัดการจากกองทุนร้อยละ ๑๓</p>		<p>observatory website ให้กับหน่วยงานต่างๆได้ใช้ประโยชน์ต่อไป</p>	
๑๗.๕ Global Strategy and Plan of Action on Public Health, Innovation and Intellectual Property			
<p>การพิจารณาร่างมติ GSPA โดยมีสาระสำคัญ ๓ ประเด็น คือ</p> <p>๑. ขยายระยะเวลาของแผน GSPA จากปี ๒๐๑๕ เป็น ๒๐๒๒</p> <p>๒. ขยายระยะเวลาของการประเมิน over all program review จากปี ๒๐๑๕ เป็น ๒๐๑๘</p> <p>๓. ขอให้ดำเนินการ comprehensive evaluation (CE) และ over all program review (PR) ของแผน GSPA เป็นลำดับต่อเนื่องกันดังที่แสดงไว้ในเอกสาร Ab๘/๑๕ และภาคผนวก โดยต้องมีการปรึกษาหารือกับประเทศสมาชิกเรื่องของ ขบวนการและ provision ของการประเมิน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ตะหนักถึงความสำคัญของแผน GSPA และ เห็นด้วยกับการขยายระยะเวลาของแผน GSPA เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการดำเนินการวิจัยและพัฒนา - ตะหนักถึงความสำคัญของข้อเสนอแนะในการดำเนินการตามแผน GSPA ในระยะต่อไป รวมทั้งความท้าทายที่เกิดขึ้น ดังนั้นทีมที่จะประเมินควรจะต้องประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญในหลายด้านที่สอดคล้องทั้ง ๘ elements และควรจะมีการมีส่วนร่วมจากประเทศสมาชิกในภูมิภาคต่างๆ 	<ul style="list-style-type: none"> - ตั้ง focal point เพื่อประสานติดตาม กำกับ การดำเนินงานในภาพรวมของแผน - ประสานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการตามแผน GSPA และ ทำการประเมินผลการดำเนินงานตามแผน GSPA ของประเทศ 	<p>เข้าร่วมติดตามการดำเนินการตามมติดังกล่าว</p> <p>การเตรียมผู้เชี่ยวชาญที่จะเสนอเข้าร่วมเป็นผู้ประเมิน over all program review</p>

ข้อมติและข้อตัดสินใจการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๘

เอกสารข้อมติสามารถดาวน์โหลดตาม link ต่อไปนี้ http://apps.who.int/gb/e/e_wha68.html

๑. WHA๖๘.๑ Programme budget ๒๐๑๖-๒๐๑๗
- *๒. WHA๖๘.๒ Global technical strategy and targets for malaria ๒๐๑๖-๒๐๓๐
- *๓. WHA๖๘.๓ Poliomyelitis
- *๔. WHA๖๘.๔ Yellow fever risk mapping and recommended vaccination for travelers
- *๕. WHA๖๘.๕ The recommendations of the Review Committee on Second Extensions for Establishing National Public Health Capacities and on IHR Implementation
- *๖. WHA๖๘.๖ Global vaccine action plan
- *๗. WHA๖๘.๗ Global action plan on antimicrobial resistance
- *๘. WHA๖๘.๘ Health and the environment: addressing the health impact of air pollution
๙. WHA๖๘.๙ Framework of engagement with non-State actors
๑๐. WHA๖๘.๑๐ Financial report and audited financial statements for the year ended ๓๑ December ๒๐๑๕
๑๑. WHA๖๘.๑๑ 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 ๗ of the Constitution
๑๒. WHA๖๘.๑๒ Scale of assessments for ๒๐๑๖-๒๐๑๗
๑๓. WHA๖๘.๑๓ Report of the External Auditor
๑๔. WHA๖๘.๑๔ Appointment of the External Auditor
- *๑๕. WHA๖๘.๑๕ Strengthening emergency and essential surgical care and anaesthesia as a component of universal health coverage
๑๖. WHA๖๘.๑๖ Salaries of staff in ungraded posts and of the Director-General
๑๗. WHA๖๘.๑๗ Amendments to the Staff Regulations
- *๑๘. WHA๖๘.๑๘ Global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property
๑๙. WHA๖๘.๑๙ Outcome of the Second International Conference on Nutrition
- *๒๐. WHA๖๘.๒๐ Global burden of epilepsy and the need for coordinated action at the country level to address its health, social and public knowledge implications

เอกสารข้อตัดสินใจสามารถดาวน์โหลดตาม link ต่อไปนี้ http://apps.who.int/gb/e/e_wha68.html

- *๑. WHA๖๘(๑๑) WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel
- *๒. WHA๖๘(๑๔) Maternal, infant and young child nutrition: development of the core set of indicators

***หมายเหตุ**

องค์การอนามัยโลกได้แจ้งกระทรวงสาธารณสุขอย่างเป็นทางการเกี่ยวกับข้อมติและข้อตัดสินใจของการประชุมสมัชชาอนามัยโลกที่ต้องดำเนินการต่อไป

รายนามผู้แทนไทยเข้าร่วมการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๘

๑. ศาสตราจารย์ นายแพทย์รัชตะ รัชตะนาวิน
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
๒. นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ
ที่ปรึกษารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
และรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข
๓. นายแพทย์สุเทพ เพชรมาก
เลขาธิการรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
๔. นายแพทย์จิตติกร โตโพธิ์ไทย
ทีมสนับสนุนวิชาการรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
และรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข
๕. แพทย์หญิงชมพูนุท โตโพธิ์ไทย
ทีมสนับสนุนวิชาการรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
และรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข
๖. พ.ต.ต.หญิงสุรีย์วัลย์ ไทยประยูร
ทีมสนับสนุนวิชาการรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
และรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข
๗. นางสาวปวีณา ธารสนธยา
ทีมสนับสนุนวิชาการรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
และรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๘. นายแพทย์สุริยะ วงศ์คงคาเทพ
รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๙. นายแพทย์ศุภกิจ ศิริลักษณ์
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)
สำนักวิชาการสาธารณสุข
๑๐. นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร
นักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ (ด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข)
ปฏิบัติราชการสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๑๑. นายแพทย์ภูษิต ประคองสาย
ผู้อำนวยการสำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ
๑๒. นายแพทย์ทักษพล ธรรมรังสี
ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๑๓. ดร. เกสัชกรหญิงวลัยพร พ็ชรนฤมล
เกสัชกรชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
ปฏิบัติราชการสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

๑๔. ทันตแพทย์หญิงวิริศา พานิชเกรียงไกร
 ทันตแพทย์ชำนาญการ
 โรงพยาบาลมะขาม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
 ปฏิบัติราชการสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๑๕. นางสาวนารีรัตน์ ผุดผ่อง
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
 ปฏิบัติราชการสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๑๖. สัตวแพทย์หญิงอังคณา สมน์สทวิชัย
 นักวิจัย
 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๑๗. นางศรินาถ เทียนทอง
 นักวิทยาศาสตร์ชำนาญการพิเศษ
 สำนักงานสาธารณสุขระหว่างประเทศ
๑๘. นายบรรลุ ศุภอักษร
 นักวิทยาศาสตร์ปฏิบัติการ
 สำนักงานสาธารณสุขระหว่างประเทศ

กรมควบคุมโรค

๑๙. นายแพทย์ภาสกร อัครเสวี
 วิชาการนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
๒๐. แพทย์หญิงบุษบัน เชื้ออินทร์
 ผู้อำนวยการสำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศ
๒๑. แพทย์หญิงอรรธยา ลิ้มวัฒนายิ่งยง
 นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
 สำนักโรคติดต่อทั่วไป
๒๒. นายแพทย์พงศ์ธร ชาติพิทักษ์
 นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๔ จังหวัดราชบุรี
๒๓. แพทย์หญิงรพีพรรณ เดชพิชัย
 นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
 สำนักโรคติดต่อทั่วไป
๒๔. นายแพทย์ยงเจือ เหล่าศิริถาวร
 นายแพทย์ชำนาญการ
 สำนักโรคติดต่อทั่วไป

กรมการแพทย์

๒๕. นายแพทย์ธงธน เพิ่มบถศรี
 นายแพทย์ชำนาญการและผู้ช่วยผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์
 สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

กรมอนามัย

๒๖. นายแพทย์พรเทพ ศิริวนารังสรรค์
อธิบดีกรมอนามัย
๒๗. แพทย์หญิงสายพิณ โชติวิเชียร
นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านโภชนาการ)
สำนักโภชนาการ
๒๘. ดร. เบญจวรรณ ธวัชสุภา
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

๒๙. นายแพทย์อภิชัย มงคล
อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

๓๐. นายแพทย์บุญชัย สมบูรณ์สุข
เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา
๓๑. ดร. เกสัชกรหญิงนิธิมา สุ่มประดิษฐ์
เกสัชกรชำนาญการ
สำนักยา
๓๒. นางสิตานันท์ พูนผลทรัพย์
เกสัชกรชำนาญการ
กองแผนงานและวิชาการ

กรมสุขภาพจิต

๓๓. ดร. แพทย์หญิงเบ็ญจมาศ พลฤกษ์กานนท์
ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

๓๔. นายแพทย์วินัย สวัสดิ์วร
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๓๕. ทันตแพทย์อรรถพร ลิ้มปัญญาเลิศ
ผู้อำนวยการสำนักเลขาธิการและประชาสัมพันธ์

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

๓๖. นางรัตนา สมบูรณ์วิทย์
กรรมการสุขภาพแห่งชาติและรองประธานคณะกรรมการ
จัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๗-๘

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

๓๗. ดร.นายแพทย์บัณฑิต ศรไพศาล
ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลัก
๓๘. นายรังสรรค์ มั่นคง
ผู้ช่วยผู้อำนวยการสำนักพัฒนาภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์

สำนักการพยาบาล

๓๙. ดร. กาญจนา จันทน์ไทย
ผู้อำนวยการสำนักการพยาบาล

สภาการพยาบาล

๔๐. รองศาสตราจารย์ ดร. นงนุช บุญยัง
กรรมการสภาการพยาบาล

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ

๔๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันทพันธ์ ชินล้ำประเสริฐ
กรรมการอำนวยการสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ

มหาวิทยาลัยมหิดล

๔๒. ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์อุดม คชินทร
อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล
๔๓. ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวงฉิษา ชื่นกองแก้ว
อาจารย์แพทย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
๔๔. รองศาสตราจารย์ ดร. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา
ผู้อำนวยการสุขภาพโลกมหิดล
๔๕. รองศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ชาญวิทย์ ตริ์พุทธรรัตน์
อาจารย์แพทย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
๔๖. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. แพทย์หญิงภัทรวลัย ตลิ่งจิตรา
อาจารย์แพทย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

กระทรวงการต่างประเทศ

๔๗. นายธานี ทองภักดี
เอกอัครราชทูตผู้แทนถาวรไทยประจำสำนักงานสหประชาชาติ
และองค์การระหว่างประเทศอื่นๆ ณ นครเจนีวา
๔๘. นายเกริกพันธุ์ ฤกษ์จางง
เอกอัครราชทูต รองผู้แทนถาวรไทยประจำสำนักงานสหประชาชาติ
และองค์การระหว่างประเทศอื่นๆ ณ นครเจนีวา
๔๙. นายวรพจน์ เจนสวัสดิชัย
ที่ปรึกษา
คณะผู้แทนถาวรไทยประจำสำนักงานสหประชาชาติ
และองค์การระหว่างประเทศอื่นๆ ณ นครเจนีวา
๕๐. นายชาติ กาญจนกฤษ
เลขานุการเอก
คณะผู้แทนถาวรไทยประจำสำนักงานสหประชาชาติ
และองค์การระหว่างประเทศอื่นๆ ณ นครเจนีวา